

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

XXXVI LECCIONES EN INVESTIGACIÓN SANITARIA



Ciencia
Sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXXVI Lecciones en Investigación Sanitaria.



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXXVI Lecciones en Investigación Sanitaria.

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: 978-84-19493-05-7

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	HELICOBACTER PYLORI Y CÁNCER GÁSTRICO SUSANA JIMENEZ CONTRERAS	3
2	PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA) VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ, MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ Y JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ	9
3	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA Y LUCÍA LUNA LASTRES	15
4	ÚLCERAS POR PRESIÓN. PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA LAURA MASEDA RIVAS	21
5	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TRATADOS CON TAMOXIFENO LAURA MASEDA RIVAS	27
6	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO A PACIENTES CON SARS-COV-2 SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA HANAN MOHAMED MARZOK, SAMIA AHMED MOHAMED Y IKRAM AHMED MOHAMED	31
7	LA ATENCIÓN RURAL Y EL PAPEL DEL PERSONAL ENFERMERO LAURA TRENADO MUÑOZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, ISABEL MONTARROSO TORRES Y ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ	35

8	LAS INFECCIONES NOCOSOMIALES EN UCI Y LA FIGURA DE LOS ENFERMEROS	
	LAURA TRENADO MUÑOZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, ISABEL MONTARROSO TORRES Y ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ	39
9	PACIENTES CON PSORIASIS Y EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN SUS CUIDADOS	
	LAURA TRENADO MUÑOZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, ISABEL MONTARROSO TORRES Y ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ	43
10	MUESTRA POR ENFERMERÍA AL RESPECTO DE LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS	
	CLAUDIA ARANDA MARTÍN, GONZALO GIL ALVAREZ, SARA BRAVO BELTRÁN, PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA Y MARINA GIL ÁLVAREZ	49
11	LESIONES Y CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LAS QUEMADURAS POR ENFERMERÍA	
	PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA, GONZALO GIL ALVAREZ, SARA BRAVO BELTRÁN, CLAUDIA ARANDA MARTÍN Y MARINA GIL ÁLVAREZ	55
12	EXPOSICIÓN DE ENFERMERÍA EN DOLOR TORÁCICO AGUDO CON DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA CARDIACA	
	MARINA GIL ÁLVAREZ, GONZALO GIL ALVAREZ, SARA BRAVO BELTRÁN, CLAUDIA ARANDA MARTÍN Y PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA	61
13	PROCESO DE MORIR: REVISIÓN DOCUMENTAL	
	CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS, MARÍA BOLÍVAR LOMAS Y PATRICIA ROMERO ARRIAGA	65
14	AUMENTO DE LAS MEJORAS EN LOS ENFERMOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE LA UTILIZACIÓN DE LAS TERAPIAS ACUÁTICAS	
	CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS, MARÍA BOLÍVAR LOMAS Y PATRICIA ROMERO ARRIAGA	81

15	CONCILIACIÓN FAMILIAR, PERSONAL Y LABORAL CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS, MARÍA BOLÍVAR LOMAS Y PATRICIA ROMERO ARRIAGA	93
16	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ, VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ Y JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ	101
17	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TUMORECTOMÍA DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA Y LUCÍA LUNA LASTRES	107
18	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MANEJAR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS INMACULADA OCAÑA MÉRIDA	117
19	BIOPSIA HEPÁTICA POR ECOGRAFÍA GUIADA DESEMPEÑO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO, ALBA TRIVIÑO ORTIZ, JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ, ARANCHA LOSANA GÓMEZ Y LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO	125
20	CASO EXPUESTO DE DEHISCENCIA DE SUTURA EN EPISIOTOMÍA POR ENFERMERÍA ARANCHA LOSANA GÓMEZ, ALBA TRIVIÑO ORTIZ, JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ, LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO Y LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO	129
21	ENFERMERÍA Y LAS DIFERENCIAS ENTRE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) O BACTERIURIA ASINTOMÁTICA (BA) LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO, ALBA TRIVIÑO ORTIZ, JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ, LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO Y ARANCHA LOSANA GÓMEZ	133
22	APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS NATURALES COMPARADO CON OTROS TRATAMIENTOS EN HERIDAS SARA GARCÍA FELIPE	139

23	LA ENFERMERÍA Y LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS BASADAS EN EL HUMANISMO FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE, PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, MARÍA ALMANSA TORRENTE Y GONZALO CUESTA NARES	145
24	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DRENAJE TORÁCICO FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE, PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, MARÍA ALMANSA TORRENTE Y GONZALO CUESTA NARES	149
25	APLICACIÓN DE LOS MODELOS DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE, PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ, MARÍA ALMANSA TORRENTE Y GONZALO CUESTA NARES	153
26	ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA Y EL POSICIONAMIENTO ETICO ANTE LA EUTANASIA DÉBORA DÍAZ BROCEÑO, RUBÉN ROJAS LAGUNA, FABRIZIO JOSUE COLAMARCO, LUCÍA RUIZ-VALDEPEÑAS ALMANSA Y RAQUEL MERCADO RAMÍREZ	157
27	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRÍA, DEPRESIÓN CRÓNICA LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA, ÁLVARO MARTOS BELLIDO Y AGUSTIN MORALES RUIZ	163
28	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA INFANTIL MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA Y LUCÍA LUNA LASTRES	173

29 EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL MANEJO DEL CLIMATERIO ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO, ANA PILAR ROLANDO AMAYA, BELEN MUÑOZ SAIZ, EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO Y KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ	181
30 PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR Y LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO, ANA PILAR ROLANDO AMAYA, BELEN MUÑOZ SAIZ, EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO Y KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ	185
31 PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO, ANA PILAR ROLANDO AMAYA, BELEN MUÑOZ SAIZ, EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO Y KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ	189
32 IMPLICACIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ALTERACIONES ENDOCRINAS AINHOA VERA PAVÓN, ANDREA ONIEVA ORTEGA, MÓNICA MUÑOZ TERCERO, PRADO NAVARRO EXPOSITO Y CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER	193
33 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS UNA AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA SUPRACONDÍLEA DE UN MIEMBRO INFERIOR RUBEN LEAL ARANDA, ANA RUIZ MARTINEZ, SANDRA MUELAS MARTINEZ, JAVIER VAÑÓ GARCÍA Y TANIA LOPEZ GALLARDO	199
34 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER RESERVORIO RUBEN LEAL ARANDA, ANA RUIZ MARTINEZ, SANDRA MUELAS MARTINEZ, JAVIER VAÑÓ GARCÍA Y TANIA LOPEZ GALLARDO	203
35 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD RUBEN LEAL ARANDA, ANA RUIZ MARTINEZ, SANDRA MUELAS MARTINEZ, JAVIER VAÑÓ GARCÍA Y TANIA LOPEZ GALLARDO	207

- 36 CASO CLÍNICO ENFERMERÍA. INCORRECTA ADHERENCIA
DIÁLISIS PERITONEAL.
JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, VÍCTOR NOTARIO
MÁRQUEZ Y MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ 211
- 37 LA ENFERMERÍA Y SU IMPORTANTE PAPEL EN LA PREVENCIÓN,
RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL PACIENTE QUE HA
SUFRIDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. ACTUACIÓN EN
LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA, FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA Y
FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ 215
- 38 ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LOS
CUIDADOS PALIATIVOS, EUTANASIA Y OBJECCIÓN DE
CONCIENCIA
DÉBORA DÍAZ BROCEÑO, RUBÉN ROJAS LAGUNA, FABRIZIO JOSUE
COLAMARCO, LUCÍA RUIZ-VALDEPEÑAS ALMANSA Y RAQUEL
MERCADO RAMÍREZ 219
- 39 LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO POR PARTE DEL PERSONAL
DE ENFERMERÍA.
ELENA SANCHO MUÑOZ, RAFAEL RODRIGUEZ CASTILLEJO,
ABDELOUAHED AMAL AMANE, RAUL NEGRO MORAL Y RAQUEL
CASTILLO MARTIN 227
- 40 SOBRECARGA LABORAL EN PERSONAL SANITARIO DURANTE
LA PANDEMIA DEL VIRUS SARS-COV2
TAMARA GOMEZ GONZALEZ 231
- 41 LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE
DE UN CENTRO HOSPITALARIO.
ABDELOUAHED AMAL AMANE, RAFAEL RODRIGUEZ CASTILLEJO,
ELENA SANCHO MUÑOZ, RAUL NEGRO MORAL Y RAQUEL
CASTILLO MARTIN 235

- 42 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON TUBO OROTRAQUEAL**
BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ,
ELENA PEINADO TERCERO, ÁNGEL SAERA SERRANO Y ÁNGELA CAMPO LÓPEZ 239
- 43 EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA SHUNT**
BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ,
ELENA PEINADO TERCERO, ÁNGEL SAERA SERRANO Y ÁNGELA CAMPO LÓPEZ 243
- 44 GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO**
BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ,
ELENA PEINADO TERCERO, ÁNGEL SAERA SERRANO Y ÁNGELA CAMPO LÓPEZ 247
- 45 CUIDADOS DE ENFERMERÍA, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**
VIRGINIA COLINO GÓMEZ, ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS, OLGA CASTRO CARRETERO, MARIA ALAMO OJEDA Y BIANCA GABRIELA ALEXANDRU 253
- 46 LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA**
VIRGINIA COLINO GÓMEZ, ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS, OLGA CASTRO CARRETERO, MARIA ALAMO OJEDA Y BIANCA GABRIELA ALEXANDRU 257
- 47 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ANCIANO FRÁGIL**
VIRGINIA COLINO GÓMEZ, ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS, OLGA CASTRO CARRETERO, MARIA ALAMO OJEDA Y BIANCA GABRIELA ALEXANDRU 263

48 EL ICTUS ISQUÉMICO INVESTIGACIÓN Y EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA	
NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ, BLANCA MARIA SERRANO MARTIN, SHEILA CARBONELL DEL CAMPO, ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ Y ELENA SORIANO CAÑAMERO	269
49 POLIMEDICACIÓN MUESTRA POR ENFERMERÍA	
ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ, BLANCA MARIA SERRANO MARTIN, SHEILA CARBONELL DEL CAMPO, NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ Y ELENA SORIANO CAÑAMERO	275
50 SEGUIMIENTO Y CUIDADOS EN DOMICILIO DE LAPAROSCOPIA POR ENFERMERÍA	
ELENA SORIANO CAÑAMERO, BLANCA MARIA SERRANO MARTIN, SHEILA CARBONELL DEL CAMPO, NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ Y ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ	279
51 LA MIEL EN LA ÚLCERA POR PRESIÓN	
MARÍA JOSÉ AGUILAR GOMAR	285
52 ACTUALIZACIÓN EN SEPSIS: LA EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y MÉTODOS DE SCREENING.	
VANESSA BAYONA VALDÉS	289
53 LA NUTRICION Y LA SENECTUD	
MARÍA JOSÉ AGUILAR GOMAR	295
54 LA INFLUENCIA DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	
BEATRIZ GARCÍA FERNÁNDEZ, MARÍA GROBA SALGUEIRO Y ÁNGELA GARCÍA FERNÁNDEZ	301
55 USO DE LA TERMOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN EN EL PIE DIABÉTICO	
BEATRIZ GARCÍA FERNÁNDEZ, MARÍA GROBA SALGUEIRO Y ÁNGELA GARCÍA FERNÁNDEZ	305

56	EVALUACIÓN TERMOGRÁFICA EN LA TERAPIA CON LÁSER DE BAJA INTENSIDAD (LLLT): REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA BEATRIZ GARCÍA FERNÁNDEZ, MARÍA GROBA SALGUEIRO Y ÁNGELA GARCÍA FERNÁNDEZ	311
57	ENFERMERÍA ESCOLAR EN LOS HÁBITOS Y RECOMENDACIONES SALUDABLES EN ALIMENTACIÓN DIRIGIDOS A LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, MARIO CURIEL BALTASAR, CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY, SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN Y INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO	317
58	EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA DE LA SINTOMATOLOGÍA EN FLEBITIS Y COMO PREVENIRLA SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN, MARIO CURIEL BALTASAR, CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY, RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO	323
59	TIPOLOGÍAS, CUIDADOS Y REQUERIMIENTOS EN LAS MASTECTOMIZADAS MUESTRA POR ENFERMERÍA INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO, MARIO CURIEL BALTASAR, CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY, RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN	327
60	TERAPIA DE PRESION NEGATIVA EN HERIDAS . EL ROL DE LA ENFERMERIA. SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS, ALVARO VAQUERO COMINO Y SARA ZARCO REILLO	333
61	EL APEGO EN LAS RELACIONES DE MALTRATO JENNIFER BRIONES ARREDONDAS Y NATALIA DÍAZ GARCÍA	343
62	IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA EUROPEA LETICIA CACHERO DIAZ, LAURA CACHERO DIAZ, LORENA ALAPONT BALLESTEROS, MÍRIAM GALLARDO LADRÓN DE GUEVARA Y MARIA PEREZ PALOMERO	353

63 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES PORTADORES DE DRENAJE BILIAR AINHOA VERA PAVÓN, ANDREA ONIEVA ORTEGA, MÓNICA MUÑOZ TERCERO, PRADO NAVARRO EXPOSITO Y CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER	359
64 LA ENFERMEDAD DE ADDISON Y SUS CUIDADOS AINHOA VERA PAVÓN, ANDREA ONIEVA ORTEGA, MÓNICA MUÑOZ TERCERO, PRADO NAVARRO EXPOSITO Y CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER	367
65 EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EXPUESTO POR ENFERMERÍA DEBORAH CASTAÑO DAVIS, BLANCA PINTO LAGO, CARLOS ARRIAGA CARDIEL, ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ Y CARLOS PALACIO MORALES	375
66 TÉCNICAS ENCAMINADAS AL ENFERMO GRAN QUEMADO POR ENFERMERÍA ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ, BLANCA PINTO LAGO, CARLOS ARRIAGA CARDIEL, DEBORAH CASTAÑO DAVIS Y CARLOS PALACIO MORALES	379
67 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA HACIA EL CASO DE UN ENFERMO AFECTADO DE OSTEOPOROSIS CARLOS PALACIO MORALES, BLANCA PINTO LAGO, CARLOS ARRIAGA CARDIEL, DEBORAH CASTAÑO DAVIS Y ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ	383
68 MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LOS PERJUICIOS DEL RUIDO EN LOS HOSPITALES MARIA ORTEGA RODRIGUEZ, FERNANDO TENA SÁNCHEZ, JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA, ANA MORENO JIMÉNEZ Y PABLO GALÁN MARTÍNEZ	387

69 MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB)	
PABLO GALÁN MARTÍNEZ, FERNANDO TENA SÁNCHEZ, JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA, MARIA ORTEGA RODRIGUEZ Y ANA MORENO JIMÉNEZ	393
70 ENFERMERÍA EXPOSICIÓN DE CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL PLEUR-EVAC	
ANA MORENO JIMÉNEZ, FERNANDO TENA SÁNCHEZ, JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA, MARIA ORTEGA RODRIGUEZ Y PABLO GALÁN MARTÍNEZ	397
71 AUTOCUIDADOS EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA	
AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ	401
72 EFECTOS SECUNDARIOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS RECIBIR TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA	
FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA, REBECA GARCÍA PLAZA, PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ, ANA ANTEQUERA GÓMEZ Y YOLANDA COLMENAR MARTÍN	407
73 ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	
FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA, REBECA GARCÍA PLAZA, PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ, ANA ANTEQUERA GÓMEZ Y YOLANDA COLMENAR MARTÍN	413
74 LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO	
FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA, REBECA GARCÍA PLAZA, PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ, ANA ANTEQUERA GÓMEZ Y YOLANDA COLMENAR MARTÍN	417
75 EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL	
TERESA ROVIRA CAÑIZARES, RUBÉN MARTÍNEZ PARRILLA, ANA ISABEL MONTERO LÓPEZ, MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES Y NURIA GALLEGO DEL RÍO	421

76	EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL TERESA ROVIRA CAÑIZARES, RUBÉN MARTÍNEZ PARRILLA, ANA ISABEL MONTERO LÓPEZ, MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES Y NURIA GALLEG0 DEL RÍO	425
77	EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS TERESA ROVIRA CAÑIZARES, RUBÉN MARTÍNEZ PARRILLA, ANA ISABEL MONTERO LÓPEZ, MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES Y NURIA GALLEG0 DEL RÍO	429
78	CASO CLÍNICO: CÁNCER DE MAMA ESTADIO IV EN FASE TERMINAL MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO, SARA VILLEGAS MENOR Y ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA	433
79	ENFERMERÍA Y LA LEUCOPLASIA VERRUCOSA PROLIFERATIVA SARA VILLEGAS MENOR, MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO Y ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA	439
80	TERAPIADE COMPRESION PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERA VENOSA LETICIA SANDOVAL VALLEJO	443
81	BENEFICIO DEL FAST TRACK O RECUPERACIÓN RÁPIDA (RAPID RECOVERY) EN LA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS, RAQUEL ROCA ÁLVAREZ, SONIA RUIZ MAYORAL, ELISA VÁZQUEZ VALVERDE Y MARTA ESPUELA NIETO	447
82	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PORTADOR DE CATETER ARTERIAL RAQUEL ROCA ÁLVAREZ, SONIA RUIZ MAYORAL, ELISA VÁZQUEZ VALVERDE, MARTA ESPUELA NIETO Y MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS	455
83	CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PORT A CATH RAQUEL ROCA ÁLVAREZ, SONIA RUIZ MAYORAL, ELISA VÁZQUEZ VALVERDE, MARTA ESPUELA NIETO Y MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS	461

84 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA: ENFERMEDAD DE PARKINSON AGUSTIN MORALES RUIZ, LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA Y ÁLVARO MARTOS BELLIDO	471
85 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON NEUMOTORAX ESPONTÁNEO GEMA MAGÁN CANO, ANA PÉREZ PLAZA, GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, ÁNGELA TENDERO MORALEDA Y SERGIO BARBERO SÁNCHEZ	479
86 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA GEMA MAGÁN CANO, ANA PÉREZ PLAZA, GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, ÁNGELA TENDERO MORALEDA Y SERGIO BARBERO SÁNCHEZ	485
87 PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE INSTITUCIONALIZADO GETRIÁTRICO GEMA MAGÁN CANO, ANA PÉREZ PLAZA, GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, ÁNGELA TENDERO MORALEDA Y SERGIO BARBERO SÁNCHEZ	491
88 PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LOS CUIDADOS QUE ELLOS QUIEREN AL FINAL DE LA VIDA SEGÚN SU EXPERIENCIA PROFESIONAL CON PACIENTES TERMINALES DÉBORA DÍAZ BROCEÑO, RUBÉN ROJAS LAGUNA, FABRIZIO JOSUE COLAMARCO, LUCÍA RUIZ-VALDEPEÑAS ALMANSA Y RAQUEL MERCADO RAMÍREZ	495
89 PLAN DE CUIDADOS DE LA QUERATITIS INFECCIOSA COMO COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA REFRACTIVA NURIA MENA PEDRAZA, ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS, VERONICA ALVAREZ CANO, ELENA CUENCA SÁNCHEZ Y CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA	501

90 PLAN DE CUIDADOS PARA FRACTURAS DE TOBILLO NURIA MENA PEDRAZA, ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS, VERONICA ALVAREZ CANO, ELENA CUENCA SÁNCHEZ Y CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA	505
91 INVESTIGACIÓN EN HUMANOS: ¿RETO O LÍMITE? SARA ZARCO REILLO, SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS Y ALVARO VAQUERO COMINO	511
92 EL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS EN EL ÁREA DE URGENCIAS TERESA GALIANO LOPEZ, ANA PALOMO GARCÍA, IRENE PÉREZ PÉREZ, MARIA GARCÍA VALENCIA Y LUZ GARCÍA VALENCIA	523
93 HABILIDADES DE DIRECCIÓN DE GRUPOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA TERESA GALIANO LOPEZ, LUZ GARCÍA VALENCIA, MARIA GARCÍA VALENCIA, IRENE PÉREZ PÉREZ Y ANA PALOMO GARCÍA	527
94 LOS ENFERMEROS Y LOS CONOCIMIENTOS DE LOS RECURSOS TÉCNICOS EN LA SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL TERESA GALIANO LOPEZ, ANA PALOMO GARCÍA, IRENE PÉREZ PÉREZ, MARIA GARCÍA VALENCIA Y LUZ GARCÍA VALENCIA	531
95 INVESTIGACIÓN SOBRE EL LUPUS ERITEMATOSO LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ, EVA MARIA GRACIA PEREZ Y MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ	535
96 APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO EN EL APARATO LOCOMOTOR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA, VERONICA ALVAREZ CANO, ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS, ELENA CUENCA SÁNCHEZ Y NURIA MENA PEDRAZA	539
97 MANEJO DE PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICAS EVA MARIA GRACIA PEREZ, LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ Y MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ	543
98 SONDAJE VESICAL MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ Y EVA MARIA GRACIA PEREZ	547

99 ÚLCERAS POR PRESIÓN. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN ELENA LÓPEZ PEÑALVER, ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ Y PALOMA MORALES MORALEDA	551
100 LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CORDÓN UMBILICAL CARLOS PANADERO MORENO, ALEJANDRO RUIZ PARADA, OMAR NAVÍO CAÑADA, MARTA RUIZ PARADA Y PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR	557
101 ENFERMERÍA : MANEJO DOMICILIARIO DE LA SONDA PEG CARLOS PANADERO MORENO, ALEJANDRO RUIZ PARADA, OMAR NAVÍO CAÑADA, MARTA RUIZ PARADA Y PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR	561
102 CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DE LOS CENTROS SANITARIOS CARLOS PANADERO MORENO, ALEJANDRO RUIZ PARADA, OMAR NAVÍO CAÑADA, MARTA RUIZ PARADA Y PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR	567
103 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE TORÁCICO: PLEUR-EVAC LUCÍA GARCÍA GARCÍA, JOANA LENDRINO LENDRINO, CRISTIAN LENDRINO LENDRINO, VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO Y RAFAEL HABAS MORENO	573
104 SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA LUCÍA GARCÍA GARCÍA, JOANA LENDRINO LENDRINO, CRISTIAN LENDRINO LENDRINO, VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO Y RAFAEL HABAS MORENO	579
105 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA HEMOCROMATOSIS LUCÍA GARCÍA GARCÍA, JOANA LENDRINO LENDRINO, CRISTIAN LENDRINO LENDRINO, VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO Y RAFAEL HABAS MORENO	585

106 EFECTIVIDAD DE LA ARTETERAPIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO BIPOLAR ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN, LUCIA GARCIA MARIN, JORGE LÓPEZ-VILLALÓN GONZÁLEZ Y ALBA CAMINO DEL RIO	591
107 LA CARGA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS CENTROS DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA ANA BELEN QUINTANILLA HONRUBIA	601
108 ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DAVID MORENO BERMEJO, CORA SÁNCHEZ VALERO, FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO, GEMA MARIA MORENO ZAMORA Y MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA	611
109 EFECTOS NOCIVOS DE LA EXPOSICIÓN AL CALOR EN EL TRABAJO. INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA CORA SÁNCHEZ VALERO, FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO, GEMA MARIA MORENO ZAMORA, MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA Y DAVID MORENO BERMEJO	615
110 ENFERMERÍA Y EL APOYO EN LOS ANCIANOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA CORA SÁNCHEZ VALERO, FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO, GEMA MARIA MORENO ZAMORA, MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA Y DAVID MORENO BERMEJO	619
111 EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MALTRATO A ANCIANOS CORA SÁNCHEZ VALERO, FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO, GEMA MARIA MORENO ZAMORA, MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA Y DAVID MORENO BERMEJO	623
112 LA DISFAGIA OROFARÍNGEA PALOMA MORALES MORALEDA, ELENA LÓPEZ PEÑALVER Y ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ	629

113 Sonda nasogástrica y función enfermera ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ, ELENA LÓPEZ PEÑALVER Y PALOMA MORALES MORALEDA	635
114 Anticoncepción e interrupción del embarazo ALVARO VAQUERO COMINO, SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS Y SARA ZARCO REILLO	639
115 Aplicación de las terapias complementarias en los cuidados de enfermería MARÍA INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ, GEMA CUARTERO ESCARABAJAL, MARINA MUÑOZ ABELLÁN Y NOELIA RODAS MARTÍNEZ	647
116 Repercusión de la contaminación ambiental y el estilo de vida en la salud y en la aparición de cáncer NIEVES SIERRA CEPEDA, DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ, JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ Y LORENA PEREZ CRESPO	653
117 Migración y alimentación NIEVES SIERRA CEPEDA, DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ, JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ Y LORENA PEREZ CRESPO	659
118 Los enfermeros y el principio de orientación al usuario CRISTINA DONAIRE RIVERA, MARTA MARÍN RUIZ, RAQUEL GARRIDO LOPEZ, ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ Y LAURA FLORES DECHADO	665
119 Déficit de vitamina D como factor de riesgo de diversas patologías NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ, JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ, NIEVES SIERRA CEPEDA Y LORENA PEREZ CRESPO	669

120 LOS ENFERMEROS Y EL TRATO A LAS MUJERES EMBARAZADAS CRISTINA DONAIRE RIVERA, LAURA FLORES DECHADO, MARTA MARÍN RUIZ, RAQUEL GARRIDO LOPEZ Y ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ	675
121 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN BROTE DE ESCABIOSIS LILIANA TEODORA CATANA GALU, MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU, ANA CASTRO FERNÁNDEZ, ANTONIO ORTIZ MUÑOZ Y IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA	679
122 CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LA IMPORTANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE EN EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU, ANA CASTRO FERNÁNDEZ, ANTONIO ORTIZ MUÑOZ, IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA Y LILIANA TEODORA CATANA GALU	683
123 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE UNA HERIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTONIO ORTIZ MUÑOZ, IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA, LILIANA TEODORA CATANA GALU, MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU Y ANA CASTRO FERNÁNDEZ	687
124 CASO CLÍNICO: PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA ÁLVARO MARTOS BELLIDO, LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA Y AGUSTIN MORALES RUIZ	693
125 BENEFICIOS DE LA TÉCNICA PIEL CON PIEL DE LA MADRE CON EL RECIÉN NACIDO MARÍA ISABEL PUÑAL GUZMÁN Y JUAN COBO PALOMINO	703
126 PRONÓSTICO Y SECUELAS DE LAS EXPOSICIONES AL FRÍO ANGELA VILLALBA REOLID, JORGE VICO SÁNCHEZ, MARÍA INÉS JIMÉNEZ LÓPEZ, DAVID MARÍN MARTÍNEZ Y GEMMA GARCÍA SIMARRO	707

127	BUEN MANEJO DE NITROGRICERINA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIACA ANGELA VILLALBA REOLID, GEMMA GARCÍA SIMARRO, DAVID MARÍN MARTÍNEZ, JORGE VICO SÁNCHEZ Y MARÍA INÉS JIMÉNEZ LÓPEZ	713
128	CASO CLÍNICO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA, MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO Y SARA VILLEGAS MENOR	717
129	SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ Y ROCÍO GARCÍA NOVAL	721
130	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL RESTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CRISTINA DONAIRE RIVERA, ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ, RAQUEL GARRIDO LOPEZ, MARTA MARÍN RUIZ Y LAURA FLORES DECHADO	729
131	EL EMBARAZO ADOLESCENTE: CAUSAS DESARROLLO Y CONSECUENCIAS LUCIA GARCIA MARIN, JORGE LÓPEZ-VILLALÓN GONZÁLEZ, ALBA CAMINO DEL RIO, ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN Y ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ	733
132	MANEJO DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O PORT-A-CATH® POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ, GEMA CUARTERO ESCARABAJAL, NOELIA RODAS MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y MARINA MUÑOZ ABELLÁN	741
133	ENFERMERÍA EN LA INTERVENCIÓN DE UNA ARTOPLASTIA TOTAL DE CADERA MARIA HUECAS SOTOMAYOR, MIGUEL GONZÁLEZ GALAN, PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO, MARINA BARROSO MUÑOZ Y RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ	745

134 CASO CLÍNICO EXPUESTO POR ENFERMERÍA DE BIPOLARIDAD TIPO I	
MARIA HUECAS SOTOMAYOR, MIGUEL GONZÁLEZ GALAN, PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO, MARINA BARROSO MUÑOZ Y RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ	749
135 EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE EXPUESTO MEDIANTE UN CASO CLÍNICO POR ENFERMERÍA	
MARIA HUECAS SOTOMAYOR, MIGUEL GONZÁLEZ GALAN, PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO, MARINA BARROSO MUÑOZ Y RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ	753
136 UTILIZACIÓN DE REMDESIVIR ANTE LA INFECCIÓN POR SARS-COV2	
MARÍA INÉS JIMÉNEZ LÓPEZ, ANGELA VILLALBA REOLID, DAVID MARÍN MARTÍNEZ, GEMMA GARCÍA SIMARRO Y JORGE VICO SÁNCHEZ	757
137 RELACIÓN ENTRE EJERCICIO FÍSICO Y EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ, GEMA CUARTERO ESCARABAJAL, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ, MARINA MUÑOZ ABELLÁN Y NOELIA RODAS MARTÍNEZ	763
138 EL ESQUELETO AXIAL Y SUS PATOLOGIAS	
MARIA MENÉNDEZ SEVILLANO	767
139 ARTRITIS Y SU SINTOMATOLOGIA	
MARIA MENÉNDEZ SEVILLANO	773
140 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y PRIMEROS AUXILIOS	
CRISTIAN CERRATO CAMACHO, DAVID NAVAS RUEDAS, ESTHER TAJUELO LARA, SORAYA MENDIOLA REY Y ANA ROSA PADILLA TAPIADOR	777
141 LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL AMBULATORIO	
ISABEL MARÍA SAINZ DE LA MAZA BUSTAMANTE	781

- 142 EL ACOSO LABORAL ¿CÓMO AFECTA AL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA?
SILVIA MARÍA CUEVAS RODRÍGUEZ 785
- 143 EL TCAE Y EL PACIENTE VEGETAL POR DAÑO CEREBRAL
EVA HEREDIA URBANO, AIDA MOHAMED AMAR Y SANDRA PÉREZ
RODRÍGUEZ 789
- 144 CARRO DE CURAS. ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REPOSICIÓN DE MATERIAL
DEL CARRO DE CURAS
MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ, ANTONIA ILUMINADA FORTES
PERONA Y NOELIA ALFARO SERRANO 793
- 145 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
MARTA ELENA LÓPEZ LOBO 797
- 146 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE
EN EL PROCESO PERI-OPERATORIO Y QUIRÓFANO Y EN LA
UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN
SANDRA COTILLAS LOPEZ, PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO,
CARMEN CANOVAS VALIENTE, MARTA GRIMALDOS HERREROS Y
ANTONIO NARRO HELLIN 801
- 147 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
PROCEDIMIENTO ANTE UN PACIENTE QUEMADO
SANDRA COTILLAS LOPEZ, PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO,
CARMEN CANOVAS VALIENTE, MARTA GRIMALDOS HERREROS Y
ANTONIO NARRO HELLIN 807
- 148 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON COLOSTOMÍA
SANDRA COTILLAS LOPEZ, PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO,
CARMEN CANOVAS VALIENTE, MARTA GRIMALDOS HERREROS Y
ANTONIO NARRO HELLIN 813

- 149 CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD DE CELIAQUÍA
EN LA CATEGORÍA DE TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
SARA GONZÁLEZ LINOS, ESMERALDA GIL MONGE, CELIA
GUTIÉRREZ MARRUBE, DOLORES CORONA GONZALEZ Y
VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ 817
- 150 CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE EL SÍNDROME DE BRUGADA
POR LA CATEGORIA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN UNA SALA DE CARDIOLOGIA**
SARA GONZÁLEZ LINOS, ESMERALDA GIL MONGE, CELIA
GUTIÉRREZ MARRUBE, DOLORES CORONA GONZALEZ Y
VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ 821
- 151 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS TÉCNICAS DE HIGIENE DEL RECIÉN
NACIDO O NEONATO**
SARA GONZÁLEZ LINOS, ESMERALDA GIL MONGE, CELIA
GUTIÉRREZ MARRUBE, DOLORES CORONA GONZALEZ Y
VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ 825
- 152 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ, ANTONIA ILUMINADA FORTES
PERONA Y NOELIA ALFARO SERRANO 831
- 153 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA OBTENCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRASLADO
DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA, NOELIA ALFARO
SERRANO Y MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ 835
- 154 PRINCIPALES MODELOS Y REFERENTES DE ENFERMERÍA
EXPOSICIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
ALICIA COLETO JIMÉNEZ, CARMEN HERAS ZAFRA, MARIA DEL
PRADO RODRIGUEZ SOLIS, ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO Y ISABEL
MOYA MARCO 839

155	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIÓN INTERPROFESIONAL HACIA EL PACIENTE ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO, CARMEN HERAS ZAFRA, MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS, ALICIA COLETO JIMÉNEZ Y ISABEL MOYA MARCO	843
156	IMPEDIMENTOS Y CONDICIONANTES EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ISABEL MOYA MARCO, CARMEN HERAS ZAFRA, MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS, ALICIA COLETO JIMÉNEZ Y ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO	847
157	ENFERMEDADES MENTALES CUYO ORIGEN ES EL TRABAJO MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ, BEATRIZ RECUERO FUENTES, MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ, CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL Y NIEVES PAZ CORONEL	851
158	PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS DE MENORES Y RECIÉN NACIDOS: URGENCIAS PEDIÁTRICAS MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ, BEATRIZ RECUERO FUENTES, MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ, CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL Y NIEVES PAZ CORONEL	855
159	LA ENFERMEDAD DE PERSONA RÍGIDA VARIANTE FOCAL (STIFF PERSON) MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ, BEATRIZ RECUERO FUENTES, MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ, CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL Y NIEVES PAZ CORONEL	859
160	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE FRACTURA DE CADERA DAVID NAVAS RUEDAS, CRISTIAN CERRATO CAMACHO, ESTHER TAJUELO LARA, SORAYA MENDIOLA REY Y ANA ROSA PADILLA TAPIADOR	863
161	INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES CRITICOS PILAR LOPEZ DIAZ Y COVADONGA MACIAS OUTEDA	867

162 DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS TÉCNICAS PARA ALIMENTAR AL PACIENTE ENCAMADO NOELIA MUÑOZ GONZALEZ, RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ, MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS, SUSANA GÓMEZ MICOT Y GLORIA CIFUENTES LOPEZ	871
163 ALIMENTACIÓN Y APORTACIÓN ENERGÉTICA EN LA MADRE LACTANTE Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NOELIA MUÑOZ GONZALEZ, RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ, MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS, SUSANA GÓMEZ MICOT Y GLORIA CIFUENTES LOPEZ	875
164 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN NOELIA MUÑOZ GONZALEZ, RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ, MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS, SUSANA GÓMEZ MICOT Y GLORIA CIFUENTES LOPEZ	881
165 SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS VIRGINIA GONZÁLEZ GALLEG0	885
166 ESTRUCTURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA 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	889
167 VÍA ORAL EN LA INGESTIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO, MIRELLA LLAMAS BARRASA, CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA Y TANIA SANTOS MORCILLO	893

- 168 MUESTRA DEL LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS POR EL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
TANIA SANTOS MORCILLO, MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO,
MIRELLA LLAMAS BARRASA, CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA Y
BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ 897
- 169 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y LA DISFAGIA**
MARÍA JESÚS GONZALEZ GARCÍA 901
- 170 PACIENTE OPERADO DE FRACTURA DE CADERA Y LAS
FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
ALMUDENA MOYA SANCHEZ, MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ, ROSA
MARÍA JAREÑO DAZA, ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO Y
CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA 907
- 171 EL ASEO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
(UCI) POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
ALMUDENA MOYA SANCHEZ, MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ, ROSA
MARÍA JAREÑO DAZA, ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO Y
CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA 911
- 172 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS**
ALMUDENA MOYA SANCHEZ, MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ, ROSA
MARÍA JAREÑO DAZA, ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO Y
CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA 915
- 173 LOS JOVENES Y LAS NUEVAS ADICCIONES**
ELIZA ZOTIC, CELIA CHACÓN ORTUNO, PILAR ORTUNO
FERNANDEZ Y LUCÍA CASAS ORTUNO 919

174	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE): TERMOTERAPIA PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE CALOR Y FRÍO DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN, CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ, SONIA MAÑAS MURILLO, MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO Y MARIA CALVO CUADRA	923
175	FUNCIONES ASISTENCIALES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS ANTE PACIENTES CON ANSIEDAD DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN, CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ, SONIA MAÑAS MURILLO, MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO Y MARIA CALVO CUADRA	927
176	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UCI DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN, CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ, SONIA MAÑAS MURILLO, MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO Y MARIA CALVO CUADRA	931
177	ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO: ACTUALIZACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DAVID GALLEG0 MARTÍNEZ	935
178	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ENTRE EL CÁNCER DE OVARIOS SONIA BRAVO MONTEAGUDO, DOLORES ARROYO RUIZ Y MARÍA PÉREZ OLIVER	943
179	MÉTODOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE ALIMENTACIÓN AL PACIENTE ENCAMADO SONIA BRAVO MONTEAGUDO, DOLORES ARROYO RUIZ Y MARÍA PÉREZ OLIVER	949
180	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS DE LA TERCERA EDAD SONIA BRAVO MONTEAGUDO, DOLORES ARROYO RUIZ Y MARÍA PÉREZ OLIVER	955

- 181 CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ENFERMEDADES IMPORTADAS**
MARÍA DEL PILAR MONTES RODRÍGUEZ, ALMUDENA BERMAL MORA Y SANDRA GALLETTI RODRÍGUEZ 961
- 182 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA**
MARÍA DEL PILAR MONTES RODRÍGUEZ, ALMUDENA BERMAL MORA Y SANDRA GALLETTI RODRÍGUEZ 965
- 183 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA HIPOGLUCEMIA EN UN PACIENTE DEL CENTRO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL PILAR MONTES RODRÍGUEZ, ALMUDENA BERMAL MORA Y SANDRA GALLETTI RODRÍGUEZ 971
- 184 CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO PARA TÉCNICOS DE ENFERMERÍA**
MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS, GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA, MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ, JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO Y JOSEFA MONTERO GARRIDO 975
- 185 LA MUESTRA Y EL PROCESO ANALÍTICO EN RELACIÓN CON LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS DEL ORGANISMO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA, MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ, JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO, JOSEFA MONTERO GARRIDO Y MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS 979
- 186 GLOMERULOPATÍAS SÍNDROME NEFRÓTICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ, JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO, JOSEFA MONTERO GARRIDO, MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS Y GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA 983

187	PACIENTES TERMINALES CRÓNICOS-CUIDADOS OTORGADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A ESTOS ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ROCIO MORENO ÁVILA, ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON, MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ Y ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ	989
188	ATENCIÓN DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES VEGETARIANOS ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON, ROCIO MORENO ÁVILA, MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ Y ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ	993
189	ALIMENTACIÓN POR PEG E INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SU ADMINISTRACIÓN ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ, MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ, ROCIO MORENO ÁVILA Y ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON	999
190	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS LIDIA LÓPEZ GARCÍA, LAURA MARIA ALFARO GARCIA, CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA, FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA	1003
191	EL PAPEL DEL TCAE EN LA HIGIENE DEL NEONATO LIDIA LÓPEZ GARCÍA, LAURA MARIA ALFARO GARCIA, CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA, FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA	1009
192	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA LIDIA LÓPEZ GARCÍA, LAURA MARIA ALFARO GARCIA, CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA, FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA	1015

193 FORMAS DE COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON, ROCIO MORENO ÁVILA, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ Y ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ	1023
194 ESQUIZOFRENIA. HISTORIA Y SUS SINTOMAS BEATRIZ ANGULO PEINADO, MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ Y CRISTINA MORENO MARTINEZ	1027
195 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ, BEATRIZ ANGULO PEINADO Y CRISTINA MORENO MARTINEZ	1033
196 EL PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ	1037
197 FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ	1041
198 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA. LOS CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL TRAS EL NACIMIENTO. CRISTINA MORENO MARTINEZ, MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ Y BEATRIZ ANGULO PEINADO	1045
199 INFORMATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO LUCÍA CASAS ORTUNO, PILAR ORTUNO FERNANDEZ, CELIA CHACÓN ORTUNO Y ELIZA ZOTIC	1049
200 EL ASMA INFANTIL LA TAREA DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ	1053

- 201 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN NEONATO PREMATURO**
M^a ISABEL TARAVILLA MONTERO, MARIBEL STUART LEON, MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN, MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO Y ANTONIO GARCÍA POZO 1057
- 202 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS**
MARIBEL STUART LEON, MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN, MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO, ANTONIO GARCÍA POZO Y M^a ISABEL TARAVILLA MONTERO 1063
- 203 LA COMUNICACIÓN ENTRE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL PACIENTE**
MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN, MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO, ANTONIO GARCÍA POZO, M^a ISABEL TARAVILLA MONTERO Y MARIBEL STUART LEON 1069
- 204 LA INVESTIGACION SOBRE LOS EFECTOS DE LA MOVILIZACION TEMPRANA EN PACIENTES CRITICOS**
PILAR ORTUNO FERNANDEZ, CELIA CHACÓN ORTUNO, LUCÍA CASAS ORTUNO Y ELIZA ZOTIC 1073
- 205 EL TCAE Y SUS FUNCIONES EN LA LACTANCIA MATERNA INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES, PILAR PEREZ ORTEGA, ESTELA GIL BORRALLA, ROCÍO YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ Y SERGIO VELA PATERNA 1077**
- 206 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO BÁSICO HACIA EL ENFERMO TERMINAL**
MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES, FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA, CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO, ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ Y ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ 1081
- 207 SISTEMÁTICAS EN DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN MUESTRA POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ, FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA, CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO, MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES Y ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ 1085

- 208 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LA ASISTENCIA Y CONTRIBUCIÓN NUTRICIONAL DEL ENFERMO QUEMADO**
ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ, FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA,
CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO, MARINA GARCÍA OCHOA
MARTÍN DE VIDALES Y ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ **1093**
- 209 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
BIBIANA GARCIA PEREZ Y ALBA GONZÁLEZ VÁZQUEZ **1099**
- 210 EFECTOS DE LA TURNICIDAD Y NOCTURNIDAD EN LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES, PILAR PEREZ ORTEGA,
ESTELA GIL BORRALLA, ROCÍO YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ Y
SERGIO VELA PATERNA **1105**
- 211 EL PARTO Y LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
ÁNGELA CLAUDIA NICOLAIESCU, MARIA JOSE ESCOBAR
CARRETERO Y VANESA INIESTA PULIDO **1109**
- 212 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO**
LAURA LEÓN CABALLERO, VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES,
MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO, CARMEN PILAR MORENO
NÚÑEZ DE ARENAS Y ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ **1113**
- 213 LOS CUIDADOS AL PACIENTE CARDIOVASCULAR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
LAURA LEÓN CABALLERO, CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE
ARENAS, VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES, ELISABETH
REDONDO FERNÁNDEZ Y MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO **1119**
- 214 LAS CONSTANTES VITALES UNA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
LAURA LEÓN CABALLERO, VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES,
MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO, CARMEN PILAR MORENO
NÚÑEZ DE ARENAS Y ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ **1123**

- 215 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y EL LAVADO DE MANOS Y SU IMPORTANCIA
INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES, PILAR PEREZ ORTEGA,
ESTELA GIL BORRALLO, ROCÍO YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ Y
SERGIO VELA PATERNA 1129
- 216 TÉCNICAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON ALZHEIMER
(DIRIGIDO A TCAE)
CELIA CEDILLO PERALES, SARA LERIA BITO Y ROCIO DE LA
CUERDA GALVEZ 1133
- 217 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE
UN PACIENTE CON UN ECZEMA TÓPICO HOSPITALIZADO
LIDIA LOZANO GARCÍA, CLARA TORRENTE MAÑAS, M DEL PILAR
LOPEZ MANCEBO, BEATRIZ NAVARRO ESPADAS Y CARLOS
ESPADAS BARBA 1137
- 218 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
PACIENTE CON DIABETES
CLARA TORRENTE MAÑAS, M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO,
BEATRIZ NAVARRO ESPADAS, CARLOS ESPADAS BARBA Y LIDIA
LOZANO GARCÍA 1141
- 219 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE UN PACIENTE CON DERMATITIS DE PAÑAL E
INCONTINENCIA
BEATRIZ NAVARRO ESPADAS, CARLOS ESPADAS BARBA, LIDIA
LOZANO GARCÍA, CLARA TORRENTE MAÑAS Y M DEL PILAR
LOPEZ MANCEBO 1145
- 220 LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS
GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA, ANA SONIA FERNÁNDEZ
MOLPECERES, CRISTINA MORENO CUESTAS, ROCIO MALAGON
SANTOS Y ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO 1149

- 221 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE):
CUIDADOS DEL PACIENTE EN EL POSOPERATORIO
CONTINUADO**
GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA, ANA SONIA FERNÁNDEZ
MOLPECERES, CRISTINA MORENO CUESTAS, ROCIO MALAGON
SANTOS Y ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO 1153
- 222 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE):
PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y PREPARACIÓN AL PACIENTE PARA
SU EXPLORACIÓN**
GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA, ANA SONIA FERNÁNDEZ
MOLPECERES, CRISTINA MORENO CUESTAS, ROCIO MALAGON
SANTOS Y ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO 1157
- 223 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CÓDIGO ICTUS**
MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA, ANA BELÉN CALDERÓN
PIEDRABUENA, MONTSERRAT MERLO ROMERO, BEATRIZ
CHICHARRO FERNANDEZ Y NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ 1161
- 224 CONOCIMIENTOS E INTERVENCIONES ANTE UN TRANSPLANTE
DE ORGANOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA, ANA BELÉN CALDERÓN
PIEDRABUENA, MONTSERRAT MERLO ROMERO, BEATRIZ
CHICHARRO FERNANDEZ Y NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ 1165
- 225 FUNCIONES Y CUIDADOS BASICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE
PEDIATRÍA**
MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA, ANA BELÉN CALDERÓN
PIEDRABUENA, MONTSERRAT MERLO ROMERO, BEATRIZ
CHICHARRO FERNANDEZ Y NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ 1169
- 226 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: UNA LESIÓN EN MANOS DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ, M^a DEL MAR MONTERO
SANCHEZ, MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS, MARÍA DEL
CARMEN PÉREZ ARENAS Y ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA 1173

- 227 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PSIQUIATRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO**
 MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS, M^a DEL MAR MONTERO
 SANCHEZ, MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS, ROSA MARIA
 GONZÁLEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ 1179
- 228 MUESTRAS BIOLÓGICAS, PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA Y TRANSPORTE EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
 MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS, M^a DEL MAR MONTERO
 SANCHEZ, MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS, ROSA MARIA
 GONZÁLEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ 1183
- 229 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES CON OXIGENOTERIA**
 AMPARO MARCHENA MELGAREJO, MARIA MONTSERRAT
 TERCERO GONZALEZ, FRANCISCA SORIANO RAMOS, JULITA
 MARCHENA MELGAREJO Y INES GARCIA CABAÑERO 1189
- 230 LAS TAREAS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS NEONATOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
 AMPARO MARCHENA MELGAREJO, JULITA MARCHENA
 MELGAREJO, MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ,
 FRANCISCA SORIANO RAMOS Y INES GARCIA CABAÑERO 1193
- 231 LAS CLAVES PARA LA EFICAZ COMUNICACION ENTRE EL TCAE CON LOS FAMILIARES Y PACIENTES**
 ESTHER TAJUELO LARA, SORAYA MENDIOLA REY, CRISTIAN
 CERRATO CAMACHO, DAVID NAVAS RUEDAS Y ANA ROSA
 PADILLA TAPIADOR 1199
- 232 OBESIDAD, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIRLA**
 MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR, BEGOÑA PINAZO DE LAS
 HERAS, MONSERRAT LOPEZ GARCÍA, MATILDE ESPERANZA
 VIZCAINO MARTINEZ Y INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA 1203

- 233EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN
PACIENTES ENCAMADOS**
MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ, INMACULADA
GÓMEZ PLASENCIA, MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR, BEGOÑA
PINAZO DE LAS HERAS Y MONSERRAT LOPEZ GARCÍA 1207
- 234INTERVENCION Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN DIAGNOSTICO
DE UN NIÑO AUTISTA EDUCACION SANITARIA**
MONSERRAT LOPEZ GARCÍA, MATILDE ESPERANZA VIZCAINO
MARTINEZ, INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA, MARIA EUGENIA
GOMEZ AMADOR Y BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS 1211
- 235EL TESTAMENTO VITAL COMO CULMEN DEL PRINCIPIO DE
BIOÉTICA DE LA AUTONOMIA**
AMPARO MARCHENA MELGAREJO, INES GARCIA CABAÑERO,
JULITA MARCHENA MELGAREJO, FRANCISCA SORIANO RAMOS Y
MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ 1215
- 236CÁNCER DE COLON MUESTRA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
YOLANDA MAESTRO PRIETO, LUCIANO GALERA MARTINEZ,
MIGUEL ÁLVAREZ COLETO, REGINA ARNAO GARCÍA Y SARA
SEVILLA SERRANO 1219
- 237PROTECCIÓN Y CONTROL DE SALUD DEL PERSONAL EN EL
SERVICIO DE RADIOLOGÍA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
REGINA ARNAO GARCÍA, LUCIANO GALERA MARTINEZ, MIGUEL
ÁLVAREZ COLETO, YOLANDA MAESTRO PRIETO Y SARA SEVILLA
SERRANO 1223
- 238LA GESTIÓN DE CITOSTÁTICOS Y CITOTÓXICOS Y SU MANEJO
POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SARA SEVILLA SERRANO, LUCIANO GALERA MARTINEZ, MIGUEL
ÁLVAREZ COLETO, YOLANDA MAESTRO PRIETO Y REGINA ARNAO
GARCÍA 1227

- 239EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ADAPTACIÓN A LAS NUEVAS
TECNOLOGÍAS SANITARIAS**
BEATRIZ VAQUERO GUTIERREZ, MARIA PAZ RODIL ARIAS,
ANDREA GARCIA SANCHEZ, BENIGNO TARNO GARCIA Y
YOLANDA CAMPORRO RODRIGUEZ 1233
- 240TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO
SANITARIO: TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES.**
ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ, MARÍA YOLANDA PALOMO
BUITRON, MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ, YOLANDA
MURILLO MORALES Y MARIA TERESA COELLO PRIETO 1237
- 241TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO
SANITARIO: POSICION DE LITOTOMIA**
ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ, MARÍA YOLANDA PALOMO
BUITRON, MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ, YOLANDA
MURILLO MORALES Y MARIA TERESA COELLO PRIETO 1241
- 242TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO
SANITARIO: TRASLADO INTERNO DE PACIENTES.**
ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ, MARÍA YOLANDA PALOMO
BUITRON, MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ, YOLANDA
MURILLO MORALES Y MARIA TERESA COELLO PRIETO 1245
- 243CASO EN CONSULTA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
RAQUEL GONZÁLEZ PLATA, ANGELINES DEL MAZO SARRO,
ALEJANDRA MARTÍN PINILLA, ANA VANESSA SANCHEZ URBINA Y
NOELIA ALONSO FRECHOSO 1251
- 244TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ELEMENTOS RESPONSABLES DE INFECCIONES ASOCIADAS CON
LA ASISTENCIA SANITARIA**
ANA VANESSA SANCHEZ URBINA, ANGELINES DEL MAZO SARRO,
ALEJANDRA MARTÍN PINILLA, RAQUEL GONZÁLEZ PLATA Y
NOELIA ALONSO FRECHOSO 1255

- 245 DESPLAZAMIENTO DE ENFERMOS ABORDAJE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
NOELIA ALONSO FRECHOSO, ANGELINES DEL MAZO SARRO, ALEJANDRA MARTÍN PINILLA, RAQUEL GONZÁLEZ PLATA Y ANA VANESSA SANCHEZ URBINA 1259
- 246 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
MARIA PILAR GONZALEZ CALERO, MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS, MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER, MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA Y MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS 1263
- 247 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE BUCODENTAL**
MARIA PILAR GONZALEZ CALERO, MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS, MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER, MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA Y MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS 1267
- 248 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS EXTERNAS**
MARIA PILAR GONZALEZ CALERO, MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS, MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER, MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA Y MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS 1271
- 249 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE BUCODENTAL**
BEATRIZ CABALLERO GARCÍA, JENIFER CONDE VALENCIA, ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ, AMADA SANCHEZ SANCHEZ Y ESTEFANIA DÍAZ LOZANO 1275
- 250 LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA DISCAPACIDAD POR ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA O SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA**
BEATRIZ CABALLERO GARCÍA, JENIFER CONDE VALENCIA, ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ, AMADA SANCHEZ SANCHEZ Y ESTEFANIA DÍAZ LOZANO 1279

- 251 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
LOS PRIMEROS AUXILIOS**
BEATRIZ CABALLERO GARCÍA, JENIFER CONDE VALENCIA, ROSA
MARÍA ROSILLO LÓPEZ, AMADA SANCHEZ SANCHEZ Y
ESTEFANIA DÍAZ LOZANO 1283
- 252 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS
CUIDADOS AL PACIENTE AISLADO**
MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO, INGRID JULIETH MOLINA
SANDOVAL, SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ, ELÍAS LÓPEZ GIL Y
JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN 1287
- 253 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO, UN CUIDADO INTEGRAL**
MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS, CONCEPCION GARCIA
TOMAS, ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ, MARÍA VICTORIA PICURELLI
CARRION Y MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ 1291
- 254 FUNCIONES Y OBLIGACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES Y PEDIÁTRICOS**
CONCEPCION GARCIA TOMAS, ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ, MARÍA
VICTORIA PICURELLI CARRION, MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ
Y MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS 1295
- 255 COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN EL SONDAJE NASOGÁSTRICO**
ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ, MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION,
MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ, MARIA DOLORES NAVARRO
GRIMALDOS Y CONCEPCION GARCIA TOMAS 1299
- 256 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS
PRINCIPALES TÉCNICAS PARA EL ASEO DEL PACIENTE
ENCAMADO**
MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ, ELENA DEL HORNO DIAZ, PAULA
SÁNCHEZ PARIS, MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA Y MARIA EVA
GARCIA HERAS 1303

- 257 EL PERSONAL TECNICO EN CUIDADES AUXILIARES DE ENFERMERIA EN PRIMEROS AUXILIOS**
IVÁN GONZÁLEZ CANO, LUISA MARIA RONCERO TOLEDO, MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON, ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO Y ALMUDENA BETETA RUBIO 1307
- 258 LAS FUNCIONES DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE OXIGENOTERAPIA**
IVÁN GONZÁLEZ CANO, LUISA MARIA RONCERO TOLEDO, MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON, ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO Y ALMUDENA BETETA RUBIO 1311
- 259 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ, ELENA DEL HORNO DIAZ, PAULA SÁNCHEZ PARIS, MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA Y MARIA EVA GARCIA HERAS 1315
- 260 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ESPECIAL DE FARMACIA**
MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ, ELENA DEL HORNO DIAZ, PAULA SÁNCHEZ PARIS, MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA Y MARIA EVA GARCIA HERAS 1319
- 261 MIASTENIA GRAVE UNA ENFERMEDAD AL ALZA**
CINTIA DEL HOYO DELGADO, VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, ROCIO ARAQUE JUAREZ, ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES Y TERESA TRUJILLO GARCIA 1323
- 262 EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**
CINTIA DEL HOYO DELGADO, VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, ROCIO ARAQUE JUAREZ, ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES Y TERESA TRUJILLO GARCIA 1327
- 263 TIPOS DE SONDAS. USOS Y RECOMENDACIONES.**
CINTIA DEL HOYO DELGADO, VICENTA GONZÁLEZ SANTOS, ROCIO ARAQUE JUAREZ, ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES Y TERESA TRUJILLO GARCIA 1331

- 264 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE Y LA IMPORTANCIA EN SU SALUD**
INES JIMENEZ CEBRIAN, PAOLA LORENZO GALDÓN, ROCIO SANTIAGO BERNABÉ, ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA Y MARÍA LÒPEZ REOLID 1335
- 265 **LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
INES JIMENEZ CEBRIAN, PAOLA LORENZO GALDÓN, ROCIO SANTIAGO BERNABÉ, ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA Y MARÍA LÒPEZ REOLID 1341
- 266 **LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA**
INES JIMENEZ CEBRIAN, PAOLA LORENZO GALDÓN, ROCIO SANTIAGO BERNABÉ, ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA Y MARÍA LÒPEZ REOLID 1345
- 267 **CUIDADO EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN**
MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO Y VANESA INIESTA PULIDO 1349
- 268 **LA FUNCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA**
ROCIO PRIETO RUBIO, FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ, INMACULADA MONTOYA LOPEZ, CRISTINA GONZALEZ AMAT Y ANA BELEN LARA ARAQUE 1353
- 269 **SINDROME DE COTARD**
ESTEFANÍA CURRÁS Y M^a MAGDALENA GARCÍA GARCÍA 1359
- 270 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD**
ROCIO PRIETO RUBIO, FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ, INMACULADA MONTOYA LOPEZ, CRISTINA GONZALEZ AMAT Y ANA BELEN LARA ARAQUE 1363

- 271 PAPEL QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL**
ROCIO PRIETO RUBIO, FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ,
INMACULADA MONTOYA LOPEZ, CRISTINA GONZALEZ AMAT Y
ANA BELEN LARA ARAQUE 1367
- 272 ENFERMEDAD DE CROHN. CUIDADOS DEL TCE**
CRISTINA MOHEDANO CASTILLO, ALICIA MARÍA RAMÍREZ
MUÑOZ Y IRENE ESPINOSA ESCRIBANO 1371
- 273 INVESTIGACIÓN SOBRE LAS TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS**
CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ, MARÍA ÁNGELES MARTINEZ
CICUENDEZ Y PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN 1375
- 274 INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DEL CÁNCER DE OVARIOS**
PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN, CONSOLACIÓN MOLINA
GONZÁLEZ Y MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ 1379
- 275 IMPORTANCIA DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ, PALOMA ORTEGA
SÁNCHEZ DE LEÓN Y CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ 1383
- 276 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL SÍNDROME DE BURNOUT. CUIDADOS Y RECOMENDACIONES GENERALES**
ELENA CALVO CUERPO, SORAYA ÁLVAREZ LILLO Y ALMUDENA
ÁLVAREZ LILLO 1387
- 277 LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ, CRISTINA MOHEDANO
CASTILLO Y IRENE ESPINOSA ESCRIBANO 1393
- 278 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCE) Y EL AUTISMO O TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**
IRENE ESPINOSA ESCRIBANO, ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ Y
CRISTINA MOHEDANO CASTILLO 1397

- 279 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE UN INGRESO HOSPITALARIO**
VANESA INIESTA PULIDO Y MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO 1403
- 280 ASEO PACIENTE, GESTIÓN Y REALIZACIÓN Y FUNCIONES
PERSONAL ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ALAIN CASTILLO GÓMEZ, ADYS ARVELO DEL RÍO, NATALIA
ABIETAR RUIZ, CRISTINA MONTERO MARTINEZ Y AMADA
HERNANDEZ LORENZO 1407
- 281 INTERVENCIONES EN EL SONDAJE VESICAL DEL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALAIN CASTILLO GÓMEZ, ADYS ARVELO DEL RÍO, AMADA
HERNANDEZ LORENZO, CRISTINA MONTERO MARTINEZ Y
NATALIA ABIETAR RUIZ 1413
- 282 LA PIEL Y LA APARICIÓN DE XEROSIS EN EL ANCIANO POR EL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALAIN CASTILLO GÓMEZ, ADYS ARVELO DEL RÍO, AMADA
HERNANDEZ LORENZO, NATALIA ABIETAR RUIZ Y CRISTINA
MONTERO MARTINEZ 1419
- 283 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
ADYS ARVELO DEL RÍO, ALAIN CASTILLO GÓMEZ, AMADA
HERNANDEZ LORENZO, CRISTINA MONTERO MARTINEZ Y
NATALIA ABIETAR RUIZ 1425
- 284 EL ESTREÑIMIENTO Y LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SU PREVENCIÓN**
ADYS ARVELO DEL RÍO, ALAIN CASTILLO GÓMEZ, NATALIA
ABIETAR RUIZ, AMADA HERNANDEZ LORENZO Y CRISTINA
MONTERO MARTINEZ 1429

- 285LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)**
ADYS ARVELO DEL RÍO, ALAIN CASTILLO GÓMEZ, NATALIA ABIETAR RUIZ, CRISTINA MONTERO MARTINEZ Y AMADA HERNANDEZ LORENZO 1433
- 286CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA LOS PACIENTES TERMINALES**
AMADA HERNANDEZ LORENZO, ADYS ARVELO DEL RÍO, ALAIN CASTILLO GÓMEZ, NATALIA ABIETAR RUIZ Y CRISTINA MONTERO MARTINEZ 1439
- 287EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN**
AMADA HERNANDEZ LORENZO, ADYS ARVELO DEL RÍO, CRISTINA MONTERO MARTINEZ, NATALIA ABIETAR RUIZ Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ 1443
- 288USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES Y EL CÁNCER DIRIGIDO A AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
SARA LERIA BITO, ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ Y CELIA CEDILLO PERALES 1447
- 289LA COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE**
MILAGROS MUÑOZ MARTIN, IRENE IZQUIERDO MURILLO, ROCÍO MORA GUÍO, FABIOLA TORRES TOLEDO Y ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ 1451
- 290ELIMINACIÓN Y ORDEN DE LA MEDICACIÓN CADUCADA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MILAGROS MUÑOZ MARTIN, IRENE IZQUIERDO MURILLO, ROCÍO MORA GUÍO, FABIOLA TORRES TOLEDO Y ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ 1455

- 291 FASES Y FACTORES DE APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MILAGROS MUÑOZ MARTIN, IRENE IZQUIERDO MURILLO, ROCÍO MORA GUÍO, FABIOLA TORRES TOLEDO Y ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ 1459
- 292 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**
MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS, M.LLANOS APARICIO JIMENEZ, MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY, MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ Y ALICIA VELA MONTERO 1465
- 293 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS**
MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS, M.LLANOS APARICIO JIMENEZ, MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY, MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ Y ALICIA VELA MONTERO 1469
- 294 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN**
ALICIA VELA MONTERO, MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS, M.LLANOS APARICIO JIMENEZ, MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY Y MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ 1473
- 295 HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DIRIGIDO A TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
SARA LERIA BITO, CELIA CEDILLO PERALES Y ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ 1477
- 296 LOS CUIDADOS DE ILEOSTOMÍA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
CRISTINA MONTERO MARTINEZ, ADYS ARVELO DEL RÍO, NATALIA ABIETAR RUIZ, AMADA HERNANDEZ LORENZO Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ 1481

- 297EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
CRISTINA MONTERO MARTINEZ, NATALIA ABIETAR RUIZ,
AMADA HERNANDEZ LORENZO, ADYS ARVELO DEL RÍO Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ 1485
- 298EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN PARTOS**
CRISTINA MONTERO MARTINEZ, ADYS ARVELO DEL RÍO, ALAIN CASTILLO GÓMEZ, NATALIA ABIETAR RUIZ Y AMADA HERNANDEZ LORENZO 1489
- 299TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA UNIDAD DE ICTUS EN LOS HOSPITALES**
NATALIA ABIETAR RUIZ, AMADA HERNANDEZ LORENZO, ADYS ARVELO DEL RÍO, CRISTINA MONTERO MARTINEZ Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ 1493
- 300EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR**
NATALIA ABIETAR RUIZ, AMADA HERNANDEZ LORENZO, ADYS ARVELO DEL RÍO, CRISTINA MONTERO MARTINEZ Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ 1499
- 301CONSTANTES VITALES**
AMADA HERNANDEZ LORENZO, NATALIA ABIETAR RUIZ, ADYS ARVELO DEL RÍO, CRISTINA MONTERO MARTINEZ Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ 1503
- 302EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) ANTE LA BIOPSIA HEPÁTICA. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA**
ALMUDENA ALVAREZ LILLO, SORAYA ÁLVAREZ LILLO Y ELENA CALVO CUERPO 1507

- 303EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE)
ANTE NIÑOS/AS CON SÍNDROME DE DOWN
SORAYA ÁLVAREZ LILLO, ALMUDENA ALVAREZ LILLO Y ELENA
CALVO CUERPO** 1513
- 304CONOCIMIENTOS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UN LAVADO GÁSTRICO
POR INTOXICACIÓN
BEATRIZ VELASCO TORIBIO, ROCIO RODRIGO ARENAS, ROSA
VERDEJO FERNANDEZ, LOURDES MAURELO LAGUNA Y MARÍA
DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ** 1517
- 305CONOCIMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
BEATRIZ VELASCO TORIBIO, ROCIO RODRIGO ARENAS, ROSA
VERDEJO FERNANDEZ, LOURDES MAURELO LAGUNA Y MARÍA
DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ** 1521
- 306CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN ÚLCERAS DE PRIMER GRADO
BEATRIZ VELASCO TORIBIO, ROCIO RODRIGO ARENAS, ROSA
VERDEJO FERNANDEZ, LOURDES MAURELO LAGUNA Y MARÍA
DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ** 1525
- 307EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN ESTERILIZACIÓN: INSTRUMENTAL DE TRAUMATOLOGÍA Y
CIRUGÍA ABDOMINAL
LAURA MARZO CHECA, MARÍA DEL CARMEN MORALES
MARTÍNEZ Y ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS** 1529
- 308EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN ESTERILIZACIÓN: PROTOCOLO DE LIMPIEZA POR
ULTRASONIDOS
LAURA MARZO CHECA, ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS Y MARÍA
DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ** 1533

- 309 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA CON EL PACIENTE**
LAURA MARZO CHECA, MARÍA DEL CARMEN MORALES
MARTÍNEZ Y ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS 1537
- 310 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ELIMINACIÓN DE TINTA
DE LA PIEL**
MARIA DEL CARMEN NAVES MENENDEZ, EVA GONZÁLEZ
SUÁREZ, MARIA COVADONGA PÉREZ FERNÁNDEZ, ANDREA
MENÉNDEZ REDRUELLO Y PABLO NAVES MENENDEZ 1541
- 311 CASO CLÍNICO: PLAN DE ACTUACIÓN DE T.C.A.E. ANTE
INTUBACIÓN POR EMPEORAMIENTO DE UN PACIENTE
POSITIVO EN COVID EN PLANTA**
LAURA SANCHEZ TANTE, LILIANA LOZANO HERRERO,
ALMUDENA LOZANO HERRERO, CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ
Y AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA 1545
- 312 CUIDADOS ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO DE
UN NIÑO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
CAROLINA RUIZ CAMPALLO Y ELSA CHAIGNEAU TOMAS 1549
- 313 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS EN ESCLEROSIS
MÚLTIPLE**
IVÁN GONZÁLEZ CANO, LUISA MARIA RONCERO TOLEDO, MARÍA
PILAR FERNÁNDEZ LEON, ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO
Y ALMUDENA BETETA RUBIO 1553
- 314 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD CORONARIA: FUNCIONES Y CUIDADOS**
AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA, LAURA SANCHEZ TANTE,
LILIANA LOZANO HERRERO, ALMUDENA LOZANO HERRERO Y
CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ 1557
- 315 LA REPRODUCCIÓN SEXUAL**
SUSANA MARTINEZ GONZALEZ 1561
- 316 INVESTIGACIÓN DEL TCAE EN ENDOSCOPIA**
MARÍA SOLEDAD SEQUERA TUBILLA 1565

317 LA ESQUIZOFRENIA LAURA DOLORES GUTIERREZ CABELLO	1569
318 IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA, EN LA PRIMERA ETAPA, TRAS CIRUGÍA CARDÍACA MARÍA JOSÉ BLAS SOTO, ANA LORENZO ALFARO Y RAÚL SÁNCHEZ GIL	1573
319 FISIOTERAPIA Y LA FRACTURA DE DIÁFISIS FEMORAL ANA LORENZO ALFARO, RAÚL SÁNCHEZ GIL Y MARÍA JOSÉ BLAS SOTO	1577
320 EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS RAÚL SÁNCHEZ GIL, MARÍA JOSÉ BLAS SOTO Y ANA LORENZO ALFARO	1581
321 FISIOTERAPIA Y REALIDAD VIRTUAL PARA MEJORAR LA POSTURA Y EL EQUILIBRIO EN LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES, ISABEL ALARCÓN ORTEGA Y SONIA LÓPEZ CASTELLÓ	1585
322 VALORACIÓN Y REEDUCACIÓN DE FISIOTERAPIA EN LA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE DESDE LA INTEGRACIÓN SOCIAL SONIA LÓPEZ CASTELLÓ, ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES Y ISABEL ALARCÓN ORTEGA	1591
323 FISIOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN POST-QUIRÚGICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CARLOS LOPEZ SANCHEZ Y SARA BLANCO DEL REY	1597
324 ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR CERVICAL CRÓNICO INESPECÍFICO SARA BLANCO DEL REY Y CARLOS LOPEZ SANCHEZ	1603

- 325 FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DE ISQUIÓTIBIALES EN DEPORTISTAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA**
CARLOS LOPEZ SANCHEZ Y SARA BLANCO DEL REY 1615
- 326 FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA AQUÍLEA Y EJERCICIO TERAPÉUTICO**
MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO, SUSANA PUENTE CANALEJAS, PEDRO REDONDO RODENAS, ISABEL ALARCÓN ORTEGA Y SILVIA GUILLAMÓN TORNERO 1631
- 327 FISIOTERAPIA EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA**
ISABEL ALARCÓN ORTEGA, SILVIA GUILLAMÓN TORNERO, MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO, SUSANA PUENTE CANALEJAS Y PEDRO REDONDO RODENAS 1635
- 328 FISIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**
ISABEL ALARCÓN ORTEGA, SILVIA GUILLAMÓN TORNERO, MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO, SUSANA PUENTE CANALEJAS Y PEDRO REDONDO RODENAS 1639
- 329 FISIOTERAPIA EN SU TRATAMIENTO A LOS PACIENTES CON TENDINOPATÍA AQUÍLEA**
MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ, JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ, INMACULADA JIMÉNEZ MORENO Y EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN 1643
- 330 TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO A LOS PACIENTES TERMINALES**
MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ, JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ, INMACULADA JIMÉNEZ MORENO Y EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN 1647
- 331 FISIOTERAPIA EN LA PATOLOGÍA DE HOMBRO DE ORIGEN MUSCULAR**
MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ, JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ, INMACULADA JIMÉNEZ MORENO Y EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN 1651

- 332 EFICACIA DE LA HIDROTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL PARKINSON. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
ESTHER NAVARRO BURGOS Y CAROLINA CARLAVILLA JIMENEZ 1657
- 333 FISIOTERAPIA PARA LA CONGELACIÓN DE LA MARCHA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON**
MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ, MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ, CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ, VERÓNICA GAMERO MORAGÓN Y CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL 1663
- 334 BENEFICIOS DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.**
ÁLVARO MARTÍN CAMINO, GEMA CANO BORRELL, SARA CABAÑERO RUBIO Y MARÍA FERNÁNDEZ LOZOYA 1669
- 335 FISIOTERAPIA EN LA CEFALEA TENSIONAL**
VERÓNICA GAMERO MORAGÓN, CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL, MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ, MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ Y CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ 1675
- 336 FISIOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO**
VERÓNICA GAMERO MORAGÓN, CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL, MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ, MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ Y CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ 1679
- 337 LA BURSITIS PERTROCANTÉREA. CASO CLÍNICO EN FISIOTERAPIA**
FRANCISCO FUENTES ROSA, JAVIER DAMIÁN GALLEGRO RODRIGO, ARANZAZU DORADO BURGOS, LAURA FUENTE GARCÍA Y JORGE BALLESTEROS FRUTOS 1685
- 338 FISIOTERAPIA EN ESGUINCE DE TOBILLO GRADO 2**
YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ, MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ, CORTES ARENAS DEL SALTO, JUAN DÍAZ LORENZO Y FERNANDO ARIAS GOMEZ 1691

- 339 TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN EPITROCLEITIS**
YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ, MARÍA DOLORES TURPIN
RODRÍGUEZ, CORTES ARENAS DEL SALTO, JUAN DÍAZ LORENZO Y
FERNANDO ARIAS GOMEZ 1695
- 340 FISIOTERAPIA EN LA DIABETES MELLITUS 2: UN CASO CLÍNICO**
ARANZAZU DORADO BURGOS, LAURA FUENTE GARCÍA, JORGE
BALLESTEROS FRUTOS, FRANCISCO FUENTES ROSA Y JAVIER
DAMIÁN GALLEGU RODRIGO 1699
- 341 SÍNDROME SUBACROMIAL - IMPINGEMENT DE HOMBRO.
ABORDAJE EN FISIOTERAPIA**
JAVIER DAMIÁN GALLEGU RODRIGO, ARANZAZU DORADO
BURGOS, LAURA FUENTE GARCÍA, JORGE BALLESTEROS FRUTOS
Y FRANCISCO FUENTES ROSA 1705
- 342 EL FISIOTERAPEUTA ANTE LA REHABILITACIÓN DEL ICTUS**
ALBA ROJO DEL CAMPO, ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO,
INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, MARÍA TERESA MARTI
GABALDÓN Y CRISTINA GÓMEZ BERRACO 1711
- 343 EL FISIOTERAPEUTA Y LA FASCITIS PLANTAR**
ALBA ROJO DEL CAMPO, CRISTINA GÓMEZ BERRACO, MARÍA
TERESA MARTI GABALDÓN, INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ Y
ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO 1715
- 344 HISTORIA DE LA FISIOTERAPIA**
ALBA ROJO DEL CAMPO, CRISTINA GÓMEZ BERRACO, MARÍA
TERESA MARTI GABALDÓN, INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ Y
ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO 1719
- 345 EL EQUIPO DE FISIOTERAPEUTAS ANTE LESIÓN DE LA
ARTICULACIÓN DE LISFRANC**
YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ, MARÍA DOLORES TURPIN
RODRÍGUEZ, CORTES ARENAS DEL SALTO, JUAN DÍAZ LORENZO Y
FERNANDO ARIAS GOMEZ 1723
- 346 RESTAURACIÓN DE LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS: UNA
REVISIÓN DE LA LITERATURA**
JESÚS LÓPEZ HURTADO 1727

347	PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO MEDIANTE EL USO DE COLUTORIOS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA JESÚS LÓPEZ HURTADO	1733
348	LA RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS AINOA GARCÍA SUÁREZ	1739
349	TIPOS DE RADIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CANCEROSAS GUILLERMO MUÑOZ ZABALO	1743
350	RADIOLOGÍA FORENSE NATALIA IGLESIAS HEREDIA Y ÁLVARO MARTÍNEZ JIMÉNEZ	1747
351	EL TÉCNICO DE RAYOS EN QUIRÓFANO FELIX VILLAFRANCA CASANOVES, JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ Y REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA	1753
352	EL TÉCNICO DE RAYOS EN URGENCIAS FELIX VILLAFRANCA CASANOVES, JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ Y REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA	1757
353	GAMETOGÉNESIS IN VITRO A PARTIR DE CÉLULAS MADRE LAURA ROMERO SORIANO, RAQUEL CAMPORRO LLANA Y VERÓNICA MUÑOZ EIRO	1761
354	IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA RADIOLOGICA DE LA MAMOGRAFÍA. CONCIENCIACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA FÁTIMA MORO PULIDO, GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN Y ALBA GRUESO PEREZ	1769
355	PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS RAQUEL CAMPORRO LLANA, VERÓNICA MUÑOZ EIRO Y LAURA ROMERO SORIANO	1773

356	DOSIS ABSORBIDA EN MAMOGRAFÍA. RX (TSID) JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ, REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA Y FELIX VILLAFRANCA CASANOVES	1779
357	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA INMUNOTERAPIA. ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL CÁNCER PAULA CANO SANCHEZ, VANESSA PORTILLO MAESTRE, RAÚL ALANÓN VILLANUEVA, JUDIT ORTEGA MARTÍN Y KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA	1783
358	MUESTRAS BIOLÓGICAS EN EL LABORATORIO DIEGO DIAZ SUAREZ	1789
359	DISEÑO Y TIPOS DE MEDIOS DE CULTIVO AINOA GARCÍA SUÁREZ	1797
360	PRINCIPALES ERRORES DURANTE PROCESO ANALÍTICO EN EL LABORATORIO CLÍNICO VERÓNICA MUÑOZ EIRO, LAURA ROMERO SORIANO Y RAQUEL CAMPORRO LLANA	1801
361	LABORATORIO CLÍNICO; DEFINICIÓN, INSTRUMENTAL Y EQUIPOS EVA TRUJILLO UTRILLA, M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO, MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA, ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ Y LEIDY LORENA RAMOS SILVA	1807
362	MORFOLOGÍA Y ESTRUCTURA BACTERIANA EVA TRUJILLO UTRILLA, MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA, M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO, ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ Y LEIDY LORENA RAMOS SILVA	1811
363	TÉCNICAS Y TIPOS DE SEMBRADO EN PLACA Y TUBO EVA TRUJILLO UTRILLA, MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA, M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO, ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ Y LEIDY LORENA RAMOS SILVA	1815

- 364 CAUSAS Y FACTORES DEL BURNOUT EN EL PROFESIONAL
SANITARIO**
JESSICA LUNA IGLESIAS, ESTEFANIA MARTÍNEZ GARCÍA, SONIA
MARIA GARCÍA ABEIJON, JUAN LUIS PALOMO GARCIA Y LUISA
ISABEL PIMENTEL PINTO 1819
- 365 EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO(VPH)**
MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA GRACIA SANCHEZ
GARCIA, MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA, MARÍA ISABEL
FERNÁNDEZ MOLINA Y MARÍA ISABEL GARCÍA NEBRED A 1825
- 366 PRUEBAS DE DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS**
MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA GRACIA SANCHEZ
GARCIA, MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA, MARÍA ISABEL
FERNÁNDEZ MOLINA Y MARÍA ISABEL GARCÍA NEBRED A 1829
- 367 RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO**
MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA GRACIA SANCHEZ
GARCIA, MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA, MARÍA ISABEL
FERNÁNDEZ MOLINA Y MARÍA ISABEL GARCÍA NEBRED A 1833
- 368 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA
NUCLEAR FRENTE A LOS ACCIDENTES LABORALES**
MARÍA AMOR DÍAZ AFONSO 1837
- 369 INESTABILIDAD DE MICROSATELITES. APLICACIONES EN
ANATOMIA PATOLOGICA**
SONIA LEÓN HERRAEZ, IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR Y PILAR
MARIA RODERO RONCERO 1841
- 370 LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA , EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y
PROYECCIÓN FUTURA.**
RAQUEL MORENO GONZÁLEZ, PILAR NAVARRO GALIANA, MARIA
ISABEL GONZALEZ RUIZ, GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ Y
JOSE ANGEL GARCIA CUBERO 1847
- 371 AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS POR DISEMINACIÓN EN
SUPERFICIE**
AINOA GARCÍA SUÁREZ 1851

- 372 **PRINCIPIOS, EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTOS DE LA MICROBIOLOGÍA.**
MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ, GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ, JOSE ANGEL GARCIA CUBERO, RAQUEL MORENO GONZÁLEZ Y PILAR NAVARRO GALIANA 1855
- 373 **ESTUDIO DE LA LA BACTERIA RICKETTSIA , SUS CAUSAS ,SUS SÍNTOMAS Y SUS RESULTADOS**
PILAR NAVARRO GALIANA, MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ, GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ, JOSE ANGEL GARCIA CUBERO Y RAQUEL MORENO GONZÁLEZ 1859
- 374 **PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL ÁMBITO SANITARO**
NATALIA IGLESIAS HEREDIA Y ÁLVARO MARTÍNEZ JIMÉNEZ 1863
- 375 **IMPORTANCIA DE LA MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE NEFROPATÍAS Y SU PROCESADO EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR, PILAR MARIA RODERO RONCERO Y SONIA LEÓN HERRAEZ 1867
- 376 **IMPORTANCIA DE LAS TÉCNICAS PARA MICROSCOPIA OPTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE GLOMERULOPATÍAS**
IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR, PILAR MARIA RODERO RONCERO Y SONIA LEÓN HERRAEZ 1871
- 377 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO ESTUDIANDO Y ANALIZANDO EL ESTADO DE MARCADORES CARDÍACOS ADEMÁS DE OTROS PARÁMETROS ANALÍTICOS DIFERENTES PARA DETECTAR CASOS POR INFARTOS DE MIOCARDIO Y DE MIOPATÍAS**
JUAN MORENO GARCIA 1877
- 378 **LOS DIFERENTES CASOS DETECTADOS POR UNA INFECCIÓN FÚNGICA A CAUSA DE UN HONGO DENOMINADO CÁNDIDA ALBICANS LLEVANDO A CABO Y EMPLEANDO TÉCNICAS MICROBIOLÓGICAS Y DE CULTIVO POR EL PERSONAL DE LABORATORIO**
JUAN MORENO GARCIA 1881

379	EL PERSONAL DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DE PARÁMETROS ANALÍTICOS DE LA SANGRE PARA DETECTAR CASOS PROVOCADOS POR PROBLEMAS CON UNA ACUMULACIÓN EXCESIVA DE GRASA EN EL ORGANISMO JUAN MORENO GARCIA	1885
380	RECTORRAGIA TRAS OPERACIÓN DE VESÍCULA Y POSTERIORMENTE RESECCIÓN DE INTESTINO DELGADO Y EL TEL GEMA ALEMAN CASTILLO, IRENE PEREZ PEREZ, FATIMA MOHAMED SEDIK Y CAROLINA MORENO BAUTISTA	1889
381	EL TEL Y SEPSIS POR RIÑÓN GEMA ALEMAN CASTILLO, IRENE PEREZ PEREZ, FATIMA MOHAMED SEDIK Y CAROLINA MORENO BAUTISTA	1893
382	ESTUDIO MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO EN ORINA POR EL TECNICO DE LABORATORIO. PAULA CANO SANCHEZ, VANESSA PORTILLO MAESTRE, KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA, JUDIT ORTEGA MARTÍN Y RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA	1897
383	USO DEL MALDI-TOF (ESPECTRÓMETRO DE MASAS) EN MICROBIOLOGÍA INÉS LOZANO MORENO, SANDRA MARÍN YEPES, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA, GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES Y MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ	1901
384	APLICACIONES DE LA TÉCNICA DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN INVESTIGACIÓN INÉS LOZANO MORENO, SANDRA MARÍN YEPES, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA, GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES Y MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ	1905
385	VIROLOGÍA EN EL CAMPO DE LA MICROBIOLOGÍA PATRICIA RUTH MENENDEZ SOLIS	1909

- 386 APLICACIONES DE LA TÉCNICA DE LA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)**
INÉS LOZANO MORENO, SANDRA MARÍN YEPES, MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA, GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES Y MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ 1913
- 387 TELEMANDO. ENEMA OPACO.**
MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA, ANA VANESA SOUTO PRIETO, MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO, JULIA CABEZA LANCHAS Y ANA DEL SAZ BERNAL 1919
- 388 LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA.**
MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA, ANA VANESA SOUTO PRIETO, ANA DEL SAZ BERNAL, JULIA CABEZA LANCHAS Y MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO 1927
- 389 UROGRAFÍA INTRAVENOSA. TÉCNICA CONVENCIONAL.**
MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA, JULIA CABEZA LANCHAS, ANA DEL SAZ BERNAL, ANA VANESA SOUTO PRIETO Y MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO 1933
- 390 GEN MLL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA AGUDA**
FADWA DAKI BOUJNANE, CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS, SUSANA MELLADO VALERO, M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ Y PILAR COBO MORA 1941
- 391 LA DETECCIÓN DE LA ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL MEDIANTE ECO DOPPLER EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN, CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ Y LAURA AINSA MANJABACAS 1945
- 392 EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. PROYECCIONES Y CRITERIOS DE CALIDAD**
CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ, LAURA AINSA MANJABACAS Y JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN 1949

- 393 PRIMEROS AUXILIOS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO
SANITARIO: ACTUAR CON RAPIDEZ ANTE UNA EMERGENCIA:
LA AUTOPROTECCIÓN
DANIEL GARCÍA GARCÍA 1955**
- 394 TÉCNICAS Y HABILIDADES DE COMUNICACION DEL
TERAPEUTA OCUPACIONAL
SILVIA CUPIDO ESCALONILLA, MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA Y
MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ 1959**
- 395 SEÑALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ZONAS EN UN SERVICIO
DE RADIODIAGNÓSTICO
LAURA AINSA MANJABACAS, JUDY GUEIZA REYNOLDS
CALDERÓN Y CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ 1963**
- 396 EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO SOBRE LA
TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y LOS TIPOS DE CONTRASTE
NEREA ALVAREZ PICOS Y SILVIA DEL CAMPO ÁLVAREZ 1967**
- 397 TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES
ALBA GRUESO PEREZ, GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN Y FÁTIMA
MORO PULIDO 1971**
- 398 LA COARTACIÓN DE LA AORTA
GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN, FÁTIMA MORO PULIDO Y ALBA
GRUESO PEREZ 1975**
- 399 LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA
PATOLÓGICA Y CITOLÓGICA
BEATRIZ ESCUDERO TEJERA, JESUS ALARCON SERRANO, SAMUEL
GÓMEZ DE LA TORRE, PATRICIA RAMOS MIRANDA Y CRISTINA
RAMIREZ ALONSO 1983**
- 400 RESPUESTA CELULAR A LA LESIÓN ÁMBITO DEL TÉCNICO DE
ANATOMÍA PATOLÓGICA
BEATRIZ ESCUDERO TEJERA, JESUS ALARCON SERRANO, SAMUEL
GÓMEZ DE LA TORRE, PATRICIA RAMOS MIRANDA Y CRISTINA
RAMIREZ ALONSO 1987**

- 401ANATOMÍA PATOLOGICA ANTE UNA METÁSTASIS CARDÍACA
BEATRIZ ESCUDERO TEJERA, JESUS ALARCON SERRANO, SAMUEL
GÓMEZ DE LA TORRE, PATRICIA RAMOS MIRANDA Y CRISTINA
RAMIREZ ALONSO 1991
- 402DETECCIÓN DE S.PYOGENES EN EL LABORATORIO MEDIANTE
PRUEBAS RÁPIDAS
PAULA CANO SANCHEZ, KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA,
VANESSA PORTILLO MAESTRE, JUDIT ORTEGA MARTÍN Y RAÚL
ALAÑÓN VILLANUEVA 1995
- 403ZONOSIS-SALMONELLA EN HUEVOS DE GRANJA CASEROS
MICAELA ELENA MANZAT VERINCA, CLAUDIA GARCÍA GARCÍA Y
DANIEL PEÓN MARTINEZ 1999
- 404IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE LA
PROCALCITONINA
YANIRA SALINERO ESCOBAR, ANA LÓPEZ VELASCO, MARIA
CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ
Y SONIA GARCÍA GONZÁLEZ 2005
- 405IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DE MICROPROTEINAS EN EL
LCR
YANIRA SALINERO ESCOBAR, SONIA GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA
JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ, MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ
Y ANA LÓPEZ VELASCO 2009
- 406IMPORTANCIA DE LA DETERMINACIÓN DEL FÁRMACO
DIGOXINA EN SANGRE
YANIRA SALINERO ESCOBAR, ANA LÓPEZ VELASCO, MARIA
CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ, SONIA GARCÍA GONZÁLEZ Y
MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ 2013
- 407TINCIÓN DE ENDOESPORAS EN EL LABORATORIO DE MICRO;
TÉCNICA DE SCHAEFFER-FULTON
ADRIANA LÓPEZ RODRÍGUEZ 2017
- 408BUENA PRAXIS EN EL LABORATORIO; CÓMO REALIZAR UN
CORRECTO PIPETEO Y SU IMPORTANCIA
ADRIANA LÓPEZ RODRÍGUEZ 2021

- 409 TÉCNICAS DE DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO**
ADRIANA LÓPEZ RODRÍGUEZ 2025
- 410 EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LAS FUENTES NO ENCAPSULADAS Y LOS RIESGOS ASOCIADOS**
ISABEL ROMERO RODRIGUEZ, ANDREA ROMERO PARADA, CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO, MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ Y BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE 2029
- 411 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LOS ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA**
ISABEL ROMERO RODRIGUEZ, ANDREA ROMERO PARADA, CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO, MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ Y BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE 2035
- 412 BACTERIURIA ASOCIADA AL CATÉTER DE LA SONTA VESICAL**
PATRICIA GARCIA MUÑOZ, NATALIA POZA ALVAREZ Y NEREA GRANDA ÁLVAREZ 2039
- 413 ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO Y CLÍNICO DEL CLOSTRIDIUM TETANI**
PATRICIA GARCIA MUÑOZ 2043
- 414 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA OSTEOPOROSIS**
ISABEL ROMERO RODRIGUEZ, ANDREA ROMERO PARADA, CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO, MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ Y BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE 2047
- 415 FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO. ECOGRAFÍA CERVICAL PARA LA OBSERVACIÓN DE LA GLÁNDULA TIROIDES**
VERONICA MARTINEZ MARTINEZ, HERMINIA GOMEZ GOMEZ, MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO Y ANA MARIA BIELSA SANCHEZ 2051

- 416 REALIZACIÓN DE UNA ANGIO RESONANCIA DEL POLÍGONO DE WILLIS POR PARTE DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO**
HERMINIA GOMEZ GOMEZ, VERONICA MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO Y ANA MARIA BIELSA SANCHEZ
2055
- 417 REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE ARTERIAS PULMONARES POR PARTE DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO**
MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO, ANA MARIA BIELSA SANCHEZ, VERONICA MARTINEZ MARTINEZ Y HERMINIA GOMEZ GOMEZ
2059
- 418 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO ANTE LA RECOGIDA, TRANSPORTE Y PROCESAMIENTO GENERAL DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**
GONZALO VÁZQUEZ QUILES, ANA MARIA PERTA HOGNOGIU, JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO, VERÓNICA OCAÑA PARADA Y IRENE GIRÓN CANO
2063
- 419 TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS EN LABORATORIO DE LA INFERTILIDAD MASCULINA**
GONZALO VÁZQUEZ QUILES, ANA MARIA PERTA HOGNOGIU, JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO, VERÓNICA OCAÑA PARADA Y IRENE GIRÓN CANO
2067
- 420 EL TÉCNICO DE LABORATORIO ANTE EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE ANEMIAS FERROPÉNICAS**
GONZALO VÁZQUEZ QUILES, ANA MARIA PERTA HOGNOGIU, JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO, VERÓNICA OCAÑA PARADA Y IRENE GIRÓN CANO
2071

421	EL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN PROCEDIMIENTOS RADIOGRÁFICOS BUCODENTALES EN HOSPITALES CAROLINA RUIZ CAMPALLO, NOELIA IGLESIAS SILVA, ELSA CHAIGNEAU TOMAS, ESTEFANIA DÍAZ LOZANO Y ALEJANDRA SERRANO MOYA	2075
422	EL HIGIENE BUCODENTAL Y LOS PACIENTES CON SÍFILIS ORAL CAROLINA RUIZ CAMPALLO, NOELIA IGLESIAS SILVA, ELSA CHAIGNEAU TOMAS, ESTEFANIA DÍAZ LOZANO Y ALEJANDRA SERRANO MOYA	2079
423	EL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA HIGIENE EN LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA EN LOS HOSPITALES CAROLINA RUIZ CAMPALLO, NOELIA IGLESIAS SILVA, ELSA CHAIGNEAU TOMAS, ESTEFANIA DÍAZ LOZANO Y ALEJANDRA SERRANO MOYA	2083
424	RADIOTERAPIA: GLIOBLASTOMA ANA MOLAS MARCOS Y MARIA FELIPE GOMEZ	2087
425	PRUEBA DEL DÍMERO D PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ	2091
426	LINFOMA DE HODGKIN PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ	2095
427	TINCIÓN KINYOUN PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ	2099
428	EL TÉCNICO DE RAYOS Y LAS LESIONES DE PARTES BLANDAS EN RADIOLOGÍA SIMPLE PILAR CALLEJA BUZÓN, MERCEDES NAVARRO GARRIDO, ANA ROSA PALACIOS ROZALEN, MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ Y MARÍA CEBRIÁN DÍAZ	2103

- 429LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS CON EL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO**
PILAR CALLEJA BUZÓN, MERCEDES NAVARRO GARRIDO, ANA
ROSA PALACIOS ROZALEN, MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ
Y MARÍA CEBRIÁN DÍAZ 2109
- 430EL TÉCNICO DE RAYOS Y SARCOIDOSIS EN RADIOLOGÍA SIMPLE**
PILAR CALLEJA BUZÓN, MERCEDES NAVARRO GARRIDO, ANA
ROSA PALACIOS ROZALEN, MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ
Y MARÍA CEBRIÁN DÍAZ 2113
- 431ESTUDIO DEL PAPEL DEL MIR-71 EN EL DESARROLLO TEMPRANO
IN VITRO DE ECHINOCOCCUS MULTILOCULARIS**
FADWA DAKI BOUJNANE, CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS, PILAR
COBO MORA, SUSANA MELLADO VALERO Y M. CARMEN NÚÑEZ
ORTIZ 2117
- 432CONTROL DE LA PLACA DENTAL E IMPLICACIÓN DEL
HIGIENISTA BUCODENTAL**
SHEILA PADILLA NUÑEZ, ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ,
PATRICIA PADILLA MUÑOZ Y ALICIA DELGADO VALLEJO 2121
- 433DEFICIT DE CALCIO EN LA POBLACIÓN**
FADWA DAKI BOUJNANE, PILAR COBO MORA, CRISTINA GÓMEZ
ESTELLÉS, SUSANA MELLADO VALERO Y M. CARMEN NÚÑEZ
ORTIZ 2125
- 434LA TÉCNICA ELISA**
DANIEL PEÓN MARTINEZ, CLAUDIA GARCÍA GARCÍA Y MICAELA
ELENA MANZAT VERINCA 2129
- 435LOS CONTRAS DEL PUESTO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN
SANIDAD**
ELVIRA CASTRO MENÉNDEZ 2133
- 436INTOLERANCIA A LA LACTOSA MUESTRA POR EL PINCHE EN
COCINA**
LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ, AGUSTIN PULIDO RINCÓN,
SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ, CRISTINA TOMILLO BENITA Y
MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA 2137

- 437PREVENCIÓN EN SANIDAD DEL LEVANTAMIENTO DE CARGAS
POR EL PINCHE DE COCINA**
CRISTINA TOMILLO BENITA, AGUSTIN PULIDO RINCÓN, SANDRA
DE LA TORRE MARTÍNEZ, LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ Y
MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA 2141
- 438EL ACOSO PSICOLÓGICO (MOBBING) DESCRITO POR EL PINCHE
EN LA ESFERA SANITARIA**
MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA, AGUSTIN PULIDO RINCÓN,
SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ, LAURA NAVARRO
HERNÁNDEZ Y CRISTINA TOMILLO BENITA 2145
- 439MUESTRA EN HIGIENE POSTURAL HACIA LOS PACIENTES Y EL
PROFESIONAL CELADOR**
CRISTINA ALONSO GUTIERREZ, PABLO DÍAZ DE GRACIA, JULIO
ARÉVALO CANO, MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA Y
LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO 2149
- 440EL CELADOR Y LA UTILIZACIÓN DEL APARATAJE AUXILIAR**
MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA, PABLO DÍAZ DE
GRACIA, JULIO ARÉVALO CANO, CRISTINA ALONSO GUTIERREZ Y
LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO 2153
- 441ENFOQUE DEL CELADOR EN LA EFICACIA Y NECESIDAD DE LA
BIOÉTICA**
LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO, PABLO DÍAZ DE GRACIA, JULIO
ARÉVALO CANO, CRISTINA ALONSO GUTIERREZ Y MARIA
VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA 2159
- 442LAVADO Y CUIDADO DE LAS MANOS EN EL TRABAJO DE
CELADOR.**
REBECA CANTELI RIVERA 2163
- 443LOS CELADORES Y RIESGO BIOLÓGICO EN CENTROS
SANITARIOS**
MARIA BELEN GRANDA ROSAL 2167
- 444GESTIONES ADMINISTRATIVAS INFORMATIZADAS EN
FARMACIA HOSPITALARIA**
SONIA MARTÍN MORERA 2171

445	EL PLANCHADOR/A DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA MAQUINARIA DE PLANCHADO MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO, SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ, MILAGROS TEBAR PALACIOS, DOLORES LÓPEZ NAVARRETE Y MARTA NAVARRO PÉREZ	2175
446	EL PLANCHADOR/A EN SERVICIOS SANITARIOS Y LOS PROBLEMAS MAS FRECUENTES QUE SE PRODUCEN EN LA FASE DE PLANCHADO MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO, SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ, MILAGROS TEBAR PALACIOS, DOLORES LÓPEZ NAVARRETE Y MARTA NAVARRO PÉREZ	2179
447	LAS FUNCIONES GENERALES EN EL TRABAJO DEL PINCHE EN UNA COCINA HOSPITALARIA BELEN TERCERO DOCON, MIRIAM BARBERO NAVARRO Y CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA	2183
448	EL CELADOR EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA ANTONIA TORRES FLORES, JUAN TRUJILLO PINTADO, EMILIA MORA TORRALBA, MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ Y CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ	2187
449	EL CELADOR: CAMAS, USO Y TRASLADO JUAN TRUJILLO PINTADO, EMILIA MORA TORRALBA, MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ, CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ Y ANTONIA TORRES FLORES	2191
450	LAS NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS APLICADAS A UNA COCINA HOSPITALARIA EN LA TAREA DEL PINCHE DE COCINA CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA, BELEN TERCERO DOCON Y MIRIAM BARBERO NAVARRO	2195
451	FUNCIONES DEL CELADOR EN CENTRO HOSPITALARIO ESPECIALIZADO EN COVID-19 MARIA BELEN GRANDA ROSAL	2199

- 452EL CELADOR Y LA CLASIFICACIÓN: TRIAJE DE URGENCIAS**
GEMA ANTÓN GARRIDO, NATALIA SÁNCHEZ RICO, ROSARIO
SOLER BALLESTEROS, JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ Y JULIÁN
SÁNCHEZ GARCÍA 2203
- 453EL CELADOR EN LA PARTE DE EMBARAZADAS EN LOS CENTROS
HOSPITALARIOS**
GEMA ANTÓN GARRIDO, NATALIA SÁNCHEZ RICO, ROSARIO
SOLER BALLESTEROS, JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ Y JULIÁN
SÁNCHEZ GARCÍA 2207
- 454EL CELADOR ANTE LOS PACIENTES TERMINALES EN LOS
CENTROS HOSPITALARIOS**
GEMA ANTÓN GARRIDO, NATALIA SÁNCHEZ RICO, ROSARIO
SOLER BALLESTEROS, JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ Y JULIÁN
SÁNCHEZ GARCÍA 2211
- 455ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA ADECUADA PARA PACIENTES
CON COLESTEROL**
PATRICIA GARCÍA FERNÁNDEZ 2215
- 456TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS EN LA COCINA DE UN
CENTRO HOSPITALARIO**
PATRICIA GARCÍA FERNÁNDEZ 2219
- 457EL CELADOR EN EL CONOCIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN
VERBAL Y LOS ELEMENTOS INTERVINIENTES**
JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ, CLARABEL JIMENEZ
RODRIGUEZ, MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES, MARÍA
ALMUDENA ARENAS PÉREZ Y ANA BELÉN VILLA MARTÍN 2223
- 458REDUCCIÓN Y CONTENCIÓN EN BROTES PSICÓTICOS POR EL
CELADOR**
MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ, CLARABEL JIMENEZ
RODRIGUEZ, MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES, JOSÉ MANUEL
VILLACAÑAS RUIZ Y ANA BELÉN VILLA MARTÍN 2229

- 459EXPOSICIÓN EN PRECAUCIONES ESTÁNDAR DIRIGIDO A LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES POR EL CELADOR**
ANA BELÉN VILLA MARTÍN, CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ, MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES, JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ Y MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ 2233
- 460EXPOSICIÓN POR EL CELADOR DE LA HIGIENE DEL SUEÑO EN ADULTOS Y NIÑOS**
MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL, MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO, KENIA MARTÍN GÓMEZ, NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA Y MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ 2239
- 461FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS DE LAS CAÍDAS EN LA POBLACIÓN MAYOR POR EL CELADOR**
NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA, MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO, KENIA MARTÍN GÓMEZ, MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL Y MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ 2243
- 462EL RIESGO PSICOSOCIAL DEL TRABAJO EN SANIDAD POR EL CELADOR**
MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ, MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO, KENIA MARTÍN GÓMEZ, MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL Y NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA 2247
- 463FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN EL ALMACEN DE LOGÍSTICA HOSPITALARIA**
ARACELI SANCHEZ CALLEJAS, ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA, MARGARITA MANZANEDO ROBLES, AGUSTINA GARCIA GARCIA Y ISABEL SANCHEZ JUAN 2251
- 464FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA**
ARACELI SANCHEZ CALLEJAS, AGUSTINA GARCIA GARCIA, MARGARITA MANZANEDO ROBLES, ISABEL SANCHEZ JUAN Y ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA 2255

- 465 FUNCIONES DE LOS CELADORES DE URGENCIAS EN EL
TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN Y MATERIAL SANITARIO**
ARACELI SANCHEZ CALLEJAS, AGUSTINA GARCIA GARCIA, ANA
BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA, MARGARITA MANZANEDO
ROBLES Y ISABEL SANCHEZ JUAN 2259
- 466 EL CELADOR Y EL PROCESO DE CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO**
FERNANDO INFANTES ACEDO, MARIA JESUS FLORES MORAGA,
JOSE CARLOS LOSA SERNA, PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS
OLIVAS Y BEATRIZ RIGOTE MORENO 2263
- 467 CÓMO DEBE ACTUAR EL CELADOR ANTE EL PACIENTE EN SUS
ULTIMOS MOMENTOS DE VIDA**
FERNANDO INFANTES ACEDO, MARIA JESUS FLORES MORAGA,
JOSE CARLOS LOSA SERNA, PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS
OLIVAS Y BEATRIZ RIGOTE MORENO 2267
- 468 ADEMÁS DE LOS CAMBIOS POSTURALES ¿QUÉ PUEDE HACER EL
CELADOR ANTE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN?**
FERNANDO INFANTES ACEDO, MARIA JESUS FLORES MORAGA,
JOSE CARLOS LOSA SERNA, PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS
OLIVAS Y BEATRIZ RIGOTE MORENO 2271
- 469 INMIGRACION E IMPACTO EN LA ATENCION SANITARIA**
INES FERNANDEZ SUAREZ 2277
- 470 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
PARTE DE HEMODIALISIS DE LOS HOSPITALES**
SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ, ELÍAS LÓPEZ GIL, JUANA
EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN, MARÍA JESÚS SERRANO DEL
PINO Y INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL 2281
- 471 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA**
ELÍAS LÓPEZ GIL, JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN, MARÍA
JESÚS SERRANO DEL PINO, SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ Y
INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL 2285

- 472 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LAS AMBULANCIAS DE SOPORTES VITALES BÁSICOS**
SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA, ENRIQUE CUENCA
SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ, ANA MARÍN
MUNUERA Y MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO 2289
- 473 EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES DE ESTA UNIDAD**
SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA, ENRIQUE CUENCA
SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ, ANA MARÍN
MUNUERA Y MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO 2293
- 474 LA IMPORTANCIA Y AYUDA PARA EL CELADOR DE LOS DISPOSITIVOS AUXILIARES**
SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA, ENRIQUE CUENCA
SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ, ANA MARÍN
MUNUERA Y MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO 2297
- 475 LOS COCINEROS HOSPITALARIOS EN SUS OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES SEGÚN LA DISTRIBUCIÓN ROTATIVA EN SU PUESTO DE TRABAJO**
DANIEL HERVÁS RUIZ, PEDRO ROMERO PRADOS, MARTA
RODENAS PARRA, MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ Y JESUS MIGUEL
DÍAZ ARRIBAS 2303
- 476 EL COCINERO HOSPITALARIO Y SU CONOCIMIENTO SOBRE EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS DE LOS PACIENTES**
DANIEL HERVÁS RUIZ, PEDRO ROMERO PRADOS, MARTA
RODENAS PARRA, MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ Y JESUS MIGUEL
DÍAZ ARRIBAS 2307
- 477 EL COCINERO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS Y EL CONTROL DE NOTAS PARA EL TEMA DE ALERGIAS DE LOS PACIENTES**
DANIEL HERVÁS RUIZ, PEDRO ROMERO PRADOS, MARTA
RODENAS PARRA, MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ Y JESUS MIGUEL
DÍAZ ARRIBAS 2311

- 478 EL CELADOR Y EL PADECIMIENTO NEURODEGENERATIVO DEL ALZHEIMER**
MONICA PEREZ RODRIGUEZ, ANDRÉS CABELLO PEÑAS, AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO, ANTONIO CASAS TORRES Y MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ 2317
- 479 CÓMO HA AFECTADO LA PANDEMIA AL DESCANSO Y SUEÑO MUESTRA POR EL CELADOR**
ANTONIO CASAS TORRES, ANDRÉS CABELLO PEÑAS, AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO, MONICA PEREZ RODRIGUEZ Y MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ 2321
- 480 PRINCIPIOS Y FUNDAMENTACIÓN EN SALUD DE LA BIOÉTICA POR EL CELADOR**
MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ, ANDRÉS CABELLO PEÑAS, AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO, MONICA PEREZ RODRIGUEZ Y ANTONIO CASAS TORRES 2325
- 481 LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ, DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN, SHEILA DIAZ MENENDEZ, ROCÍO QUINTANA RODRÍGUEZ Y MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ 2329
- 482 LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN DEL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO**
DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN, SHEILA DIAZ MENENDEZ, ROCÍO QUINTANA RODRÍGUEZ, MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ Y ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ 2333
- 483 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ 2337
- 484 EL CELADOR Y SUS PAPEL ANTE EL PACIENTE MENTAL. TIPOS DE REDUCCIÓN**
MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO, CARMEN GALLEGLO LOPEZ, ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO, ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO Y CRISTINA HIDALGO SIMARRO 2341

- 485 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODINAMICA. CARACTERÍSTICAS DE ESTA UNIDAD**
MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO, CARMEN GALLEGO LOPEZ,
ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO, ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO
Y CRISTINA HIDALGO SIMARRO 2345
- 486 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO**
MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO, CARMEN GALLEGO LOPEZ,
ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO, ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO
Y CRISTINA HIDALGO SIMARRO 2349
- 487 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL**
YOLANDA LEGANÉS VIANA, MARÍA CONSUELO COLLADO
GARCÍA, MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ, MARIA JOSE
LABARRA PEREZ Y AURORA LOPEZ LOPEZ 2353
- 488 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS ANTE EL SISTEMA INFORMATIZADO PARA EL ACCESO A LA BOLSA DE TRABAJO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA**
ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA, PAZ DÍAZ GONZÁLEZ Y
RAQUEL GARRIDO PÉREZ 2357
- 489 EL CELADOR EN EL ANIMALARIO**
CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ, ANTONIA TORRES FLORES, JUAN
TRUJILLO PINTADO, EMILIA MORA TORRALBA Y MARIA BELÉN
GALIANO SANCHEZ 2361
- 490 EL CELADOR EN LA MOVILIZACION DEL PACIENTE. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE POSTURAL EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE**
ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA,
PATRICIA OCHOA JIMENEZ, PILAR POVEDA LÓPEZ Y DANIEL
MARTÍN MARTÍN 2365

- 491LABOR DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE
GERIÁTRICO: TRANSPORTE, TIPOS DE TRASLADO Y
DEAMBULACIÓN**
ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA,
PATRICIA OCHOA JIMENEZ, PILAR POVEDA LÓPEZ Y DANIEL
MARTÍN MARTÍN 2369
- 492EL CELADOR DENTRO DEL EQUIPO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA**
ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA,
PATRICIA OCHOA JIMENEZ, PILAR POVEDA LÓPEZ Y DANIEL
MARTÍN MARTÍN 2375
- 493EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN EN EL QUIRÓFANO**
SILVIA COLETO MUÑOZ, SARA GÓMEZ LÓPEZ, FRANCISCO
ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ Y MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO 2379
- 494PROCESOS ONCOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN LA INFANCIA Y
EL CELADOR**
SARA GÓMEZ LÓPEZ, FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ,
MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO Y SILVIA COLETO MUÑOZ 2383
- 495ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS Y LAS FUNCIONES QUE
TIENE EL CELADOR**
FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ, MIGUEL ANGEL
ESPADA CALERO, SILVIA COLETO MUÑOZ Y SARA GÓMEZ LÓPEZ 2387
- 496EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL AREA DE PLANTA DE UNA
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA**
MARÍA INÉS MESAS VALERA, SARA BALLESTEROS PINEDO Y
MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ 2395
- 497LA GRÚA HOSPITALARIA PARA EL CELADOR**
MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ, MARÍA INÉS MESAS
VALERA Y SARA BALLESTEROS PINEDO 2399
- 498EL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD. PROCEDIMIENTO
DESDE QUE LLEGA UNA PACIENTE HASTA EL MOMENTO DEL
ALTA**
SARA BALLESTEROS PINEDO, MARIA YOLANDA MORENO
MARTINEZ Y MARÍA INÉS MESAS VALERA 2403

- 499CELADORES PLANTEAN UNA REVISIÓN SOBRE CESÁREA VERSUS PARTO VAGINAL**
ARACELI GIL GONZALEZ, JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA, JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA, ANA BELEN MARTINEZ JUAN Y MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO 2407
- 500EL CELADOR PROTOCOLO EN AUTOPSIAS Y PACIENTES FALLECIDOS**
JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA, JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA, ANA BELEN MARTINEZ JUAN, MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO Y ARACELI GIL GONZALEZ 2411
- 501EL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA, ANA BELEN MARTINEZ JUAN, MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO, ARACELI GIL GONZALEZ Y JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA 2415
- 502EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CONTROL DEL MATERIA Y MEDICAMENTOS SANITARIOS**
MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN, JULIA COLLADO LOPEZ, DAVID GARCIA COLMENERO, EVA RODEÑO PINACH Y MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA 2419
- 503EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA RECETA ELECTRONICA**
EVA RODEÑO PINACH, MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN, MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA, JULIA COLLADO LOPEZ Y DAVID GARCIA COLMENERO 2423
- 504EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA**
DAVID GARCIA COLMENERO, EVA RODEÑO PINACH, MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN, MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA Y JULIA COLLADO LOPEZ 2427
- 505EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE LOS PACIENTES CORONARIOS**
JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ, NATALIA PLA CARRETERO, AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA Y MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA 2431

- 506 EL CELADOR ANTE LA EUTANASIA DEL PACIENTE Y SUS PROBLEMAS**
AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA, MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA, JAVIER GALLEG0 SÁNCHEZ Y NATALIA PLA CARRETERO 2435
- 507 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS**
JAVIER GALLEG0 SÁNCHEZ, NATALIA PLA CARRETERO, AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA Y MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA 2439
- 508 PLANCHADORAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD LABORALES SANITARIOS**
MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEG0, SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ, MILAGROS TEBAR PALACIOS, DOLORES LÓPEZ NAVARRETE Y MARTA NAVARRO PÉREZ 2443
- 509 DESEMPEÑO DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS**
MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS, DIEGO ALONSO GONZÁLEZ, MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO, ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ Y PABLO DEL PINO CORROCHANO 2447
- 510 CORRESPONDENCIA ESENCIAL EN COMUNICACIÓN DEL CELADOR HACIA EL PACIENTE ENFERMO**
ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ, DIEGO ALONSO GONZÁLEZ, MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO, MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS Y PABLO DEL PINO CORROCHANO 2451
- 511 HIGIENE EN LAS POSICIONES ADOPTADAS POR EL PERSONAL CELADOR**
PABLO DEL PINO CORROCHANO, DIEGO ALONSO GONZÁLEZ, MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO, MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS Y ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ 2455

- 512 ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**
CARLOS PAVON SOTOMAYOR, VIRGINIA MOLERO UREÑA,
CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO, MARIA OLGA RICO GOMEZ Y
NOEMI MORENO RUBIO 2461
- 513 FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA PREPARACION, COCINADO, EMPLATADO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS MENÚS HOSPITALARIOS**
CARLOS PAVON SOTOMAYOR, VIRGINIA MOLERO UREÑA,
CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO, MARIA OLGA RICO GOMEZ Y
NOEMI MORENO RUBIO 2465
- 514 MANEJO DE LOS APARATOS DE LA COCINA HOSPITALARIA POR EL PINCHE DE COCINA**
CARLOS PAVON SOTOMAYOR, VIRGINIA MOLERO UREÑA,
CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO, MARIA OLGA RICO GOMEZ Y
NOEMI MORENO RUBIO 2469
- 515 LA IMPORTANCIA DE UN BUEN LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL DEL SECTOR SANITARIO.**
M^aJACQUELINE CACHERO ALVAREZ, LORENA PADILLA
MARTINEZ, PALOMA ARANGO LÓPEZ, LETICIA GONZALEZ
GONZALEZ Y ESTHER BIGOTES ARGÜELLES 2473
- 516 LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO.**
LORENA PADILLA MARTINEZ, PALOMA ARANGO LÓPEZ, LETICIA
GONZALEZ GONZALEZ, ESTHER BIGOTES ARGÜELLES Y
M^aJACQUELINE CACHERO ALVAREZ 2479
- 517 ACTUALIZACIÓN DEL CELADOR ANTE UN RIESGO DE EMERGENCIA. EVACUACIÓN DEL PACIENTE**
MILAGROS VIZCAINO OLMOS, MARÍA ÁNGELES GABALDÓN
FERNÁNDEZ, JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA, ROSA MARIA
VERGARA GARCIA Y CELIA ROSA LORENZO PÉREZ 2485

518	EL CELADOR EN APOYO A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MILAGROS VIZCAINO OLMOS, MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ, JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA Y ROSA MARIA VERGARA GARCIA	2489
519	EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA CELIA ROSA LORENZO PÉREZ, MILAGROS VIZCAINO OLMOS, MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ, JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA Y ROSA MARIA VERGARA GARCIA	2493
520	EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA MOVILIZACIÓN Y EL CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS SANTIAGO ROSADO RUIZ, EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ, JAIME OLIVER CORTÉS, MONTSE SANZ ALCAIDE Y JOSE LOPEZ ESCRIBANO	2497
521	LA ATENCIÓN DEL CELADOR A LOS PACIENTES CON POSIBLE COVID-19 SANTIAGO ROSADO RUIZ, EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ, JAIME OLIVER CORTÉS, MONTSE SANZ ALCAIDE Y JOSE LOPEZ ESCRIBANO	2501
522	EL CELADOR CONOCIMIENTOS MÍNIMOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOVASCULAR (RCP) BÁSICA SANTIAGO ROSADO RUIZ, EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ, JAIME OLIVER CORTÉS, MONTSE SANZ ALCAIDE Y JOSE LOPEZ ESCRIBANO	2505
523	FUNCIONES BÁSICAS DEL CELADOR EN REHABILITACIÓN IRENE MEGÍA ARENAS, DAVID HUERTAS TRUJILLO, SARA VERGAZ TORRECILLA, JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO Y SANTIAGO OLMO MORENO	2511

- 524EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA**
IRENE MEGÍA ARENAS, DAVID HUERTAS TRUJILLO, SARA VERGAZ
TORRECILLA, JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO Y SANTIAGO OLMO
MORENO 2515
- 525FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE FALLECIDO EN EL
TRASLADO AL MORTUORIO**
IRENE MEGÍA ARENAS, DAVID HUERTAS TRUJILLO, SARA VERGAZ
TORRECILLA, JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO Y SANTIAGO OLMO
MORENO 2519
- 526DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ENTIDADES
SANITARIAS, GESTION DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA JOSE LABARRA PEREZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS
RUIZ, YOLANDA LEGANÉS VIANA, AURORA LOPEZ LOPEZ Y
MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA 2523
- 527EL PINCHE Y LA CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS**
IRENE PINEDA MADROÑAL, IRENE MEGÍA ARENAS, IVÁN
TRAINOTTI, MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN Y SORAYA
ENTRENAS TALAVERA 2527
- 528RIESGOS LABORALES DEL PINCHE DE COCINA EN EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**
IRENE PINEDA MADROÑAL, IRENE MEGÍA ARENAS, IVÁN
TRAINOTTI, MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN Y SORAYA
ENTRENAS TALAVERA 2533
- 529EL PINCHE Y LA CALIDAD EN HOSTELERÍA EN EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**
IRENE PINEDA MADROÑAL, IRENE MEGÍA ARENAS, IVÁN
TRAINOTTI, MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN Y SORAYA
ENTRENAS TALAVERA 2539
- 530HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE DE UN
SISTEMA SANITARIO COMO GARANTÍA DE DERECHOS DE
USUARIOS Y PACIENTES**
URBANO SÁNCHEZ MARTÍN 2543

- 531 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON FIBROMIALGIA**
MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ, MONTSERRAT REDONDO
PÉREZ, SARA GARCIA PINILLA Y ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO 2547
- 532 EL DEBER DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ, SARA GARCIA PINILLA,
MONTSERRAT REDONDO PÉREZ Y ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO 2551
- 533 EL ESTADO EMOCIONAL EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO "UN CAMPO POR DESCUBRIR"**
SILVIA FERNANDEZ CANO, MARÍA ALEJANDRA DÍAZ PELÁEZ,
MARGÓ IGLESIAS OTERO Y EVA MARTINEZ MAGADAN 2557
- 534 EL CELADOR DEBE PREVENIR LOS RIESGOS LABORALES EN LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS**
JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA, ANTONIO RAMOS COELLO,
FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL, MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO Y
YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ 2561
- 535 EL PAPEL DEL CELADOR ANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS**
JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA, YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ,
MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO, FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL Y
ANTONIO RAMOS COELLO 2565
- 536 EL USO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA EL CELADOR**
JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA, YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ,
MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO, FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL Y
ANTONIO RAMOS COELLO 2569
- 537 EL PINCHE DE COCINA EN LA PREPARACIÓN DE LA COMIDA HOSPITALARIA**
PIEDAD GARCÍA LEON, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS,
MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO, M. CARMEN GÓMEZ PEREZ Y
ANTONIA HERRAEZ LOPEZ 2573

- 538 PINCHES DE COCINA EN LA DIETA BASAL Y DIETAS TERAPÉUTICAS**
PIEDAD GARCÍA LEON, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS,
MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO, M. CARMEN GÓMEZ PEREZ Y
ANTONIA HERRAEZ LOPEZ 2577
- 539 EL PINCHE DE COCINA EN DIFERENTES TRASTORNOS QUE PUEDE APARECER EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA SANITARIA**
PIEDAD GARCÍA LEON, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS,
MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO, M. CARMEN GÓMEZ PEREZ Y
ANTONIA HERRAEZ LOPEZ 2581
- 540 LA CONFECCION Y FORMALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD**
AURORA LOPEZ LOPEZ, MARIA JOSE LABARRA PEREZ, MARÍA DE
LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ, YOLANDA LEGANÉS VIANA Y MARÍA
CONSUELO COLLADO GARCÍA 2585
- 541 EL PINCHE DE COCINA EN LA LIMPIEZA CORTE Y PRE-LAVADO DE LOS DISTINTOS ALIMENTOS.**
MIRIAM BARBERO NAVARRO, CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA
Y BELEN TERCERO DOCON 2589
- 542 PREVENCIÓN DE LA FATIGA POSTURAL” MEJORA LOS HABITOS POSTURALES”**
SILVIA FERNANDEZ CANO, MARGÓ IGLESIAS OTERO, MARÍA
ALEJANDRA DÍAZ PELÁEZ Y EVA MARTINEZ MAGADAN 2593
- 543 TRABAJO SOCIAL Y DAÑO CEREBRAL**
MARÍA BERMÚDEZ SORIANO, MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA
VILLA, LAURA BUSTOS BOTIJA, CARLOS ALEJANDRO ABELLAN
BERMUDEZ Y MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA 2597
- 544 LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PERSONAL DEL TRABAJO SOCIAL**
MARÍA BERMÚDEZ SORIANO, MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA
VILLA, LAURA BUSTOS BOTIJA, CARLOS ALEJANDRO ABELLAN
BERMUDEZ Y MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA 2601

- 545EL TRABAJO SOCIAL Y SU ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE
SALUD MENTAL
MARÍA BERMÚDEZ SORIANO, MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA
VILLA, LAURA BUSTOS BOTIJA, CARLOS ALEJANDRO ABELLAN
BERMUDEZ Y MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA 2605
- 546LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA SECCION DE
CONTABILIDAD
RAQUEL GARRIDO PÉREZ, PAZ DÍAZ GONZÁLEZ Y ENCARNACION
CHILLERÓN HERRERA 2609
- 547LOS AUXILIARES ADMINSTRATIVOS.: ERGOFTALMOGÍA: FATIGA
VISUAL POR USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS.
PAZ DÍAZ GONZÁLEZ, RAQUEL GARRIDO PÉREZ Y ENCARNACION
CHILLERÓN HERRERA 2613
- 548¿CÓMO REALIZAN LOS CELADORES LAS MOVILIZACIONES CON
GRUA DE LOS PACIENTES Y QUE FUNCIONES TIENE ESTE
PERSONAL EN ESTE ASPECTO?
YOLANDA MADRID ALARCOS, MTERESA DONADO LADERAS,
ESTEBAN TEJADO VELASCO, JUAN CARLOS REQUENA BUENO Y
VALENTIN LARA ORTIZ 2617
- 549LA GRAN IMPORTANCIA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA
TÉCNICA DE DECUBITOS LATERALES
YOLANDA MADRID ALARCOS, MTERESA DONADO LADERAS,
ESTEBAN TEJADO VELASCO, JUAN CARLOS REQUENA BUENO Y
VALENTIN LARA ORTIZ 2621
- 550PAPEL, IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS
ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)
YOLANDA MADRID ALARCOS, MTERESA DONADO LADERAS,
ESTEBAN TEJADO VELASCO, JUAN CARLOS REQUENA BUENO Y
VALENTIN LARA ORTIZ 2627

- 551 EL CELADOR PARA TRASLADAR DOCUMENTOS EN LA ZONA DE ARCHIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS
MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, JOSE LUIS GONZALEZ AMOR, JUAN SALDAÑA SANCHEZ, SALVADOR PALAZON VALCARCEL Y EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA 2633
- 552 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON MATERIALES Y DISPOSITIVOS DE AYUDA
JUAN SALDAÑA SANCHEZ, SALVADOR PALAZON VALCARCEL, EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA, MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ Y JOSE LUIS GONZALEZ AMOR 2637
- 553 MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POR EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
SALVADOR PALAZON VALCARCEL, EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA, MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, JOSE LUIS GONZALEZ AMOR Y JUAN SALDAÑA SANCHEZ 2641
- 554 EL CELADOR Y LA CLASIFICACION DE RESIDUOS SANITARIOS
CARMEN OLMOS PEINADO, SONIA CASTILLO LOZANO, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ Y MARIA PAZ VILLA ARAQUE 2645
- 555 EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES EN UN HOSPITAL
CARMEN OLMOS PEINADO, SONIA CASTILLO LOZANO, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ Y MARIA PAZ VILLA ARAQUE 2649
- 556 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN
CARMEN OLMOS PEINADO, SONIA CASTILLO LOZANO, LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ Y MARIA PAZ VILLA ARAQUE 2653
- 557 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
IVAN GARCIA MENDEZ, RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO, JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ, JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE Y SUSANA CERRO HERNANDO 2657

- 558EL CELADOR EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD**
IVAN GARCIA MENDEZ, RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO, JUAN
MANUEL COLLADO GONZÁLEZ, JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE
Y SUSANA CERRO HERNANDO 2661
- 559EL CELADOR EN EL ASEO DE UN PACIENTE ENCAMADO**
IVAN GARCIA MENDEZ, RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO, JUAN
MANUEL COLLADO GONZÁLEZ, JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE
Y SUSANA CERRO HERNANDO 2665
- 560EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE
HEMODIALISIS**
ANTONIA RUIZ PINILLA, ANDREA ROMERO PARADA, MARÍA
ISABEL BELLÓN CRESPO, RAQUEL PECES OCHOVO Y JESUS
MANUEL CASTRO GARCIA 2669
- 561EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DE LOS
CENTROS HOSPITALARIOS**
ANTONIA RUIZ PINILLA, ANDREA ROMERO PARADA, MARÍA
ISABEL BELLÓN CRESPO, RAQUEL PECES OCHOVO Y JESUS
MANUEL CASTRO GARCIA 2673
- 562PINCHE DE COCINA Y SU FUNCIONAMIENTO EN PLENA
PANDEMIA DEL CORONAVIRUS EN LA COCINA HOSPITALARIA**
RAMIRO LOPEZ FAJARDO, JOSEFA GARCÍA SALMERÓN, MELISSA
PEDROSA GARCÍA, MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ Y RAUL DE LA
FUENTE MILLA 2677
- 563EL PINCHE DE COCINA LAS TEMPERATURAS BAJAS COMO
MÉTODO DE CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS**
RAMIRO LOPEZ FAJARDO, JOSEFA GARCÍA SALMERÓN, MELISSA
PEDROSA GARCÍA, MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ Y RAUL DE LA
FUENTE MILLA 2683
- 564LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN EN LA COCINA
HOSPITALARIA Y EL PINCHE**
RAMIRO LOPEZ FAJARDO, JOSEFA GARCÍA SALMERÓN, MELISSA
PEDROSA GARCÍA, MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ Y RAUL DE LA
FUENTE MILLA 2687

- 565 EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE MUESTRAS
ANTONIA RUIZ PINILLA, ANDREA ROMERO PARADA, MARÍA
ISABEL BELLÓN CRESPO, RAQUEL PECES OCHOVO Y JESUS
MANUEL CASTRO GARCIA 2691
- 566 LOS ESTUDIOS REGLADOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
LAURA CUESTA ESTRADA 2695
- 567 FUNCIONES DEL CELADOR. ORDEN DEL 5 DE JULIO DE 1971 POR
LA QUE SE ESTABLECE EL ESTATUTO DE PERSONAL NO
SANITARIO AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
ISAMEL JESUS RUEDAS GIL, MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL Y
MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS 2701
- 568 FUNCIONES DEL JEFE DEL PERSONAL SUBALTERNO, JEFE DE
CELADORES. ORDEN DEL 5 DE JULIO DE 1971 POR LA QUE SE
ESTABLECE EL ESTATUTO DE PERSONAL NO SANITARIO AL
SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA
SEGURIDAD SOCIAL
MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL, MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS
Y ISAMEL JESUS RUEDAS GIL 2705
- 569 EL PAPEL DEL CELADOR EN LOS CAMBIOS POSTURALES Y EN LA
PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO.
JULIO DA SILVA TAMARGO 2709
- 570 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON LOS PACIENTES COVID.
POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO
MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS, ISAMEL JESUS RUEDAS GIL Y
MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL 2715
- 571 EL PINCHE DE COCINA EN CONTACTO CON LOS MÁS COMUNES
MICROORGANISMOS PATÓGENOS DE LOS ALIMENTOS. LAS
BACTERIAS
MARIO ORTEGA LAIN, ADOLFO AVILA GUALDAMEZ, MÓNICA
MARTÍN APARICIO, MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO Y CELIA
DIANA CRUZ GALLEG0 2719

- 572 EL CELADOR EN URGENCIAS**
SOLEDAD GARCÍA MAESTRE, MARCOS MARTÍN GONJAR,
ESTEBAN RUBIO SOBRINO, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA Y ALMA
BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO 2723
- 573 EL CELADOR EN LA UNIDAD CARDÍACA Y CARDIOLOGÍA**
MARCOS MARTÍN GONJAR, ESTEBAN RUBIO SOBRINO, DAVID
SÁNCHEZ GARCÍA, ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO Y
SOLEDAD GARCÍA MAESTRE 2727
- 574 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y
TRANSPORTE DE LOS PACIENTES EN SILLA DE RUEDAS**
VÍCTOR GUILLÉN SORIA, CARMEN CERVILLA ROLDÁN,
FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN, MARIO LÓPEZ LÓPEZ Y ISABEL
MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ 2731
- 575 LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN LAS ENTRADAS DE LAS
INSTITUCIONES SANITARIAS**
VÍCTOR GUILLÉN SORIA, CARMEN CERVILLA ROLDÁN,
FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN, MARIO LÓPEZ LÓPEZ Y ISABEL
MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ 2735
- 576 EL CELADOR Y EL RIESGO PSICOSOCIAL**
MIGUEL ÁNGEL GALLEGU ORTEGA, MARÍA LUISA NIETO
ALCARAZ, MONTSERRAT TOLEDO VELA, JOAQUIN DE LEMOS
DELGADO Y MÓNICA MORAL ROMERO 2739
- 577 LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LOS CUIDADOS
PALIATIVOS**
MIGUEL ÁNGEL GALLEGU ORTEGA, MARÍA LUISA NIETO
ALCARAZ, MONTSERRAT TOLEDO VELA, JOAQUIN DE LEMOS
DELGADO Y MÓNICA MORAL ROMERO 2745
- 578 EL CELADOR EN LAS FUNCIONES DE APOYO A LOS EQUIPOS
SANITARIOS**
MIGUEL ÁNGEL GALLEGU ORTEGA, MARÍA LUISA NIETO
ALCARAZ, MONTSERRAT TOLEDO VELA, JOAQUIN DE LEMOS
DELGADO Y MÓNICA MORAL ROMERO 2751

- 579 EL CELADOR Y LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL**
ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS, ANA ISABEL COGOLLUDO
LUDEÑA, ROSA MARIA ARNEDO GIL, ENRIQUE GONZÁLEZ
VILLAESCUSA Y SAGRARIO CONEJO JUEZ 2755
- 580 ACTUACIÓN Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS DE LOS CELADORES: PLAN DE EMERGENCIA**
ROSA MARIA ARNEDO GIL, ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA,
SAGRARIO CONEJO JUEZ, ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS Y ANA
ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA 2759
- 581 MODELOS DE SUEÑO EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADULTA REPRESENTACIÓN POR EL CELADOR**
ROSA MARIA ARNEDO GIL, ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA,
SAGRARIO CONEJO JUEZ, ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS Y ANA
ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA 2763
- 582 LA FUNCIÓN AUXILIAR DEL CELADOR EN LOS ASEOS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**
VÍCTOR GUILLÉN SORIA, CARMEN CERVILLA ROLDÁN, MARIO
LÓPEZ LÓPEZ, FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN Y ISABEL MARÍA
GARCÍA MARTÍNEZ 2767
- 583 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN EL ANALISIS FISICOQUÍMICO DE LOS ALIMENTOS EN EL CONTROL DE CALIDAD**
ANA BONILLA JIMENEZ, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, MARÍA
DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS, HORTENSIA ROJAS SANCHEZ Y
MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS 2771
- 584 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA REGLAMENTACIÓN ALIMENTARIA DE LA UNIÓN EUROPEA**
ANA BONILLA JIMENEZ, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, MARÍA
DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS, HORTENSIA ROJAS SANCHEZ Y
MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS 2775

- 585EL PINCHE DE COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO: LA DIETA PARA PERSONAS CON DISFAGIA**
ANA BONILLA JIMENEZ, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS, HORTENSIA ROJAS SANCHEZ Y MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS 2779
- 586EL CELADOR: PERSONAL DE ALTO RIESGO EN LA INFECCIÓN COVID 19**
MARIA CRISTINA DIAZ LOPEZ 2783
- 587EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS FUNCIONES EN URGENCIAS**
JONATAN VICENTE BARROSO, ANTONIA RUIZ PINILLA, MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO, JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ Y MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS 2787
- 588EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA TARJETA SANITARIA**
ANTONIA RUIZ PINILLA, MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO, JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS Y JONATAN VICENTE BARROSO 2791
- 589EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DEPARTAMENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS**
ANTONIA RUIZ PINILLA, MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO, JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS Y JONATAN VICENTE BARROSO 2795
- 590EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DEBER DE LA CONFIDENCIALIDAD EN LA SANIDAD**
MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS 2799
- 591EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES COMO RASTREADORES SANITARIOS**
NOEMÍ DURO SANCHEZ, PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ, MARGARITA BERMEJO BARRIUSO, MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN Y RUFO JUAN JIMÉNEZ 2803

- 592 EL TRABAJO A TURNOS Y LA REPERCUSIÓN SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
NOEMÍ DURO SANCHEZ, PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ,
MARGARITA BERMEJO BARRIUSO, MARIA JOSEFA HERNANDEZ
PAGAN Y RUFO JUAN JIMÉNEZ 2807
- 593 HIGIENE POSTURAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD**
NOEMÍ DURO SANCHEZ, PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ,
MARGARITA BERMEJO BARRIUSO, MARIA JOSEFA HERNANDEZ
PAGAN Y RUFO JUAN JIMÉNEZ 2811
- 594 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO**
LILIANA RONDON MARIN, RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN,
ALEJANDRO CHORRO LOPEZ, JOSÉ LUIS ARIAS PERALES Y
ERNESTO SANCHEZ TELLO 2815
- 595 LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL MOMENTO DEL PARTO EN PLENA PANDEMIA Y LA COLABORACIÓN DEL CELADOR**
JOSÉ LUIS ARIAS PERALES, ERNESTO SANCHEZ TELLO, LILIANA
RONDON MARIN, RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN Y
ALEJANDRO CHORRO LOPEZ 2819
- 596 EL CELADOR Y SU PROCESO CON UN PACIENTES CON PROBLEMAS DE CORAZÓN Y SUS CUIDADOS**
JOSÉ LUIS ARIAS PERALES, ERNESTO SANCHEZ TELLO, LILIANA
RONDON MARIN, RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN Y
ALEJANDRO CHORRO LOPEZ 2823
- 597 FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL TRASLADO DE LAS DIFERENTES CLASES DE DOCUMENTOS**
HUGO RABOSO ORTIZ, JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA,
FELIPE ALTOZANO PEREZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO Y PILAR
SERRANO ORTIZ 2827

- 598LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN INFORMACIÓN DE LA
PUERTA PRINCIPAL DEL CENTRO HOSPITALARIO**
HUGO RABOSO ORTIZ, JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA,
FELIPE ALTOZANO PEREZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO Y PILAR
SERRANO ORTIZ 2831
- 599PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR SEGÚN LOS MEDIOS
DE TRASLADO DEL PACIENTE**
HUGO RABOSO ORTIZ, JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA,
FELIPE ALTOZANO PEREZ, BEATRIZ PÉREZ CAMPO Y PILAR
SERRANO ORTIZ 2835
- 600EL SÍNDROME DE BURNOUT EN CELADORES DEL ÁMBITO
HOSPITALARIO**
DIEGO GÓMEZ GARCÍA, PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN,
HÉCTOR PALACIOS BERZOSA, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS Y
ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ 2839
- 601EL PAPEL DEL CELADOR EN EL PACIENTE QUEMADO**
DIEGO GÓMEZ GARCÍA, PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN,
HÉCTOR PALACIOS BERZOSA, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS Y
ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ 2843
- 602EL ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO
CON SÍNDROME DE INMOVILIDAD**
DIEGO GÓMEZ GARCÍA, JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS,
HÉCTOR PALACIOS BERZOSA, PABLO FERNANDEZ PANIAGUA
GALAN Y ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ 2847
- 603EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, FUNCIONES EN LA
DIGITALIZACIÓN DE DOCUMENTOS EN ÁMBITO HOSPITALARIO
Y DE LA SALUD**
JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS, AZAHARA ALCARAZ HERRERA,
TAMARA CALSO VIZCAINO, ELVIRA DE LA CRUZ BARATO Y
MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO 2853

- 604EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE GESTIÓN DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS**
JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS, AZAHARA ALCARAZ HERRERA,
TAMARA CALSO VIZCAINO, ELVIRA DE LA CRUZ BARATO Y
MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO 2857
- 605EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PAPEL QUE DESEMPEÑA DENTRO DE LA UNIDAD DE CITACIONES EN HOSPITALES Y EN CENTROS DE SALUD**
MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO 2861
- 606EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA PROGRAMACIÓN DE CONSULTA DE ANESTESIA DENTRO DE LA UNIDAD DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO 2865
- 607EL CELADOR QUE ESTÁ EN LA PARTE DE FARMACIA Y SUS FUNCIONES**
CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ,
LAURA RODRIGUEZ MORENO, VERONICA DEL RÍO MENGUEZ Y
ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES 2869
- 608FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO**
MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ, LAURA RODRIGUEZ MORENO,
VERONICA DEL RÍO MENGUEZ, CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ Y
ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES 2873
- 609CELADOR EN REPROGRAFÍA EN LOS ENVÍOS POSTALES**
LAURA RODRIGUEZ MORENO, VERONICA DEL RÍO MENGUEZ,
CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ Y
ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES 2877
- 610EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO**
ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO, SOLEDAD GARCÍA
MAESTRE, MARCOS MARTÍN GONJAR, ESTEBAN RUBIO SOBRINO Y
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA 2881

- 611 EL PINCHE DE COCINA EN EL HOSPITAL EN EL MANEJO Y CONOCIMIENTO DE LOS CÓDIGOS DETÉTICOS**
ADOLFO AVILA GUALDAMEZ, MARIO ORTEGA LAIN, MÓNICA MARTÍN APARICIO, MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO Y CELIA DIANA CRUZ GALLEG0 **2885**
- 612 RIESGOS LABORALES DE LOS CELADORES EN UN CENTRO SANITARIO**
PAQUI CHOCANO RAMOS, ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ, YOLANDA SANTOS TOLEDO, ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA Y ELADIA SALAZAR CARRETON **2889**
- 613 LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ELLA**
PAQUI CHOCANO RAMOS, ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ, YOLANDA SANTOS TOLEDO, ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA Y ELADIA SALAZAR CARRETON **2893**
- 614 EL CELADOR Y SUS ATENCIONES CON EL PACIENTE CARDIACO**
PAQUI CHOCANO RAMOS, ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ, YOLANDA SANTOS TOLEDO, ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA Y ELADIA SALAZAR CARRETON **2897**
- 615 EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: SUMINISTROS, COMPRAS, ALMACÉN Y TIPOS DE CELADORES ALMACENEROS**
DOMINGO GRANDE TERCERO, JULIANA GOMEZ CASTRO, MARÍA CABEZAS BERMEJO, CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ Y MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON **2901**
- 616 EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN**
DOMINGO GRANDE TERCERO, JULIANA GOMEZ CASTRO, MARÍA CABEZAS BERMEJO, CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ Y MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON **2905**

- 617 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE U.C.I DE LOS HOSPITALES**
MARTA MARTÍNEZ LARIA, JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE,
LETICIA MARTÍN SERRANO, PALOMA CALERO BLAZQUEZ Y
MARIA ISABEL EGIDO PARDO 2909
- 618 ASISTENCIA DEL CELADOR AL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL ASEO DE PACIENTES ENCAMADOS**
MARTA MARTÍNEZ LARIA, JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE,
LETICIA MARTÍN SERRANO, PALOMA CALERO BLAZQUEZ Y
MARIA ISABEL EGIDO PARDO 2913
- 619 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**
MARTA MARTÍNEZ LARIA, JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE,
LETICIA MARTÍN SERRANO, PALOMA CALERO BLAZQUEZ Y
MARIA ISABEL EGIDO PARDO 2917
- 620 TRABAJOS A TURNOS Y NOCTURNIDAD DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS SANITARIOS**
JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ, FRANCISCA NAVARRO
CASTILLO, MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA, VIRTUDES
SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ 2921
- 621 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE NÓMINAS DEL PERSONAL SANITARIO**
JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ, MARI CARMEN GOMEZ
LOPEZ, MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA, VIRTUDES
SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y FRANCISCA NAVARRO CASTILLO 2925
- 622 PRINCIPALES NORMAS LEGISLATIVAS QUE DEBE CONOCER EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS EN RELACIÓN A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**
JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ, FRANCISCA NAVARRO
CASTILLO, MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ, MARÍA ROSARIO
CASTILLO SEGOVIA Y VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ 2929

- 623 INVESTIGACIÓN DE NIÑO CON TEA**
MARÍA FERNÁNDEZ FREIJE 2935
- 624 LA GESTIÓN DEL ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL**
MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, NEREA FERNANDEZ
PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, ALBA ARAGONES CHAVES
MARTIN BUITRAGO, MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO Y
MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ 2939
- 625 EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: RELACIONES CON EL PACIENTE Y/O SUS FAMILIARES**
DOMINGO GRANDE TERCERO, JULIANA GOMEZ CASTRO, MARÍA
CABEZAS BERMEJO, CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ Y
MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON 2943
- 626 FUNCIONES DEL ADMINISTRATIVO EN CONTABILIDAD DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ECONÓMICA DEL HOSPITAL**
MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, NEREA FERNANDEZ
PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, ALBA ARAGONES CHAVES
MARTIN BUITRAGO, MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO Y
MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ 2947
- 627 FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, NEREA FERNANDEZ
PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, ALBA ARAGONES CHAVES
MARTIN BUITRAGO, MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO Y
MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ 2951
- 628 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION COMO RASTREADOR ANTE LA COVID-19**
MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES, MILAGROS RESA
RODRÍGUEZ, CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ, ANGEL VILLENA
BLEDA Y MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL 2955

- 629CÓMO DEBE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO UTILIZAR UNA HERRAMIENTA CONCRETA EN SU PUESTO DE TRABAJO EN UN CENTRO DE SALUD**
MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES, MILAGROS RESA RODRÍGUEZ, CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ, ANGEL VILLENA BLEDA Y MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL 2959
- 630EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LAS URGENCIAS SANITARIAS**
MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES, MILAGROS RESA RODRÍGUEZ, CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ, ANGEL VILLENA BLEDA Y MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL 2965
- 631DESARROLLO DE MEJORAS PARA REDUCIR EL GASTO EN EL AMBITO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ELENA SÁNCHEZ CANO, VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ, MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME, MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO Y RAQUEL VELASCO MAÑAS 2971
- 632LA ATENCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO SANITARIO PÚBLICO FRENTE AL PRIVADO**
ELENA SÁNCHEZ CANO, VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ, MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME, MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO Y RAQUEL VELASCO MAÑAS 2975
- 633CÓMO MEJORAR LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR**
ELENA SÁNCHEZ CANO, VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ, MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME, MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO Y RAQUEL VELASCO MAÑAS 2979
- 634LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN GENERAL HOSPITALARIA**
NURIA CORTES DIAZ, IVÁN GARCÍA HERNÁN, NOELIA ROSA DIAZ RIVAS, LAURA MARÍA RIVAS DIAZ Y MONTSERRAT RUBIO MARTIN FONTECHA 2983

- 635** **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES
SANITARIAS**
NURIA CORTES DIAZ, IVÁN GARCÍA HERNÁN, NOELIA ROSA DIAZ
RIVAS, LAURA MARÍA RIVAS DIAZ Y MONTSERRAT RUBIO MARTIN
FONTECHA 2987
- 636** **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO
DE ATENCIÓN AL PACIENTE**
NURIA CORTES DIAZ, IVÁN GARCÍA HERNÁN, NOELIA ROSA DIAZ
RIVAS, LAURA MARÍA RIVAS DIAZ Y MONTSERRAT RUBIO MARTIN
FONTECHA 2991
- 637** **EL PINCHE EN PREPARACIÓN DE MENÚS PARA PACIENTES CON
GOTA. HIPERURICEMIA**
CELIA DIANA CRUZ GALLEG0, MARIA SOLEDAD DIAZ
IZQUIERDO, MÓNICA MARTÍN APARICIO, ADOLFO AVILA
GUALDAMEZ Y MARIO ORTEGA LAIN 2995
- 638** **LA FIGURA DEL CELADOR SANITARIO**
MARÍA FERNÁNDEZ FREIJE 2999
- 639** **HIPERSENSIBILIDAD DENTAL: CAUSAS Y SOLUCIONES**
ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ, PATRICIA PADILLA MUÑOZ,
ALICIA DELGADO VALLEJO Y SHEILA PADILLA NUÑEZ 3003
- 640** **HIGIENISTA BUCODENTAL Y EL BLANQUEAMIENTO DENTAL**
ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ, PATRICIA PADILLA MUÑOZ,
ALICIA DELGADO VALLEJO Y SHEILA PADILLA NUÑEZ 3009
- 641** **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
SUMINISTROS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR
MARTIN BUITRAGO DIAZ, VANESA FERNANDEZ PANIAGUA
MARTIN BUITRAGO, MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ Y
ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO 3013

- 642EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL. FUNCIONES, EN ESPECIAL LA PROTECCIÓN DE DATOS**
NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ Y ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO 3017
- 643PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: ADITIVOS ALIMENTARIOS**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO Y FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD 3021
- 644PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: ALIMENTOS, EL PESCADO Y SUS CARACTERÍSTICAS**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO Y FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD 3025
- 645PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: ALERGIA ALIMENTARIA E INTOLERANCIA ALIMENTARIA**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO Y FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD 3029
- 646FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TARJETA SANITARIA DEL CENTRO DE SALUD**
VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ Y ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO 3033
- 647GESTIÓN DE LA NO DISPONIBILIDAD (SUSPENSION TEMPORAL) EN BOLSA SELECTA DEL SESCOAM**
TRINIDAD FERNANDEZ MARTINEZ Y MARIA TERESA VICO EGEA 3037
- 648CELADOR: NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LOS ALMACENES SANITARIOS**
CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS, PABLO SANCHEZ GARCIA, EMILIA MEDINA ZOMEÑO Y JORGE GARCÍA GARRIDO 3041

- 649EL CELADOR Y LOS DIFERENTES REGISTROS LINGÜÍSTICOS EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE**
CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS, PABLO SANCHEZ GARCIA, JORGE GARCÍA GARRIDO Y EMILIA MEDINA ZOMEÑO 3045
- 650EL CELADOR Y LA INTEGRACIÓN Y ADAPTACIÓN DE NUEVOS TRABAJADORES A LA PLANTILLA EN SANIDAD**
CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA, PABLO SANCHEZ GARCIA, JORGE GARCÍA GARRIDO, EMILIA MEDINA ZOMEÑO Y MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS 3049
- 651LA LABOR DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD**
MARIA TERESA VICO EGEA Y TRINIDAD FERNANDEZ MARTINEZ 3053
- 652FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE**
CONSTANTINA AURA BUDUGA, MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO, CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ, MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO Y MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES 3057
- 653PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS CELADORES CON EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL**
CONSTANTINA AURA BUDUGA, MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO, CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ, MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO Y MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES 3061
- 654PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE REA**
CONSTANTINA AURA BUDUGA, MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO, CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ, MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO Y MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES 3065
- 655DIETÉTICA HOSPITALARIA CONTADA POR COCINEROS**
MARIA JESUS BONILLA MAYORAL, JOSÉ GÓMEZ ARAGÓN, MARIA PILAR DÍAZ GÓMEZ, ROSARIO PARAMO MARTIN Y ESTEBAN DEL RÍO SÁNCHEZ 3069

656EL CELADOR EN ALMACÉN GEMA GALAN	3073
657 ASPECTOS GENERALES DE LA SEGURIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS DANIEL GARCÍA DIAZ Y ANDREA FERNANDEZ MENENDEZ	3077
658EL PINCHE DE COCINA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ, DOLORES SAEZ ZAFRILLA, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, GEMA BOTELLA ANDÚJAR Y ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ	3081
659CLASES DE COCINAS HOSPITALARIAS, SU DISTRIBUCIÓN Y EL PINCHE DE COCINA MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ, DOLORES SAEZ ZAFRILLA, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, GEMA BOTELLA ANDÚJAR Y ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ	3085
660EL PINCHE Y LA CONTAMINACIÓN CRUZADA EN COCINAS HOSPITALARIAS MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ, DOLORES SAEZ ZAFRILLA, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, GEMA BOTELLA ANDÚJAR Y ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ	3089
661RIESGOS BIOLÓGICOS DENTRO DE LOS CENTROS SANITARIOS ANDREA FERNANDEZ MENENDEZ Y DANIEL GARCÍA DIAZ	3093
662EL TELEFONISTA Y LA VOZ COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ Y ENCARNA MORENO SANCHEZ	3097
663EL TELEFONISTA Y LA UTILIZACIÓN DE SISTEMAS OFIMÁTICOS E INFORMÁTICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ Y ENCARNA MORENO SANCHEZ	3101

664HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON LAS PERSONAS MAYORES	3105
MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA	
665HIGIENE DE MANOS EN SANIDAD	3109
MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA	
666VIOLENCIA DE GENERO EN ATENCIÓN SANITARIA	3113
MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA	
667LA ERGONOMÍA COMO PREVENCIÓN DE RIESGO LABORAL	3117
MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA	
668EL SUICIDIO EN EL ÁMBITO SANITARIO	3121
MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA	
669CLONACIÓN MOLECULAR Y ADN RECOMBINANTE	3125
DIEGO DIAZ SUAREZ	
670ORTOPODOLOGIA DE PIE Y TOBILLO	3133
MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ, MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA Y SILVIA CUPIDO ESCALONILLA	
671 EL TELEFONISTA DEL ÁMBITO SANITARIO Y SU TRABAJO EN LAS CENTRALITAS	3141
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ, M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ, LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ Y ENCARNA MORENO SANCHEZ	
672 MANIPULACIÓN DEL PESCADO POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA	3145
MARIA DEL MAR FUEYO VÁZQUEZ	
673 EL TRASLADO DE LAS EMBARAZADAS POR PARTE DEL CELADOR	3149
PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ, DAVID BUENO RODRÍGUEZ, ALMUDENA PINILLA MORENO, EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO Y ALEJANDRINA VELASCO ROMO	

674 EL CELADOR EN EL ÁREA DE SUMINISTROS PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ, ALEJANDRINA VELASCO ROMO, EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO, ALMUDENA PINILLA MORENO Y DAVID BUENO RODRÍGUEZ	3153
675 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN FARMACIA DEL HOSPITAL PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ, ALMUDENA PINILLA MORENO, EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO, DAVID BUENO RODRÍGUEZ Y ALEJANDRINA VELASCO ROMO	3157
676 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CONTROL DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS ANA FRANCISCA LOSA VALERO Y CARLOS RUIZ LOSA	3161
677 ¿CUÁNDO PODREMOS CONSIDERAR UN ACCIDENTE DE TRABAJO IN ITINERE COMO ACCIDENTE DE TRABAJO?, UNA VISION DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CARMEN VIÑA RODRIGUEZ, MIRTA MAYO ALONSO, MONICA RODRIGUEZ RIEGO, ISABEL FERNANDEZ CARRILLO Y NOELIA ALVES RUBIO	3165
678 EL CELADOR EN PLANTA RAQUEL SALVADOR MOYA, PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO, JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO, SATURNINA MARTINA TORRES MORA Y ANA ROSA PRIETO MARCOS	3169
679 RELACIÓN DEL CELADOR CON EL ANIMALARIO RAQUEL SALVADOR MOYA, PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO, JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO, SATURNINA MARTINA TORRES MORA Y ANA ROSA PRIETO MARCOS	3173
680 EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA RAQUEL SALVADOR MOYA, PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO, JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO, SATURNINA MARTINA TORRES MORA Y ANA ROSA PRIETO MARCOS	3177
681 ANÁLISIS DE ACTIVIDAD EN TERAPIA OCUPACIONAL. MODELOS PARA EL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD JULIA GONZÁLEZ GARCÍA Y LAURA CUESTA GARCÍA	3181

- 682EVALUACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL. EVALUACIÓN Y VALORACIÓN**
LAURA CUESTA GARCÍA Y JULIA GONZÁLEZ GARCÍA 3185
- 683APOYO A LA COMUNICACIÓN PARA LA ATENCIÓN A USUARIOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
JORGE LUIS ALBUERNE LÓPEZ, MARTA ALBUERNE LÓPEZ, MARÍA CONSUELO ALVAREZ FERNANDEZ, AURINA CARBALLO ÁLVAREZ Y LIBERTAD CARBALLO ALVAREZ 3193
- 684EL CELADOR Y LOS ACCESORIOS DE LA CAMA HOSPITALARIA**
RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ, CARLOS DAVID ORTEGA URBAN, ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO, CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY Y MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO 3197
- 685EL CELADOR EN EL ASEO DE LOS PACIENTES**
RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ, MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO, CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY, ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO Y CARLOS DAVID ORTEGA URBAN 3201
- 686EL CELADOR EN EL MANEJO Y CONOCIMIENTO DEL MATERIAL QUIRÚRGICO**
RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ, CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY, MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO Y ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO 3205
- 687LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: SÍNTOMAS Y CAUSAS**
CRISTINA CASAL GARCÍA 3209
- 688INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE IXODOIDEOS**
LAURA SUÁREZ GARCÍA 3213
- 689PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA: INTERVENCIÓN DE LA T.O. EN EL SÍNDROME GERIÁTRICO: INMOVILISMO**
MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA, SILVIA CUPIDO ESCALONILLA Y MIRIAM GALLEG0 MARTÍNEZ 3219

- 690EL CELADOR Y LOS PRINCIPIOS DE MECÁNICA CORPORAL**
ROSA MARIA VARGAS BRAVO, ROSARIO TEJERO TOLEDO, MARIA
INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ, M^a PILAR MARTIN MERINO Y
ENRIQUE ALAMO SANTIAGO 3227
- 691LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EL CELADOR EN EL
SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS**
ELENA DEL HORNO DIAZ 3231
- 692IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**
ROSA MARIA VARGAS BRAVO, ROSARIO TEJERO TOLEDO, MARIA
INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ, M^a PILAR MARTIN MERINO Y
ENRIQUE ALAMO SANTIAGO 3235
- 693EL CELADOR EN LA UNIDAD DEL PACIENTE**
ROSA MARIA VARGAS BRAVO, ENRIQUE ALAMO SANTIAGO,
ROSARIO TEJERO TOLEDO, M^a PILAR MARTIN MERINO Y MARIA
INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ 3239
- 694FUNCION DEL CELADOR EN EL HOSPITAL: EL CELADOR EN
URGENCIAS**
DOLORES CASTELLANOS GENTO, JOSÉ CARMELO ALARCÓN
ALCOLEA, ANA FRANCISCA LOSA VALERO, CARLOS RUIZ LOSA Y
ANA TERA CAMACHO 3243
- 695EL CELADOR EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION Y SUS
FUNCIONES**
DOLORES CASTELLANOS GENTO, JOSÉ CARMELO ALARCÓN
ALCOLEA, ANA FRANCISCA LOSA VALERO, CARLOS RUIZ LOSA Y
ANA TERA CAMACHO 3247
- 696FUNCIONES DEL CELADOR: PRINCIPALES FUNCIONES EN TODA
LA ZONA QUIRÚRGICA**
DOLORES CASTELLANOS GENTO, JOSÉ CARMELO ALARCÓN
ALCOLEA, ANA FRANCISCA LOSA VALERO, CARLOS RUIZ LOSA Y
ANA TERA CAMACHO 3251

697	CONDICIONES DE TRABAJO QUE AFECTAN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DEL ÁMBITO SANITARIO JOSÉ EUGENIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y CELESTINO RIVERO RIVERO	3255
698	FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE FALLECIDO DOLORES CASTELLANOS GENTO	3259
699	EQUIPOS NECESARIOS EN UNA COCINA HOSPITALARIA MARIA MAGDALENA LOSA VALERO, ALBERTO DE NOVA PATÓN, SARA JIMÉNEZ MUÑOZ, DAVID DE LA BELDAD LEÓN Y JOSE DAVIA CANTOS	3263
700	TRABAJO EN EQUIPO EN UNA COCINA HOSPITALARIA SARA JIMÉNEZ MUÑOZ, JOSE DAVIA CANTOS, ALBERTO DE NOVA PATÓN, MARIA MAGDALENA LOSA VALERO Y DAVID DE LA BELDAD LEÓN	3271
701	ACTUACIÓN DEL COCINERO HOSPITALARIO EN LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS CULINARIAS QUE MINIMICEN LA PÉRDIDA DE NUTRIENTES JOSE DAVIA CANTOS, ALBERTO DE NOVA PATÓN, MARIA MAGDALENA LOSA VALERO, SARA JIMÉNEZ MUÑOZ Y DAVID DE LA BELDAD LEÓN	3277
702	USO DE LA CONTENCION MECANICA PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO YOLANDA TORRES CUESTA	3283
703	MIEDO A LA MUERTE E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS JUAN COBO PALOMINO Y MARÍA ISABEL PUÑAL GUZMÁN	3287
704	EL CELADOR Y SU RELACIÓN CON LOS DISTINTOS PERSONALES DE LA SANIDAD Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO, JAVIER MARIN GÓMEZ, ANTONIO LAYU JIMÉNEZ, JAVIER ALGUACIL LÓPEZ Y PABLO DEL PINO RODRIGO	3291

705 EL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD

MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO, PABLO DEL PINO
RODRIGO, JAVIER ALGUACIL LÓPEZ, ANTONIO LAYU JIMÉNEZ Y
JAVIER MARIN GÓMEZ

3295

706 EL CELADOR Y SU MARCO JURÍDICO

MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO, JAVIER MARIN GÓMEZ,
PABLO DEL PINO RODRIGO, ANTONIO LAYU JIMÉNEZ Y JAVIER
ALGUACIL LÓPEZ

3299

**707 LA FIGURA DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL CADAVER A LA
SALA DE AUTOPSIAS**

ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS, TEODOR OCHIU, ALEJANDRO
CIFUENTES BALLESTEROS, HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO
Y ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

3303

708 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

TEODOR OCHIU, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, HORTENSIA
BALLESTEROS ESCRIBANO, ALEJANDRO CIFUENTES
BALLESTEROS Y ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS

3307

Capítulo 1

HELICOBACTER PYLORI Y CÁNCER GÁSTRICO

SUSANA JIMENEZ CONTRERAS

1 Introducción

La infección gástrica por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es muy prevalente, afectando alrededor de un 60% de la población en España. Puede producir patología muy variada. La lesión que más frecuentemente produce es la gastritis crónica superficial, pero permanecen asintomáticos el 90% de los pacientes infectados.

La infección crónica por *H. pylori* está fuertemente asociada con la patología gástrica, incluyéndose gastritis crónica activa, úlcera péptica, adenocarcinoma gástrico y linfoma de células T asociado a mucosas (MALT). La gastritis crónica superficial es la alteración más frecuente producida por *H. pylori* y se caracteriza por un infiltrado de células polimorfonucleares y una reducción de la secreción gástrica. El 85% de los pacientes infectados permanecen asintomáticos.

H. pylori es un carcinógeno tipo 1 según la Organización Mundial de la Salud. La infección por *H. pylori* se relaciona directamente con el adenocarcinoma gástrico (intestinal o difuso) y sus lesiones precursoras (gastritis atrófica y metaplasia intestinal). La erradicación de la infección consigue disminuir el riesgo de desarrollarlos.

La infección por *H. pylori* también puede inducir linfoma gástrico del tejido linfóide asociado a mucosas (linfoma MALT). La erradicación es el tratamiento de primera línea en estadios iniciales con buenas tasas de respuesta y supervivencia a largo plazo.

2 Objetivos

- Identificar a la bacteria *Helicobacter pylori* como un posible desencadenante del cáncer gástrico.
- Describir la historia natural de la infección crónica por *Helicobacter pylori* hasta el inicio del cáncer gástrico.
- Conocer los posibles tipos de cáncer gástrico relacionados con la infección crónica por *Helicobacter pylori*.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed que incluía revisiones, metaanálisis y ensayos clínicos sobre la relación entre *Helicobacter pylori* y cáncer gástrico de los últimos 30 años.

Se han recogido los datos más relevantes sobre la influencia de la infección crónica gástrica por la bacteria *Helicobacter pylori* en la historia natural del cáncer gástrico, principalmente el adenocarcinoma y el linfoma.

4 Resultados

El cáncer gástrico es uno de los cánceres más frecuentes en todo el mundo. Hasta los años 80 era la principal causa de muerte por cáncer cuando fue superado por el cáncer de pulmón. La incidencia mundial de cáncer gástrico ha decrecido rápidamente en las últimas décadas. Parte de ese descenso puede deberse a la identificación de algunos factores de riesgo, entre ellos *H. pylori*; aunque el descenso ya comenzó antes de su descubrimiento, siendo más acusado en los países de menor incidencia de cáncer gástrico. Otra causa que justifica la caída de la incidencia es la refrigeración de los alimentos, previniéndose del contagio por hongos y bacterias y permitiendo el mayor consumo de productos frescos como las verduras. Los datos de incidencia (13,9/100000 hab/año, 5º puesto) y mortalidad por cáncer (10,6/100000 hab/año, 3º puesto) en España son similares a la media mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud.

Cuando hablamos de cáncer gástrico debemos diferenciar entre los tumores de la unión esófago-gástrica y estómago proximal, que lejos de disminuir su incidencia la han aumentado, de los cánceres distales, de cuerpo y antro. Esto es debido a que los factores de riesgo para uno y otro tipo son diferentes. Son los cánceres distales los que se asocian a la infección crónica por *H. pylori*. De estos, el 90% son adenocarcinomas y podemos diferenciar dos subtipos: el intestinal y

el difuso. Los de tipo intestinal son más frecuentes en ancianos y son menos agresivos, mientras que los difusos son más frecuentes en jóvenes y se presentan con una evolución más tórpida. Los adenocarcinomas de tipo intestinal son aquellos cuya historia natural se relaciona con la secuencia gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia, adenocarcinoma. Pero tanto los de tipo intestinal como los difusos se relacionan causalmente con la infección por *H. pylori*.

La infección crónica por *H. pylori* puede causar gastritis crónica activa y gastritis atrófica, que son los primeros pasos en la carcinogénesis. Esta relación radica en las siguientes observaciones:

- *H. pylori* se ha identificado en mucosa sana procedente de estómagos con cáncer o lesiones precancerosas (gastritis atrófica con o sin metaplasia intestinal).
- Estudios epidemiológicos demuestran una fuerte asociación entre seropositividad para *H. pylori* y cáncer gástrico. En el estudio EUROGAST en el que participaron 17 poblaciones de 13 países diferentes, se encontró un riesgo de cáncer gástrico seis veces superior en la población infectada por *H. pylori* que en los no infectados.
- Dos metaanálisis de cohortes y estudios caso-control revelaron un incremento del riesgo dos veces superior para la población infectada para el desarrollo de adenocarcinoma gástrico. El riesgo fue significativamente mayor (6) en menores de 29 años.

A pesar de esta clara asociación, solo una minoría de los individuos infectados por *H. pylori* desarrollan adenocarcinoma gástrico. Probablemente, esto sea debido a diferentes factores externos que influyan en la infección.

- Según la cepa de *H. pylori*. Aquellas cepas que expresan las citotoxinas VacA y CagA producen más inflamación tisular y más citoquinas.
- Según la respuesta inmune del hospedador. Algunos polimorfismos de la IL-1 beta podrían conferir más susceptibilidad a padecer adenocarcinoma gástrico asociado a *H. pylori* mediante la inducción de hipoclorhidria y atrofia de la mucosa en los individuos infectados. También la migración de neutrófilos activados a la superficie epitelial que estimulan la producción de óxido nítrico e inducen estrés oxidativo.
- Según la respuesta del epitelio y la tasa de fenómenos de apoptosis, proliferación, diferenciación celular y autofagia.
- Según factores ambientales. Se han asociado a un mayor riesgo de adenocarcinoma gástrico en pacientes con infección por *H. pylori* la dieta rica en sal y carnes rojas o procesadas, los déficits de vitaminas C y D, la diabetes mellitus mal controlada y la obesidad.
- Según la historia familiar. Se ha definido un aumento del riesgo entre 1,5 y 3

veces superior para individuos con antecedentes familiares de cáncer gástrico, aunque este incremento podría ser independiente de *H. pylori*.

La erradicación de *H. pylori* ha demostrado disminuir el riesgo de cáncer gástrico, principalmente en áreas de alta incidencia. Los estudios publicados son bastante homogéneos en cuanto a su metodología y así, los resultados de 2 metaanálisis publicados en 2016 y 2019 con, 48064 y 31106 pacientes, respectivamente, demuestran de forma contundente una menor incidencia y, por tanto, un menor riesgo de cáncer gástrico entre los individuos en los que se ha erradicado *H. pylori* que en los que no reciben tratamiento.

Helicobacter pylori y linfoma MALT gástrico

El linfoma gástrico primario (procedente del tejido linfoide asociado a mucosas o MALT, por sus siglas en inglés) representa el 3% de las neoplasias gástricas y el 10% de los linfomas. El estómago es la localización de linfoma extranodal más común.

El síntoma más frecuente es la epigastralgia, aunque los pacientes también pueden presentar pérdida de peso, anorexia, náuseas y vómitos, melenas y/o hematemesis y dolor de espalda.

El estómago normal no contiene tejido linfoide significativo. Sin embargo, la gastritis inducida por *H. pylori* produce una agregación de linfocitos CD4+ y células B en la lámina propia gástrica. Tras la presentación de antígenos se activan las células T que estimulan la proliferación de células B y se forman los folículos linfoides. Estos folículos linfoides gástricos se asemejan a los presentes en las placas de Peyer del íleon. Una hipótesis propuesta para explicar el desarrollo neoplásico de este nuevo tejido se basa en la activación por parte de linfocitos T CD4+ de una célula B con capacidad aberrante de proliferación sin control que surge de la zona marginal del folículo, dando lugar al linfoma de bajo grado.

Como ocurre con el adenocarcinoma gástrico, el linfoma MALT gástrico se relaciona más frecuentemente con infección por cepas de *H. pylori* que expresan la proteína CagA. También se ha asociado a otras especies de *Helicobacter* como el *H. heilmannii*.

La mayoría de los pacientes con linfoma gástrico MALT son diagnosticados en estadio I (afectación solo de la mucosa gástrica) o II (posible afectación nodal, pero intraabdominal) de la clasificación de Lugano con infección activa por *H. pylori*. No se han realizado hasta la fecha ensayos clínicos aleatorizados comparando las diferentes posibilidades de tratamiento en esta población, pero estudios prospectivos con un solo brazo de tratamiento y series retrospectivas han evaluado la eficacia del tratamiento erradicador de *H. pylori*, la radioterapia o la cirugía. De

estos, la erradicación del *H. pylori* es el tratamiento de elección debido a su baja tasa de efectos secundarios y su eficacia demostrada. Tras el tratamiento inicial, el paciente debe entrar en un programa de seguimiento endoscópico para evaluar la respuesta. El tratamiento de segunda línea para los no respondedores o las recaídas es la radioterapia local con intención curativa, reservándose la cirugía para aquellos pacientes que presenten complicaciones como perforación, sangrado u obstrucción.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer gástrico es uno de los cánceres más prevalentes, pero cuya incidencia ha decrecido notablemente en las últimas décadas. Esto es debido a diferentes factores como la mejora en las condiciones higiénico-sanitarias, pero también, a la mayor tasa de diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*.

A pesar de que *Helicobacter pylori* ha sido identificado como un carcinógeno tipo 1 para el cáncer gástrico, solo una minoría de los individuos infectados por *Helicobacter pylori* desarrollan adenocarcinoma o linfoma gástricos. La evolución desde la gastritis crónica a la neoplasia está determinada por factores dependientes de la cepa de *Helicobacter pylori*, la respuesta inmune del hospedador, la respuesta del epitelio, factores ambientales y la historia familiar.

La erradicación de *H. pylori* ha demostrado disminuir el riesgo de cáncer gástrico, principalmente en áreas de alta incidencia y, en el caso concreto del linfoma, puede incluso revertir la enfermedad en estadios iniciales.

6 Bibliografía

1. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6-30. doi:10.1136/gutjnl-2016-312288
2. Chan A, Wong B. Epidemiology of gastric cancer. UpToDate. 2019.
3. Parsonnet J, Friedman GD, Vandersteen DP, et al. *Helicobacter pylori* infection and the risk of gastric carcinoma. *N Engl J Med*. 1991;325(16):1127-1131. doi:10.1056/NEJM199110173251603
4. Guarner J, Mohar A, Parsonnet J, Halperin D. The association of *Helicobacter pylori* with gastric cancer and preneoplastic gastric lesions in Chiapas, Mexico. *Cancer*. 1993;71(2):297-301. doi:10.1002/1097-0142(19930115)71:2<297::aid-cncr2820710205>3.0.co;2-9

5. An international association between *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer. The EUROGAST Study Group. *Lancet* (London, England). 1993;341(8857):1359-1362.
6. Huang JQ, Sridhar S, Chen Y, Hunt RH. Meta-analysis of the relationship between *Helicobacter pylori* seropositivity and gastric cancer. *Gastroenterology*. 1998;114(6):1169-1179. doi:10.1016/s0016-5085(98)70422-6
7. Lee Y-C, Chiang T-H, Chou C-K, et al. Association Between *Helicobacter pylori* Eradication and Gastric Cancer Incidence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2016;150(5):1113-1124.e5. doi:10.1053/j.gastro.2016.01.028
8. Sugano K. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on the incidence of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gastric cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Japanese Gastric Cancer Assoc*. 2019;22(3):435-445. doi:10.1007/s10120-018-0876-0
9. Freedman AS, Friedberg JW, Ng AK. Treatment of extranodal marginal zone lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue (MALT lymphoma). *UpToDate*. 2020.

Capítulo 2

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ

MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ

JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro persistente de las funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social y que interfiere en las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o social (1, 2, 3, 4).

En España, la prevalencia de las demencias ronda el 8 - 9% de la población en mayores de 70 años, y el 5 - 6% de la población en mayores de 65 años (3).

Etiológicamente, las demencias pueden deberse a múltiples causas, entre las que se encuentran las enfermedades degenerativas (Parkinson, Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, entre otras), las enfermedades vasculares (vasculitis o multiinfartos), hidrocefalia, infecciones, neoplasias, traumatismos, enfermedades metabólicas, déficit de vitaminas o intoxicación por sustancias, además de factores genéticos y antecedentes familiares (1, 2).

Generalmente, la clínica de esta enfermedad suele estar caracterizada por (1, 2, 3, 4):

- Alteración de la memoria.
- Cambios en la personalidad del sujeto.

- Deterioro de los hábitos cotidianos.
- Apatía y agresividad.
- Dificultades en el pensamiento abstracto y el funcionamiento intelectual.
- Desorientación temporoespacial.
- Tendencia a caminar insistentemente.
- Insomnio.
- Incontinencia.
- Delirios y alucinaciones.
- Depresión.

El tratamiento va a depender de cada caso concreto de demencia (según la clasificación etiológica). De forma resumida, la estrategia terapéutica más recomendada es la siguiente: información y apoyo a la familia, elaboración de un plan de cuidados, atención integral, tratamiento sintomático, tratamiento etiopatogénico y atención al cuidador. (4)

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es elaborar un Plan de Atención de Enfermería eficaz de acuerdo al caso clínico que se presenta (paciente geriátrico).

3 Caso clínico

Paciente de 78 años de edad. Acude a consulta acompañada por su hija. Al empezar la entrevista refiere que “no tiene ganas de hacer nada” y que se siente “triste y decaída”. Hace un mes que ha fallecido su marido, de 77 años de edad, de manera traumática (suicidio). Desde hacía 15 meses padecía cáncer de pulmón y, según afirma la paciente, “se había cansado de luchar”. Además, su hija añade que cada vez le preocupan más los olvidos y pequeñas pérdidas de memoria que viene manifestando su madre desde hace pocos meses (“se olvida de recetas de comidas, de dónde ha dejado las llaves o el monedero, de las cosas que le contamos hace pocos minutos, etc.”). Físicamente, la paciente se queja de cansancio y cefaleas esporádicas.

Aparte de las quejas ya mencionadas, se considera una persona sin complicaciones serias de salud. Nunca ha padecido ningún tipo de trastorno psicológico de importancia, por lo que nunca ha recibido tratamiento psicológico.

Como consecuencia de estos factores, la paciente se aísla de la vida en el pueblo, permaneciendo en casa sin salir. Se niega a ver a sus familiares y amigos más cercanos. Ha descuidado sus labores domésticas debido a que “la cadera le impide

hacer muchas cosas”. Afirma “no tener ganas de nada”, se muestra apática, irritable y de mal humor. Refiere pequeñas alteraciones del sueño (“tardo en coger el sueño y cuando lo hago, me despierto varias veces durante la noche”). Son constantes los llantos al recordar la figura de su cónyuge (“éramos inseparables, hacíamos todo juntos”). También se han vuelto frecuentes las discusiones en casa con sus hijos, quienes le insisten en que no puede seguir así. Su hija asegura que su madre “cada vez está peor anímicamente”.

Dada la clínica que se describe, se decide hacer analítica sanguínea y solicitar RM y TAC. Además, se da cita para que se le realice una evaluación neuropsicológica completa. Los resultados obtenidos sugieren el inicio de Enfermedad de Alzheimer.

PATRONES ALTERADOS:

1. Nutricional-metabólico: la paciente refiere haber perdido el apetito y haber disminuido la cantidad y frecuencia de sus comidas.
2. Cognitivo-perceptivo: debido a las pérdidas de memoria y olvidos frecuentes, la paciente tiene dificultad ante la toma de decisiones por sí misma.
3. Autopercepción-autoconcepto: la paciente ha perdido la confianza en sí misma y expresa sentirse incapaz de realizar las actividades de la vida diaria, afectando a su autoestima.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (5, 6, 7)

00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.

1º Objetivo: (1009) Estado nutricional: ingestión de nutrientes.

Intervenciones:

- Asesoramiento nutricional, con las siguientes actividades:
 - * Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
 - * Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente.
 - * Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
- Enseñanza: dieta prescrita, con las siguientes actividades:
 - * Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación de la paciente, así como de los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
 - * Explicar el propósito y el seguimiento de la dieta para la salud general.

00120. Baja autoestima situacional:

1º Objetivo (1305) Modificación psicosocial: cambio de vida.

Intervenciones:

- Potenciación de la autoestima, con las siguientes actividades:
 - * Abstenerse de realizar críticas negativas.
 - * Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar una situación.
 - * Ayudar a la paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.

- Apoyo emocional, con las siguientes actividades:
 - * Comentar la experiencia emocional con la paciente.
 - * Abrazar, tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.
 - * Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

00135. Duelo complicado:

1º Objetivo: (1302) Afrontamiento de problemas.

Intervenciones:

- Apoyo emocional, con las siguientes actividades:
 - * Comentar la experiencia emocional con la paciente.
 - * Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
 - * Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Dar esperanza, con las siguientes actividades:
 - * Ayudar a la paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
 - * Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.
 - * Implicar a la paciente activamente en sus propios cuidados.

2º Objetivo: (1304) Resolución de la aflicción.

Intervenciones:

- Prevención del suicidio, con las siguientes actividades:
 - * Determinar la existencia y el grado del riesgo de suicidio.
 - * Tratar de controlar cualquier enfermedad psiquiátrica con los síntomas que pueden poner a la paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo).
 - * Administrar medicación para disminuir la ansiedad, agitación y para establecer el estado de ánimo.
- Aumentar los sistemas de apoyo, con las siguientes actividades:
 - * Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
 - * Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.
 - * Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

00131. Deterioro de la memoria:

1º Objetivo: (0908). Memoria:

Intervenciones:

- Manejo de la demencia, con las siguientes actividades:
 - * Determinar el historial físico, social y psicológico de la paciente, hábitos corrientes y rutinas.
 - * Proporcionar un ambiente físico estable y una rutina diaria.
 - * Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar despacio.
- Apoyo a la familia, con las siguientes actividades:
 - * Asegurar a la familia que a la paciente se le brinda los mejores cuidados posibles.

* Ofrecer una esperanza realista.

* Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.

4 Discusión-Conclusión

La demencia es un trastorno de prevalencia creciente, no solo en nuestro país, sino en todo el mundo. Se estima que para el año 2050 habrá alrededor de 130 millones de personas afectadas por esta enfermedad (3). De todas ellas, el Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente, suponiendo entre el 60 y el 80% del total y, por tanto, un problema de salud pública a nivel mundial (3, 4).

Teniendo en cuenta esto, es importante unificar esfuerzos en investigación y a nivel asistencial para lograr que los Planes de Cuidados de Enfermería aborden de manera integral la problemática del paciente y mejore su calidad de vida, así como la de los cuidadores.

5 Bibliografía

1. Badilla Nelson A. (2022). Deficiencia de vitamina B12 como etiología de deterioro cognitivo y demencia. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 18 de agosto de 2022];7(6):e830. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/830>
2. Deví Bastida, J., Jodas Clemente, L., Jofre Font, S., Arroyo Cardona, E. (2019). La personalidad premórbida como factor de riesgo en la aparición de síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54 (3): 168-180
3. Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*, 66 (11): 377-386. Disponible en: <http://www.svnps.org/documentos/enfermedad-de-alzheimer.pdf>
4. López Locanto, O. (2022). Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Arch. Med Int*, 37 (2): 61-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000200003
5. McCloskey JC, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. 4a ed. Madrid: Harcourt, 2005.
6. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (CRE)*. 4a ed. Madrid: Mosby, 2009.
7. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.

Capítulo 3

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA

LUCÍA LUNA LASTRES

1 Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) surge a consecuencia del sangrado el sistema digestivo, en concreto, dicho sangrado se localiza por encima del ángulo duodeno-yeyunal o de Treitz. Las úlceras pépticas, es decir, úlcera gástrica o duodenal son el origen más frecuente de HDA. La infección por *Helicobacter Pylori*, que modifica la barrera mucosa, los AINEs, antiagregantes plaquetarios e ingesta de alcohol pueden ser otras causas de HDA. La HDA también puede originarse por un desgarro de la mucosa del cardias provocado por un vómito, esto se conoce como el síndrome de Mallory-Weiss.

La hemorragia digestiva aguda constituye uno de los motivos más comunes por los que se acude al servicio de Urgencias.

Los síntomas de una hemorragia digestiva aguda son de dos tipos, los que se derivan de la pérdida de sangre como pueden ser malestar general, palidez, cansancio extremo, taquicardia e hipotensión; y los síntomas resultantes de la propia exteriorización de la sangre hacia fuera.

La hemorragia digestiva aguda puede manifestarse de distintas formas:

- Hematemesis: consiste en el vómito de sangre roja y fresca. También podría haber presencia de coágulos.

- Vómitos en posos de café: cuando la sangre permanece un tiempo en el estómago, junto con el jugo gástrico, con frecuencia adquiere un aspecto similar a los posos de café. Cuando se expulsa al exterior en forma de vómito es cuando se observa dicho aspecto.
 - Melenas: son heces de color negro, brillantes, pastosas y fétidas, por presencia de la sangre ya digerida en las heces.
- En caso de aparecer cualquier signo de sangrado digestivo agudo, es necesario evaluar su estado hemodinámico.

2 Objetivos

- Realizar una valoración de enfermería por Necesidades de Virginia Henderson.
- Identificar los diagnósticos de enfermería al ingreso.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería relacionado con el problema.

3 Caso clínico

Paciente varón de 15 años que acude a Urgencias por presencia hace 24 horas de deposición de características melénicas. Vuelve a tener una nueva exteriorización hemorrágica con vómitos de contenido hemático digerido y melenas hace 5 horas con mareo, sudoración y dudosa pérdida de conciencia con recuperación espontánea.

Refiere que días previos ha tenido malestar en área epigástrica. Niega la toma de AINES y otros fármacos gastrolesivos.

Antecedentes familiares: Familiares con antecedentes de ulcus péptico.

Antecedentes personales: En la infancia, tuvo una fisura palatina. No tiene ninguna alergia medicamentosa conocida. Este paciente no tiene tratamiento médico habitual.

Ingresa en Digestivo por una hemorragia digestiva aguda (HDA).

A su llegada a la Planta de Hospitalización de Digestivo, se realiza una valoración de enfermería por Necesidades de Virginia Henderson:

1. Necesidad de respiración: Sin alteración observada.
2. Necesidad de alimentación/hidratación:

Alimentación/nutrición oral sin ninguna dificultad. Capacidad funcional para la alimentación: completamente independiente. No sigue una dieta específica ni tiene alergias o intolerancias alimentarias. En su vida normal tiene apetito normal. Presenta vómitos espontáneos. No se observa desnutrición u obesidad.

3. Necesidad de eliminación:

Número y frecuencia de deposiciones: una vez al día o cada dos días. Presencia en heces de sangre (melenas). No necesita ningún tipo de ayuda para la defecación. Uso del WC: completamente independiente. Respecto a la eliminación de orina, no tiene ningún síntoma relacionado. Tampoco tiene otras pérdidas de líquidos.

4. Necesidad de movilización:

Nivel funcional para la actividad/movilidad: completamente independiente. No refiere pérdida de fuerza, solo debilidad general actualmente.

5. Necesidad de reposo y sueño:

Número de horas de sueño al día: 8h aproximadamente. Cambios en el patrón de sueño: dificultad para conciliar, interrupciones del sueño. No tiene ayuda para dormir. Nivel de energía durante el día: regular.

6. Necesidad de vestirse/desvestirse:

Requiere ayuda para ponerse/quitar ropa y calzado: completamente independiente.

Sin alteración observada.

7. Necesidad de termorregulación:

Fluctuaciones de temperatura. Sensibilidad al frío: aumentada/disminuida.

8. Necesidad de higiene y piel:

Capacidad funcional para el baño/higiene general: completamente independiente.

Higiene bucal y general correcta. Estado de piel y mucosas: ligera cianosis y palidez. Sin cambios en la elasticidad y continuidad en la piel. Riesgo de UPP: no

9. Necesidad de seguridad:

No refiere alergias. Vacunado correctamente. Nivel de consciencia: consciente. Nivel de orientación: orientado. Refiere que no fuma ni bebe alcohol, tampoco otras sustancias. Estado de ánimo: triste, nervioso. No refiere dolor.

Antecedentes personales: ulcus péptico, HDA.

Tratamiento actual: primperam.

10. Necesidad de comunicación:

Cuidador principal: su padre. Proporciona ayuda y apoyo. El cuidador tiene conocimiento sobre medicación, autocuidado, enfermedad y signos de riesgo.

Actitud del cuidador ante la enfermedad: aceptación y preocupación. Sin alteración observada.

11. Necesidad de creencias y valores:

Se observa que la actitud ante su enfermedad es de aceptación. Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de opresión. Refiere cierto temor.

12. Necesidad de trabajar/realizarse: Sin alteración observada.

13. Necesidad de ocio: Sin alteración observada.

14. Necesidad de aprendizaje: Sin alteración observada.

Tras realizar la valoración de enfermería, se elabora el plan de cuidados de enfermería en relación a las necesidades previamente valoradas y alteradas. Dicho plan de cuidados será individualizado de acuerdo a las necesidades de nuestro paciente.

Plan de cuidados

1. Fase diagnóstica:

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos m/p pérdidas a través de vías normales (vómitos).

00095 Insomnio r/c ansiedad y temor m/p observación de falta de energía, expresiones del paciente de dificultad para conciliar el sueño y dificultad para permanecer dormido.

00093 Fatiga r/c ansiedad, estados de enfermedad m/p somnolencia, expresa cansancio.

00008 Termorregulación ineficaz r/c enfermedad m/p fluctuaciones de temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal y palidez moderada.

00146 Ansiedad r/c cambio en el estado de salud y entorno m/p nerviosismo, insomnio, temor y preocupación.

2. Fase de planificación:

De los diagnósticos anteriores, se prioriza Riesgo de déficit de volumen de líquidos y Ansiedad. Si se trata la ansiedad, el insomnio podría desaparecer y como consecuencia, también desaparecería la fatiga.

- Riesgo de déficit de volumen de líquidos m/p pérdidas a través de vías normales (vómitos).

NOC: 0602 Hidratación.

Indicadores: Presión arterial dentro de los límites de la normalidad.

Hematocrito.

NOC: 1902 Control del riesgo.

Indicadores: Reconoce el riesgo.

Reconoce cambios en el estado de salud.

NIC: 4120 Manejo de líquidos.

Actividades: Administrar terapia IV, según prescripción.

Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.

NIC: 4130 Monitorización de líquidos.

Actividades: Observar las mucosas, turgencia de la piel y la sed.

Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (por ej. hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria y diarrea).

- Ansiedad r/c cambio en el estado de salud y entorno m/p nerviosismo, insomnio, temor y preocupación.

NOC: 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.

Indicadores: Mantenimiento de la autoestima.

Expresiones de apoyo social adecuado.

NOC: 1402 Control de la ansiedad.

Indicadores: Conserva las relaciones sociales.

Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

NIC: 1850 Fomentar el sueño.

Actividades: Fomentar el aumento de las horas de sueño si fuera necesario.

Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad.

Actividades: Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Escuchar con atención.

4 Discusión-Conclusión

La hemorragia digestiva aguda, que es el problema que se aborda en el presente capítulo, constituye una urgencia que se debe tratar en equipo, siendo enfermería clave en dicha atención. El papel de enfermería es imprescindible, ya que realiza una valoración de enfermería exhaustiva y como consecuencia, elabora un plan de cuidados individualizado.

Asimismo, tras llevar a cabo dicho plan de cuidados, cuando el paciente se va de alta a su domicilio, se observa que no refiere manifestaciones físicas de ansiedad y tiene buena autoestima. También refiere que ha mejorado el sueño. Por otra parte, la hidratación es adecuada, pues la piel presenta buena coloración y turgencia, las mucosas están húmedas y la tensión arterial previa al alta es adecuada, dentro de los límites normales.

Se puede concluir que se consiguen los objetivos (NOC) del plan de cuidados de enfermería gracias a las intervenciones (NIC) realizadas.

5 Bibliografía

1. Alonso Aguirre P. Hemorragia digestiva alta no varicosa [Internet]. Scielo. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2014 [citado el 2 de agosto de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000100012
2. Liz Ures A, Lapiedra Easton D. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA [Internet]. Quirurgicab.hc.edu.uy. 2018 [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hemorragia_digestiva_alta_CQFM.pdf
3. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Barcelona: Elsevier España; 2021.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Filadelfia: Elsevier; 2018.
5. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Filadelfia: Elsevier; 2018.

Capítulo 4

ÚLCERAS POR PRESIÓN. PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

LAURA MASEDA RIVAS

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es un área de la piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo, produciendo así necrosis de la misma y del tejido subcutáneo. Este daño es producido por la presión ejercida entre dos planos duros: los huesos del paciente y el soporte, secundario a un déficit de oxígeno y nutrientes en ese área, donde los vasos sanguíneos están aplastados. Lo mas habitual es que aparezcan en las zonas corporales donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

A pesar del amplio conocimiento que se tiene actualmente sobre el tema, su prevención y cuidados sigue siendo un reto a día de hoy para el ámbito sanitario, siendo un problema real en pacientes hospitalizados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas lesiones son un indicador de la calidad asistencial y de los cuidados recibidos, tanto para los pacientes que las presentan como para los que supone un riesgo potencial, por lo que constituyen un problema de salud pública.

El equipo de enfermería cumple un papel fundamental en su abordaje, por lo que todo el personal debe estar capacitado para realizar las acciones adecuadas sobre el paciente.

2 Objetivos

- Describir los factores de riesgo que favorecen su aparición.

- Conocer las actividades de enfermería destinadas a prevenir y tratar las úlceras por presión.

3 Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y cualitativo, realizado a través de la revisión bibliográfica de las principales bases de datos nacionales e internacionales (Cochrane Plus, Cinhal, CSIS y Scielo). También se han revisado las principales publicaciones que ofrecen evidencia sobre esta temática, así como guías de práctica clínica enfermera sobre las úlceras por presión y su manejo.

4 Resultados

La mayoría de las UPPs se pueden evitar gracias a la aplicación de un adecuado protocolo de prevención, algo muy necesario, ya que su aparición puede provocar un alargamiento de la estancia hospitalaria. Esto lleva cada vez más a los familiares a emprender acciones legales al respecto.

Por ello, lo más importante en el abordaje de estas heridas es su prevención.

Se debe tener en cuenta, además, la necesidad de instaurar estas medidas preventivas antes del ingreso hospitalario, en el propio domicilio del paciente, siempre que las condiciones personales así lo precisen.

Para eso, es necesario conocer cuáles son los factores de riesgo que favorecen su aparición, que se detallan a continuación. El principal es la presión ejercida de forma perpendicular sobre el tejido, a menudo una estructura ósea. Otros factores de riesgo que influyen en la aparición de las UPPs son:

- La fricción: fuerzas de contacto paralelas a la superficie corporal.
- Humedad y calor.
- Estado nutricional e hidratación: una ingesta inferior a las necesarias favorece la falta de nutrientes necesarios para la cicatrización, así como un déficit de hidratación.
- Edad: a mayor edad, mayor riesgo.
- Inmovilidad y sedentarismo.
- Fármacos: esteroides, ciclosporinas.
- Coagulopatías: las que afectan a la formación de fibrinas.

Una vez aparece la UPP, se debe conocer cuál es su abordaje y sus cuidados específicos. Es importante prestar especial atención a la piel y reevaluarla periódicamente para detectar la lesión rápidamente. En su fase más temprana se presenta

como un eritema cutáneo que no palidece en piel intacta tras haber cesado la presión. Se debe actuar sobre ella de inmediato y evitar que progrese a estadios más avanzado, prestando especial atención a las prominencias óseas (sacro, talones, caderas) y a las zonas expuestas a condiciones de humedad.

Es por ello que se debe mantener la piel limpia y seca en la medida de lo posible, evitando la fricción a la hora de tratarla. La aplicación de cremas hidratantes también cumple un importante papel protector. En los puntos de mayor presión, donde hay riesgo de desarrollo de UPPs y la piel se encuentra intacta, se recomienda la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), producto muy empleado en la mayoría de hospitales españoles.

Otro aspecto a tener en cuenta es la movilización del paciente en caso de estar encamado, ofreciendo cambios posturales cada 2-3 horas para minimizar el efecto de la presión prolongada, evitando el apoyo directo sobre las lesiones. En las zonas de especial riesgo, como son los talones, se pueden utilizar sistemas de protección local, como taloneras o patucos.

En pacientes hospitalizados, los diferentes dispositivos implantados en su cuerpo (sondas, mascarillas, catéteres...) pueden provocar problemas de rozamiento y presión sobre la piel, siendo muy útil en estos casos la aplicación de los mencionados AGHO.

Como ya se ha expuesto, la nutrición es otro gran condicionante. En pacientes con UPPs se suele recurrir a dietas hiperproteicas que cubran sus necesidades o introducir en ellas suplementos proteicos especiales para heridas crónicas.

Por otra parte, en UPPs en estadios más avanzados se puede recurrir a tratamientos locales con desbridamiento, tanto quirúrgico como enzimático, a través de apósitos y pomadas. Actualmente existe una gran variedad de productos en el mercado sanitario para el tratamiento de estas lesiones, en función de su estadio y características.

5 Discusión-Conclusión

Son muy numerosos los autores que han realizado estudios para analizar el abordaje de las UPPs por parte del personal enfermero, concluyendo la mayoría de ellos que la medida más efectiva e importante para reducir su impacto y su incidencia es la prevención.

Asimismo, todos ellos hacen hincapié en la necesidad de unificar protocolos estandarizados de actuación y programas de prevención al alcance de todos los profesionales.

Algunos investigadores se centraron en demostrar la utilidad de los apósitos preventivos, colocándolos al paciente antes de que aparezca la lesión tisular, obteniendo en sus resultados una disminución significativa de la incidencia en aquellos en los que sí se emplearon estos apósitos, por lo que resultan efectivos.

Tras encontrar unanimidad en todas las investigaciones sobre los beneficios de la prevención de las UPPs, resulta necesario que se sigan realizando estudios sobre ello para continuar avanzando en este ámbito.

Como conclusión de esta revisión bibliográfica, se obtiene que existe evidencia respecto a la efectividad en la utilización de AGHO preventivos, los cambios posturales de los pacientes y la utilización de apósitos preventivos, así como la disminución de la incidencia de las UPPs gracias a los protocolos de prevención.

6 Bibliografía

1. Soto I, Zavala M. Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión en el anciano hospitalizado. *Gerokomos* 2003; 14 (3): 157-64.
2. Verde-Roca-Biosca Alba, García-Fernández Francisco Pedro, Chacón-Garcés Sagrario, Rubio-Rico Lourdes, Molina-Fernández María Inmaculada de, Anguera-Saperas Laura et al. Identificación y clasificación de las lesiones relacionadas con la dependencia: de la teoría a la práctica clínica. *Gerokomos*. [Internet]; 26(2): 58-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000200005&lng=es.
3. Joan-Enric Torra i Bou. Incidencia de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos. [Tesis doctoral]. Alicante: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud, Universidad de Alicante; 2016.
4. 2.Blanco Zapata R, Lopez García E, Quesada Ramos C. Guía De Actuación Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2017.
5. Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas. – GNEAUPP [Internet]. 2022. Disponible en: <https://gneaupp.info/guia-de-prevencion-y-manejo-de-ulceras-por-presion-y-heridas-cronicas/>
6. Mijangos PMA, Puga C. C.L., Guillén L.C., Zúñiga CIR. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*. 2015; (8):2, 77-83. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo2015/eo152e.pdf>
7. Prado A., Andrades P., Benítez S. Úlceras por Presión. En: editor Universidad de Chile; Cirugía Plástica Esencial. Primera edición. Santiago de Chile: Editorial

Hospital Clínico. 2005. p.111-126 ISBN 956-19 0477-2

8. Alepuz Vidal L, Benítez Martínez JC, Casaña Granell J, Clement Imbernón J, Fornes Pujalte B, García Molina P. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, 2012

Capítulo 5

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TRATADOS CON TAMOXIFENO

LAURA MASEDA RIVAS

1 Introducción

El tamoxifeno (marcas comerciales: Nolvadex, Soltamox) es un fármaco con una presentación en forma de píldora que se ingiere por vía oral, empleado como coadyuvante en el tratamiento de diferentes tumores hormonales. Por norma general, el tamoxifeno se toma entre una y dos veces al día antes o después de ingerir alimentos.

Se ha venido empleando desde hace más de 20 años en la medicina para tratar a pacientes con cáncer de pecho. Su mecanismo de acción consiste en interferir con la actividad del estrógeno, que es una hormona femenina que ayuda al crecimiento de las células cancerosas de pecho.

Cada comprimido contiene 20 mg de tamoxifeno (como citrato). Los demás componentes son hidrógeno, fosfato de calcio, dihidrato, celulosa microcristalina, carboximetilalmidón sódico (tipo A) (de patata), povidona, estearato de magnesio y sílice coloidal, anhidra.

La duración de este tratamiento actualmente es de 5 años, aunque si se tienen en cuenta los estudios realizados en 2012, el estudio ATLAS avala ampliar el tratamiento durante 10 años.

Pero el motivo de este trabajo no es la duración del tratamiento, sino que los profesionales de enfermería de atención primaria de salud conozcamos todos los posibles efectos secundarios que puede conllevar el uso de este desconocido fármaco.

2 Objetivos

El objetivo principal es identificar los posibles efectos secundarios del fármaco. Como objetivo secundario, está conocer todas las recomendaciones que hay dar a los pacientes que tomen este medicamento.

3 Metodología

Se trata de un artículo descriptivo, realizado a través de la revisión bibliográfica del tema, visitando diferentes páginas y artículos web. Se han consultado diferentes bases de datos como Scielo, Pubmed y Medline, descartando artículos anteriores al .013 y posteriores a 2017.

La información se resume mediante un texto breve donde se trata el marco teórico y se resalta el contenido más relevante.

Se han utilizado como palabras clave: enfermería, terapia hormonal, tamoxifeno, recomendaciones.

4 Resultados

El tamoxifeno se trata de un fármaco empleado en el tratamiento del cáncer de mama, actuando sobre los receptores de hormonas positivos en su etapa más temprana, después de haber recibido tratamiento con cirugía, quimioterapia y/o radioterapia para prevenir posibles recidivas.

Otros usos de este fármaco son la prevención de determinados tumores de mama, la ayuda en la producción de óvulos o el tratamiento de síndrome McCune-Albright.

Como recomendaciones generales, antes de empezar a emplear este fármaco, el paciente debe asegurarse de no ser alérgico. No debe estar embarazada mientras tome el tratamiento ni en los dos meses posteriores tras terminarlo, ni está recomendada la lactancia materna durante la duración del mismo. Se recomienda tomarlo siempre a la misma hora sin partir ni masticar los comprimidos. Se deben tragar enteros, acompañándose de agua o de cualquier otra bebida sin alcohol. Asimismo, se recomienda realizar revisiones ginecológicas de manera seriadas para prevenir y descartar el cáncer de útero. Evitar el tabaco y la hipercolesterolemia y avisar a su médico si padece hipertensión arterial, alguna alteración en la coagulación o si ha sufrido algún infarto agudo de miocardio o trombosis. Como riesgos a la hora de tomar este fármaco aparecen los siguientes:

- Enfermedades graves: cáncer de útero, recidiva de cáncer de mama, antecedentes cerebrovasculares, tromboembolismo pulmonar
- Otras posibles: debilidad, cansancio, calambres musculares, cefalea, mareo, dolor o enrojecimiento de la zona tumoral, cabello más frágil de lo habitual, alteraciones visuales como las cataratas.

En cuanto a los efectos secundarios relacionados con su consumo, están cáncer de útero, derrames cerebrales y coágulos en el torrente sanguíneo pulmonar o en las venas profundas de los miembros inferiores, pudiendo estos causar problemas graves o incluso ser mortales.

5 Discusión-Conclusión

Tras demostrar la eficacia del tamoxifeno en el tratamiento del cáncer de pecho, no se debe olvidar que su uso de manera prolongada puede conllevar ciertos riesgos. Por ello, como profesionales de la salud debemos conocer cuáles son e informar de ellos a nuestros pacientes.

Debemos insistir en que consulten tanto al equipo de enfermería como al equipo médico responsable en caso de que aparezca cualquier tipo de sangrado vaginal anormal, alteraciones en la menstruación, dolor o presión en la zona pélvica, inflamación o edemas en miembros inferiores, dolor en mamas, cualquier alteración en la autoexploración de las mamas, problemas respiratorios, esputos con restos de sangre, debilidad u hormigueo en alguna zona corporal, cefaleas repentinas o pérdida de visión, la aparición de hematomas, fiebre o erupciones cutáneas

6 Bibliografía

1. MedilinePlus. Información de salud para usted. Tamoxifeno. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682414-es.html>
2. U.S. FOOD & DRUG. Medication Guides. Providing information on proper drug use, safety, and storage. Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/medication-guides>
3. BREASTCANCER.ORG. Noticias de investigación. Disponible en <https://www.breastcancer.org/es/noticias-de-investigacion>
4. Clinicamillet. Efectos secundarios de Tamoxifeno. Cáncer de mama, Tratamiento de cáncer de mama, Ginecología / Por Antón Millet. Disponible en: <https://clinicamillet.es/blog/efectos-secundarios-de-tamoxifeno/>

Capítulo 6

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO A PACIENTES CON SARS-COV-2 SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

HANAN MOHAMED MARZOK

SAMIA AHMED MOHAMED

IKRAM AHMED MOHAMED

1 Introducción

La neumonía intersticial ocasionada por el SARS-CoV-2 ha ocasionado muchos casos de insuficiencia respiratoria e hipoxemia grave con características del Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA). En torno al 67-85% de los pacientes en estado crítico hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 desarrollan este síndrome.

Una de las técnicas más utilizadas como tratamiento coadyuvante para mejorar la ventilación y la supervivencia es la maniobra del decúbito prono. diversos estudios recientes corroboran que los pacientes con SDRA moderado-grave responden favorablemente a la ventilación mecánica invasiva en decúbito prono, siendo una recomendación internacional para manejar la COVID-19.

Esta medida terapéutica adicional al tratamiento suele ser efectiva, ya que mejora la oxigenación secundaria a la mejoría de la ventilación-perfusión, aumenta el

volumen final de espiración del pulmón (PEEP), mejora el reclutamiento alveolar y reduce significativamente la tasa de mortalidad de en estos pacientes.

A pesar de existir diversos dispositivos automáticos que facilitan la técnica de giro, la técnica más utilizada es la manual. El trabajo de enfermería, junto al resto del equipo debe ser simultáneo y coordinado, precisando formación y preparación para ejecutar la maniobra, movilizar y realizar la higiene y supervisar de manera permanente al paciente para prevenir y tratar posibles complicaciones secundarias que se derivan de este procedimiento.

2 Objetivos

El objetivo principal que se persigue con este presente capítulo es establecer los cuidados de enfermería en la posición de decúbito prono a pacientes con SARS-CoV-2 sometidos a ventilación mecánica invasiva.

3 Metodología

Revisión sistematizada a través de los buscadores PubMed, CINAHL Elseiver y SciELO, seleccionando la mejor evidencia de acuerdo a la investigación planteada. También se ha consultado en páginas oficiales como la de la OMS, el Gobierno de España y protocolos actualizados de diferentes Hospitales.

La búsqueda se realizó utilizando las palabras clave: cuidados, enfermería, decúbito prono, covid-19, ventilación mecánica invasiva. Finalmente, se realizó una lectura exhaustiva de 24 estudios científicos, seleccionando tras la lectura 5 por su gran contenido y relevancia de publicación.

4 Resultados

Respecto a los cuidados de enfermería durante el tiempo que el paciente está en posición de decúbito prono en la Unidad de Cuidados Intensivos, estos irán encaminados a mantener la seguridad y el confort del paciente. Dentro de estos cuidados están:

- Mantener la cama en posición de antitrendelemburg para prevenir la infección nosocomial en pacientes que mantengan una nutrición enteral (NE), favoreciendo además un adecuado intercambio gaseoso y una reducción del riesgo de regurgitación y/o vómitos.
- Movilizar cada 2 horas las almohadas de tórax, pelvis y piernas.

- Cada 2 horas, girar la cabeza comprobando la adecuada alineación corporal del paciente.
- Comprobar que el tubo endotraqueal y la sonda nasogástrica tengan la posición correcta.
- Realizar el cuidado de los ojos, valorando la existencia de ulceraciones y signos de conjuntivitis. Evitar la presión directa sobre ellos y administrar lágrimas artificiales. Realizar oclusión ocular.
- Vigilar la presencia y prevenir las úlceras por presión, especialmente en orejas, pómulos, acromion, mamas, codos, genitales, rodillas y dedos de los pies.
- Siempre que la situación hemodinámica del paciente lo permita, realizar le aseo diario, teniendo especial cuidado con los catéteres, sondas, drenajes, tubo orotraqueal, etc).
- Tener especial cuidado en las aspiraciones orotraqueales, valorando si fuese necesario preoxigenar al paciente.
- Seguir con los cuidados estandarizados de la Unidad.
- En caso de que el paciente defeque, realizar el cambio de sábanas igual que si el paciente estuviera en posición de decúbito supino.
- Si existe incontinencia fecal, siempre bajo indicación médica, colocar la sonda flexiseal.
- Cuando se vaya a realizar cualquier movilización, poner la sonda nasogástrica a bolsa.
- Registrar cualquier problema o evento adverso que se produzca en el paciente, destacando entre todos la salida de la sonda nasogástrica o de la vía central, la presencia de edema conjuntival, palpebral y/o facial, existencia de úlceras por presión o corneales; problemas con la sonda urinaria; empeoramiento de PaO₂/FIO₂ más del 20%, desaturación SatO₂ < 85%, arritmias, hipotensión, neumotorax, obstrucción o salida del tubo orotraqueal y paro cardiaco.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de ser una técnica relativamente sencilla, tiene asociado una serie de inconvenientes tanto para el paciente como para el personal que la realiza. Es fundamental que el profesional de enfermería cuente con una planificación de cuidados específicos, sobre todo en los casos en que se requiere decúbitos prolongados, siendo frecuente los de edemas faciales, alrededor de los ojos y las lesiones cutáneas ocasionadas por la presión, especialmente en pómulos, tórax anterior, crestas ilíacas, pechos y rodillas.

Los cuidados de enfermería, a demás de ser estandarizados, deben estar individualizados en función de las necesidades y patologías de cada paciente.

Se hace necesario que enfermería esté perfectamente formada y cualificada para llevar a cabo los cuidados enfermeros durante la promoción de este tipo de pacientes, garantizando con ellos la buena evolución del paciente y la prevención de posibles complicaciones.

6 Bibliografía

- Morales, F. B., & Bermúdez, Z. V. (2021). Guía de cuidados de enfermería para el decúbito prono en Síndrome de Distress Respiratorio Agudo asociado a COVID-19: Revisión Integrativa. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 86(629), 58-67.
- Campello-Vicente, C., Vidal-Baños, A., Saz-Caja, D., Inmaculada, M., Tomás-Robles, A., & Villaescusa-Carrillo, M. C. (2015). La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermera de UCI: una revisión integrativa.
- Bertoia, N., Buchanan, P., Las Heras, M., Bisso, I. C., & Mancilla, J. (2019). Protocolo para la Estandarización de los Cuidados de Enfermería en el Paciente con decúbito prono. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Rico Márquez, E. (2021). Protocolo del decúbito prono en pacientes con covid- 19 sometidos a ventilación mecanica invasiva: actuación y cuidados de enfermería.

Capítulo 7

LA ATENCIÓN RURAL Y EL PAPEL DEL PERSONAL ENFERMERO

LAURA TRENADO MUÑOZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

ISABEL MONTARROSO TORRES

ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ

1 Introducción

La enfermería tal y como la conocemos hoy en pleno siglo XXI, es aquella área dentro de la salud que, siendo ejecutada concretamente por el rol enfermero, tiene la obligación y compromiso continuo de prestar los cuidados de manera integral y holística al ser humano en cualquier etapa de su vida y estado de salud. Si bien es cierto que la enfermería trabaja conjuntamente con otras disciplinas como la medicina, dietética y nutrición, auxiliares de enfermería, fisioterapia y rehabilitación, etc.; para conseguir el estado óptimo de salud, nuestro campo tiene que ser el más flexible de todos, puesto que aparte de nuestras funciones, debemos prestar los cuidados independientemente de la dimensión biológica, psicológica y/o social que este necesite.

Sin embargo, el problema radica, cuando todo lo anteriormente mencionado debe ser aplicado para un paciente que reside en un pueblo o localidad fuera de la zona urbana.

Actualmente, la tendencia en nuestro país es la búsqueda de empleo y vivienda en el entorno urbano provocando directamente una despoblación rural en todo el territorio de nuestro país que posee más de un 80% de zonas rurales con una minoría de habitantes y que más de la mitad superan los 65 años de edad.

2 Objetivos

- Conocer y analizar los problemas de los servicios sanitarios en el mundo rural.
- Exponer las diferencias entre la atención rural y urbana desde el punto de vista de la práctica de enfermería.

3 Metodología

Para la 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

En la actualidad, nuestro país posee una población rural muy envejecida, que se extiende por todo el territorio nacional. Además de esto, podemos resaltar el inconveniente de la lejanía de las zonas de residencia con respecto al centro de salud y de urgencias, las condiciones de las carreteras, o las inclemencias meteorológicas, como las grandes nevadas, que imposibilitaría por completo la asistencia y presencia física en el domicilio del paciente.

Por otro lado, dependiendo de la época estival en la que nos encontremos, esa zona rural puede duplicarse en número de habitantes ya sea por vacaciones o fiestas populares. Véase el municipio de Buñol que posee alrededor de 9.000 habitantes y que durante la famosa fiesta de la “tomatina” es capaz de albergar más del doble de personas pertenecientes de todo el mundo. Ejemplos como este, dejan claro que la atención por parte de los servicios médicos y enfermeros se encuentra prácticamente desbordada.

Otros de los problemas para realizar nuestro servicio en el ámbito rural son las vías por carretera de difícil acceso y que llega a ser otro problema real y común en este tipo de zonas. No solo desde el punto de vista asistencial enfermero a

la vivienda, sino el mismo paciente que no posea un vehículo propio para desplazarse, transporte público cercano, o la lejanía en que se encuentre la vivienda del centro de salud o de urgencias y que por la gravedad de su estado le sea imposible emprender un desplazamiento por sí solo.

Deberán, por tanto, implementarse unas medidas políticas de salud serias, organizadas y que puedan llegar a cumplirse para no solo lograr que los más vulnerables puedan ser atendidos, sino que también el personal cualificado encuentre atractivo este destino de trabajo, ya que normalmente su residencia se encuentra en la ciudad.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión y tal como hemos visto en el presente capítulo y en repetidas ocasiones se cae en el mismo error implantando unas medidas sanitarias rurales al igual que en una zona urbana. Sería aconsejable tener presente diversas mejoras como una atención especializada, aunque no fuese de grandes dimensiones, pero que diera la posibilidad de tener 1 o 2 quirófanos, ya sea para un parto inminente o cualquier situación de emergencia y también de pruebas complementarias, descongestionando además estos servicios de los hospitales urbanos por parte de los habitantes en ámbito rural.

Aparte de evitar saturaciones en servicios de Urgencias, que podrían resolverse in situ, se acortarían los tiempos de espera y asistencia, por no mencionar el ahorro económico que también supone, no tener que pasar antes por la atención primaria de su municipio, en casos urgentes, para obtener un informe que le permita la derivación a un centro más especializado dotado con los recursos al completo.

6 Bibliografía

1. Morales, M. I. L. (2003). La identidad como proceso biológico La identidad como proceso biológico-psicosocial-psicosocial y su construcción en enfermería. *Rev Enferm IMSS*, 11(1), 49-54.
2. de Personas Mayores, O. (2004). Envejecimiento en el mundo rural. Necesidades singulares y políticas específicas. Madrid: Boletín, 11.
2. Marilaf C, Magdalena, Alarcón M, Ana M, & Illesca P, Mónica. (2011). Rol. D

Capítulo 8

LAS INFECCIONES NOCOSOMIALES EN UCI Y LA FIGURA DE LOS ENFERMEROS

LAURA TRENADO MUÑOZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

ISABEL MONTARROSO TORRES

ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ

1 Introducción

La evidencia científica existente informa sobre las numerosas repercusiones sanitarias que se desprenden de una deficiente relación enfermera/paciente, como son el aumento en los días de hospitalización, incremento en la tasa de mortalidad en pacientes posquirúrgicos o una mayor incidencia de infecciones nosocomiales y de úlceras por presión en los pacientes ingresados. La gran sobrecarga asistencial que se produce en sanidad también tiene efectos negativos sobre el personal enfermero, ya que puede hacer aumentar las tasas de burnout o las bajas laborales. Por tanto, se puede deducir que una correcta gestión del personal contribuye en dar unos cuidados seguros y de calidad, ayudando a disminuir los costes asistenciales. Dicha carga de trabajo se puede valorar mediante instrumentos de medida indirecta.

Estudiamos la relación entre la carga de trabajo de enfermería y las infecciones nosocomiales en una UCI polivalente durante un periodo de 3 meses utilizando la escala NEMS.

Como resultado, el aumento de la carga de trabajo es directamente proporcional al aumento de % de aparición de infección nosocomial, así se deduce que para disminuir la presencia de dicha infección es crucial disminuir el ratio paciente/enfermera, o lo que es lo mismo, incrementar el número de enfermeras en la UCI.

2 Objetivos

Describir y determinar la relación entre la carga de trabajo de enfermería y la presencia de infección nosocomial en una UCI polivalente de los distintos centros hospitalarios del sistema sanitario español y además explicar que consecuencias produce esto a nivel laboral sanitario.

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 estudio prospectivo observacional nos muestra los siguientes resultados:

El porcentaje de ocupación en la unidad en los 3 meses de estudio fue del 81,3 %. Nuestra población abarca un total de 64 pacientes, de los cuales, 43 son varones (67,2%) y 21 mujeres (22,8%). La media de edad de los pacientes estudiados fue de $64,8 \pm 12,7$ y tuvieron una mediana de estancia de 7 días con un intervalo de 2 a 64. El porcentaje de mortalidad fue de un 10,9%.

En cuanto a la escala de valoración de la gravedad, aplicada a los pacientes objeto de estudio hemos observado una puntuación media de APACHE II de $20,7 \pm 19,5$. Al aplicar la escala NEMS hemos podido observar un valor medio de $27,8 \pm 8,9$. Con relación al grupo diagnóstico, fueron médicos el 87,5% y quirúrgicos el 12,5%.

En un 43,8% de los casos los pacientes ingresaron en la UCI procedentes del servicio de urgencias. Los ingresos procedentes de las unidades de hospitalización corresponden al 35,9%. En menor proporción, se han tenido ingresos procedentes de otros hospitales el 10,9%, y quirófano en 9,4%.

En cuanto a los pacientes que han presentado algún tipo de instrumentalización, el 66,7% ha tenido ventilación aérea artificial, el 79,5% ha tenido catéter venoso central y el 93,6% ha tenido sonda vesical.

El 90,6% de los pacientes ha recibido tratamiento antibiótico. El 34,4% (22 de 64) han presentado algún tipo de infección nosocomial, de las cuales, la distribución porcentual ha sido la siguiente: el 30,4% ha sido por bacteriemia primaria, el 21,7% por neumonía asociada a ventilación mecánica, el 26% por infección urinaria relacionada con sonda vesical y el 21,7% por traqueo-bronquitis.

De los 64 pacientes, 14 (21,9%) han necesitado en algún momento de su estancia en la unidad algún tipo de aislamiento.

Hay correlación positiva entre nivel de gravedad medio por el APACHE II en las primeras 24 horas de ingreso y el NEMS ($p=0,03$). El NEMS medio para los pacientes sin infección nosocomial fue de $26,1 \pm 9$ y de $30,9 \pm 8,1$ para aquellos que tuvieron alguna infección de este tipo, lo que supone una correlación positiva con una ($p=0,036$). La mortalidad de los pacientes con algún tipo de infección nosocomial fue del 13% y la de aquellos que no tuvieron infección nosocomial fue del 13%, lo cual no supone diferencia estadísticamente significativa.

5 Discusión-Conclusión

La carga de trabajo en enfermería es un factor que incrementa las infecciones nosocomiales. En la actualidad, la UCI polivalente estudiada tiene un ratio de paciente/enfermera de 2,3:1, lo que correspondería a un nivel 2 de Bethesda. Tras el estudio en dicha unidad hemos comprobado que la mayoría de los ingresos están en un nivel 3 de Bethesda lo que implicaría bajar el ratio de enfermería para asegurar una mejor atención al paciente.

En este estudio hemos comprobado que no existe relación entre el aumento de la carga de trabajo y el aislamiento de pacientes, esto es debido a que la escala utilizada, el NEMS, no contiene ningún ítem para valorar esta relación.

Pero si se encuentra relación entre los pacientes aislados con el aumento de la

estancia media. Si se ha encontrado una relación positiva entre el aumento de la carga de trabajo y la presencia de infección nosocomial, ya que a mayor carga de trabajo se produce un aumento en el % de aparición de infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Cargas de trabajo asistencial en pacientes críticos. Enfermería Intensiva.

Capítulo 9

PACIENTES CON PSORIASIS Y EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN SUS CUIDADOS

LAURA TRENADO MUÑOZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

ISABEL MONTARROSO TORRES

ALBA MARÍA GABALDÓN SÁNCHEZ

1 Introducción

La psoriasis se define como una dermatosis inflamatoria crónica que afecta a multitud de personas en el mundo. En España, ha habido un aumento significativo en los últimos 15 años pasando de padecerla el 1% al 2,3% de la población, siendo la psoriasis vulgar o en placas su forma más frecuente de aparición.

Esta enfermedad se caracteriza por aparecer en brotes, con exacerbaciones y remisiones y no siendo contagiosa. Cursa con placas eritematosas bien definidas y pruriginosas, que se localizan principalmente en codos, rodillas, región sacra y piel cabelluda. En cuanto a su manifestación clínica más frecuente es la aparición de lesiones cutáneas de tamaño variables, enrojecidas y recubiertas de escamas blanquecidas de grosor variable.

Los estadios de la patología varían en función de la severidad de la misma, se considera leve cuando afecta entre el 1 y el 10% de la superficie corporal, moderada entre 11 y 30% y por último, severa cuando afecta más del 30% de la superficie.

De este modo, se pueden diferenciar dos grupos: la psoriasis tipo I, la cual aparece en la infancia o adolescencia, presenta predisposición genética y el grado de afectación es mayor.

Y la psoriasis tipo II, con inicio en la edad adulta tardía, siendo más leve y sin tener ningún tipo de relación con los antecedentes familiares.

La causa de esta enfermedad es un problema en el sistema inmunitario, debido al recambio celular, de forma que las células de la piel que crecen en la parte más profunda de la misma avanzan hacia la superficie demasiado rápido en sólo unos días, cuando en realidad este proceso debe demorarse hasta un mes.

Igualmente, existen factores que exacerban la aparición de esta patología como son traumatismos, infecciones, cambios climáticos y el estrés. Por todo esto, el trabajo que se va a realizar se centra en conocer la psoriasis en profundidad.

2 Objetivos

- Explicar el concepto de psoriasis y a que ámbitos de la vida de los pacientes afecta.
- Dar a conocer el papel fundamental que el personal enfermero presenta en el tratamiento de la psoriasis y describir una serie de aspectos a tener en cuenta en la valoración de los enfermeros a dichos pacientes.

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 psoriasis es una patología que afecta en el ámbito social, laboral y psicoemotivo (causa importante de estrés e inseguridad). La severidad de esta enfermedad

produce tanto problemas a nivel físico (picazón, descamación, dolor, movilidad, etc.) como a nivel psicológico (vergüenza y falta de confianza), disminuyendo la calidad de vida de los pacientes que presentan esta enfermedad con respecto a la población, ya que la no aceptación de sí mismos, produce una visión distorsionada de su autoimagen.

La visión irreal de su cuerpo interfiere indirectamente en otros aspectos como la elección de carrera profesional, el trabajo y la decisión de tener hijos. Del mismo modo, condiciona sus relaciones sociales y el ocio impactando negativamente de forma moderada en el 30% de la población que posee esta patología y de forma importante en el 3% de la misma, puesto que los pacientes anticipan que las demás personas van a tener una respuesta negativa ante su enfermedad si se encuentran las placas en zonas visibles o íntimas de su cuerpo. En cambio, a nivel sexual no existe grado de afectación.

Además, el paciente con psoriasis activa presenta un mayor riesgo para desarrollar ciertas enfermedades físicas como la hipertensión, la hiperglucemia, el sobrepeso y enfermedades vascular y enfermedades psíquicas como la depresión y la ansiedad.

Por este motivo, es de vital importancia que el paciente tenga una sensación de éxito terapéutico, para que los síntomas típicos de la psoriasis no contribuyan a la aparición de estas afecciones y de sentimientos de frustración, desesperanza e incluso ideaciones suicidas.

La enfermera junto con el médico presenta un papel fundamental en el tratamiento de esta enfermedad. Ambos deben proporcionar al paciente toda la información necesaria al respecto de la misma como qué es, su tratamiento, las diferentes formas de afrontamiento para evitar situaciones estresantes que exacerben la patología mejorando así su pronóstico, etc. La presencia de cuestionarios facilita el aporte de información relevante en relación con la patología, como el PDI que permite conocer la calidad de vida en los pacientes con psoriasis, mientras que el SF-36 permite indagar sobre el estado subjetivo de salud del paciente.

La valoración funcional que debe realizar la enfermera creando un ambiente de confianza y con actitud empática, así como conocer su historial clínico permiten abordar con mayor precisión la situación actual de cada paciente con respecto a la enfermedad diagnosticada.

Se pueden destacar una serie de aspectos a tener en cuenta en la valoración de

los enfermeros a dichos pacientes como son:

- Conocer los hábitos alimenticios del paciente ya que el mayor desarrollo de la enfermedad se encuentra directamente relacionada con el aumento del peso.
- Examinar la piel en busca de lesiones o infecciones e instruir sobre cómo tratarla. Como por podría ser tratar las lesiones aplicando unguentos derivados del petróleo como antralinas durante 30 minutos y, posteriormente, retirar con aceites minerales.
- Descubrir la dificultad para encontrar solución a los problemas y enseñando técnicas de relajación que permitan encontrar soluciones más fácilmente y eliminar el estrés.
- Comprender los problemas del paciente con su imagen corporal y animarle a identificar sus virtudes y realizar afirmaciones positivas respecto a su cuerpo evitando los sentimientos negativos.
- Saber la forma en la que realiza la higiene el paciente e instruirle sobre recomendaciones que no produzcan sequedad cutánea como utilizar productos con pH entre 4 y 4,5, y bañarse en vez de ducharse para obtener un doble beneficio (relajación y suavidad en las placas eritematosas).

Estos aspectos se vinculan con la calidad de vida del paciente siendo ésta “la suma de salud física, bienestar y participación”, lo que define de este modo el estado funcional de la enfermedad y cómo es todo esto percibido por el paciente. En este caso, la calidad de vida se puede ver alterada tanto por factores dependientes de la propia enfermedad como de factores personales que pueden condicionar la vulnerabilidad del paciente frente a la psoriasis.

5 Discusión-Conclusión

En resumen y según lo visto en el anterior apartado, hemos visto como la psoriasis afecta a distintos ámbitos de la vida de los pacientes y afecta tanto a nivel laboral, social y psicoemotivo, además también hemos observado como estos pacientes suelen sufrir enfermedades como depresión, ansiedad, hipertensión, hipoglucemia entre otras.

En nuestra opinión como personal enfermero, nuestro papel como tal se antoja fundamental para ayudar a estos pacientes dándoles información de lo que es su enfermedad, como se trata y como deben de afrontarla esta para no estresarse ni deprimirse y que hábitos saludables deben adquirir para mejorar y tratar su enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.accionpsoriasis.org/investigacion/estudios/510-los-sintomas-de-la-psoriasis-afectan-a-la-vida-diaria-del-70-de-pacientes-2.htm>
2. Castro- ayarza JR, Casadiego EJ, Medina DC. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá. <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2017/rmd174d.pdf>
3. Biblioteca Nacional de Medicina. Psoriasis: MedlinePlus. Estados Unidos: Adam. 2017. <https://medlineplus.gov/spanish/psoriasis.htm>
4. Anchundia JS. Aplicación del proceso enfermero en paciente con psoriasis. <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4882/1/UPSE-TEN-2019-0023.pdf>
5. Ribera Pibernat M et al. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925104728452>
6. Academia Española de Dermatología y Venereología. Calidad de vida y psoriasis. <https://aadv.es/wp-content/uploads/2016/07/Calidad-de-vida-y-psoriasis.pdf>
7. Ruiz GR, Padilla CL, Barroso SE. Psoriasis. Papel de Enfermería. Revista Electrónica de PortalesMedicos. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/psoriasis-cuidados-enfermeria/>
8. Palomar Llatas F. Psoriasis y sus cuidados. Dialnet; 2009. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4331389>

Capítulo 10

MUESTRA POR ENFERMERÍA AL RESPECTO DE LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS

CLAUDIA ARANDA MARTÍN

GONZALO GIL ALVAREZ

SARA BRAVO BELTRÁN

PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA

MARINA GIL ÁLVAREZ

1 Introducción

El proceso de las transfusiones sanguíneas y de derivados se concreta como el traspaso de sangre u otros componentes sanguíneos que provienen de un donante y que son recibidos por otro sujeto, este llamado receptor.

La transfusión sanguínea y de derivados puede abarcar un sentido muy amplio, ya que abarca toda tipología de componentes sanguíneos. Antiguamente, el término más utilizado era llamado comúnmente como “transfusión sanguínea” ya que el receptor obtenía la totalidad de los componentes que conforman la sangre. Gracias a los avances de la ciencia, en la actualidad se pueden administrar otros componentes de modo concreto, como podrían ser las plaquetas o el plasma. Siendo de este modo más específico en el tratamiento de diferentes patologías. De

la misma modo, se debe recalcar, que de un donante se pueden beneficiar varios enfermos por la capacidad de extraer cada componente sanguíneo.

Hoy en día, esta actividad es una de las más comunes dentro del ámbito intrahospitalario, ya que es utilizada en situaciones como: patologías crónicas y agudas (anemias y enfermos oncológicos), politraumatizados o hemorragias quirúrgicas. El tratamiento con componentes sanguíneos es una práctica principalmente enfermera, por lo que es de fundamental importancia adquirir los conocimientos necesarios sobre esta actividad, ejerciendo un manejo de los protocolos y clínica del enfermo óptimos en todo momento. Al igual que es primordial el conocimiento de las principales complicaciones (signos y síntomas) que pueden desencadenarse sobre la infusión.

Es una actividad que no por ser común, está exenta de riesgos. Es una práctica que, si se lleva la debida hemo vigilancia, no se deberían de desplegar complicaciones, aunque sí que se notifican riesgos y efectos adversos mientras duran las mismas. Los órganos que se ven más comprometidos en esta tipología de situaciones son el sistema cardiovascular, hematológico, renal y los órganos hepáticos.

2 Objetivos

Dar a conocer las tipologías de reacciones mientras la transfusión de hemo derivados, por parte del personal enfermero, describiendo sus principales signos y síntomas.

3 Metodología

Para 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 detección temprana de síntomas relacionados con reacciones transfusiones, al igual que la pronta llamada al sistema de banco de sangre del que proceda es fundamental. Los síntomas que más comúnmente observados son la rigidez, disnea, mareo, fiebre, urticaria y dolor lumbar. En el suceso de que cualquiera

de estos síntomas apareciese, de inmediato se debe detener la transfusión del hemo componente en cuestión y mantener la vía venosa permeable con solución fisiológica.

A continuación, se extraerá una muestra del enfermo coagulada y otra sin coagular, junto al contenido sobrante de la bolsa con el componente en cuestión para enviarla a analizar a banco de sangre.

Las tipologías de reacciones mientras la transfusión inmediata se pueden clasificar en:

- Frecuentes, asociadas con menor morbilidad o mortalidad del enfermo. Se pueden observar síntomas como reacciones febriles no hemolíticas y escalofríos.
- Las principales reacciones menos frecuentes, que conllevan riesgos más graves son:

1. Reacción hemolítica aguda.

La reacción hemolítica aguda se ocasiona cuando los anticuerpos del plasma del receptor reaccionan contra antígenos de los eritrocitos del donante. El origen más frecuente de esta tipología de acontecimientos es la incompatibilidad ABO. El desencadenante más habitual es el error de etiquetado de la muestra extraída del receptor en la pre- transfusión y no ejecutar inmediatamente precedentemente de la transfusión una prueba de compatibilidad.

Los primeros síntomas pueden aparecer inmediatamente iniciada la transfusión o horas ulteriormente de finalizar. Se caracteriza por tener un inicio brusco. Los síntomas principales que pueden aparecer en un enfermo despierto: molestias, ansiedad, disnea, fiebre, rubor facial o llegar al shock. En el suceso de enfermos que estén bajo sedación, el síntoma más llamativo es la hipotensión, aunque al ocasionarse daño renal puede aparecer orina oscura lo que reflejaría hemoglobinuria.

Pasado el episodio agudo, el grado de daño renal es utilizado para determinar el pronóstico del enfermo. Si cabe la sospecha de reacción transfusiones hemolítica, se debe dar apoyo farmacológico para mantener la tensión arterial y un buen funcionamiento renal.

2. Patología de injerto en contra huésped (EICH).

La patología de injerto en contra huésped se ocasiona cuando los tejidos del huésped son atacados por los linfocitos del donante porque el sistema inmunitario del receptor no es capaz de destruir los linfocitos del donante. Se suele dar en enfermos que poseen un sistema inmune deficiente. Los síntomas más comunes suelen ser vómitos, diarrea sanguinolenta, linfadenopatías y aplasia de la médula ósea. Los niveles de daño hepático junto a la ictericia son indicativos también son frecuentes. Se suele ocasionar entre los 5 a 30 días postran fusión.

El tratamiento por excelencia es el uso de otros inmunosupresores y corticoides.

3. Sobrecarga circulatoria.

En muchos casos, esta complicación pasa inadvertida, pero se ha reconocido como una de las principales razones de las muertes relacionadas con transfusiones.

Cuando se ocasiona esta tipología de sobrecarga, la carga osmótica de las hemo componentes transfundidos desplazan el volumen hacia el espacio intravascular, lo que causa sobrecarga circulatoria. Suele aparecer en enfermos con insuficiencia cardiaca o renal.

El tratamiento que se dedica es parecido a la insuficiencia cardiaca con fármacos diuréticos como la furosemida.

4. Lesión pulmonar aguda.

Es producida por anticuerpos anti-HLA que aglutinan a los granulocitos del enfermo dentro del pulmón. Los síntomas y signos más característicos son síntomas respiratorios con radiografía con apariencia de edema pulmonar no cardiogénico. No se suele dedicar un tratamiento en concreto, ya que se resuelve de modo espontaneo a lo largo de los días.

5. Reacciones alérgicas.

Estas son bastante frecuentes debido a componentes o alérgenos desconocidos.

Suelen ser leves y los síntomas principales son edema, mareos, cefaleas y urticaria mientras la transfusión.

En enfermos con episodios de reacciones alérgicas transfusionales se suele administrar de modo profiláctica un antihistamínico precedentemente de las infusiones.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que la indicación de una transfusión de las citadas terapias con hemo derivados, poseen el fin de mejorar la vida de enfermos con patologías crónicas y solucionar situaciones vitales extremas.

Es fundamental conocer y cumplir con los protocolos establecidos en el suceso de complicaciones mientras esta actividad para minimizar la morbilidad y la mortalidad que pueden causar.

Siendo efectiva la prevención primaria/secundaria para salvaguardar de las posibles complicaciones, nunca existe el riesgo nulo de poder desarrollarlas.

Conocer las complicaciones potenciales más comunes en esta tipología de actividad ayuda a una rápida actuación por parte del personal de enfermería, lo que conlleva generalmente una menor probabilidad de daños en el enfermo.

6 Bibliografía

1. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/hematolog%C3%ADa-yoncolog%C3%ADa/medicina-transfusional/complicaciones-de-la-transfusi3n> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21404983/>.
2. Niño de Arboleda MN Transfusión de plasma y sus efectos adversos. Acta Med Colomb [Internet]. julio de 2013 [citado el 20 de septiembre de 2022]; 38(3): 113-115. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482013000300003&lng=en.
3. <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/252/396> <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001303.htm> http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400019.6
4. Pliego Reyes Carlos Lenin, Flores Alcántar Guadalupe. Evolución de la transfusión sanguínea. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2022 Sep 20] ; 55(1): 35-42. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000100008&lng=es.

Capítulo 11

LESIONES Y CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LAS QUEMADURAS POR ENFERMERÍA

PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA

GONZALO GIL ALVAREZ

SARA BRAVO BELTRÁN

CLAUDIA ARANDA MARTÍN

MARINA GIL ÁLVAREZ

1 Introducción

Como en cualquier evento adverso en el cual nuestro cuerpo se vea afectado o dañado, se habla de las quemaduras y por supuesto del enfermo quemado, en este tipo de lesiones en cuanto a la respuesta orgánica está será proporcional a la intensidad del estímulo o al tipo de la agresión que la ha provocado. Aunque la lesión provocada en el quemado sea una lesión restringida a un espacio zona o área determinada o incluso a varios y puede parecer en inicio que tiene poca importancia, pero debemos valorar que la lesión derivara en todo un conjunto de manifestaciones más o menos secundarias a nivel orgánico que implicará a otros órganos y demás sistemas distintos del afectado y que deben ser valorados. Debido a los efectos directos del calor, la microvasculatura de la región se dilata y su capa endotelial rezuma plasma y proteínas intravasculares. En los próximos minutos u horas, la circulación de esta región se detiene a medida que los

capilares se empaquetan de glóbulos rojos y micro trombos como consecuencia del acrecentamiento de viscosidad intraluminal. Este cuadro es agravado por la repuesta inflamatoria local. Aunque el daño celular de esta zona (de estasis) es potencialmente reversible, coexiste daño de la microcirculación que va más allá de las 48 horas. La respuesta inflamatoria en la zona y área de estasis es la responsable del edema y del shock hipovolémico.

El edema se instituye rápidamente en el tejido quemado debido al acrecentamiento de la permeabilidad microvascular, vasodilatación, incremento de la actividad oncótica intravascular en el tejido dañado y la infiltración tisular de leucocitos que liberan sustancias vasoactivas. Los mediadores inflamatorios endógenos implicados en la patogénesis del shock posquemaduras incluyen: radicales libres de oxígeno, histaminas, serotoninas, kininas, peroxidasas lipídicas y productos de la cascada del ácido araquidónico. Este último grupo incluye productos de la ciclooxigenasa como tromboxanos, prostaciclina y prostaglandinas E y F₂ y productos de la lipooxigenasa, leucotrienos B₄, C₄, D₄, E₄. El tromboxano con efecto vasoconstrictivo y de agregación plaquetaria desarrolla marcadamente la isquemia de la piel, precipitando muerte celular.

2 Objetivos

Ver la evaluación de las alteraciones fisiopatológicas en un enfermo quemado (QMD) en los niveles orgánicos y sus consecuencias, además, de los cambios sistémicos.

3 Metodología

Para 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 de las principales bases de datos, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En QMD superiores al 30 %, acaece una reacción de extensión de la permeabilidad capilar, ya no en el área quemada, sino generalizada a todos los órganos, debido

a la hipoproteinemia presente y a los mediadores inflamatorios, resultando la visión de edema en tejido no quemado.

El escape excesivo de plasma hacia el espacio intersticial, especialmente en las primeras 8 horas posteriores a la quemadura, es responsable de la hipovolemia, hipoproteinemia, hemoconcentración, desequilibrio hidroelectrolítico y trastornos ácido-base. El volumen plasmático se reduce a un 23-27% con una reducción concomitante del gasto cardíaco y aumento de las resistencias periféricas. En ausencia de reposición rápida y adecuada de volumen, el shock posterior a la quemadura (hipovolemia severa) es inminente.

Estudios centrados en la evaluación de la función cardíaca en enfermos quemados graves han demostrado que existen cambios significativos en referencia al índice cardíaco, así como en las resistencias vasculares sistémicas. En el caso del índice cardíaco se ha demostrado que la lesión provoca primero un descenso para, en las 24 horas siguientes, alcanzar valores supra normales. Acontece lo contrario con las resistencias periféricas. Tanto por una cosa como por otra debemos tener en consideración que, en primera instancia, la pérdida de líquidos, bien por extravasación, por retención osmótica por la liberación de los mediadores o bien por la pérdida directa por la evaporación o directamente a través de la solución de continuidad de la epidermis, el compromiso circulatorio viene dado por la hipovolemia. La monitorización se convierte en este caso fundamental para poder evaluar la situación del enfermo. Estudios mantienen que con cifras de 50 cc/h de diuresis, así como una frecuencia cardíaca normocárdica son factores que determinan una buena perfusión periférica.

Otra alteración que asimismo se aprecia es a nivel hormonal. La vasopresina puede llegar a aumentar hasta niveles 50 veces su nivel en condiciones normales, catecolaminas (hasta 20 veces sus niveles de epinefrina y norepinefrina), incrementos de hasta 4 veces la actividad de renina plasmática, 7 veces los niveles de angiotensina... En términos generales lo que se efectúa tras la agresión térmica es una respuesta amplificada frente a una agresión. Se efectúa un estado de hipermetabolismo inducido por el cuadro hormonal anterior, que intenta suplir el aumento de los requerimientos energéticos, aumento del catabolismo proteico... a consecuencia de las múltiples pérdidas. En una quemadura con una afectación del 50-60% se efectúa un aumento del gasto metabólico basal 2-2,5 veces.

A nivel renal se efectúa una disfunción originada por el bajo gasto cardíaco, la depleción de volumen intravascular, la hipoperfusión esplénica, la hemólisis y la rabdomiolítis entre otras. Esto efectúa una disminución del filtrado glomerular evidenciado por la oliguria que presenta el enfermo.

Se comprueba a través de la investigación del enfermo quemado que los cam-

bios que se efectúan en este tipo de enfermo a consecuencia de la privación proteica a que le somete la lesión acarrea una lesión grave sobre el sistema inmune, se ven favorecidas los procesos infecciones dentro del ámbito nosocomial, reduce la contractibilidad miocárdica, empeora la cicatrización de las heridas, aumenta la mortalidad... En un quemado extenso la pérdida proteica puede llegar hasta 30-40 g/día de proteínas perdidas. Las pérdidas proceden en un principio de músculo esquelético, para posteriormente pasar a la de la musculatura lisa visceral. Cuando el proceso de cicatrización comienza, el origen inicial de la energía son los aminoácidos. Siempre y cuando las pérdidas no estén por debajo del 20%, el proceso normal de restauración de las heridas será normal. Si las pérdidas han sido superiores al 30%, la cicatrización cesa, y la prioridad es el mantenimiento de las proteínas viscerales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que en cualquier tipo de heridas y sobre todo las creadas a partir de quemaduras, la vital importancia en buen manejo inicial de estas quemaduras determinará una evolución positiva. El diagnóstico correcto, apoyado por la aplicación de técnicas de exploración y evaluación de la sensibilidad, del tipo de tejido expuesto y de signos y síntomas que presenta, consentirá un correcto abordaje de las lesiones, y demás sintomatología derivada sistémicamente de la privación proteica a que le somete la lesión acarrea una lesión grave sobre el sistema inmune, se ven favorecidas los procesos infecciones dentro del ámbito nosocomial, reduce la contractibilidad miocárdica, empeora la cicatrización de las heridas, aumenta la mortalidad... Con lo cual es conveniente, una posible desviación oportuna a servicios más especializados, de los que el enfermo se puede favorecer. Asimismo, la localización y corrección de complicaciones que pudieran surgir durante la evolución de las heridas, mediante la aplicación de diferentes tratamientos.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidados-enfermos-quemados-S0212538214000855>
2. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/quemaduras-y-cuidados-de-enfermeria-en-el-enfermo-quemado-hospitalizado-articulo-monografico/>
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeros-enfermo-quemado/>

4. <https://vsip.info/guia-basica-del-enfermo-quemado-pdf-free.html/>
5. <https://www.scribd.com/document/520417732/Uti-a-Libro-Oceano>
6. Ramírez-Blanco Carlos E., Ramírez-Rivero Carlos E., Díaz-martínez Luis A.. Causas y sobrevida en enfermos quemados en el centro de referencia del nororiente de Colombia. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2017 Mar [citado 2022 Feb 10] ; 43(1): 59-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000100009&lng=es.

Capítulo 12

EXPOSICIÓN DE ENFERMERÍA EN DOLOR TORÁCICO AGUDO CON DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA CARDIACA

MARINA GIL ÁLVAREZ

GONZALO GIL ALVAREZ

SARA BRAVO BELTRÁN

CLAUDIA ARANDA MARTÍN

PAULA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ DE LA CUEVA

1 Introducción

El dolor torácico es uno de los principales motivos y orígenes de asistencia médica urgente en todos los departamentos del territorio nacional y en todo el globo. Se registran millones de visitas al año en urgencias por esta causa, de entre los que se conviene diferenciar el diagnóstico para excluir diferentes etiologías de características amenazantes y que pueden generar un potencial riesgo vital. A pesar de, en una gran parte de las ocasiones, el dolor torácico tan solo representa un síntoma que pone de manifiesto otra enfermedad subyacente sin motivo emergente, o bien una etiología de origen musculoesquelético sin una mayor complicación.

Los datos recogidos con una buena anamnesis, y la ejecución de las adecuadas pruebas complementarias de un modo precoz desde la atención inicial del enfermo según entra por la puerta, son elementos clave para garantizar una asistencia adecuada, y para discriminar posibles elementos de riesgo en el enfermo. Según es atendido el enfermo inicialmente en un triage se deben determinar las constantes vitales, valorar la situación clínica actual, y posibles signos de alarma que pueden hacer sospechar un evento cardiovascular urgente. Ante la duda diagnóstica, se aconseja la ejecución de un electrocardiograma en los primeros 15 minutos de asistencia sanitaria del enfermo y su valoración por personal debidamente cualificado.

2 Objetivos

- Definir el ámbito de aplicación en urgencias.
- Discriminar distintos tipos de dolor torácico y su etiología más común.

3 Metodología

Para el desarrollo de este breve estudio, se ha investigado sobre la información presente en los nuevos protocolos y en la búsqueda bibliográfica de diferentes trabajos científicos relacionados con el tema escogido, el dolor torácico agudo, y su aplicación en la atención médica urgente. Se han contrastado las bases de datos científicas como PubMed, Scielo, UptoDate. Los criterios de exclusión que se han tenido en consideración son: artículos anteriores al año 2010. Se han revisado artículos en idioma inglés y español. Palabras clave: dolor torácico agudo, generalidades, orientación, diagnóstico, isquemia, miocardio, cardiovascular.

4 Resultados

En la valoración inicial del dolor torácico agudo tendremos en consideración distintos condicionantes, que son trascendentales para ser recogidos en una historia clínica completa, que se debe complementar con una adecuada exploración física. Para diferenciar el dolor torácico según el perfil orientativo diagnóstico con que se corresponde, es de tremenda importancia una correcta entrevista médica. En las características del dolor tendremos en consideración: la forma de presentación, localización, síntomas asociados; desencadenantes, y antecedentes personales. Los condicionantes de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes,

tabaco) y los antecedentes previos de eventos cardiovasculares, son significativos a tener en consideración. Especialmente en diabéticos, se debería precisar su evaluación médica con mayor precaución puesto que, la diabetes además de representar un condicionante de riesgo cardiovascular por sí mismo, estos enfermos (por su fisiopatología en los nociceptores del dolor) a menudo ostentan formas atípicas para manifestaciones de dolor torácico, bajo el que subyace finalmente un accidente cardiovascular. En el dolor torácico de perfil típico para cardiopatía isquémica, es un dolor opresivo que se suele presentar a primera hora de la mañana o madrugada, de inicio en reposo (le puede despertar del sueño), de corta duración (15-20 minutos) pero que se puede seguir intensificando a disposición que pasa el tiempo o las horas hasta brotar disnea que se exagera con los esfuerzos (angina de esfuerzo) o bien hasta hacerse de reposo (puede corresponderse con una clínica de insuficiencia cardíaca, por un infarto más evolucionado si hay varias horas de evolución).

También puede surgir síncope o pérdida de conciencia (discriminar este motivo con otras posibles etiologías: disección de aneurisma de aorta, tromboembolismo pulmonar). En el perfil isquémico del dolor, la localización se encuentra en hemitórax izquierdo y/o retroesternal, se irradia hacia hombro izquierdo o región mandibular izquierda, puede dar lugar a cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, sudoración, palidez mucocutánea).

El dolor no calma con paracetamol, pero sí calma con nitroglicerina sublingual hasta desaparecer por completo; quedando a veces una ligera molestia o quemazón que puede ser residual por una angina remanente, que se puede exacerbar o asociarse de empeoramiento clínico de la disnea o por incremento de edemas de miembros inferiores. Entonces estaremos hablando de una angina evolucionada por un infarto de un tiempo de evolución. Cuando el dolor opresivo se mantiene más de 20 minutos o durante horas, es más característico de angina, esto es una obstrucción parcial al flujo coronario. Si el dolor le recuerda a episodios previos de infarto o isquemia también lo tendremos en consideración para mayor sustentación del cuadro clínico por causa isquémica. La determinación y cuantificación de pruebas complementarias (electrocardiograma, radiografía de tórax, analítica con troponinas) sirve para estadificar el riesgo del enfermo y determinar una actitud diagnóstica y terapéutica eficaz lo más precoz posible.

5 Discusión-Conclusión

El dolor torácico de perfil isquémico es un motivo bastante común de atención en las unidades de urgencias. Para su correcta atención se precisa de un electrocardiograma ejecutado en los primeros minutos de asistencia sanitaria, que sea evaluado por profesional cualificado para determinar si la atención que precisa es emergente. En caso de isquemia aguda, el perfil típico que se puede esperar es un tipo de dolor opresivo, en hemitórax izquierdo o centro torácico, irradiado a cuello y hombro izquierdo; y para el que no se debe demorar su asistencia médica. Siendo indicadas las pruebas complementarias oportunas para su debida estadificación y determinación del tratamiento indicado en cada caso. No demorarse en la atención, implica además valorar conjuntamente la coexistencia de otras patologías que pueden distinguirse y causar síntomas parecidos en varias ocasiones (aneurisma de aorta, embolismo pulmonar, neumonía, esofagitis).

6 Bibliografía

1. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-STelevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;130(25):2354-94.
2. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. Guías ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en enfermos sin elevación persistente de segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:1061-7.
3. Sabatine MS, Cannon CP. Abordaje del enfermo con dolor torácico. En: Braunwald E, editor. *Tratado de cardiología. Texto de medicina cardiovascular*. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 1057-67.

Capítulo 13

PROCESO DE MORIR: REVISIÓN DOCUMENTAL

CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS

MARÍA BOLÍVAR LOMAS

PATRICIA ROMERO ARRIAGA

1 Introducción

1.1 Contextualización del problema.

En primer lugar, la Bioética, como ciencia de carácter más o menos joven, trata de respetar los valores humanos, estudiar las conductas, las actitudes de la sociedad y de los profesionales sanitarios respecto a las diferentes situaciones de la vida en la aplicación del conocimiento científico. En ese proceso de respeto, la atención a la fase final de la vida supone una etapa de atención a la persona y, generalmente, la persona enferma, que no deja de tener, además de la propia asistencia clínica, espiritual y social, un apoyo en la documentación e información circunscrita en el proceso de morir, que van a ayudar a contemplar los valores de la persona, entre ellos, su contexto de vida y final de la misma y su voluntad.

En segundo lugar, definiremos el término instrucciones previas (IP) según Bastos et al, como “conjunto de deseos expresados por los pacientes con antelación sobre el cuidado y tratamiento que quieren o no, si no pudieran expresar sus deseos libre y autónomamente en un momento determinado”. Este documento conlleva el derecho de toda persona que ausente de coacciones y con la información debida, puede aceptar o no un tratamiento.⁴ Además, permite la elección de un representante, y llegado el momento está basado precisamente en ello, que

llegada una situación de incapacidad pueda ayudar a expresar o interpretar lo que el documento de IP refleja.

Con el paso del tiempo se ha acentuado la importancia de este documento en las decisiones al final de la vida, ya que como hemos comentado, brinda esperanza a las personas que se encuentran buscando ansiadamente una muerte tranquila, es decir, aquella en la que el dolor y el sufrimiento se reducen mediante los cuidados paliativos, entre otros. De forma que ante todo, su dignidad sería conservada, confiriéndole la llamada buena muerte, en la que no hay despersonalización del paciente y se atiende tal y como él ha creído que es la mejor manera de ello. La familia se considera parte importante del equipo terapéutico, por lo que se procura apoyarla para que asuma un rol activo en el cuidado de la persona enferma.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define al enfermo terminal como aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; aquel que tiene presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; aquel con gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y aquel con un pronóstico de vida limitado.

Finalmente, somos conscientes de la labor que ejerce la medicina al intentar solucionar problemas biomédicos y en este momento es en el que se fusiona con la bioética. Para conseguir que las situaciones a las que se expone la medicina, no siempre se tomen las decisiones arraigadas al consenso de la sociedad, de forma que pueden llegar a poner en duda ciertos valores, que gracias a los comités de ética son tenidos en cuenta, solucionando este déficit y representando a la propia sociedad ante dilemas éticos. El Comité de Ética Asistencial de la Región de Murcia surge debido a la necesidad de solucionar, en el ámbito de la competencia profesional, los diversos dilemas de carácter ético; condujo a la creación en numerosos hospitales de los denominados, Comités de Ética Asistencial, que ejercen una labor de asesoramiento de los profesionales sobre los aspectos éticos de la asistencia sanitaria. Con ello se intenta prevenir la conflictividad surgida a veces al dar prioridad a recursos escasos o evitar actitudes puramente defensivas que son, en definitiva, algunos de los retos a los que se enfrenta el sistema sanitario.

1.2 Conceptualización o marco teórico.

Adentrándonos en el marco legislativo español, los primeros datos sobre el documento de IP nos vienen dados por la comunidad de Cataluña, que desarrolló la ley 21/2000 del 29 de diciembre, a través de la cual se introdujo el documento de IP. Como base para la creación de esta ley, encontramos el convenio de Oviedo, el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser

humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina de 1997, que con efectos vinculante se instauro en España el 1 de enero del año 2000. Posteriormente, a nivel nacional se determinó la autonomía del paciente con la ley 41/2002 del 14 de noviembre, la ley básica reguladora de la autonomía del paciente, que junto con la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud 16/2003 del 28 de mayo, forman una nueva etapa consolidada por estos dos nuevos hitos jurídicos, que según Seoane “reconocen la autonomía y los derechos jurídicos en el contexto jurídico sanitario”.

Es importante destacar, el Informe Belmont (1979) en él se explica los cuatro principios generales de la bioética, entre los que encontramos el principio de autonomía, tan interesante para nuestro trabajo, además del de justicia, beneficencia y no maleficencia. Asentando unos principios que guían la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 abril en su artículo 10: 1. Al respeto por su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social. Asentaba las bases reconociendo a cada persona individualmente sin discriminación y con respeto de su dignidad. Por la presente, este trabajo pretende una aproximación al estudio de los dilemas bioéticos al final de la vida y en relación con los límites del documento de instrucciones previas, pretende conocer aspectos relevantes al mismo, tanto durante la cumplimentaron del documento como en la puesta en marcha y los diferentes aspectos que rodean al paciente terminal. Este es un tema de gran relevancia en nuestra sociedad ya que se le otorga al paciente la posibilidad de decidir sobre su propia salud y además que se le respete como persona digna de ella, también, como veremos a continuación, hay un cierto despropósito hacia este documento tanto por parte de la población en su desconocimiento hacia la existencia del mismo como por parte del personal sanitario. Es interesante intentar hacer llegar con este trabajo la importancia del documento de IP en la práctica clínica diaria.

2 Objetivos

Objetivo principal

Conocer los aspectos que tienen relación con el documento de las instrucciones previas.

Objetivos generales

Describir el documento de instrucciones previas en el momento de la elaboración.

Analizar el documento de instrucciones previas en el paciente crítico.

3 Metodología

3.1 Tipo de investigación.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de tipo descriptiva.

3.2 Procedimiento de recolección de datos.

Los artículos que componen la revisión de este trabajo, han sido buscados en bases de datos como Scielo, PubMed y LiLacs. Se han encontrado diversas publicaciones, tanto revisiones bibliográficas como estudios que tratan la temática sobre el documento de instrucciones previas y el paciente como primer protagonista del mismo, bien en estado crítico, bien en el ámbito primario.

Se realizó una búsqueda avanzada en el tesoro DeCS. Las palabras clave utilizadas fueron: ético-legal, enfermo terminal, instrucciones previas, voluntades anticipadas, dilemas bioéticos, paciente crítico, cuidados paliativos, empatía, asertividad, técnicas de comunicación.

Además, se utilizaron las referencias bibliográficas de los artículos encontrados para encontrar otros que pudieran ser útiles en nuestro trabajo.

También se realizó una búsqueda en internet en el buscador Google académico con los mismos términos. Se seleccionaron aquellos títulos que informasen sobre los siguientes aspectos fundamentales: instrucciones previas y bioética.

3.3 Selección de los artículos.

3.3.1 Criterios de inclusión.

- Idioma: inglés, castellano.
- Fecha de publicación: entre 2000 y 2017.
- Tipo de estudio: estudios descriptivos, revisiones bibliográficas e investigaciones relacionadas con nuestros objetivos.
- Sujetos: el documento de instrucciones previas y el paciente crítico con implicaciones éticas al final de la vida.

3.3.2 Criterios de exclusión.

- Aquellos artículos que no mencionen el documento de instrucciones previas y el paciente crítico con implicaciones éticas al final de la vida.

- Que no cumplan los criterios anteriormente mencionados.

4 Resultados

4.1 El documento de instrucciones previas en el momento de la elaboración.

Generalmente, el documento de instrucciones previas ayuda a la persona que, tras diferentes pruebas y situaciones, ha sido diagnosticada de una enfermedad crónica o de enfermedad terminal. Por la presente, le permite expresar su voluntad, cuando dado el momento este incapacitado para elegirla. Por tanto, es una forma de ser dueño de su propia libertad quedando asegurado el respeto por uno de los principios de la bioética, el principio de autonomía. El documento de instrucciones previas viene definido por el portal de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia como: “la manifestación escrita, hecha por una persona capaz, quien, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse, en la asistencia sanitaria a recibir, cuando se produzcan circunstancias clínicas que le impidan comunicar personalmente su voluntad”.

Además, en el documento no solo se expresan situaciones, sino que permite al paciente designar una persona que ayude a los médicos a interpretar este documento y que llegado el caso en el que se presente una situación diferente a la que haya expresada en el documento, el representante elegirá por el paciente incapacitado la decisión más relacionada con la voluntad del mismo.

En el documento de instrucciones previas podemos reflejar, en primer lugar, aquellos valores esenciales del paciente, opiniones propias, creencias e incluso el lugar donde desea pasar los momentos al final de la vida; en segundo lugar, el paciente expresará su permiso en el documento sobre aquellas situaciones en relación a tratamientos y cuidados a los que quiera o no ser sometido; en tercer lugar, en las IP manifestará los límites a los que está dispuesto a llegar, en diferentes situaciones simuladas y aceptará o rechazará las mismas si así lo quisiera, por ejemplo, la voluntad de no RCP; por último, como hemos comentado antes, expresará quién va a ser el intérprete y por tanto el espejo de sus valores, éste es interesante que se encuentre presente durante el desarrollo y cumplimentación del documento,¹³ lo cual permitirá interpretar la voluntad del paciente aunque la situación no esté reflejada como tal en el documento. Las ventajas reflejadas por Barbero et al en cuanto al documento de IP son: “permite establecer un proceso deliberativo en el que se discute sobre los fines y no sólo sobre los medios; sitúa al paciente, holísticamente, como centro del proceso asistencial, poniendo de relevancia factores biográficos que acompañan a todo proceso biológico; visibiliza la actitud de respeto de los profesionales al mundo de valores del paciente, poten-

ciando y generando una relación de mayor confianza y complicidad; promueve la percepción de control para el paciente aun cuando en un determinado momento no sea capaz de defender expresamente sus decisiones; facilita a los clínicos un marco de referencia para la toma de decisiones, si hubiere un futuro conflicto entre lo indicado por los profesionales y lo elegido por los pacientes; permite que el paciente identifique al interlocutor que él elige de entre su mundo de familiares y allegados; previene conflictos sobre quién debe tomar las decisiones, cuando éstas tengan que ser de sustitución; facilita a los familiares la clarificación de las decisiones en escenarios de incertidumbre y elevada tensión.”

Como toda documentación, el documento de IP no es único e irremplazable, puede ser modificado por el autor del mismo en el caso de haber un cambio en sus voluntades, de tal forma que en la práctica clínica se tendría encuentra el último documento realizado. Se debe informar al representante y a la familia de dicho cambio para facilitar la puesta en práctica de las voluntades del paciente. Incluso, este documento puede ser revocado ante una orden verbal dada por el paciente si se encontrara con plena capacidad de elección. El modelo actual de instrucciones previas de la Región de Murcia lo podemos encontrar en anexo 1. En cuanto a los requisitos relacionados con el documento de instrucciones previas en la región de Murcia, incluyen:

I) El otorgamiento del Documento de Instrucciones Previas requiere cumplir los siguientes requisitos:

- Lo pueden otorgar las personas mayores de edad, capaces, libres y que no se encuentren judicialmente incapacitadas.

- Dicho documento deberá ser formalizado, mediante una de las siguientes opciones:

1. Ante Funcionario del Registro de Instrucciones Previas; deberán dirigirse a la Calle Pinares nº 6, piso 1º en Murcia, SIENDO el UNICO lugar de formalización de dicho Documento (No sería válido si se formalizara ante cualquier otro funcionario de la Comunidad Autónoma).

2. Ante Notario.

3. Ante 3 Testigos, mayores de edad con plena capacidad para obrar y que 2 de ellos no sean por consanguinidad.

II) Se adjuntan las instrucciones para el registro del mismo.

Actualmente se busca entre los profesionales la mejor manera de dar a conocer este documento al paciente. Debemos ponernos en situación.

En primer lugar, podemos plantearnos distintos juicios de valor desencadenados a raíz de diferentes circunstancias, que no tienen por qué englobar solo el final de la vida. Del que debemos huir.

En segundo lugar, nos situaremos, debemos comprender la dificultad que atraviesa el personal sanitario comunicando al paciente su diagnóstico final, dificultades como; lo que se debe decir, la forma en la que se debe comunicar, debemos transmitir toda la verdad o solo aquello que es estrictamente necesario, en una sesión y continuar en otra... Cuando transmitimos la información, hacemos al paciente participe de su propia salud, algo que probablemente siempre ha pensado que era propiedad del médico o de la enfermera, seguramente, en este momento, estemos comunicando algo que no quiera escuchar pero que va a ser la piedra angular que iniciará el camino de decisiones sobre su propia vida, que con el diagnóstico ha iniciado a recorrer. Ésta es una labor que genera diferentes problemas éticos en el personal sanitario que pueden ocasionar estrés y ansiedad. Es por ello que las estrategias de comunicación, junto con la gestión de emociones, deban ir unidas para disminuir así la tensión que genera el proceso de transmisión de malas noticias, como por ejemplo la técnica de Mindfullnes.

Para afrontar estas situaciones, el personal sanitario debe estar formado, y como la mayoría de estudios reclama, al personal le falta formación e información.

Una vez formado en diferentes ámbitos, podemos comenzar con la estructura y realización del documento. La realización de las IP supone al paciente diagnosticado de una enfermedad crónica o de una enfermedad terminal su primer encuentro con la muerte, afirman las éticas trascendentes que el hombre no es un ser para la muerte y es cierto, ya que el proceso de morir desencadena reacciones y pasa por diferentes etapas hasta el momento de la aceptación de la finitud humana. Para este proceso, es de gran ayuda haber realizado el documento de voluntades anticipadas, siendo el paciente dueño de libertad.

4.2 El documento de instrucciones previas y el paciente crítico.

Hoy en día nos encontramos en una etapa altamente movida por la tecnología, que en el caso del paciente crítico nos puede llevar a un uso excesivo de la misma. Las enfermedades crónicas y los pacientes terminales están a la orden del día, que junto con los avances tecnológicos nos pueden llevar a situaciones en las que tanto el personal sanitario como la familia y el paciente, se vean comprometidos a la hora de comunicar o tomar decisiones.

Con el fin de evitar estos compromisos, el documento de instrucciones previas debe de ser añadido a la historia clínica del paciente, además es interesante que el representante aporte la información sobre su existencia al médico asistencial, garantizando que este documento se haya tenido en cuenta.

Un dilema bioético, trata de la decisión que se ha de llevar a cabo entre varias opciones, acorde con los valores y la necesidad de obrar bien por parte del enfermo o la familia que toma la decisión. Como menciona Rushworth Kidder, un dilema

ético no implica tener que hacer una elección entre lo correcto y lo incorrecto, sino tener que elegir entre dos cosas correctas.

Centrándonos en la toma de decisiones, debemos generar un ambiente de confianza y comunicación, relacionado con las estrategias explicadas anteriormente, crearemos un equipo con la familia, de forma que aquello que aumente la calidad de vida del enfermo será proporcionado con ese fin, siempre respetando la voluntad y valores del paciente que estamos tratando.

La bioética médica, hoy en día está fundamentada para colaborar con los profesionales sanitarios que a diario no solo les basta con curar, diagnosticar y salvar vidas.

Dentro de los conflictos que puede llegar a afrontar una familia y un paciente en situación terminal podemos encontrar:

El ingreso o no en UCI y la orden de no RCP. Ambas son decisiones que pueden ir determinadas en el documento de voluntades anticipadas y dada esta situación, siempre debemos respetar el principio de autonomía y la libertad del paciente sobre la decisión en salud que ha tomado.

Pero, no todo lo reflejado en el documento a veces corresponde con la realidad, en el caso de la ausencia de éste documento o de encontrarnos ante una situación diferente a la reflejada, el personal sanitario promoverá ante todo la calidad de vida del paciente terminal, junto con la familia e incluso el mismo paciente. Un equipo multidisciplinar puede aportar las diferentes opciones entre las que la familia y el paciente pueden elegir, de forma que, siempre se lleven a cabo las decisiones más éticamente correctas de acuerdo a la situación clínica que el paciente presente.

Cuando ejercemos como sanitarios, a veces podemos encontrar el error de la supersalvación, que solo encaminen al paciente hacia la prolongación del sufrimiento y la agonía. Cuando una enfermedad terminal, muestra su cara más oscura, el personal sanitario debemos dejar de salvar para acompañar y aliviar, mostrando una leve definición del polémico concepto: "Limitación del esfuerzo terapéutico". La LET no provoca la muerte, como práctica clínica, significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación clínica real del enfermo; de esta manera se evita tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro. De forma que ningún fin de la medicina es ya posible, retirando el soporte vital, siendo los signos y síntomas derivados del final de la vida nuestro principal objeto de tratamiento, aportando apoyo psicológico, sedación, analgesia y cuidados.

En contraposición, la eutanasia, persigue la muerte mediatizada y tecnificada de

la persona, por deseo explícito de la misma a su propio suicidio asistido. Es la elección entre morir en un plazo y en condiciones determinadas, y la alternativa de que el proceso de muerte se prolongue en forma impredecible y se acompañe de padecimientos intolerables.

Encontramos aquello que siempre debemos huir, la obstinación, conocida como encarnizamiento terapéutico. Se trata, por tanto, de utilizar medios inadecuados o desproporcionados. Cuando ningún fin de la medicina es ya posible, los médicos no están obligados a prolongar la vida. En consecuencia, hay que reconocer que en tales casos la medicina sólo puede posponer la muerte pero no evitarla.

Expuestos algunos de los diferentes dilemas éticos que pueden verse reflejados en la situación de paciente terminal, podemos ver la importancia de reflejar la opinión del paciente sobre los mismos en la IP, para poder decidir acorde a sus valores, a pesar de la posibilidad de estar inconsciente o indispuerto a causa de la enfermedad.

Como podemos ver, cada vez se incluye más a la familia como parte de la atención sanitaria a prestar y no solo al paciente. De esta forma conseguimos que el paciente aun siga siendo un individuo en sociedad y los cuidados vayan encaminados a disminuir la pérdida de rol que se produce durante la institucionalización de la persona. Entonces el documento de IP también debe entender esta perspectiva.

Entre los principales problemas que podemos encontrar sobre el documento de instrucciones previas es la falta de realidad de las situaciones aplicadas en el documento, la perspectiva individualista, que genera la dificultad entre el personal sanitario, el representante y la familia para generar unas conclusiones sobre el tratamiento acorde con los valores del enfermo.

La mayoría de los pacientes desconocen el documento de instrucciones previas e incluso dudan de su utilidad a la hora de la práctica clínica, por un falso mito generado, en el que en el hospital van a salvar al paciente cueste lo que cueste. Por otro lado, aquellos que tienen un documento de IP no lo comunican a la familia para no hacerlas partícipes del dolor que pueda suponerles la existencia del mismo. Además es de afirmar la falta de conocimientos por parte del personal sanitario para controlar los dolores y el sufrimiento relacionados con el final de la vida y que generan en los pacientes la idea de que lo reflejado en el documento de IP es un ideal de la realidad, dado el gran número de muertes producidas en instituciones sanitarias, frente a las producidas en casa o rodeados de la familia. En el momento en la que se nombra el representante, la relación con el mismo, a la hora de la asistencia no es posible determinar si el paso del tiempo ha podido afectar negativamente a esta relación, creando dudas sobre la interpretación del

mismo.

Aun así, se han conseguido resultados positivos como la posibilidad de ofrecer el tratamiento deseado en el momento preciso descrito, o el desarrollo de los cuidados paliativos en el proceso de morir de los pacientes; en todos ellos, el documento de IP permite que dejen alguna decisión expuesta sobre el mismo, incluida la necesidad de fallecer sin dolor y sin sufrimiento. Además, aunque aún se necesite una mayor evolución, los programas formativos sobre cuidados paliativos y aspectos del documento de instrucciones previas han ido en aumento, permitiendo un mejor asesoramiento y promoviendo el interés por parte del personal sanitario acerca de los cuidados paliativos. Con todo ello podemos afirmar que la relación entre el documento de instrucciones previas y los equipos de cuidados paliativos es una relación positiva, ya que puede asegurar la autonomía y el respeto de las decisiones del enfermo en todo momento, siendo su estado de consciencia el que ha tenido durante toda su vida o bien, estando anulado por la enfermedad.

Por último, recordar, que ante todo documento primará la elección del paciente, siendo éste capaz de ello. Aquella elección que realice se tomará como prioritaria. El paciente, puede encontrarse con nuevas decisiones o cambios solo por el hecho de la participación de la familia que se encuentra acompañándolo en el proceso, generando un interés sobre las opiniones que tienen acerca del proceso y la situación de las demás personas que ahora también se hacen partícipes de la enfermedad del paciente y de su institucionalización, o no.

Para finalizar dejaré una reflexión realizada por Javier Sánchez Caro y Fernández Abellán: “el punto más débil de las instrucciones previas sería: el intento de reconocer la supuesta autonomía del paciente aquí y ahora, sosteniendo una decisión anticipada, puede, de hecho, negarle esa autonomía en el futuro”.

5 Discusión-Conclusión

Comenzaremos haciendo referencia a la afirmación de Casado, en la que refleja que la formación del profesional sanitario va a influir directamente en la elaboración del documento. Todo ello viene dado de manos de la actitud del personal sanitario, que influye en el paciente. A un paciente al que se le ha tratado correctamente, con respeto y empatía, poniendo en práctica estrategias como la escucha activa o los silencios, origina un ambiente correcto para que se lleve a cabo la cumplimentación del documento. Además, de la actitud es importante la formación en leyes y ética, evitando la creación de un documento de consentimiento informado y proliferando la cumplimentación de un documento de instrucciones

previas en el que realmente se reflejen los valores, elecciones y supuestos a los que quiere o no atenerse el paciente.

Muchos autores están de acuerdo expresando, la realidad que representa la falta de información de los pacientes sobre la existencia de este documento. Al mismo tiempo y por otro lado, la falta de conocimiento de la existencia de los mismos una vez cumplimentados, de forma que no son revisados por el profesional sanitario, siendo el medico intensivista el principal facilitador de esta información al resto del equipo.

Hemos de reconocer que la dificultad de cumplimentación de este documento es un punto clave para la misma. No es una tarea fácil para el paciente y mucho menos para el representante o la familia, la situación que atraviesan y el proceso de análisis de las diferentes escenas sobre las que tienen que elegir no es fácil, y mucho menos si el personal sanitario no está preparado. Por ello en esta revisión los resultados hacen hincapié en los aspectos a tener en cuenta para una mejor cumplimentación del documento.

Como principales conflictos bioéticos en torno a la atención al paciente crítico, podemos encontrar como bien hemos comentado: la decisión o no de ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, orden de no reanimación, el encarnizamiento terapéutico, la limitación del esfuerzo terapéutico..., entre otros, pero debemos destacar ante todo la autonomía del paciente y la aportación de la información que necesite para elegir sobre sí mismo y su salud.

Las campañas de concienciación sobre el documento de voluntades anticipadas, las campañas de información sobre el mismo a profesional sanitario, a los pacientes con una enfermedad terminal o una enfermedad crónica pueden ser un gran oportunidad para dar a conocer el documento.

Por último, dentro de este apartado, dada la emergencia sanitaria en la que nos encontramos a causa de la pandemia de COVID-19, hemos querido resaltar como cuestiones importantes de la realidad vivida por pacientes, familiares y profesionales, las siguientes:

- En primer lugar, la imposibilidad por parte de los pacientes con enfermedades crónicas o terminales a llevar a cabo el documento de instrucciones previas. Estos son personal de riesgo, en el caso de infección por coronavirus son aquellos que más probabilidades de salir perjudicados por la enfermedad que tienen. En este momento sería interesante, que se sentasen a reflexionar sobre las diferentes situaciones que se les pueden plantear y lo que esperan que se ejecute de acuerdo a su salud, poniendo en conocimiento de la familia estas decisiones. Hoy en día hay una gran dificultad para humanizar y sentir la autonomía del paciente como propia de los profesionales. Somos el mundo contra un virus devastador.¹³

- En segundo lugar, el personal sanitario actualmente se encuentra en una situación límite, en la que son “dioses” en situación de priorizar tratamientos, como la aportación de ventilación mecánica a unos pacientes y privando de la misma a otros que en sus condiciones las probabilidades de supervivencia son menores. De forma que por falta de recursos se encuentran priorizando quién vive y quién muere.
- Por último, la situación actual desborda centros hospitalarios y los corazones de los sanitarios que día tras día tienen que mirar a la muerte a la cara varias veces al día. Ellos, muchas veces sin protección, dan a conocer el lado más humano de la asistencia sanitaria, a pacientes que lleva semanas sin ver a sus seres queridos, ahora los ven por videoconferencia, a los que han dejado de abrazar y besar por miedo a contagiar les tienden la mano, animan hasta la saciedad y celebran cada victoria reflejada en forma de alta al domicilio o a la planta en caso de que se encuentre en UCI. Hoy en día, los sanitarios somos los héroes de esta pandemia junto con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado. Así que a pesar de que estos pacientes, sus familias, no tienen ningún documento de instrucciones previas, tienen a los sanitarios para poder reflejar sus deseos en cuanto a su salud.

Conclusión:

1. El documento de instrucciones previas, a pesar de la falta difusión que tiene, es necesario y representa la forma de poder respetar la autonomía, valores y moral del paciente. la forma de poder respetar la autonomía, valores y moral del paciente.
2. A su favor hemos de resaltar que es posible cambiar las decisiones conforme evoluciones la enfermedad y las opiniones del enfermo, incluso puede cambiar tras una orden oral del mismo que difiera de lo reflejado en el documento.
3. Es difícil que un paciente decida sobre la atención que se la va a dar si no conoce la situación real por la que va a pasar, aun así, el documento intenta que haya el mínimo número de diferencias posibles.
4. Dada la dificultad de la situación, el personal sanitario debe estar formado al menos en habilidades comunicativas y sociales para transmitir la información de forma correcta y respetuosa, al igual que debe estar formado en todo aquello que incumbe a la cumplimentación del mismo.
5. Es de resaltar el valor de la familia en el proceso de morir, de forma que el apoyo emocional, es necesario para afrontar la situación de diferentes decisiones que se les acontece. El alivio espiritual, del dolor y del sufrimiento, generan un clima ideal para la despedida, el inicio del duelo y el proceso de aceptación, de forma que el auge de cuidados paliativos, sería un planteamiento útil en futuras investigaciones.

6. Finalmente podemos ver cómo, el documento de instrucciones previas mantiene en todo momento la capacidad de reflejar los valores e intenciones del paciente en estado crítico. Las sesiones de terapia y reflexiones sobre los valores del paciente, deja huella escrita y personal a todos aquellos que han formado parte del proceso de asimilación que ocurre antes de encontrarse en una situación de salud crítica. Con lo cual, permitimos que ante una inconsciencia siempre prime la voluntad consciente del paciente.

6 Bibliografía

1. Padovani Cantón A.M, Clemente M.E. ¿Qué es la bioética?.2012; 16 (4). (Consultado el 20 de marzo de 2020). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v14n1/rpr36110.pdf>
2. Sánchez-Caro J, Abellán F. Instrucciones previas en España, aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos. 2008. Granada: COMARES; 2008. 268p. (Consultado el 12 de marzo de 2020). Disponible en: https://www.actasanitaria.com/fileset/doc_46593_FICHERO_NOTICIA_60479.pdf
3. Bastos S, Lerch V, et al. Challenges to implementation of advance directives of will in hospital practice. Rev Bras Enferm. 2016 nov-dec; 69(6):969-76. (Consultado el 12 de marzo de 2020). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/56bd/f512e46028d9d465db97f12d9fb51669c1c1.pdf>
4. Saralegui I, Monzón J.L, Martín M.C. Instrucciones previas en medicina intensiva.Rev: Med intensiva, 2004;28(5):256-61. (Consultado el 20 de marzo de 2020). Disponible en: enlace
5. Fascioli A. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. Rev Enfermería: Cuidados Humanizados. 2016, diciembre; 5(2):46-53. (Consultado el 5 de marzo de 2020). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062016000200007&script=sci-arttext>
6. SECPAL, Sociedad española de cuidados paliativos. (Consultado el 4 de abril de 2020). Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1
7. Decreto n.º 26/2005, de cuatro de marzo, por el que se regula el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» y los Comités de Ética Asistencial. (Consultado el 4 de abril de 2020). Disponible en: murciasalud.es/legislacion.php?id=63183&idsec=79

8. Casado M. Aspectos éticos y legales de las instrucciones previas. *Rev Cien- cia Forense*. 2009-2010; 9(10):135-148. (Consultado el 10 de marzo de 2020). Disponible en: <https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/31/86/13casado.pdf>
9. Seoane J.A. Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama ju- rídico de las instrucciones previas en España. *rev: DS*. 2006, julio-diciembre;14(2): 285-295. (Consultado el 31 de marzo de 2020). Disponible en: [file:///Users/carmensotoroca/Downloads/Dialnet-DerechoYPlanificacionAnticipadaDeLaAtencion-2165050%20\(6\).pdf](file:///Users/carmensotoroca/Downloads/Dialnet-DerechoYPlanificacionAnticipadaDeLaAtencion-2165050%20(6).pdf)
10. Herrero de Miguel L.M. Consideraciones ético-legales al final de la vida. A propósito de un caso. 2017, julio,5. Soria. Facultad de enfermería:31p. (Consultado el 20 de marzo de 2020). Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28400/TFG-O%201111.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios de En- fermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución 32/89. Madrid.1989. (Consultado el 6 de abril de 2020).
12. Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, no 102, (29-04- 1986). (Consultado el 6 de abril de 2020). Disponible en: [https:// www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf](https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf)
13. Alonso A.L, Alonso O.L, Lopez E.F. Dilemas éticos de las decisiones médicas en cuidados intensivos. *Rev:acta medica del centro*, 2014;8(1):37-45p. (Consultado el 20 de marzo de 2020). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/43/52>
14. Nebot C, Ortega B, Mira J.J, et al. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Rev: Gas Sanit*, 2010;24(6): 437-445. (Consultado el 10 de marzo de 2020). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000600002
15. Molina J, Perez J, et al. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones pre- vias entre los pacientes de un hospital publico de la comunidad de Madrid. *Rev: Clin Esp*, 2011; 211(9):450-454. (Consultado el 10 de marzo de 2020). Disponible en:<https://www.institutoeticaclinica.org/wp-content/uploads/Conocimiento-y-actitudes-ante-las-instrucciones-previas-entre-los-pacientes-de-un-hospital-publico- de-la-Comunidad-de-Madrid.pdf>
16. Zabalsa J, Díaz J.F. Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Rev: Semergen*,2010; 36(5): 266-272. (Consultado el 20 de marzo de 2020). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359310000754>
17. Navarro B, Sánchez M, et al. Declaración de voluntades anticipadas: estu- dio cualitativo en personas mayores y médicos de intención primaria. *Rev: aten*

- primaria, 2011; 43(1): 11-17. (Consultado el 20 de marzo de 2020). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656710000776>
18. Antolín S, Sánchez M, Miró O. Evolución temporal en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital. *Rev: Gac Sanit*, 2011; 25(5): 412-418. (Consultado el 10 de marzo de 2020). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000500012
19. Registro de instrucciones previas Región de Murcia. (Consultado el 10 de Marzo y el 10 de abril de 2020) Disponible en: [https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1916&IDTIPO=240&RASTRO=c\\$m40288](https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1916&IDTIPO=240&RASTRO=c$m40288)
20. Hernando A, Aguaded I, Pérez A. Técnicas de comunicación creativas: escucha activa, el arte de la pregunta, la gestión de los silencios. *Rev: Educación y futuro*, 2011; 24: 153-177. (Consultado el 8 de abril de 2020). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3632874>
21. Barrio I.M, Simón P, Judez J. De las voluntades anticipadas a la planificación anticipada de las voluntades. *Rev: Nure Investigación*, 2004, Mayo; 5: 1-9. (Consultado el 31 de marzo de 2020). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/154/140>
22. Betancourt G.J. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Rev: Humanidades Médicas*, 2011; 11(2):259-273. (Consultado el 20 de marzo de 2020). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200003

Capítulo 14

AUMENTO DE LAS MEJORAS EN LOS ENFERMOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE LA UTILIZACIÓN DE LAS TERAPIAS ACUÁTICAS

CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS

MARÍA BOLÍVAR LOMAS

PATRICIA ROMERO ARRIAGA

1 Introducción

DISCAPACIDAD MOTRIZ

La Discapacidad Motriz (DM) se define como “una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas que la padecen, limitando su desarrollo personal y social”.

Esta discapacidad se presenta cuando hay una afectación en los huesos, músculos, articulaciones o médula espinal; y también, por alguna alteración en el cerebro que dañe el área motriz impactando así en la movilidad de la persona.

Las dificultades que pueden presentar una persona con DM van a depender de los grupos musculares afectados (topografía), del momento de aparición, del origen y el grado de afectación (ligera, moderada o grave).

PROFESIONALES SANITARIOS Y TERAPIAS EN LA DM

1. Médico

El tratamiento médico para una persona con DM será fundamental ya que el médico deberá diagnosticar, controlar la evolución del paciente, pautar tratamiento farmacológico, posibles tratamientos quirúrgicos.

2. Terapeuta Ocupacional

El terapeuta ocupacional trata de aplicar los conocimientos, la teoría y los contenidos de su disciplina, juntamente con los conocimientos que vienen de otros campos del saber. Concretamente en este caso, se trata de utilizar los datos más realistas posibles y combinarlos con los conocimientos que posee un terapeuta ocupacional sobre la función y la disfunción ocupacional, las áreas y componentes del desempeño, habilidades necesarias para conseguir el objetivo propuesto y contextos en los cuales se encuentra la ocupación, para poder potenciar las actividades y aprendizajes adaptativos sobre su desempeño ocupacional.

3. Fisioterapia

El fisioterapeuta va a tener un papel muy importante en una persona con DM, ayudándolo a adquirir destrezas motoras para desenvolverse en las ABVD. El fisioterapeuta trabajará con el paciente alcanzando tres grandes objetivos, prevenir la debilidad o deterioro muscular, prevenir contracturas y mejorar el desarrollo motor.

4. Psicólogo

La presencia del psicólogo será beneficiosa tanto para la persona con la DM, ayudándole a superar la discapacidad, así como para los familiares, ofreciéndoles a estos últimos ayudas para asimilar el diagnóstico e ir aceptando cambios, tratamientos... Los psicólogos son un apoyo fundamental.

5. Logopeda

El logopeda ayudará a tratar los problemas, en caso de que los haya, de comunicación, de deglución y de babeo. Con estos tratamientos el logopeda lo que quiere conseguir es estimular y/o buscar el desarrollo de nuevas destrezas, logrando así una comunicación eficaz para el paciente con o sin ayudas técnicas.

En el caso de personas con DM, una terapia en el agua ofrece a los mismos la posibilidad de sentirse algo más autónomos, algo que para ellos consideran muy importante. Con las terapias acuáticas se obtienen beneficios físicos, psicológicos y sociales.

HIDROTERAPIA

1. Propiedades del agua

Las propiedades terapéuticas del agua se deben a los principios mecánicos, químicos y térmicos que el agua posee. Los principios del agua son:

☐ Principios mecánicos: son los factores hidrostáticos (flotación y compresión), hidrodinámicos (resistencia, viscosidad, tensión superficial y densidad) e

hidrocinéticos (presión).

☒ Principios térmicos: es la temperatura de ésta, agua caliente o agua fría. Se conoce que la recuperabilidad y mejora de ciertas afecciones dependen de la temperatura en la que se use en la hidroterapia.

☒ Principios químicos: la inclusión de sustancias que modifiquen sus propiedades, la acidez, la alcalinidad... Estas propiedades también se encuentran muy relacionadas con el desarrollo de las terapias y la consecución de sus repercusiones en los individuos.

2. Terapia Ocupacional y terapias acuáticas

Desde hace unos años, las terapias acuáticas han adquirido una gran relevancia en el mundo clínico debido, en gran parte, a la evolución de la Terapia Ocupacional como parte integrante del equipo interdisciplinar que asiste a los enfermos. Algunas patologías y debido a sus graves secuelas, suponen un auténtico reto para los especialistas médicos y fisioterapéuticos, que ven como las técnicas convencionales no consiguen mejorar la evolución de los afectados.

Las terapias acuáticas en piscina son las más empleadas, siendo las siguientes actividades: a. Hidroterapia terapéutica. Actividad muy recomendada para personas con movilidad reducida o con lesiones medulares. b. Aquagym. Terapia grupal que ha adquirido una gran importancia ya no solo en los ambientes clínicos, sino también en los centros de Fisioterapia y Rehabilitación. Suele estar integrado por 7-8 pacientes con buena movilidad, con cierto grado de autonomía y con capacidad de marcha autónoma o casi independiente. c. Estiramientos pasivos. En este tipo de ejercicios se promueve el movimiento pasivo y la conservación de la musculatura. Esta práctica es muy importante en aquellos pacientes que tienen la movilidad afectada y deben usar silla de ruedas, ya que las retracciones musculotendinosas son muy frecuentes. d. Natación. Como modalidad terapéutica, se pueden diferenciar 2 modalidades:

1. Natación Infantil. Se emplea para mejorar el desarrollo motriz de los niños. También ayuda a eliminar miedos impuestos y a que adquieran confianza.

2. Natación para Adultos. Se utiliza para el aprendizaje de la técnica y con ello, fomentar su capacidad de movimiento, desarrollo personal, motivación y el alivio de la tensión y del dolor.

La Terapia Ocupacional con el agua como método terapéutico es importante en todos aquellos pacientes que tienen la movilidad reducida o alguna patología que la impide. Desde hace unos años, son estos los profesionales que, junto con los fisioterapeutas son los responsables de llevar a cabo estos tratamientos.

Según los estudios consultados, los pacientes que más beneficios has conseguido con este tipo de terapias son:

- **Tetraplejía.** Las terapias con agua son eficaces tanto en paraplégicos como tetraplégicos. En estos últimos será necesaria la compañía constante del terapeuta. En estos pacientes, la hidroterapia es efectiva para reducir la atrofia muscular, para mejorar la circulación sanguínea, fomentar la movilidad, aunque esta sea escasa y mejorar la autoestima.
- **Poliomielitis.** En general, solo afecta a las extremidades inferiores, siendo la parálisis total o parcial dependiendo de la agresividad de la patología. Con la actividad acuática se permite una mejora en la potenciación del movimiento y el fortalecimiento muscular.
- **Amputación.** Si la amputación es en los miembros inferiores, la flotación es muy buena, no tienen problemas de equilibrio y se manejan con gran agilidad en el medio acuático. Si la amputación es en los miembros superiores, pueden tener mayores problemas en cuanto a los giros, desplazamientos y al equilibrio.
- **Espina Bífida.** La hidroterapia ayuda a fomentar en los niños las habilidades y aptitudes requeridas para un correcto desarrollo y en base a una conciencia de vida saludable. También ayudará a los afectados a ganar autonomía y a potenciar su autocontrol y autoestima.
- **Distrofias musculares.** Permite la mejoría en cuanto a la elasticidad de los músculos, mejora la inervación de las extremidades, la circulación sanguínea y disminuye el dolor que suelen presentar los pacientes.

2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Identificar las terapias acuáticas, conociendo los efectos producidos en pacientes con discapacidad motriz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el tono muscular en los pacientes con discapacidad motriz tras recibir terapias acuáticas.
- Determinar la funcionalidad de los pacientes con discapacidad motriz, después de las terapias acuáticas.
- Identificar si las terapias acuáticas mejoran en pacientes con discapacidad motriz.

3 Metodología

A. DISEÑO DE ESTUDIO Y LÍMITE TEMPORAL

Se ha realizado una revisión bibliográfica.

B. PROCESO BÚSQUEDA

1. Fuentes documentales

Las bases de datos empleadas para elaborar el presente estudio han sido: PubMed, Scielo y PEDro.

Se realizó la búsqueda utilizando descriptores Thesaurus del Medical Subject Headings (MeSH) y de los Descriptores en Ciencias de la Salud (Decs). Como operadores booleanos se emplearon “AND” y “OR”.

- Términos MeSH: hydrotherapy, aquatic therapy, motor rehabilitation
- Términos DeCS: trastornos motores (motor disorders) y trastornos de la destreza motora (motor skills disorders).

C. PROCESO SELECCIÓN

1. Filtros de pertenencia y calidad

El procedimiento de búsqueda para esta revisión se basa en la estrategia PICO, utilizada para la elaboración de la pregunta de estudio.

P; Paciente: Pacientes con discapacidad motriz (DM).

I; Intervención: Terapias acuáticas.

C; Comparación: Terapias acuáticas frente aquellos que no la reciben.

O; Variables: Calidad de vida, dolor, tono muscular, tono postural, funcionalidad.

2. Criterios de selección para los artículos definitivos

Para la realización de una mejor selección de la bibliografía que será empleada en el presente estudio se han asumido una serie de criterios de inclusión y exclusión que nos permitirán definir de manera más óptima la búsqueda.

4 Resultados

Tal y como se puede comprobar en los estudios consultados, los trastornos que motiva la discapacidad motora suponen en el individuo que la padece una serie de limitaciones que puede afectar a su vida diaria.

Los diferentes autores indican que, la capacidad aeróbica debe ser considerada como la medida fisiológica más importante para pronosticar el rendimiento físico en actividades de larga duración y en la capacidad de conocimiento que los distintos profesionales pueden desarrollar acerca de la funcionalidad de los diferentes sistemas orgánicos. Una buena y correcta capacidad aeróbica indica un mejor rendimiento muscular y con ello que la capacidad motriz esté mejorada.

En este sentido, la Terapia Ocupacional puede ser un gran estandarte terapéutico para el desarrollo de las medidas rehabilitadoras en estos pacientes. Dentro de los distintos métodos que desarrolla, la terapia acuática puede ser un gran aliado en la consecución de los objetivos que se haya marcado el profesional.

Algunos autores como Pessarelli et al., Corte et al., o Vieira et al. han analizado los beneficios de las terapias acuáticas en enfermedades concretas, situación que ha mejorado enormemente los conocimientos que se disponen de este tipo de ejercicios.

Una vez explicados los estudios e interpretado los resultados, describiremos los aspectos vinculados de los estudios, planteando una discusión sobre estos:

En relación al tamaño de muestra de los estudios, encontramos que el autor Ribeiro AA, et al., escoge a 47 sujetos sanos con edades entre 20-30 años, Chang YK, et al., realiza el estudio con 30 niños con edades entre 5-10 años, Zhu Z Cui L, et al, utiliza una muestra de 28 usuarios, sin especificar edad, Lai CJ et al., realiza el estudio con 24 usuarios entre 4 a 12 años, Viera C, et al., escoge a 17 sujetos entre 4-10 años, Corte M, et al, 16 sujetos y Pessarelli L, et al., solamente realiza el estudio con un participante. Todos estos autores realizan el estudio con un grupo control y otro experimental, siendo aleatoriamente la forma de asignación, menos Pessarelli L, et al. que solo realizan un grupo experimental único.

En cuanto a la intervención realizada por Ribeiro AA, et al., Zhu Z Cui L, et al., Lai CJ et al., Viera C, et al., Corte M, et al., Pessarelli L, et al., Chang YK, et al., coinciden realizando ejercicios con terapias acuáticas, bien sean ejercicios fisioterapéuticos, actividades físicas o natación. La mayoría de los autores promueven tareas acuáticas que sean adecuadas al intelecto de los implicados y a sus propias capacidades. Es un hecho que, todos los investigadores cuidan de manera impecable el desarrollo de los participantes y su implicación en base a las posibilidades que presentan.

En base a la duración aparecen diferencias realizando sesiones de 45 min para Ribeiro AA, et al., Zhu Z Cui L, et al., Viera C, et al., Pessarelli L, et al., pero la duración de la intervención varía entre 20 y 4 semanas, aplicando 2 sesiones a la semana, menos Zhu Z Cui L, et al., que actúan los 5 días de la semana, puesto que su intervención dura 4 semanas. Corte M, et al., no especifica el tiempo de sus sesiones, expone que dura 16 semanas la intervención, realizando dos sesiones por semana. Lai CJ, et al. y Chang YK, et al., rompen realizando sesiones de 60 min y 90 min, respectivamente. En referencia a los resultados, se pueden concluir que, aquellas terapias que tienen una mayor durabilidad a lo largo del tiempo, es decir, aquellas cuya intervención se prolonga más de 2-3 semanas, son las que obtienen mejores beneficios. Un hecho curioso y a destacar es la baja o escasa implicación de los autores en cuanto a identificar el grado de adquisición del hábito que se consiguió en los participantes a corto y medio plazo tras la experiencia. Además, tampoco se evalúan la mejoría que adquieran, pero a un plazo más lejano al momento de la investigación. Esto puede ser una limitación importante en cuanto a

la obtención de conclusiones válidas.

Como se puede observar, en casi todos los artículos revisados, se demuestra que existe una mejora en las variables escogidas después de las intervenciones planteadas y llevadas a cabo. A continuación, analizaremos cada una de ellas:

Ribeiro et al., realiza un estudio de los beneficios que el agua puede tener en este tipo de pacientes. Las variables que se analizaron fueron el alcance funcional que obtendría el individuo tras la aplicación de la terapia, tanto a nivel global como a cada lado del organismo. La mejora fue evidente en los dos grupos en los que se separaron a los participantes, especialmente en los hombres. Este hecho puede estar motivado por la mayor masa muscular que tienen en relación al mismo peso corporal y al desarrollo muscular más acusado debido a la mayor disponibilidad de testosterona por el organismo. Se puede suponer del estudio que las propiedades físicas del agua son capaces de facilitar factores muy importantes para la mejora de la movilidad del individuo, como, por ejemplo, una mejora en su musculatura, coordinación y equilibrio. Asimismo, la flotación permite la relajación muscular, el alivio del dolor y una mejor coordinación tanto de las extremidades inferiores como las superiores, fundamental para el correcto desarrollo de la marcha. Esta situación fue evaluada por los propios participantes siendo también unas variables muy estimadas de estudio y a tener en cuenta. El hecho de su cualitatividad puede ser el motivo principal para que no sean ampliamente analizadas por los investigadores.

La determinación que plantearon Zhu Z, Cui L, et al., fue un estudio en el cual se evidenciaba la mejoría que experimentarían los pacientes en torno a 4 grandes características anato-patológica y que son muy influyentes en los pacientes con discapacidad motriz debido a su frecuente y acusada alteración.

Las variables de estudio fueron BBS, FRT, TUG y 2MWT. Después de cuatro semanas de tratamiento, la escala de equilibrio de Berg, la prueba de alcance funcional, la prueba de caminata de 2 minutos y los puntajes de Timed Up and Go Test habían mejorado significativamente en cada grupo ($P < 0.05$). La mejoría media de la prueba de alcance funcional y la prueba de marcha de 2 minutos fue significativamente mayor en el grupo acuático que en el grupo de control ($P < 0,01$).

Las diferencias en los valores medios de las mejoras en la Escala de equilibrio de Berg y la Prueba de aumento y avance programados no fueron estadísticamente significativas. Tras su análisis, los investigadores observaron que un programa relativamente corto (cuatro semanas) de ejercicio de hidroterapia resultó en una gran mejoría en un grupo pequeño de individuos con un equilibrio relativamente alto y la función de caminar después de un accidente cerebrovascular.

Algunos autores como Pessarelli et al., Corte et al³⁶ o Vieira et al⁴⁹. han analizado los beneficios de las terapias acuáticas en enfermedades concretas, situación que ha mejorado enormemente los conocimientos que se disponen de este tipo de ejercicios.

La investigación llevada a cabo por Pessarelli et al., empleó como muestra a un niño aquejado con el Síndrome de Angelman. Esta afección se caracteriza por alteraciones neuromotoras como marcha atáxica y retraso en el desarrollo de habilidades motoras. Las variables que se analizaron fueron varias y relacionados con la coordinación, equilibrio y ganancia de musculatura. Tras la aplicación de la terapia acuática, se evidencia una mejoría en todos los ítems analizados exceptos para el denominado “Quedarse quieto”. Esto puede indicar que la terapia acuática mejora la movilidad y coordinación de movimientos, pero no en la atención y relajación psicósomática. El mayor inconveniente del estudio es no saber exactamente la implicación que la terapia acuática tuvo en la mejoría del individuo, ya que fue complementada con ejercicios terrestres de superficies estables, de espuma, soporte bipolar y soporte unipodal.

Corte et al., evaluó la repercusión de la natación en la mejora de la funcionalidad e independencia en lesionados medulares. Fueron varias las variables a analizar y referentes a la calidad de vida de los individuos: autocuidados, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación e integración social. Las características de los participantes de ambos grupos no revelaron diferencias significativas en relación con la edad ($p = 0.26$), el sexo (prueba exacta de Fisher, $p = 0.76$) y la etiología.

Con respecto al dominio motor, hubo cambios obvios durante el transcurso del programa de intervención. Al inicio del estudio hay una diferencia considerable entre los grupos experimental y de control; el primero tiene un promedio mucho más bajo en todas las variables, a excepción de la coordinación de los miembros superiores. Aunque ambos grupos mostraron mejoras en el transcurso de 20 semanas, el cambio en el grupo experimental es más significativo y existe una relación más significativa entre los grupos y el programa de entrenamiento ($P = 0.000$).

Después del programa de entrenamiento hubo un progreso significativo en la integración motora fina 2, coordinación bilateral 1 y equilibrio ($p < 0.05$). La velocidad y agilidad mejoraron significativamente con el programa de entrenamiento, con cambios notables que ocurrieron desde la segunda hasta la tercera evaluación. Para las otras variables hubo mejoras claras, pero que no fueron cambios estadísticamente significativos.

Por lo tanto, los resultados obtenidos fueron muy reveladores en cuanto a la fun-

ción motora gruesa, la coordinación bilateral, equilibrio, velocidad, agilidad y fuerza. Los datos referidos a la función motora fina, destreza manual y coordinación no fueron tan positivos, pero tampoco ofrecieron un resultado negativo para los individuos. Otro dato importante en cuanto a la evolución de estos pacientes fue la adquisición de mayores aptitudes sociales, hecho muy importante en este tipo de pacientes. Vieira et al. también valora las partes en las que se debe ejecutar la actividad, su duración y los ejercicios realizados. Consideran que la sesión ideal debe estar constituida por tres partes: inicial (5 minutos), principal (35 minutos) y final (5 minutos).

Lai CJ et al por su parte, valorar los resultados obtenidos en su estudio acerca de los efectos de la terapia acuática pediátrica en la función motora de los niños con parálisis cerebral espástica derivada de diferentes enfermedades motoras. Además, aporta una variable novedosa respecto a los estudios llevados a cabo con anterioridad: la implicación que la terapia acuática puede tener en las actividades de la vida diaria de los individuos. Los resultados fueron realmente muy esperanzadores: los niños con parálisis cerebral espástica fueron asignados a un grupo de terapia acuática pediátrica ($n = 11$, edad media = 85.0 ± 33.1 meses, hombres: mujeres = 4: 7) y un grupo control ($n = 13$, edad media = 87.6 ± 34.0 meses; hombre: mujer = 9: 4). Los resultados estadísticos indican que el grupo de terapia acuática pediátrica tuvo una medida de la función motora gruesa promedio de 66 ítems después de la intervención, mayor que el grupo de control ($n_2 = 0.308$, $P = .007$), incluso para niños con el Sistema IV de clasificación de la función motora gruesa. Por su parte, el grupo de terapia acuática pediátrica tuvo puntajes de escala de disfrute de actividad física más altos que el grupo de control en el post-tratamiento ($p = 0.015$).

Estos hallazgos demuestran que la terapia acuática pediátrica puede ser una terapia efectiva y alternativa para los niños con parálisis cerebral incluso con un nivel bajo del Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa.

Otra investigación, esta vez realizada por Chang YK, tuvo como propósito examinar si una intervención de ejercicio acuático que involucra tanto ejercicios aeróbicos como coordinadores influye en la inhibición de la restricción en niños con TDAH. Tras los resultados se evidenció un aumento asociado con el ejercicio en la activación de la corteza prefrontal y el volumen de los ganglios basales. Las variables de análisis sobre las derivadas del desarrollo de la capacidad motor y de la coordinación en los lanzamientos y en la destreza manual. En la prueba t independiente no se reveló diferencias significativas en la variable "Coordinación mano-ojo asociada con lanzar" entre los dos grupos en la prueba previa ($p > 0.05$); sin embargo, el grupo de ejercicio acuático alcanzó una puntuación más alta de

lanzamiento objetivo (18.28 ± 3.54) en comparación con el grupo.

De manera similar, hubo un aumento en el puntaje de la variable “Capacidad motora” en el grupo de ejercicio acuático ($35,79 \pm 4,87$) comparado con el grupo de control de lista de espera ($32,38 \pm 3,69$) en el post-test-t (25) = 2.17, $p = .04$. Estos resultados implican que la participación o la capacidad de movilidad en el ejercicio crónico involucran características de coordinación asociadas con la facilitación de asignación de recursos de atención y la eficiencia de clasificación de estímulos.

En la mayoría de los estudios consultados no se observó un abandono de los niños participantes, siendo la terapia muy valorada tanto por los usuarios implicados como por sus padres.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con discapacidad motriz tienen una prevalencia elevada a nivel mundial, que se debe estudiar si el uso de la realización de terapias ayuda a mejorar la calidad de vida, siempre eligiendo la terapia que más le convenga a cada paciente y adaptándolo al mismo.

La Terapia Ocupacional en los últimos años, está siendo una figura muy importante a la hora de tratar a personas con discapacidad, ya que se han demostrado que se obtienen beneficios en dichos pacientes. Por ello es de interés este profesional para conseguir los objetivos propuestos.

La utilización del agua, debido a sus propiedades, se está empleado como un método terapéutico desde hace miles de años hasta hoy en día. De ahí el interés de su estudio, para que se siga utilizando, y poder obtener beneficios de ella.

Por otro lado, para el terapeuta ocupacional se amplían las oportunidades y competencias, ya que el agua es otro medio en el cual trabajar con pacientes discapacitados.

A su vez el uso de las terapias acuáticas está siendo cada vez más demandada por personas con discapacidad motriz ya que sus beneficios afectan a nivel fisiológico, psicológico y social. De ahí la importancia de poder utilizar las terapias acuáticas para realizar tratamientos terapéuticos rehabilitadores.

En este tipo de terapias, terapias acuáticas, el terapeuta ocupacional, tiene un papel importante, ya que deberá conocer el medio y diseñar un programa con unas determinadas intervenciones que se ajuste a las capacidades del paciente y a las necesidades de este. Por ellos es necesario que la terapia ocupacional junto con el agua se utilice como método terapéutico para pacientes con discapacidad motriz.

Como conclusión, esta revisión bibliográfica de las terapias acuáticas, demuestran que se pueden obtener muchos beneficios en pacientes con discapacidad motriz, aunque también se puede extrapolar a varias enfermedades.

Conclusión:

- Las personas con discapacidad motriz obtienen beneficios con la práctica de las terapias acuáticas.
- En el tono muscular también se puede demostrar que existe una mejora en pacientes con discapacidad motriz utilizando terapias acuáticas.
- Después de la realización de este estudio, damos como conclusión que se obtienen resultados muy positivos en la funcionalidad de los pacientes con discapacidad motriz después de la utilización de terapias acuáticas.
- Las actividades de la vida diaria o las instrumentales, también sufren bastantes beneficios después de la realización de terapias acuáticas en pacientes con discapacidad motriz.

6 Bibliografía

1. Mogollón Méndez A. Principios de terapia acuática. Rev ASCOFI. 2005;(50).
2. Rodríguez de la Calle L. Discapacidad motriz: implementación de un sistema de comunicación alternativa. Trabajo. 2015.
3. Jaime Cantallops R. Calidad de vida, discapacidad motriz y medio acuático: experiencia práctica en el centro de educación especial. pinyol vermell. (aspace) de palma de Mallorca. Kronos. 2005;7(1):53-56.
4. Suriá Martínez R. Redes sociales y mejora de las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad. Escritos de Psicología. 2012;5(3):16-23.
5. Herrero Gallego P. et al. Efectos terapéuticos de la hidroterapia en la parálisis cerebral: una revisión sistemática. Fisioterapia. 2012.
6. Del Rosario-Montejo O., Molina-Rueda F, Muñoz-Lasa S, Alguacil-Diego, IM. Efectividad de la terapia ecuestre en niños con retraso psicomotor Neurología. 2015;30(7):425-432
7. Losada Gómez A. Características de los juegos y juguetes utilizados por terapia ocupacional en niños con discapacidad. 2006.
8. Rodríguez Fuentes G. Bases físicas de la hidroterapia. Fisioterapia. 2002; 24(14).
9. Gómez Conesa A. Discapacidad. Fisioterapia. 2005;27(5):241-243.
10. Jung NH, Chang M. Effects of screen size on smartphone functionality and usability for stroke patients with hemiparalysis. J Phys Ther Sci. Apr 2016;28(4):1330-4.

11. Bukowska AA, Krężałek P, Mirek E, Bujas P, Marchewka A. Neurologic Music Therapy Training for Mobility and Stability Rehabilitation with Parkinson's Disease - A Pilot Study. *Front Hum Neurosci.* Jan 2016; 9:710.
12. Bringas ML, Zaldívar M, Rojas PA, Martínez-Montes K, Chongo DM, Ortega MA et al. Effectiveness of music therapy as an aid to neurorestoration of children with Severe neurological disorders. *Front Neurosci.* Nov 2015; 9:427.
13. Naumann J, Sadaghiani C. Therapeutic benefit of balneotherapy and hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a qualitative systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Res Ther.* Jul 2014;16(4): R141.
14. Chang YK, Hung CL, Huang CJ, Bradley D, Hatfield, Hung TM. Effects of an Aquatic Exercise Program on Inhibitory Control in Children with ADHD: A Preliminary Study. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2014. 29:217-223. Disponible en: <https://academic.oup.com/acn/article/29/3/217/2712568>
15. American Occupational Therapy Association (AOTA). Accesado; 2017.
16. Duque Parra D. Necesidades específicas de apoyo educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motora. *Psicológica.* 2013;10(2):57-72.
17. Vieira C, Leal M D, Nunes R M, Teixeira A F. The Efficacy of a Training Program on Trampolines in Motor Proficiency of Children with Autism Spectrum Disorder *Rev brasileña.* 2016. Febrero;221 39-48.
18. Lai CJ, Liu WY, Yang TF, Chen CL, Wu CY, Chan RC. Pediatric Aquatic Therapy on Motor Function and Enjoyment in Children Diagnosed With Cerebral Palsy of Various Motor Severities. *Rev Child Neurology.* 2015.30(2)200-208.
19. Suriá Martínez R. Redes sociales online y su utilización para mejorar las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad. *Rev Psicología.* 2012;5(3):16-23.
20. Daniel Zappalá D, Köppel A, Suchodolski M. Inclusión de tic en las escuelas para niños con discapacidad motriz. Ministerio de Educación. 2011.

Capítulo 15

CONCILIACIÓN FAMILIAR, PERSONAL Y LABORAL

CRISTINA BELEN BOLIVAR LOMAS

MARÍA BOLÍVAR LOMAS

PATRICIA ROMERO ARRIAGA

1 Introducción

La conciliación laboral, familiar y personal podemos decir que es diseñada para conservar la igualdad entre mujeres y hombres con la finalidad de obtener un sistema social y económico compaginables con el entorno familiar, laboral y personal.

Hoy en día la conciliación familiar, personal y laboral es un reto importante para España. Estos conceptos han ido progresando y convirtiéndose en algo muy importante en la sociedad por toda la evolución que se ha desarrollado a lo largo de los años, siendo el dato más característico, la incorporación que ha tenido la mujer en lo laboral, es por ello que es necesario el estudio de la conciliación puesto que va relacionado con la igualdad de género.

Para poder entender el termino de conciliación, debemos tener en cuenta que va más allá que la simple definición, puesto que los agentes sociales y las instalaciones tanto públicas como privadas son corresponsabilidad social.

Por ello es necesario un aporte de las organizaciones y un desarrollo de políticas a esta nueva cultura para promover una igualdad entre hombres y mujeres y que ninguna de las partes se vea perjudicada.

En nuestro estudio hemos revisado la ley de conciliación de la vida familiar y laboral que se encuentra registrada en el BOE, concretamente en el numero 266 de 6 de noviembre de 1999.

2 Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL

- Analizar la implementación de medidas de conciliación que permitan compatibilizar la vida laboral con la personal y familiar

OBJETIVOS GENERALES

- Buscar el equilibrio entre los roles personales, laborales y familiares.
- Estudiar la conciliación familiar, personal y laboral en España y el resto de Europa.
- Estudiar la prevención de posibles riesgos en la conciliación personal, laboral y familiar.

3 Metodología

El estudio ha sido realizado entre octubre de 2019 y mayo del 2020, puesto que toda ley que haya sido reformada posterior a esta fecha no la hemos contemplado en el estudio.

Para la realización de dicho estudio nos hemos basado en las principales bases de datos electrónicas.

Utilizando como palabras clave: conciliación familiar, conciliación personal, conciliación laboral, natalidad, calidad de vida.

4 Resultados

Como problemas principales en la conciliación laboral, familiar y personal nos encontramos la estructura familiar, la organización del sistema y la sociedad.

Gracias a los cambios económicos que hemos tenido en el país ha dado lugar a poner horarios muy extensos para poder competir en el mercado, a esto se le suma la inserción de la mujer en el trabajo, pues esto ha dado lugar a que se crean desafíos en las responsabilidades de los individuos.

Hay estudios realizados en España, que demuestran que compaginar el trabajo con la vida familiar es muy complicado, en concreto para las mujeres el 59,4% y en los hombres un 40,6%.

Hoy día, en una casa se necesitan dos sueldos para vivir, ya que con uno es casi imposible solventar tanto a la familia como la educación de los hijos. Muchos autores consideran que ahora el cuidado de los hijos y de los mayores se está convirtiendo en el tema principal de las familias trabajadoras, debiendo compaginar horario de trabajo con el colegio y centros de día en el caso del cuidado de mayores. Todo esto, impide a los trabajadores a disponer de tiempo de ocio, y se debe considerar este tiempo importante puesto que es necesario para la estabilidad y constancia de la persona trabajadora.

Es necesario vincular la conciliación laboral, familiar y personal, teniendo en cuenta sus tres dimensiones y buscando un equilibrio entre ellas, de no hacerlo podríamos encontrarnos enfrente de un problema y ello podría ocasionar bajas laborales.

Hay teorías que investigan y analizan el conflicto trabajo-familia, estas dos variables se relacionan entre sí de manera negativa o positiva, es decir una influye en la otra y viceversa.

- La integración de la Conciliación Laboral, Familiar y Personal en el Derecho Nacional:

Como hemos mencionado anteriormente, España ha sido sometida a una serie de cambios significativos con respecto a la conciliación, por ello se va a realizar una recapitulación del estado de los trabajadores.

Una de las mejoras que se han realizado y que es importante destacar es la necesidad de elaborar medidas que respondan a los cambios de las estructuras familiares, incluyendo entre sus objetivos el reparto de responsabilidades entre hombres y mujeres.

- Duración y distribución de la jornada laboral:

En este apartado, como ya hemos señalado anteriormente, los horarios en la última década se han ampliado, siendo esto un impedimento para la conciliación familiar y personal. Como intentar adaptarse a estos horarios se considera casi imposible, la ley ha propuesto reducir las jornadas laborales, aunque esto es un arma de doble filo, porque supone la reducción del salario.

- Maternidad:

En este aspecto, no se puede decir que se haya logrado una igualdad en la conciliación, puesto que se puede observar en las estadísticas como hay un descenso significativo en la natalidad.

La mujer cuando está embarazada puede cogerse la baja maternal tras el parto o cuatro semanas antes de la fecha programada para el parto. Esta baja maternal

tiene una duración legal de dieciséis semanas de forma interrumpida. Cuando la mujer se encuentra de baja maternal, cobraría el 100% de su salario base, siempre y cuando haya cotizado lo que exige la ley.

- Paternidad

En enero de 2017 los padres disfrutaban de una baja paternal de cuatro semanas, el uno de abril de 2019 se amplió a ocho semanas, y hoy día se benefician de dieciséis semanas.

Algunas de las últimas novedades legislativas han sido dirigidas hacia el favorecimiento de la corresponsabilidad de los varones, si bien el marco que caracteriza a la legislación española se identifica por la escasa disponibilidad, duración y flexibilidad de las licencias y permisos de maternidad y paternidad con relación a otros países de la UE.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir nuestro trabajo, se puede decir que gracias a las medidas tomadas de la conciliación familiar, laboral y personal se ha alcanzado una mayor calidad de vida para los trabajadores, encontrándose así ellos mas satisfechos y sin necesidad de absentismo laboral.

Todo esto ha sido posible ya que, todas las medidas de la conciliación familiar, laboral y personal van encaminadas a sostener y mantener la igualdad entre hombres y mujeres. Para ello, España debe seguir trabajando e intentar no sobreproteger los derechos de la mujer e intentar igualarlos al hombre, como ejemplo, podemos destacar la baja paternal, consiguiendo un mayor periodo para el hombre.

Los métodos que conocemos para facilitar la conciliación laboral, familiar y personal son basados en la igualdad de empleo mas que en las políticas familiares. Para concluir este trabajo, hacemos referencia al modelo de los países del norte de Europa, planteándose nuevas costumbres, horarios y haciendo un llamamiento a las empresas explicando que quien verdaderamente tiene éxito es aquellos quienes se comprometen con su empleado y miran por su calidad de vida y seguridad, puesto que gracias a esos empleados la empresa anda bien. Si España toma ejemplo, se favorecerá la crianza y aumentaran las tasas de natalidad, ya que desde hace cinco años van en descenso.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Servicios Sociales e Igualdad Corresponsabilidad y conciliación de la vida personal, familiar y laboral [Internet]. [citado 25 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/iEmpleo/corresponsabilidad.htm>
2. Moreno Jiménez B, Báez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas practicas. Universidad Autónoma de Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; p. 1-189.
3. Calle IM. La conciliación laboral, personal y familiar; análisis desde una doble vertiente: comunitaria y nacional. Rev Juríd Castilla Ón. 2015;(36):6.
4. Fantova F. Servicios sociales y conciliación de la vida familiar, laboral y [Internet]. [citado 25 de junio de 2017]. Disponible en: <http://studylib.es/doc/8611990/servicios-sociales-y-conciliaci%C3%B3n-de-la-vida-familiar-la...>
5. Barroso Paredes F. La conciliación de la vida familiar, laboral y personal: un enfoque multidisciplinar [Internet]. [La Rioja]: Universidad de La Rioja; 2014. Disponible en: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000981.pdf
6. Torns T. El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. 15. 15 de junio de 2008;53-73.
7. Ministerio de Igualdad. Conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Gobierno de España; 2010.
8. Hernández Tezoquipa, I. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. 35. 2001;5(Rev Saude Pública):443-50.
9. Recio Menéndez M. Prevención de Riesgos Psicosociales y bienestar en el trabajo. Andalucía: Laboratorio-Observatorio de Riesgos Psicosociales de Andalucía; 102 p.
10. Biedma Ferrer JM, Medina Garrido JA. Impacto de la conciliación laboral y familiar en el desempeño organizativo. Intang Cap [Internet]. 2014 [citado 25 de junio de 2017];10(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=54932488007>
11. Osorio DB. La conciliación de la vida familiar y laboral: un reto acuciante en la gestión empresarial. Estud Gerenciales. 1 de abril de 2010;26(115):65-78.
12. Martín Llaguno M, Guirao Mirón C. El debate parlamentario sobre conciliación familiar y laboral en España: análisis de una década de iniciativas. Parliamentary debate on reconciling work and family in Spain: analysis of a decade of initiatives [Internet]. 2012 [citado 26 de junio de 2017]; Disponible en: <http://>

//rua.ua.es/dspace/handle/10045/26720

13. Idrovo Carlier S. Las políticas de conciliación trabajo-familia. *Estud GERENCIALES*. 1 de julio de 2006;22(100):49-70.

14. Mestre-Miquel JM, Guillen-Palomares J, Caro-Blanco F. ABUELAS CUIDADORAS EN EL SIGLO XXI: RECURSO DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA SOCIAL Y FAMILIAR. *Portularia* [Internet]. 2012 [citado 26 de junio de 2017];XII. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=161024437025>

15. Barros M, Retamozo M, González D. RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL. SEMILLA DICE [Internet]. 8 de marzo de 2016 [citado 20 de julio de 2017];0(1). Disponible en: <http://www.unilibrebaq.edu.co/ojsinvestigacion/index.php/semilladice/article/view/448>

16. Employment statistics - Statistics Explained [Internet]. [citado 30 de julio de 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics

17. Libro Verde. Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas. Bruselas: Comision de las comunidades europeas; 2001.

18. Deira Lorenzo M, Navarro Méndez I, Rico Deira D. Guía de conciliación de la vida personal, familiar y laboral. consideraciones generales. Orientación para su implantación en las empresas. Generalitat Valenciana. Consejería de Bienestar Social;

19. Gálvez Rodríguez M del M, Caba Pérez M del C, López Godoy M. Responsabilidad social y transparencia on-line de las ONG: análisis del caso español. *CIRIEC-Esp Rev Econ Pública Soc Coop* [Internet]. 2012 [citado 23 de julio de 2017];(74). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=17423124008>

20. Arenas DJ, Plata VR. Integración de las medidas para la conciliación de la vida laboral y familiar, y el fomento de la cultura de la Prevención de Riesgos Laborales como inversión a medio y largo plazo en la Empresa Española: el caso de Inés Rosales (2011/2015). *Trabajo* [Internet]. 3 de noviembre de 2016 [citado 21 de julio de 2017];0(33). Disponible en: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/trabajo/article/view/2890>

21. Ayuntamiento de Madrid. Guía de Buenas Prácticas de Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Laboral en las Empresas. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales; 2007.

22. ALbert López, Rocío, Escot Mangas, Lorenzo, Fernández Cortejo, José Andres. Las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral desde la perspectiva del empleador. Problemas y ventajas. Vols. 2-2010. Madrid: Biblioteca de la EU de Estadística; 2010.

23. Charro Baena, P, Espinoza Escobar, J. Cuestiones actuales de derecho del trabajo. Un estudio desde las dos orillas. DYKINSON SL; 217 p.
24. Ministerio de Empleo y Seguridad Social: Estatuto de los Trabajadores [Internet]. [citado 23 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/sec_leyes/trabajo/estatuto06/
25. Jesús Lahera Forteza. Conciliación familiar con reducciones de jornada. CincoDías.
26. ARTÍCULO 14 de la Constitución Española - DERECHO A LA IGUALDAD ANTE LA LEY - Fundación Acción Pro DERECHOS HUMANOS (www.derechoshumanos.net) [Internet]. [citado 30 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.net/constitucion/articulo14CE.htm>
27. Legislación Laboral. 1900-03-13 Regulación del trabajo de mujeres y niños. Report No.: 44.
28. IPREM 2017 Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples [Internet]. [citado 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.iprem.com.es/>
29. Soler CT. Reciprocity and solidarity in intergenerational relationships: Spain, France and Norway in comparative perspective. Pap Rev Sociol. 18 de enero de 2012;97(4):849-73.
30. Meil G. Abuelas, abuelos y padres en el cuidado de la infancia. 2014;32(Cuadernos de Relaciones Laborales):49-67.
31. Estadísticas de empleo - Statistics Explained [Internet]. [citado 30 de julio de 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics/es
32. Red UC. Sección Sindical Estatal UGT-FICA CAMPSARed: El permiso de paternidad en 2017 [Internet]. Sección Sindical Estatal UGT-FICA CAMPSARed. 2016. Disponible en: <http://ugtseccionsindicalcampsared.blogspot.com.es/2016/12/el-permiso-de-paternidad-en-2017.html>
33. País E. Editorial | La UE quiere conciliación [Internet]. EL PAÍS. 2017 [citado 23 de julio de 2017]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/04/29/opinion/1493473808_433478.html
34. Sahuquillo CP María R. Bruselas propone cuatro meses adicionales de permiso retribuido para cuidar a los hijos [Internet]. EL PAÍS. 2017 [citado 23 de julio de 2017]. Disponible en: https://economia.elpais.com/economia/2017/04/25/actualidad/1493145979_755592.html
35. País EE. El gráfico que muestra que en España tenemos horarios muy raros

- [Internet]. Verne. 2016 [citado 25 de julio de 2017]. Disponible en: https://verne.elpais.com/verne/2016/03/18/articulo/1458309794_132930.html
36. Joan Lluís Pérez Riba. La conciliación de la vida laboral y familiar desde la perspectiva de la PRL. [Elche]: Universidad Miguel Hernández; 2016.
37. El 23% de los trabajadores españoles tiene problemas para conciliar su vida laboral y familiar, según un estudio de la VIU a partir del análisis de las principales encuestas a nivel europeo | Grados y Másteres Online [Internet]. VIU – Tu Universidad Online | Grados y Másteres Online. 2015 [citado 20 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.viu.es/conciliar-vida-laboral-familiar-100615/>
38. Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT) | Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo (OECT) [Internet]. [citado 20 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.oect.es/portal/site/Observatorio/menuitem.1a9b11e0bf717527e0f94510bd061ca/?vgnnextoid=e038e9b2f9ca7110VgnVCM100000b80ca8c0RCRD&vgnnextchannel=38bb46a815c83110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
39. REMIE. Multidisciplinary Journal of Educational Research. 2. junio de 2016;6:104- 26.
40. Eurostat. Persons who reduced their workin time to care for their youngest child aged less than eight. 2015.
41. Gil P. Manual de psicología aplicada. Ed Pirámide. 2014.
42. WorkMeter. La conciliación laboral en España vs otros países europeos [Internet]. [citado 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://es.workmeter.com/blog/la-conciliación-laboral-en-españa-vs-otros-países-europeos>
43. Domínguez E. Efectos de la reducción de la jornada laboral en un modelo con dos sectores. (Universidad Pública de Navarra).
44. Ciudadanía y cuidado en España: El dilema trabajo/familia según las madres trabajadoras [Internet]. [citado 26 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300009

Capítulo 16

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ

VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ

JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El accidente cerebro vascular (ACV) se produce cuando el flujo sanguíneo no irriga una o varias zonas cerebrales. Debido a esta falta de irrigación sanguínea no llega el aporte de oxígeno y nutrientes adecuados para el funcionamiento celular y, si se alarga en el tiempo se produce la muerte del tejido celular(1).

Según el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN), el ictus es la primera causa de mortalidad entre las mujeres y la segunda en varones. Su incidencia es mayor a partir de los 55 años, aumentando con la edad. En España, se estima que el 21% de la población mayor de 60 años sufrirá un ictus(1).

Existen dos tipos de ACV: isquémico y hemorrágico. El ACV isquémico ocurre cuando el vaso sanguíneo se obstruye ya sea debido a una estenosis en una arteria cerebral o al desprendimiento de un coágulo desde otra parte del sistema vascular (ACV embólico). El ACV hemorrágico se produce por la ruptura de un vaso sanguíneo. Los ACV más comunes son los isquémicos representando del 80-85% de todos los casos y el 15-20% son hemorrágicos(2).

Otra clasificación clínica más específica los divide en: ictus isquémico transitorio, ictus completo o establecido, ictus en evolución, ictus reversible o hemorragia intracraneal(1,2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el síntoma característico que representa esta enfermedad es la pérdida súbita de fuerza y/o movilidad, que suele estar acompañado en mayor o menor medida de mareos, confusión, dolor intenso de cabeza, alteraciones en la coordinación, lenguaje, visión y comprensión de órdenes(2).

Los principales factores de riesgo no modificables son la edad, el sexo (mayor riesgo de cardiopatía en mujeres), factores genéticos, algunos tipos de enfermedades como la artritis y la enfermedad renal crónica y el embarazo. Los principales factores de riesgo modificables son el tabaco, colesterol, hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo, obesidad, alcohol y drogas. Concretamente, el tabaco, hipertensión arterial, diabetes y dislipemia son los factores de riesgo más importantes de la mortalidad vascular total en la población(3).

Por otra parte, para su prevención es imprescindible saber el riesgo cardiovascular establece la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en 5 - 10 años. Es importante tener en cuenta todos los factores de riesgo a la hora de hacer una estimación de este pues cuando se presentan algunos factores puede aumentar el riesgo cardiovascular. Es recomendable el cálculo del riesgo cardiovascular en adultos con una edad mayor o igual a 40 años que no tengan una enfermedad cardiovascular o que no sean de alto riesgo(1,3).

En la actualidad los cuidados de enfermería se están centrando en los despistajes desde atención primaria y la detección oportunista en personas sin factores de riesgo, pero también es importante conocer debido al aumento de número de eventos cardiovasculares y especialmente los ictus, las secuelas, test de evaluación y tratamiento rehabilitador y de esta forma conocer los cuidados enfermeros cuando se ha producido la enfermedad y hay alteraciones en los diferentes sistemas(1,3).

2 Objetivos

- Conocer las principales secuelas que se producen tras un accidente cerebrovascular.
- Describir las principales pruebas de evaluación para la detección de alteraciones tras un accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se ha realizado para identificar la literatura actual más relevante del accidente cerebrovascular y su impacto en la población.

La estrategia de búsqueda se realizó entre los meses de abril y julio 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

Principales secuelas que se producen tras un accidente cerebrovascular

Las secuelas del accidente cerebrovascular dependen de su etiología y del lugar en el que se produzcan, pero de manera general la última literatura científica los engloba(4,5):

- Ictus isquémico transitorio: no suelen dejar secuelas ya que su duración es inferior a 24 horas, pueden tener síntomas en este periodo que puede ser paresia extremidades, ataxia, mareo, parestesias o hipoestесias, alteraciones visuales o del lenguaje. El comienzo es brusco y no deja secuelas a largo plazo, pero debe tenerse en cuenta e incluirlo dentro del programa cardiovascular y control de los factores de riesgo en la consulta de enfermería ya que hay probabilidad incrementada de sufrir un nuevo ictus en los próximos 5 años.
- Ictus completo o establecido: si dejan secuelas perdurables en el tiempo, y algunas de ellas irreversibles dependiendo del daño originado. Su duración es de más de 24 horas y tiene peor pronóstico que el anterior. Además de los síntomas descritos anteriormente que pueden ser perdurables en el tiempo o irreversibles, puede haber pérdida de esfínteres urinario y fecal, e incluso coma y muerte. Es importante el tratamiento médico y activación del código ictus para una detección temprana y tratamiento para que las secuelas sean minimizadas.
- Ictus en evolución: las secuelas y manifestaciones clínicas son similares al anterior, con la diferencia de que van apareciendo de manera progresiva, por lo que es más difícil de detectar y suelen tener peor pronóstico.
- Ictus reversible: las secuelas son totalmente recuperables. Es una modalidad de ictus que puede ser totalmente reparable y tras la intervención y rehabilitaciones de las alteraciones que pueden ser similares a las anteriores mencionadas.

- Ictus hemorrágicos: se pueden presentar en forma de hemorragia subaracnoidea o intracraneal y los síntomas son principales son cefalea intensa, rigidez de nuca y disminución de conciencia. Las secuelas pueden ser permanentes y varían según el grado de lesión que puede ir desde ninguna secuela hasta coma profundo, y descerebración o flacidez.

Principales pruebas de evaluación para la detección de secuelas tras un accidente cerebrovascular

Según la literatura científica no hay escalas de evaluación validadas que valoren de manera global las secuelas tras un accidente cerebrovascular. Las recomendaciones están enfocadas a utilizar escalas que valoren de manera general déficits neuropsicológicos y las actividades de la vida diaria. Las principales escalas de medida aceptadas y utilizadas por la literatura son(3-5):

- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): se valoran tanto las deficiencias (estructurales, funciones corporales, actividades y participación) como los factores contextuales (personales, ambientales, facilitadores o barreras).
- La American Heart Association-Stroke Outcome Classification (AHA-SOC): organiza los déficits neurológicos en 6 áreas: motora, sensitiva, comunicación, visual, cognitiva y emocional.
- National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): puntúa de forma numérica la gravedad del ictus. Se debe aplicar al inicio y durante la evolución del ictus.
- Canadian Neurological Scale: hace una evaluación y seguimiento del estado neurológico de pacientes con ictus en la fase aguda.
- Escalas que valoran la dependencia/independencia en las AVD: índice de Katz, índice de Barthel.
- Otras. Para evaluar funciones cognitivas específicas existen numerosas pruebas que nos dan información de dichas capacidades (enfocadas a la atención y velocidad de procesamiento, lenguaje y comunicación, memoria, razonamiento, funciones ejecutivas, etc.).

5 Discusión-Conclusión

El accidente cerebrovascular es en la actualidad un problema de salud pública aumentando los casos nuevos anualmente. En el contexto de esta revisión bibliográfica ha quedado claro la importancia del control de los factores de riesgo cardiovasculares para su prevención desde Atención Primaria ya sea desde la prevención primaria o secundaria.

Una vez instaurado el accidente cerebrovascular es importante conocer su etiología para adecuar los cuidados de enfermería a las posibles secuelas y hacer un seguimiento adecuado. De igual manera el uso de escalas de medida estandarizada para la detección y manejo del paciente dentro del equipo interdisciplinar es muy importante para el tratamiento adecuado y detección de necesidades para la elaboración de un plan de cuidados.

La futuras líneas de investigación deben centrarse no solo en conocer aspectos preventivos, sino de tratamiento posterior de las alteraciones para mejorar la calidad de vida, ya que la mayor parte de pacientes tras sufrir un accidente cerebrovascular quedan con secuelas, en gran medida permanentes.

6 Bibliografía

1. Capdevila MS, Sas MTA, Morientes NV, Capdevila MV. Abordaje de los ictus: colaboración con Atención Primaria Y Especializada. 2016;31(7):34–8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-abordaje-ictus-colaboracion-entre-atencion-130770162>.
2. Irimia P. Accidente cerebrovascular o Ictus [Internet]. Clínica Universidad de Navarra. 2022 [cited 2022 Aug 9]. p. 2. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus>
3. Tejada Meza H, Artal Roy J, Pérez Lázaro C, Bestué Cardiel M, Alberti González O, Tejero Juste C, et al. Epidemiology and characteristics of ischaemic stroke in young adults in Aragon. *Neurología* [Internet]. 2019;37:434–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31340903/>
4. Góngora-Rivera F, Treviño-Herrera AB, González-Aquines A, Cordero-Pérez AC, Cámara-Lemarroy CR, Infante-Valenzuela A, et al. Impacto en el desenlace funcional en pacientes con ictus: experiencia de una unidad de cuidados neurológicos. *Gac Med Mex* [Internet]. 2018;154(Suppl 2):S56–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30532118/>
5. Patel M. Neurología. Manual de patología del Sistema Nervioso. Geriatria y Oncología. Madrid; 2019. 1–124 p.

Capítulo 17

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TUMORECTOMÍA DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA

MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA

LUCÍA LUNA LASTRES

1 Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más común en las mujeres. Los principales factores de riesgo de este cáncer son la edad, nivel socioeconómico (las mujeres con más nivel económico y educativo tienen más riesgo de padecer cáncer de mama), estilo de vida, patologías mamarias anteriores, tratamiento hormonal e historia de pocos embarazos y en edades tardías.

El cáncer de mama comienza normalmente en los conductos mamarios (carcinoma ductal). En algunos casos empieza en los lóbulos mamarios, denominándose pues carcinoma lobulillar.

La gran mayoría de carcinomas ductales comienzan de manera no invasiva, llamándose también carcinoma intraductal. Si este carcinoma no se trata, puede convertirse en cáncer invasivo o infiltrante de mama, llegando a invadir piel o músculo pectoral, pudiendo también extenderse a través de los conductos linfáticos.

Los principales signos y síntomas del cáncer de mama son:

- Tumoración en la mama (es necesario tener presente que la mayoría de tumores que las mujeres se descubren antes de la menopausia son benignas).

- Cambios en la piel de la mama, como son piel de naranja, enrojecimiento, retracción de la piel...
- Eccema en el pezón, secreciones anómalas por el pezón o retracción del pezón.
- Aparición de tumoraciones en la axila.
- Inflamación del brazo.

En cuanto al tratamiento, entre las opciones se encuentra la cirugía, así como quimioterapia y/o radioterapia. La tumorectomía es un tipo de cirugía y se emplea como tratamiento quirúrgico cuando el objetivo es solo la escisión del tumor y una cantidad de tejido sano, y no toda la mama. La tumorectomía no trae consigo la extirpación de una gran extensión de piel ni de músculo.

En la mayoría de casos, la tumorectomía consigue un resultado estético excelente.

2 Objetivos

- Realizar una valoración de enfermería por patrones funcionales.
- Identificar los diagnósticos de enfermería al ingreso.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería relacionado con el problema.

3 Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 73 años de edad, cuyo motivo de ingreso es una cirugía programada de un carcinoma ductal infiltrante de la mama derecha. Tras la operación, vuelve a ingresar para el postoperatorio de tumorectomía de mama derecha.

Como antecedentes personales esta mujer presenta insuficiencia respiratoria crónica y obesidad mórbida, HTA, DMII, F.A., angor hemodinámico en alguna ocasión, hipotiroidismo.

A su llegada a la Planta tras la operación, se realiza una valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon:

Patrón I: Percepción-manejo de la salud:

Motivo del ingreso: ingresa para una cirugía de mama derecha debido a un carcinoma ductal infiltrante y tras esto, para el postoperatorio de tumorectomía de mama derecha.

La paciente refiere que su enfermedad es un bulto en la mama y además también, en dos ganglios. Sabe que su enfermedad es grave pero tiene esperanzas tras la operación. Expresa el deseo de seguir el tratamiento.

Antecedentes quirúrgicos: operación de apéndice y vesícula, operación reciente de mama.

Presenta alergia a la penicilina, eritromicina y terramicina.

Hábitos y conductas de riesgo: refiere que nunca ha fumado, pero sí que ha trabajado 40 años en un bar con su marido y que ha sido fumadora pasiva. No bebe alcohol, ni siquiera en las comidas. No ha tomado ni toma ninguna droga.

Consumo de fármacos; medicación habitual: parches de nitroglicerina (10 mg); Valsartán (160 mg); Eutirox (levotiroxina 125 mg); Pepticum (20 mg); Trangorex (Amiodarona 200 mg); Sintrom (4 mg); Seguril (40 mg); Encorcor (Bisoprolol 5 mg); Metformina 850 mg.

Vacunas: refiere que todos los años se vacuna de la gripe.

Patrón II: Nutricional-metabólico:

En un día normal, ella suele comer en el desayuno: una manzanilla y una tostada con tomate y aceite; a mediodía: un potaje con chorizo u otra carne; y por la noche tostada de aceite con queso y choped. A veces, come a deshoras fiambre. Le gusta la fruta, dice que toma solo una al día. Con las comidas, bebe agua.

Refiere que bebe al día 2 litros de agua.

Come sola, no necesita ayuda para comer. Pero cocina su marido.

No ha perdido el apetito ni ha tenido más apetito últimamente (solo cuando está enferma, que si pierde algo de apetito), tampoco pérdidas de peso, pero si ganancia de peso desde que le diagnosticaron el hipotiroidismo. No utiliza prótesis dentales. Tiene muy pocas piezas dentales pero ella comenta masticar bien, dice que está acostumbrada.

Medición y valoración de datos antropométricos: Peso: 108 kg. Talla: 1,55 metros. IMC: 44,95. Obesidad tipo III.

Valoración de la piel y mucosas: mucosas rosadas e hidratadas. La piel de la mama operada, donde está la herida quirúrgica, presenta una coloración roja y hematomas, así como sequedad. El resto de la piel presenta buena hidratación y coloración.

Temperatura: 36,3°C.

Dice que necesita ayuda para lavarse y para todas las actividades. Tiene una cuidadora formal que va dos horas todos los días y la lava cada día, por partes, pero que solo la baña una vez a la semana. También la viste todos los días y la peina. Esta cuidadora le limpia la casa y plancha.

Por tanto, necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria.

Patrón III: Eliminación:

Evacuación intestinal: 1 vez al día. Se toma todos los días dos dufalax y si no funciona, un supositorio de glicerina. Las heces son normales en cantidad y aspecto, a veces más bien duras. Tiene hemorroides desde hace tiempo pero no le duelen.

Evacuación urinaria: orina unas 10 veces al día aproximadamente. Por la noche, utiliza pañal para no tener que levantarse si le dan ganas de orinar.

Ella sola es capaz de ir al baño poco a poco.

Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria-Mujeres no presenta incontinencia urinaria de esfuerzo ni de urgencia.

No suele sudar, solo lo típico en verano.

Patrón IV: Actividad-ejercicio:

Valoración del estado respiratorio: presenta insuficiencia respiratoria crónica. Presenta disnea aunque la tolera bien. Si por alguna circunstancia hace esfuerzos, la disnea aumenta. Refiere no toser normalmente. Tampoco presenta expectoración en el caso de que tosa. Sí que me comenta que se fatiga al hacer un esfuerzo más allá de lo normal.

Tiene un dispositivo para oxigenoterapia nocturna en domicilio.

F.R.: 28 r.p.m. SO₂: 91%

Valoración del estado cardiovascular: HTA, angor, F.A.

F.C.: 75 p.m. T.A: 130/75 mmHg

Valoración de la movilidad y actividades cotidianas: tiene un estilo de vida sedentario, pasa todo el día viendo la televisión, no siente cansancio durante el día, por si sola, solo come, para todas las demás actividades de la vida diaria precisa ayuda.

Valoración músculo-esquelética: refiere que a veces le duelen los huesos, no tiene calambres.

En su tiempo libre, le gusta ver mucho Telecinco, es lo que hace durante todo el día. No sale a la calle ni da paseos. Si alguna vez sale, anda muy poco. Dispone de un andador.

Autonomía para las actividades de la vida diaria-Barthel: 65 (dependencia moderada).

Patrón V: Sueño-descanso:

Modelo habitual de sueño / descanso: normalmente se acuesta a las 12:30-1 y para las 5-6 de la mañana, se despierta y ya no tiene sueño. Durante el día, refiere tener periodos cortos de sueño mientras ve la tele. Duerme unas 5-6 horas aproximadamente seguidas.

Si duerme de día por la noche no tiene sueño y duerme menos o nada.

Ella dice que normalmente, tiene energía durante el día y que se siente descansada, aunque si durmiera más por la noche, se sentiría aún mejor.

Cuestionario de Oviedo del sueño: 25, insomnio ligero.

Patrón VI: Cognitivo-perceptual:

Actualmente dice tener dolor en la mama operada. Normalmente, también tiene dolor en las piernas y de huesos desde hace unos años, no me sabe especificar cuantos.

En una escala del 0 al 10, dice que le suele doler 5, y que la mama, le duele 7. Dice que el dolor no es continuo, y aunque lo puede soportar, prefiere tomar medidas para no tenerlo.

Toma Nolotil cuando le duele algo.

Valoración sensorial y reflejos: tiene gafas desde siempre por miopía y desde hace unos años, ha perdido audición, a pesar de ello, ella dice que oye bien. No tiene alteraciones del gusto ni del olfato, así como del tacto. Está orientada y no tiene problemas de aprendizaje, aunque me cuenta que ya con la edad, si se le olvidan algunas cosas.

Patrón VII: Autopercepción y autoconcepto:

Me cuenta que de siempre, ella se ha sentido bien consigo misma, y que la obesidad que tiene desde hace años, no ha afectado a ello. Es una persona que disfruta con lo que tiene.

No suele estar nerviosa, no tiene ansiedad. Es una persona tranquila. Pero si me dice que tiene miedo a caerse, porque le cuesta moverse.

Tiene buena autoestima porque no tiene manifestaciones verbales negativas sobre nada.

Cribado ansiedad depresión-Escala de Goldberg: no presenta ni ansiedad ni depresión según este cuestionario.

Patrón VIII: rol y relaciones:

Tiene cuatro hijos. Vive con su marido y un hijo. No le preocupa mucho (en este sentido) estar en el hospital porque su marido es el que siempre cocina y él es más independiente que ella.

Su cuidador principal es su marido, aunque tiene una cuidadora formal (está valorada por la ley de la Dependencia).

Aparte del hijo que vive con ellos, a otro lo ve todos los días porque su trabajo está cerca de su casa. A su otro hijo, lo ve cada semana o cada 15 días, pero sí la llama mucho por teléfono. El cuarto hijo, vive en Madrid. Me comenta que se lleva muy bien con los cuatro hijos y con sus 6 nietos.

Patrón IX: Sexualidad-reproducción:

Aparte de sus cuatro hijos, tuvo un aborto espontáneo de una niña. Dice que los cuatro partos fueron en su casa.

No practica relaciones sexuales desde hace tiempo por su obesidad y porque se fatiga.

Tiene menopausia desde los 50 años. Refiere nunca haberse hecho una citología pero si se ha hecho 4 exploraciones mamarias a lo largo de su vida. Nunca se autoexploraba la mama, hasta que un día su cuidadora, lavándola, descubrió un bulto en la mama.

Patrón X: Adaptación-tolerancia al estrés:

Afrontamiento de la enfermedad: la ha asumido bien, está preocupada pero se está adaptando a la nueva situación.

Me dice que no tiene falta de apetito.

No utiliza tranquilizantes.

Grupos de apoyo: su familia es en quien más confía y de donde recibe más apoyo. Además, las vecinas de su pueblo también se preocupan por ella.

No siente estrés, pero está preocupada por que se prolongue mucho su estancia en el hospital.

Patrón XI: Valores y creencias:

Me cuenta que ella de siempre ha sido muy creyente y que siempre ha ido a misa. Ahora ya no va porque le cuesta llegar a la Iglesia pero ve misa por la tele y un sacerdote va a su casa y le da la comunión los domingos. En el hospital, todos los días va un sacerdote así que ella en este sentido está contenta.

Tras realizar la valoración de enfermería, se identifican los diagnósticos de enfermería y se priorizan, para posteriormente elaborar un plan de cuidados individualizado.

Plan de cuidados:

1. Fase diagnóstica

00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c obesidad m/p disnea.

00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c herida quirúrgica m/p destrucción de las capas de la piel (dermis) y alteración de la superficie de la piel (epidermis).

00001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal y sedentarismo.

00092 Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno y estilo de vida sedentario m/p informes verbales de fatiga o debilidad y malestar o disnea de esfuerzo.

00095 Insomnio r/c siestas frecuentes durante el día m/p expresa despertarse demasiado temprano.

00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (mama operada) m/p informe verbal.

00133 Dolor crónico r/c incapacidad física crónica (dolor de piernas y huesos) m/p informes verbales.

00004 Riesgo de infección m/p rotura de la piel (vía venosa periférica y herida quirúrgica en la mama).

00148 Temor r/c falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales (miedo a caerse, por su delimitada movilidad) m/p informes de reducción de la seguridad en uno mismo, asustado e identifica el objeto del miedo (caídas).

2. Fase de planificación

Tras detectar los anteriores diagnósticos de enfermería, se prioriza en primer lugar el (00001) desequilibrio nutricional por exceso, ya que por este motivo, sigue un estilo de vida sedentario y por tanto tiene (00092) intolerancia a la actividad (aparte de por la disnea), además, si disminuye su peso, puede disminuir el (00148) temor a caerse porque puede tener una mejor movilidad. Se tratará también la disnea como síntoma del (00032) patrón respiratorio ineficaz, pero no será un diagnóstico prioritario ya que puede mejorar tratando el desequilibrio nutricional por exceso.

Aparte, si disminuye su peso, podrá moverse con más facilidad (teniendo en cuenta la disnea), no pasará tanto tiempo viendo la tele si se puede mover más y se cansará menos. El (00095) insomnio también puede mejorar.

En segundo lugar, se prioriza (00004) riesgo de infección, debido sobre todo a la herida quirúrgica en la mama que no está cerrada del todo.

Se tratará también el (00132) dolor agudo, que es el que tiene en la actualidad debido a la operación y con más intensidad. No se tratará el (00133) dolor crónico porque para ella, es un dolor más llevadero y además sabe tomar medidas cuando le duele en su casa.

También se prioriza (00046) deterioro de la integridad cutánea por lo deteriorada que esta la piel en los alrededores de la herida quirúrgica.

00001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal y sedentarismo.

NOC: 1612 Control de peso

Indicadores: Mantiene una ingesta calórica diaria óptima.

Alcanza el peso óptimo.

NOC: 1802 Conocimiento: dieta

Indicadores: Explicación del fundamento de la dieta recomendada.

Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada.

NIC: 1280 Ayuda para disminuir el peso

Actividades: Pesar al paciente semanalmente.

Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas.

NIC: 5614 Enseñanza: dieta prescrita

Actividades: Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.

Explicar el propósito de la dieta.

Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.

Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.

00004 Riesgo de infección m/p rotura de la piel (vía venosa periférica y herida quirúrgica en la mama).

NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores: Temperatura tisular en el rango esperado (ERE).

Ausencia de lesión tisular.

NOC: 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

Indicadores: Cumple las precauciones recomendadas.

Cumple el régimen terapéutico recomendado. 2 Raramente manifestada 4 Con frecuencia manifestada

NIC: 3660 Cuidados de las heridas

Actividades: Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.

Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

Anotar las características de la herida.

NIC: 6550 Protección contra las infecciones

Actividades: Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.

Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica.

00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (mama operada) m/p informe verbal.

NOC: 1605 Control del dolor

Indicadores: Reconoce el comienzo del dolor.

Refiere síntomas al profesional sanitario.

NOC: 2102 Nivel del dolor

Indicadores: Dolor referido.

Frecuencia del dolor.

NIC: 2210 Administración de analgésicos

Actividades: Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.

Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.

NIC: 2380 Manejo de la medicación

Actividades: Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c herida quirúrgica m/p destrucción de las capas de la piel (dermis) y alteración de la superficie de la piel (epidermis).

NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores: Hidratación en el rango esperado.

Piel intacta.

NOC: 1102 Curación de la herida: por primera intención

Indicadores: Resolución de la secreción serosanguinolenta de la herida.

Resolución del eritema cutáneo circundante.

NIC: 3440 Cuidados del sitio de incisión

Actividades: Inspeccionar el sitio de incisión por su hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración.

Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

Limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia.

Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

NIC: 3590 Vigilancia de la piel

Actividades: Inspeccionar el estado del sitio de incisión.

Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.

Vigilar el color de la piel.

4 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama comienza en la mayoría de casos en los conductos mamarios (carcinoma ductal), y como resultado para erradicar dicho carcinoma, la mujer

será intervenida en muchos de estos casos de una tumorectomía.

Por su parte, enfermería tiene un rol esencial en el postoperatorio de dicha patología. Para ello, enfermería realizará una valoración de enfermería individualizada tras el postoperatorio, para poder establecer los diagnósticos de enfermería y en función de estos, poder elaborar un plan de cuidados individualizado, con resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Una vez que se ejecuta dicho plan de cuidados, se llevará a cabo una evaluación para objetivar si se han conseguido los problemas identificados.

Tras dicha evaluación previa al alta, se consiguen todos los objetivos propuestos, resolviéndose así todos los diagnósticos de enfermería priorizados, excepto el diagnóstico de enfermería Desequilibrio nutricional por exceso, el cual cuando se va de alta, aún sigue estando activo. El resto de diagnósticos de enfermería quedan resueltos, pues no se infecta la herida quirúrgica, la piel de la herida está íntegra y además, se consigue controlar el dolor agudo con medidas farmacológicas.

5 Bibliografía

1. Martín M, Herrero A, Echevarría I. El cáncer de mama [Internet]. Arbor.revistas.csic.es. 2015 [citado el 5 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037/2531>
2. Acea Nebril B. Cirugía oncológica de la mama [Internet]. Libros de Google. 2019 [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6Rl9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA55&dq=tumorectomia&ots=wMu4zIF6Yi&sig=wMonGM1jiRYX5aE1fhDwPNY3PBk#v=onepage&q&f=false>
3. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Barcelona: Elsevier España; 2021.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Filadelfia: Elsevier; 2018.
5. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Filadelfia: Elsevier; 2018.

Capítulo 18

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MANEJAR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INMACULADA OCAÑA MÉRIDA

1 Introducción

El dolor es un síntoma muy frecuente en los pacientes que se encuentran hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) incluso en aquellos pacientes que no son capaces de expresarlo. Las escalas más utilizadas son la Escala EVA de dolor y la Escala Comfort, la cual se ha adaptado para el uso de los pacientes en la UCI que se encuentran bajo sedación y no comunicativos. Con esta escala se evalúan cinco parámetros: la alerta, la agitación, la actividad fisiológica, las constantes vitales y las fisiológicas en las que se incluyen la piel y los anejos cutáneos.

Diversas investigaciones también exponen que aquellos pacientes que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos y que no están bajo los efectos de la sedación, presentan elevados niveles de ansiedad y esta se intensifica cuanto más se alarga su estancia hospitalaria.

De esta forma, se considera fundamental la actuación enfermera en la unidad de cuidados intensivos ya que son indispensables para el abordaje de dolor y el abordaje de la ansiedad.

Todos los pacientes que se encuentran sometidos a tratamiento experimentan dolor en un grado u otro, por lo que es fundamental tener una escala diagnóstica

para poder expresarlo, cuantificarlo y evaluarlo. La escala de dolor más conocida es la Escala EVA.

2 Objetivos

Se ha marcado como objetivo principal:

- Conocer, identificar y abordar el dolor y la ansiedad en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

3 Caso clínico

Mujer, 85 años.

Intervenida por RTUV (Resección Transuretral del tumor vesical).

No AMC. HTA. No DM ni DLP. ITUS de repetición.

Diagnosticada de tumor vesical mediante cistoscopia, tras episodios de hematuria e intervenida en 2018, 2019, 2020, 2021.

TTO CRONICO: Ixia plus 40/25mg 1-0-0, Emconcor 2,5 mg 0-1-0, Seroxat 20mg 0-1-0, Efferalgan 1-0-0.

SITUACIÓN ACTUAL: La paciente estando en REA tras la cirugía programada de RTUV inicia con dolor abdominal. Dada la sintomatología se contacta con la UCI para ingreso y observación postquirúrgica.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Cabeza y cuello: normal.
 - A.C: rítmicos no taquicárdicos.
 - A.P: MV presente en ambos campos pulmonares.
 - Abdomen: SNV conectada a bolsa con restos de orina con tinte hemático pero sin coágulos.
 - MM.SS/ MM.II: pulsos distales presentes. Vía periférica en ambas manos de ambos miembros superiores de calibre 18G.
 - Neurología básica: sin focalidad.
 - T^a: 36,2 °C, TA: 142/98mmHg, FC: 74 lpm, SatO₂: 98%, FR: 16 rpm.
- HEMODINÁMICO: Paciente estable, afebril, TA estable, bien perfundida.
- RESPIRATORIO: Paciente que mantiene buena mecánica ventilatoria propia. Satura al 98% con gafas nasales a 2L. En gasometría venosa acidosis respiratoria y metabólica:
- pH: 7,23 (7,35-7,45)

- pCO₂: 27 (35- 45)

- Bicarbonato: 19,8 (22- 26)

Se inicia tto con Salbutamol + corticoides.

ABDOMEN: Blando, depresible, levemente endurecido en hipogastrio, muy doloroso a la palpación. EVA: 8/ 10.

RENAL: Ritmo diurético escaso con respuesta a Furosemida con orina hematórica.

NEUROLÓGICO: Consciente y orientada. Glasgow 15/15. Sin signos meníngeos ni de foco motor agudo.

2. Valoración

Esta primera parte del proceso de atención de enfermería (PAE) ha sido realizada en base a el modelo de Marjory Gordon "11 patrones funcionales". (Gordon, 2006).

1- Patrón percepción de la salud- manejo de salud

- Motivo de ingreso: Intervenida por RTUV.
- No AMC
- No hábito tóxicos
- Ingresos hospitalarios: 2018, 2019, 2020, 2021.
- Tto crónico: Ixia plus 40/25mg 1-0-0, Emconcor 2,5 mg 0-1-0, Seroxat 20mg 0-1-0, Effergal 1-0-0.
- Buena forma de comunicación

2- Patrón nutricional- metabólico

- No alergias alimentarias.
- Tolerancia a dieta líquida.
- Buen aspecto de la piel.
- Buen aspecto de la mucosa oral, dientes y pelo.
- Buena temperatura.
- Glucemia 105.
- Canalización de una vía periférica 18G en ambas manos.
- Administración medicación vía oral, intravenosa e inhalatoria.

3- Patrón eliminación

- Conectada a SV.
- Orina hemática.
- Baja respuesta a la Furosemida.

4- Patrón actividad-ejercicio

- Reposo absoluto en cama.
- Pulsos distales presentes
- FC 74 l.p.m
- FR: 16 rpm
- Sat O2: 98%
- TA: 142/98 mmHg
- Acidosis respiratoria: tto con Salbutamol + corticoides
- ECG sin alteraciones

5- Patrón sueño- descanso

- Refiere no dormir por la noche porque por aburrimiento en la UCI duerme durante el día.

6- Patrón cognitivo-perceptual

- Cognitivo conservado
- Nivel de consciencia orientada en espacio y tiempo. Glasgow: 15/15.
- EVA 8/10.

7- Patrón autopercepción-autoconcepto

- Patrón no alterado.

8- Patrón rol-relaciones

- Sale todas las tardes a pasear, ya sea con sus hijos y nietos o con sus amigas desde que falleció su marido para no sentirse sola.

9- Patrón sexual-reproductivo

- Viuda desde hace 5 años.
- Tiene 3 hijos y 9 nietos.
- Partos naturales.
- Menopausia desde los 52 años.

10- Patrón adaptación-tolerancia al estrés

- Paciente muy nerviosa por el dolor que sentía.
- Refiere tto con Seroxat desde hace 5 años.
- Refiere estar muy cansada con esta situación. Que lo mejor es que se hubiese muerto y así dejaría de ser una carga para sus hijos.

11- Patrón valores-creencias

- Nos refiere encontrarse triste, que esto era un castigo de Dios.
- Su vida estaba dejando de tener sentido, se siente vacía.

- Le da miedo la muerte por no saber que se va a encontrar allí arriba, pero en el fondo sabe que es lo mejor.

4 Discusión-Conclusión

El DxEp elegido ha sido (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p conducta expresiva, puesto que hay más diagnósticos enfermeros que se pueden solucionar o mejorar si controlamos el estado de dolor al que se ve sometido nuestra paciente. Cómo se indica en la valoración, la paciente presenta un dolor de 8/10 en la escala EVA y si no empezamos a disminuir y mejorar dicho diagnóstico, la situación y el estado de nuestro paciente se puede ver agravado. Por lo que nuestro objetivo principal como enfermeras es centrarnos en ese dolor y hacer que disminuya.

Se ha definido el dolor como “ una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial” (Puebla Díaz, 2005).

El principal motivo de dolor de la paciente es la RTUV y una consecuencia de esto es el Dx(00023) Retención urinaria r/c musculatura vesical debilitada m/p vaciado de volumen mínimo, por lo que se ha visto que si tratamos y mejoramos la retención urinaria el dolor se va a ir disminuyendo, y por tanto nuestro DxEp irá en mejora (Lavorato et al, 2019).

Se ha observado cómo existe una relación entre la ansiedad y el dolor, por lo que tenemos que ir en busca de intervenciones que vayan dirigidas a mejorarlas. El dolor genera una respuesta inflamatoria que modifica el estado patológicos de la ansiedad (Aragon-Dávila y Rincón- Hoyos, 2018).

Los paciente que padecen de ansiedad crónica, sufren una alteración en la percepción del dolor, volviéndose esta de una forma mucho más negativa, entrando en un circulo vicioso, el dolor me genera ansiedad, pero la ansiedad me genera mas percepción del dolor, por lo cual sufro más y peor me siento (Férrnández-Cacho y Ayesa- Arriola, 2019).

De esta forma, si mejoramos el dolor , la ansiedad percibida disminuye, y por lo tanto, Dx(00146) Ansiedad r/c necesidades no satisfechas m/p expresa angustia, se vería mejorado.

Diversos estudios muestran cómo el dolor, causa trastornos en el patrón de sueño, puesto que este cambia y el paciente aprovecha las horas de máxima analgesia para descansar independientemente de la hora y frecuentemente, este no es reparador. Por lo que si el dolor mejora los pacientes podrán tener un mejor

descanso y más reparador y el DxE(00198) Trastornos del patrón del sueño r/c alteraciones del entorno m/p expresa insatisfacción con el sueño, mejorado (Serrano- Navarro et al, 2019).

La misión de la enfermería se centra en el cuidado al paciente de una forma integral. Diversos estudios exponen que el sufrimiento espiritual agudiza la percepción del dolor, de ahí que se tengan que tener en cuenta diversos aspectos como “ emocionales, económicos y culturales, proporcionando bienestar físico y mental” (Corgozinho et al, 2020).

Actualmente y en la sociedad en la que nos encontramos, es un grave error enfocarnos en la patología, puesto que el sufrimiento va mas allá, va desde las relaciones interpersonales, a la alimentación, al aseo, a la forma de vivir... etc., por lo que se reafirma que el ser humano es un ser bio-psico-social.

Es habitual que en la Unidad de Cuidados Intensivos, el dolor se mezcle con la ansiedad y con la preocupación de que puede salir de allí siendo una carga para sus familiares y que para eso sería mejor no seguir viviendo, por lo que el papel de la enfermería es primordial para una buena atención (Corgozinho et al, 2020).

5 Bibliografía

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

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.

Arango-Dávila, C. A., & Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55.

Bulechek, G., Butcher,H. & McCloskey,J. (2012) *Nursing Interventions Classifications (6aed)*. Barcelona: Elsevier

Carpenito, L. J. (2003). *Manual de diagnóstico de enfermería*.

Cervantes-Lara, C. A., Casique-Casique, L., & Álvarez-Aguirre, A. (2021). Teoría fundamentada como referente metodológico en el cuidado de enfermería. *ACC*

CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, 8(2), 95-105.

Corgozinho, M. M., Barbosa, L. O., Araújo, I. P. D., & Araújo, G. T. F. D. (2020). Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente. *Revista Bioética*, 28, 249-256.

Cuellar, J. J. A., Martínez, D. F. R., & López, Y. O. (2018). Manejo del dolor por medio de tratamientos no farmacológicos en unidad de cuidados intensivos. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 17(2), 127-135.

Dominguez Altamirano, K. G. (2019). Eficacia de un programa educativo para la prevención y el control de infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Tumbes en el 2019.

Capítulo 19

BIOPSIA HEPÁTICA POR ECOGRAFÍA GUIADA DESEMPEÑO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO

ALBA TRIVIÑO ORTIZ

JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ

ARANCHA LOSANA GÓMEZ

LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

1 Introducción

La biopsia hepática guiada por la técnica de ecografía maneja y usa la guía por imágenes para ayudar a localizar un nódulo o ciertas anormalidades y así lograr extraer una ejemplar de tejido necesario para su examinación bajo el microscopio. Una biopsia podría ser necesaria y precisa cuando las pruebas por imágenes no nos aportan o no pueden establecer la confirmación de que un nódulo sea benigno, o inclusive que no se puede lograr alcanzar a un nódulo con otros métodos. La biopsia por punción es mucho menos invasiva que la biopsia quirúrgica y podría no requerir de administración de anestesia general (1).

Los exploradores de ultrasonido están combinados por una computadora y dotados con un monitor unidos ambos a un transductor. El transductor en sí es un

dispositivo portátil de pequeño tamaño el cual tiene semejanza a un un micrófono. Algunos exámenes podrían monopolizar diversos tipos de transductores (con capacidades diferentes) durante la ejecución de un mismo examen.

El transductor envía unas ondas sonoras de alta frecuencia inaudibles al oído humano hacia el interior del cuerpo y para luego captar los posteriores ecos derivados del retorno. Los principios se asimilan al sonar que es manejado por barcos y submarinos.

En los paciente programado para la realización de una biopsia hepática se le encomendara de acudir en ayunas al hospital. Éstos no deben comer ni beber por unas 8 horas anteriores de la intervención y deben tener todo previsto y preparado previamente para ser llevados al domicilio, ya que se les informara de la prohibición de conducir por 12 horas posteriores del procedimiento.

2 Objetivos

Determinar los cuidados y acciones profesionales enfermeros hacia el paciente tras acometer una biopsia hepática, así como los riesgos a los que está expuesto.

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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se emprende con la ejecución de una toma de constantes al citado paciente, se le solicita un hemograma y un estudio de coagulación de prescripción urgentes y se canalizará una vía venosa del antebrazo, dejando el catéter salinizado. Se comprobará que el paciente ha firmado y entregado su consentimiento para el procedimiento a realizar. En el caso contrario, se le debe de solicitar de nuevo su firma para autorizar la realización de la biopsia, mediante el correspondiente formulario de consentimiento.

Órdenes facultativas precedentemente de la biopsia: el paciente se conservará en ayunas hasta la biopsia. Treinta minutos anteriormente de ser llevado a Radiología, se le premédica para la ejecución de la biopsia con: ½ ampolla de Dolantina, ½ ampolla de Fenegan y ½ ampolla de atropina, a través de inyección intramuscular. El paciente tendrá que ir a la sala de RX acompañado siempre por su historia clínica.

Ulterior a la intervención, los cuidados enfermeros estarán presentes en todo momento en torno al paciente para advertir cualquier tipo de complicaciones.

Para ello se perseguirán las siguientes pautas:

- Reposo en cama: en posición de decúbito lateral derecho, durante unas 3 horas y en decúbito supino otras 3 horas más. Si no se evidencian o demuestra complicaciones, puede levantarse al baño, siempre deberá ser acompañado, esto acontecerá a partir de 6 horas tras la biopsia.
 - Valoración y toma de tensión arterial y pulso: cada 30 minutos, eso acontecerá durante las primeras 3 horas y cada hora las 3 horas consecutivas a la biopsia.
 - Tras las dos primeras horas de progreso, el paciente podría ya tomar una dieta blanda, si no se han manifestado o evidenciado complicaciones.
 - Se precisara un hemograma a los pacientes al paso de las 19 horas, en suceso de que haya sospecha de sangrado o de complicaciones postbiopsia.
 - Se podría administrar analgésicos (p. ejemplo: Nolotil intramuscular) si el paciente refiere de dolor. Asimismo, el dolor se tendrá en cuenta, junto con los signos derivados de la irritación peritoneal y de la hipotensión, ya que es el síntoma guía más transcendental de la presencia de complicaciones adversas derivadas de la biopsia.
 - Principales complicaciones de la realización de biopsia hepática percutánea.
 - Dolor leve en el 35 % de los casos a un dolor moderado en el 6 %.
 - Reacción vasovagal, se estima en el 3 %.
 - Hemorragia significativa y reveladora en el 0,5 % .
 - Hematoma subcapsular asintomático - hallado en la ecografía de control (hasta 27 %).
 - Otras: neumotórax, punción pulmonar, de colon, riñón o vesícula biliar, sepsis, fístula arteriovenosa, etc. Ocurrencias menores del 0,1% (2).
- La biopsia del hígado es un procedimiento para extirpar un pequeño pedazo del hígado para examinarlo bajo un microscopio y ver si hay señales de daño o enfermedad.
- La gran mayoría de los pacientes se recuperan completamente en 1 a 2 días y el mayor riesgo de la biopsia hepática es la hemorragia (3).

5 Discusión-Conclusión

La introducción de la ecografía en la práctica clínica admitió la reconsideración de la sistemática diagnóstica en cuantiosas patologías digestivas y, muy fundamentalmente, en las que atañen y afectan al hígado y a las vías biliares. De hecho, marcó el preludio de la pérdida de un gran protagonismo de la conocida laparoscopia, hasta entonces el método de manejo prioritario en los países de la Europa continental y cambió el medio por el que se guiaba la punción-biopsia del hígado, en contraste a la biopsia a ciegas cuyo sólo nombre suscitaba inquietud en los usuarios y médicos, a pesar de las exiguas complicaciones procedentes de la misma. Inicialmente, incluso, se reflexionó la posibilidad de que la ecografía reemplazara en la gran mayoría de los casos al diagnóstico anatomopatológico.

6 Bibliografía

1. Intervencionismo guiado por ecografía: todo lo que el radiólogo debe conocer. Elsevier [en línea]. 2010. [Fecha de acceso 09.04.2020]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=nlungbiop>
2. Protocolos de urgencias. Observación de pacientes en UCE tras biopsia hepática percutánea [en línea]. 2000-2004. [Fecha de acceso 09.04.2020]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>
3. Pruebas diagnósticas. Biopsia hepática [en línea]. 2010. [Fecha de acceso 09.04.2020]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/>
4. Aguilar Reina J.. Biopsia hepática y ecografía. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2007 Mar [citado 2022 Feb 24] ; 99(3): 125-127. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000300001&lng=es.

Capítulo 20

CASO EXPUESTO DE DEHISCENCIA DE SUTURA EN EPISIOTOMÍA POR ENFERMERÍA

ARANCHA LOSANA GÓMEZ

ALBA TRIVIÑO ORTIZ

JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ

LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO

LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

1 Introducción

La conocida dehiscencia de sutura de la episiotomía es una de las complicaciones más corrientes y habituales que se puede presentar. Generalmente suele ser consecuencia de una infección.

En España la práctica rutinaria de realización de episiotomía que se ha descartado a partir de 2007, con la introducción de la Estrategia de una Atención al Parto Normal propugnada y amparada por el Ministerio de Sanidad; en el resto de los países del entorno se sigue y alcanza la misma tendencia.

Cada año miles de mujeres en los partos tienen alguna tipología de lesión en el periné y un 76 % de ellas requiere de la realización de sutura. Un 8 % de estas mujeres puede ostentar complicaciones respecto a la herida como infección o/y

dehiscencia de sutura tanto parcial como completa. La episiotomía es la intervención ejecutada quirúrgicamente más habitual en la esfera de la obstetricia.

Esta técnica quirúrgica radica en un corte medio lateral a nivel del anillo vulvar y del periné o medio, desde la porción inferior de la abertura vaginal hacia el recto (esta es menos esgrimida) para acortar el periodo expulsivo durante la salida de la cabeza del feto y que subsiguientemente requiere de la efectuación de sutura. La reparación de la incisión ha de ejecutarse respetando las capas de los tejidos para que estas queden anatómicamente inalteradas como antes y conservar la función integral de los músculos.

Pese a que la recomendación actual que expone y recomienda el uso de la episiotomía de modo muy selectivo y solo en casos excepcionales, ha sido una práctica muy arraigada y en algunos hospitales se sigue ejecutando de forma rutinaria.

2 Objetivos

Conocer la realidad acerca del mejor manejo ante una dehiscencia de episiotomía en la que se ve afectadas las capas más profundas a través de un caso clínico

3 Caso clínico

Paciente que concurre en urgencias, puerpera de nombre Amanda, 29 años de edad, con un peso corporal de 74 kl, es primigesta, en el instante de la asistencia tiene AP: 39 + 2 de embarazo, sin informes ni antecedentes relevantes patológicos, así como tampoco heredofamiliares, nos reseña en la consulta que curso con tabaquismo bastante alto anteriormente al estado de embarazo, y un cumplimiento adecuado del control prenatal.

Cursó en toda la etapa y duración del embarazo con una evolución normal y que al asistir a valoración por dolor obstétrico semejante a las contracciones y trabajo de parto, por lo que se decide de ingresó en el área de ginecología de una institución sanitaria privada para el manejo del citado trabajo de parto con una evolución favorable del este. Se asistió un parto en el que se obtuvo un varón, vivo, con un peso de 3. 500 g.

Parto eutócico con ejecución de episiotomía medio lateral y en sutura continua. una episiotomía, sin prolongación y sin ninguna certeza en esos momentos de desgarro de periné. Fue dada de alta hospitalaria a su domicilio al día siguiente, sin ostentación de ninguna adversidad ni contingencia. En el cuarto día del posparto asistió a valoración en la cual en la exploración física se evidencia

un útero bien contraído, altura de fondo uterino acorde al tiempo y metrorragia fisiológica. A la exploración genital por dolor y referencia a sensación de escozor en la zona vaginal, se evidencia y registra dehiscencia completa de la episiotomía con la exposición del plano muscular profundo. Inflamación evidente, pequeño hematoma con curso de enrojecimiento en bordes.

En la nota de atención y asistencia del parto no se documentó desgarro o lesión vaginal. Fue intervenida con un diagnóstico de dehiscencia de episiorrafia, por lo que se le ejecutó reparación de la referida dehiscencia de episiorrafia sin evidencia de fistula, con hallazgo transoperatorio de desgarro de 4to grado de alrededor de unos 3 cm con evidencia de tejido fibroso fiable, el cual se procedió a su reparación, lo que derivó en un tiempo de estancia intrahospitalaria de unos 6 días.

4 Discusión-Conclusión

En la actualidad de las lesiones por dehiscencia varía mucho entre unos profesionales y otros. En la gran mayoría de las parturientas las lesiones perineales por dehiscencia se deponen a cicatrizar de forma espontánea (conducta expectante). Este es un proceso considerado y estimado como lento y puede durar varias semanas para que la herida llegue a cicatrizar íntegramente, lo que puede inducir un dolor persistente y gran malestar en el sitio de la herida perineal. Generalmente en la práctica clínica ante una dehiscencia del plano superficial se conserva esta conducta expectante. Sin embargo, la duda surge como en nuestro caso expuesto que llega a afectar plano muscular el que queda expuesto y ostenta un desgarro de 4to grado de alrededor de unos 3 cm con evidencia de tejido fibroso fiable.

Algunos autores se han planeado ejecutar una episiorrafia secundaria en vez de conservar una conducta expectante. Ante lo que habría que valorar si el riesgo de infección acrecienta o no. Así como si este procedimiento disminuyera el tiempo de cicatrización. Según la revisión elaborada por la Cochrane, actualmente no se dispone de las suficientes pruebas para apoyar o refutar la sutura secundaria para el tratamiento de las lesiones perineales por dehiscencia posteriormente del parto.

Se precisa con urgencia un ensayo controlado arriesgado consistente para evaluar plenamente los efectos comparativos de ambas opciones de tratamiento.

Queda un campo abierto a la investigación científica y la creación de nuevos estudios.

5 Bibliografía

1. Dudley LM, Kettle C, Ismail KMK. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD008977. DOI: 10.1002/14651858.CD008977.pub2
2. Webb S, Sherburn M, Ismail KMK. Managing perineal trauma after childbirth. *BMJ*. 2014; 349:g6829.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Episiotomía [internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2019 [citado 15 nov 2019]. Disponible en: <https://sego.es/mujeres/Episiotomia.pdf>
4. De Anda Aguilar L, Castañeda Solís AK, Pérez Castro, Vázquez JA. Primigest con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2017 sept-oct; 60 (5).

Capítulo 21

ENFERMERÍA Y LAS DIFERENCIAS ENTRE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) O BACTERIURIA ASINTOMÁTICA (BA)

LAURA MARIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

ALBA TRIVIÑO ORTIZ

JUDIT HERNÁNDEZ PÉREZ

LUCÍA DE LA OLIVA SÁNCHEZ-CHIQUITO

ARANCHA LOSANA GÓMEZ

1 Introducción

La bacteriuria asintomática (BA) es la presencia de más de 100.000 unidades formadoras y productoras de colonias (UFC) en dos muestras en enfermos sin síntomas evidentes del Sistema urinario.

La aparición se ve más prevalente en el contexto de los ancianos y sobre todo en el enfermo sondado. No determina ni tiene por qué incurrir en una mayor mortalidad, sin embargo, pueden llegar a ocasionar y inducir a complicaciones graves en niños con reflujo vésico-ureteral, en embarazadas, o en enfermos sometidos a una maniobra en la vía urinaria, en el enfermo trasplantado y en enfermos inmunodeprimidos.

La bacteriuria se concreta como la presencia de bacterias en la orina. La bacteriuria reveladora es la expresión que diferencia a una infección de una contaminación. Es la existencia y presencia de más de 100.000 UFC de una muestra de orina conseguida de modo correcto y tomada de la mitad del chorro con una total asepsia. Si es sintomática o en muestra de orina que fue conseguida mediante aspiración suprapúbica o por sonda instantánea e intermitente, sería suficiente con el resultado de 100-10.000 colonias/ml para así poder considerarla significativa. La bacteriuria asintomática es la bacteriuria significativa pero en ausencia de síntomas.

A menudo puede verse cortejada de piuria. Su presencia no consiente diferenciar una ITU de una BA. Por lo que la existencia de piuria en un enfermo con BA no sería una indicación de tratamiento.

2 Objetivos

- Diferenciar bacteriuria asintomática (BA) de una infección del tracto urinario (ITU) para no incurrir en tratamientos innecesarios.
- Conocer los sucesos en los que es inevitable administrar tratamiento en una BA.

3 Metodología

Para la efectucción del presente trabajo, 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 ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y actualizadas con los últimos avances.

4 Resultados

Etiología:

- Más habitual: *Escherichia coli* (83 %).
- Menos habituales: *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*.
- Raros: *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus* (longevos, pacientes sondados, tratamiento con cefalosporina nuevo), , virus, *Cándida*, *Corynebacterium urealyticum* (patología urológica o sondaje vesical permanente).

- Otras: Staphylococcus aureus, Citrobacter, Providencia, Streptococcus agalactiae, Enterobacter, Morganella, Candida, Serratia.

Tratamiento:

Indicaciones:

- niños de menos de 5 años.
- Embarazadas (por riesgo de pielonefritis y de un parto prematuro). Precisan acometer un urocultivo de control.
- Enfermos que son sometidos a intervenciones quirúrgicas o a una manipulación urológica.
- Trasplantados en pacientes renales.
- Neutropénicos o en inmunodeprimidos.
- Enfermos con anomalías urológicas que no son corregibles y episodios de ITU sintomática previas.
- Bacteriuria perseverante ulteriormente de intervención urológica o ulterior a la retirada de la sonda urinaria (efectuar un solo intento terapéutico).
- Fortuitamente puede estar conveniente en las infecciones por Proteus debido al peligro de desarrollar cálculos renales. Se tiene que sospechar de una infección por Proteus ante el resultado de un pH urinario alcalino ($\text{pH} > 8-8,5$), ya que es el productor de ureasa.
- Se indica tratar la BA precedentemente de concebir cirugía cercana al área perineal (raquis, cadera) por la gravedad y la gran dificultad que muestra el tratamiento de infecciones al respecto de estas localizaciones.

Antimicrobiano:

El antibiótico de elección está dependiente al perfil local de las resistencias de E. Coli. En este momento, la prevalencia de las cepas de E. Coli que son resistentes a cotrimoxazol, nitrofurantoína o fluoroquinolonas es alta. Por esto, como tratamiento empírico y práctico, es preferible manejar en la primera elección una cefalosporina oral de tercera generación o fosfomicina-trometanol. Si se tiene realizado urocultivo nos guiaremos por el antibiograma.

Profilaxis antibiótica:

Los sucesos de bacteriuria asintomática en los que es cabal efectuar una profilaxis son los siguientes: gestantes; niños pequeños de 5 años; efectuación de una endoscopia urinaria, litotricia o cirugía genito-urinaria; enfermo con evidencia de reflujo; inmunodepresión muy grave; infección por Proteus spp o cuando cohabita bacteriuria persistente y mantenida a los 3-5 días de haberse retirado la sonda.

Situaciones especiales: bacteriuria asintomática e infección urinaria en el enfermo sondado:

En el enfermo que esta sondado en algunos sucesos resulta difícil y complicado diferenciar cuando nos hallamos ante una bacteriuria asintomática y cuando estamos frente a una indiscutible infección. El vocablo bacteriuria o candiduria en enfermo con sondaje: de 100 a 1000 ufc/ml.

La mayoría son mono microbianas.

Si el tiempo de sondaje se presume menor de 2 semanas, no se entrará en administrar tratamiento, ya que desaparece con la retirada del catéter. Si se presume mayor de las dos semanas y el enfermo es de riesgo (como puede ser en la edad avanzada), se retira el catéter y se emprenderá una pauta estimada corta de tratamiento. Si no es posible que se pueda retirar, es aconsejable el sustituido del catéter urinario una vez emprendido el tratamiento antibiótico por la presencia de bacterias que están adheridas a la superficie de este. El incremento por días de la prevalencia de la bacteriuria es del 3 % al 12 %. Piuria y sintomatología cortejado de bacteriuria sería indicador de ITU.

La infección del tracto urinario en los enfermos que son portadores de una sonda urinaria son las infecciones nosocomiales más corrientes y habituales tanto en hospitales como en los centros o instituciones de de larga estancia (40 % de las infecciones hospitalarias). El condicionante de riesgo más significativo y principal es la duración de la cateterización siendo otros del sexo femenino, DM, colonización ureteral, ausencia de tratamiento antibiótico y poco cuidado del catéter.

Etiología:

Los microorganismos emanan de la flora fecal del conveniente enfermo o de la flora ambiental reubicada por las manos del personal sanitario.

Asiduamente son infecciones polimicrobianas, fundamentalmente en los sucesos de cateterismo prolongado, donde *E. coli* ostenta la pérdida del protagonismo casi absoluto.

Siendo frecuente el aislamiento de bacilos Gramnegativos (BGN) como *P. aeruginosa* y *K. Pneumoniae* o Grampositivos (*E. faecalis*) y levaduras (Cándida).

Tratamiento:

- Es aconsejable el recambio del catéter urinario una vez emprende el tratamiento antibiótico.
- El tratamiento empírico debe asentarse y estar establecido en la ecología bacteriana propia de cada servicio.
- Es preciso tener en consideración la posibilidad de *Pseudomonas aeruginosa*, enterococos, *Enterobacter* o *K. pneumoniae* creadora de BLEEs (betalactamasa de espectro extendido). Cuando se sospeche uno de estos microorganismos, el tratamiento empírico inaugural sería un carbapenem o piperacilina-tazobactam.
- La antibioterapia se transforma y modifíca por otra de espectro más restringido

cuando se ya conoce la sensibilidad. Si no existe evidencia de aparición de pielonefritis o prostatitis, podría acortarse a un tiempo de 7 días.

Candiduria:

La retirada de catéter se conduce de un 40 % de erradicaciones. El tratamiento antifúngico debe guardarse y reservarse para aquellos enfermos con incurrancia en candiduria sintomática y cierto riesgo de una infección ascendente y en enfermos con candiduria asintomática, pero con peligro exponencial de patología diseminada (neutropénicos, inmunodeprimidos o debido a las manipulaciones urológicas). Las recaídas son habituales y acostumbradas en aquellos enfermos en los que no se ha podido proceder a retirar la sonda.

5 Discusión-Conclusión

Desde nuestra opinión como personal enfermero vemos que dada la elevada incidencia de la bacteriuria asintomática es transcendental saber conocer las diferencias con una infección de orina para no pautar antibióterapias que no sean precisas ni obligatorias evitando así sus efectos secundarios y la aparición de resistencias.

En esta revisión asimismo se repasan los sucesos en los que es ineludible tratar una bacteriuria significativa, aunque el enfermo no presente sintomatología.

Aunque no es un modo muy grave, puede motivar dificultades en determinados grupos de riesgo. Hay que dar específica importancia a la BA en el enfermo sondado debido a la dificultad en el diagnóstico y la posibilidad de aparición de complicaciones.

6 Bibliografía

1. Lindsay E. Nicolle et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 40, Issue 5, 1 March 2005, Pages 643–654.
2. Kalpana Gupta et al. International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 52, Issue 5, 1 March 2011, Pages e103–e120.
3. Thomas M. Hooton. Uncomplicated Urinary Tract Infection. *The New England Journal of Medicine*. 366;11. March 15, 2012.
4. Pigrau C. Infección del tracto urinario. Madrid: Salvat; 2013.

5. Mensa J. Guía de terapéutica antimicrobiana. 30ª edición. Barcelona: Antares; 2020.

Capítulo 22

APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS NATURALES COMPARADO CON OTROS TRATAMIENTOS EN HERIDAS

SARA GARCÍA FELIPE

1 Introducción

Se define herida como la lesión que produce pérdida de continuidad de la piel u otros tejidos del cuerpo entre los que se incluyen cortes, arañazos, quemaduras, úlceras, etc.

Para que una herida evolucione de forma correcta es necesaria la interacción de tres factores como son el medio ambiente, bacterias y mecanismos de defensa del huésped; si falla alguno de los anteriores se entorpece la curación ya que el proceso inflamatorio continúa y se suma la posibilidad de infección.

Entre los tratamientos naturales de las heridas se encuentra la miel y el azúcar. La miel consiste en una solución viscosa con pH bajo que contiene entorno a un 75% de azúcar y un 20% de agua además de otros componentes como proteínas, vitaminas antioxidantes y enzimas con importantes propiedades curativas. Entre sus efectos encontramos antimicrobiano, desbridante, desodorizante, antiinflamatorio y estimulante del tejido de granulación.

Por otro lado, el azúcar participa en la limpieza de la herida promoviendo la eliminación de tejido desvitalizado y formando una capa proteica protectora en la herida. También posee propiedades que eliminan el olor al igual que la miel y absorbe líquidos de las células superficiales del lecho de la herida produciendo una migración de líquidos y sangre de las zonas más profundas a la superficie de la

herida lo que forma microcapilares, nutriendo la herida y haciéndola más húmeda y por consiguiente consigue una cicatrización más rápida, limpia y barata.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es valorar la eficacia de la miel y el azúcar como tratamientos naturales comparado con otros más habituales en el tratamiento de las heridas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación mediante una revisión sistemática sobre la literatura científica existente mediante las palabras clave: "miel", "azúcar", "heridas" y "tratamientos convencionales"

Los artículos se identificaron mediante búsquedas electrónicas en bases de datos bibliográficas como Pubmed, CUIDEN, SciELO, Cochrane, Dialnet, Google Scholar, Scopus, 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

En los resultados obtenidos se puede observar que la miel confrontada con sulfadiazina argéntica produjo una cicatrización más rápida de las heridas, disminuía el dolor y se volvían estériles en menos tiempo, sin reacciones adversas y siendo un tratamiento más costo-efectivo. Por el contrario, el tratamiento con sulfadiazina argéntica produjo prurito, irritación y pigmentación de la zona cicatrizada. Respecto al azúcar, no se encontraron estudios que lo comparasen con sulfadiazina. Sin embargo, la comparativa con la povidona yodada mostró que las heridas tratadas con azúcar tenían menos riesgo de infección que el segundo tratamiento dentro de los cuatro primeros días, posteriormente no había diferencias significativas aunque el balance continuaba siendo positivo para la sacarosa. Asimismo, se ha visto que la combinación de povidona yodada y azúcar favorece el cierre de las heridas en pacientes oncológicos.

Al comparar la miel con povidona de yodo en diferentes tipos de heridas se observó que el tiempo de curación medio no era estadísticamente significativo en algunos estudios, pero por el contrario, otros muestran que el porcentaje de sanación en el grupo tratado con miel fue mayor en menor tiempo, además se produjo una reducción del área de la herida mayor y menor dolor durante el proceso de cicatrización medido mediante la escala EVA, resolviéndose antes el edema y el exudado en comparación con grupo del yodo.

Si analizamos la aplicación de antibióticos tópicos, se encuentran estudios demasiado antiguos (1983) sobre el uso del azúcar y nitrofurazona en heridas. A pesar de ello, los resultados fueron positivos para el azúcar aunque se potenciaba al mezclar los dos compuestos ya que al ser la segunda de consistencia más espesa ayudaba a que el azúcar permaneciera sobre el apósito y no se disolviera. Sin embargo, sí existen algunos estudios más recientes realizados en animales como el de Pintos S, et al. en el cual se compara el azúcar granulado con nitrofurazona obteniendo como resultado mayor eficacia del azúcar al reducir el proceso de cicatrización, además de mejorar el tiempo de relleno y el de epitelización de la herida.

Los estudios que evaluaron la miel evidenciaron nuevamente que ésta producía tejido de granulación y cierre de la herida en menor tiempo, eliminaba más rápido el olor, el tejido desvitalizado, el enrojecimiento y el edema perilesional, haciendo la herida estéril en menos tiempo, con menor coste y efectos adversos comparado con los antibióticos como gentamicina, nitrofurazona o neomicina.

Para finalizar, diversos casos clínicos como los que se encuentran en el estudio de Martínez López AI, entre otros, muestran como la miel y el azúcar tiene múltiples beneficios en el tratamiento de los diferentes tipos de heridas, requiriendo menor tiempo de cicatrización y menor infección., siendo incluso mejores los resultados para la miel respecto a la sacarosa.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de encontrar poca literatura sobre el tema o ser muy antigua, la mayoría de los resultados obtenidos ponen de manifiesto que tanto la miel como el azúcar pueden suponer alternativa o coadyuvante en el tratamiento de las heridas, debido a sus propiedades beneficiosas para la curación, puesto que producen mejor cicatrización, disminuye la infección y los tiempos de sanación, además de ser más barato y eficaz.

Se debe de fomentar la investigación respecto a este tema para utilización de

nuevos apósitos con estos compuestos (ya existentes en el mercado), así como la asociación de estos productos con otras sustancias para favorecer aún más la curación de heridas.

6 Bibliografía

1. Salem C et al. Heridas. Conceptos generales. Cuadernos de Cirugía, Vol. 14 N° 1, 2000, pp. 90-99
 2. Hurtada Guerrero G, Del Castillo irigoyen M, Rojas Tello E; Echevarria Zarate J. Azúcar y yodopovidona en la disminución del riesgo de infección de herida operatoria en peritonitis generalizada por apendicitis aguda. Rev Med Hered v.14 n.2 Lima abr. 2003
 3. Pintos S, González R, González E. Cicatrización de injertos cutáneos en malla de espesor completo utilizando azúcar granulado versus nitrofurazona en caninos. Rev. vet. 26(2) Corrientes dic. 2015
 4. Haddad M.C. et al. Uso do Açúcar nas Feridas Infectadas - Rev. Bras. Enf.; RS.36:152 - 163, 1983.
- Martínez López AI, García Fernández FP. La eficacia de la sacarosa y la miel en heridas crónicas: Revisió bibliográfica de la literatura. TAUJA. May;2017.
5. Freitas da Silva GR, Carvalho Moura EC, Rodrigues Barbosa de Sousa JE, Bar-radas Cavalcante T, Braz Milanez Oliveira F. Protocolo clínico de heridas: evidencias en úlcera por presión y quemaduras en la práctica de enfermería. Evidencia. 2012 ene-mar; 9(37). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7711.php>>
 6. Cabello Jaime R, Del Cubo Arroyo J, Gálvez Esquinas MJ, García Díaz FJ, Martín Montañez E, Molina Alonso JM, et al. Manejo del paciente con deterioro de la integridad cutánea. Conserjería de salud. 2007: 132-136
 7. Jull AB, Cullum N, Dumville JC, Westby MJ, Deshpande S, Walker N. Honey as a topical treatment for wounds. The Cochrane Library Internet. 2015 Mar citado 17 Feb 2018 6(3). Disponible en: <http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005083.pub4/epdf>
 8. Mengarelli RH, Bilevich E, Belatti A, Gorosito S. Agentes tópicos tradicionales utilizados para la cura de heridas ¿mito o verdad?. Act Terap Dermatol. 2013; 36: 101
 9. Schencke C, Vásquez B, Sandoval C, Del Sol M. El rol de la miel en los procesos morfofisiológicos de reparación de heridas. Int J Morphol. 2016; 34: 385-395.
 10. Molan PC. The evidence and the rationale for the use of honey as a wound dressing. Wound practice and research. 2011; 19(4): 204- 220.

11. Haynes JS, Callaghan R. Properties of honey: its mode of action and clinical outcomes. *Wounds UK*. 2011; 7(1): 50-57.
12. Baghel PS, Shukla S, Mathur RK, Randa R. A comparative study to evaluate the effect of honey dressing and silver sulfadiazene dressing on wound healing in burn patients. *Indian J Plast Surg*. 2009; 42(2): 176-181
13. Singh Gupta S, Singh O, Bhagel PS, Moses S, Shukla S, Mathur RK. Honey dressing versus silver sulfadiazene dressing for wound healing in burn patients: a retrospective study. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 2011; 4(3).
14. Razzak Memon A, Tahir SM, Khushk IA, Ali Memon G. Therapeutic effects of honey versus silver sulfadiazine in the management of burn injuries. *JLUMHS*. 2005.
15. Nurus Sami A, Mehmood N, Azhar Qureshi M, Zeeshan HK, Malik Irfan A, Iqbal Khan M. Honey compared with silver sulphadiazine as burn wound dressing. *Ann. Oak. Inst. Med. Sci*. 2011; 7(1): 22-25.
16. Mashhood AA, Khan TA, Sami AN. Honey compared with 1% silver sulfadiazine cream in the treatment of superficial and partial thickness burns. *Journal of Pakistan Association of Dermatologist*. 2006; 16: 14-19.
17. Aziz Z, Rasool Hassan BA. The effects of honey compared to silver sulfadiazine for the treatment of burns: a systematic review of randomized controlled trials. *Burns*. 2017; 43: 50-57.
18. Gulati S, Qureshi A, Srivastava A, Kataria K, Kumar P, Ji AB. A prospective randomized study to compare the effectiveness of honey dressing vs povidone iodine dressing in chronic wound healing. *Indian J Surg*. 2014; 76(3): 193-198.
19. Shukrimi A, Sulaiman AR, Halim AY, Azril A. A comparative study between honey and povidone iodine as dressing solution for Wagner Type II diabetic foot ulcers. *Med J Malaysia*. 2008; 63.
20. Agarwal S, Bhardwaj V, Singh A, Khan H, Goel S, Bharat M, et al. A control clinical trial of honey impregnated and povidone iodine dressing in the treatment of diabetic foot ulcers among northern indian subjects. *Indian J Sci Res*. 2015; 6(2): 7-10.
21. Ventura Rodríguez DP. Efectividad del uso de la sacarosa en el proceso de cicatrización de heridas. trabajo fin de máster; Vega de San Mateo: Universidad Miguel Hernández. 2017.
22. González Gascón R, Del Dedo Torre P. Actualización sobre el uso de miel en el tratamiento de úlceras y heridas. Caso clínico. *Enfermería global*. 2004.
23. Merchán Mayado E, Ferry Osset C, Melero Rubio E. Cura de heridas infectadas post-implantación de catéter peritoneal mediante tratamiento tópico con azúcar y vitamina C. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*; 9. ene./mar. 2006

Capítulo 23

LA ENFERMERÍA Y LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS BASADAS EN EL HUMANISMO

FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

MARÍA ALMANSA TORRENTE

GONZALO CUESTA NARES

1 Introducción

El humanismo es una concepción de base filosófica cuyo objeto es buscar un paradigma unificador a la práctica de la enfermería como ciencia, a partir de la formación, del conocimiento, de la práctica sanitaria y de la investigación. Para delimitar estas prácticas se debe incorporar el humanismo como un paradigma base de la ciencia de la enfermería.

Cuando hablamos de humanismo, nos referimos a un concepto basado en experiencias personales, que se confirman con las experiencias actuales. Incluye términos tales como “el individualismo”, y aborda al ser humano afirmando su independencia, su autonomía y dignidad, así como la defensa de su experiencia vital. Destaca su carácter social y hace referencia a que la persona no se debe

reducir a funciones biológicas, sino que funciona como una totalidad, compuesta por innumerables dimensiones que variarán en cada paciente.

De este modo, el cuidado sanitario debe encontrarse basado en una atención que entienda que cuidar es “ayudar al otro”, que es un proceso humano. El cuidado debe desarrollarse partiendo de una relación social y de vínculos entre el paciente y otras personas. Así, podremos decir que la enfermería es, por lo tanto, una ciencia humana y que el desarrollo de la enfermería surge, precisamente, de la misma.

2 Objetivos

Analizar y exponer las características de la aplicación del humanismo en las prácticas sanitarias de enfermería en el ámbito de la salud.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2021 y combinando los siguientes descriptores: enfermería, humanismo, paciente, sanidad, práctica. A través de estos tópicos, se encontraron 20 documentos, de los que se eliminaron 11 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 9 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

Como se ha mencionado previamente, se encuentra una estrecha relación entre las prácticas de enfermería y los conceptos teóricos del humanismo. En este sentido, la literatura científica de los últimos años manifiesta que, en las prácticas de enfermería, se debe asumir el cuidado no como una práctica simplificada, sino atendiendo a un concepto de salud novedoso que abarca múltiples dimensiones de la persona. Esta nueva perspectiva permite abordar amenazas reduccionistas, como son las que se derivan de la biotecnología o de la ingeniería y que, llevadas a su extremo, pueden rechazar el cuidado de la persona en base a sus emociones, a sus necesidades espirituales o sociales.

Por lo anterior, los procesos de cuidado enfermero, dirigidos a la persona y también a la familia o al grupo extenso, debe ser la principal preocupación del personal de enfermería, analizando e interviniendo sobre las interacciones humanas y teniendo siempre en cuenta el carácter ético, personal, social y moral de estas prácticas.

Se ha demostrado que, para conseguir este propósito, el personal de enfermería debe, asimismo, disponer de una serie de características y valores que le permitan aplicar el humanismo en su práctica diaria. Así, es necesario que estos profesionales dispongan de un conocimiento amplio sobre lo que significa ser “una persona humana”, sus dimensiones, las características técnicas y morales de “ser cuidador”, así como presentar un gran compromiso para desarrollar este cuidado no solo en situaciones tecnificadas, sino también en aquellas más humanizadas emocionalmente hablando.

De todo lo anterior se desprende que el cuidado humanizado es mucho más que simplemente un buen trato o que el paciente y sus familiares se encuentran satisfechos con la atención: se refiere a que el personal de enfermería debe entender que el paciente precisa ser cuidado y que la asistencia ha de realizarse de una manera personalizada. De esta práctica se van a desprender consecuencias positivas, principalmente en el paciente y su familia, pero que también afectarán al resto de la institución y la comunidad. Esta mirada humanizada se ha aplicado, en los últimos años, en el ámbito de la salud; no solo en el área asistencial, sino también en la comunitaria y en atención primaria. Ligado a esto, se encuentra que aquellos profesionales de enfermería a los que se forma en habilidades sociales, empatía y respeto, presentan unos principios éticos más consolidados y solidificados, comprometiéndose en una mayor medida con la institución y el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que humanizar las prácticas de enfermería permite responder a las necesidades del paciente con cuidados basados en el respeto, la comunicación empática y la calidez humana. De este modo, podemos entender a los profesionales de enfermería como profesionales cuidadores que deben disponer de características muy especiales, como son: capacidades de escucha, asertividad, compromiso ético y entrega. Estos son los principales puntos que diferencian una atención de enfermería clásica y el cuidado asistencial humanizado.

A pesar de que se han demostrado, reiteradamente, los beneficios de estas prácticas, se debe tener en cuenta que la humanización del cuidado sanitario requiere

de tiempo, recursos y buenas relaciones multidisciplinarias, algo que no siempre encontramos en el ámbito de la salud y que se debe analizar en profundidad.

6 Bibliografía

1. Siles González, J. (2014). El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropoética.
2. Meza-Galván, M. Á., Rodríguez-Nava, V. F., & Gómez-Lamadrid, O. (2009). Humanismo en enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 109-111.
3. Molina, J. L. (2003). ENFERMERÍA: PROFESIÓN, HUMANISMO Y CIENCIA. *Enfermería Global*, 2
4. Urbina Laza, O., Pérez Sánchez, A., Delgado Moreno, J. E., & Martín Linares, X. (2003). El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. *Educación medica superior*, 17, 0-0.
5. Agramonte del Sol, A., & Leiva Rodríguez, J. (2007). Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 0-0.
6. Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., & Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería global*, 13(1), 318-335.
7. Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503.

Capítulo 24

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DRENAJE TORÁCICO

FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

MARÍA ALMANSA TORRENTE

GONZALO CUESTA NARES

1 Introducción

La atención y cuidados de enfermería durante el proceso de introducción de un drenaje torácico es fundamental. El papel de la enfermera cobra principal importancia en la preparación del paciente, la inserción y mantenimiento del mismo y la posterior extracción. Conocer los principios básicos de esta técnica influirá notablemente en el éxito de tratamiento.

El drenaje torácico consiste en la colocación de un tubo en el espacio pleural para vaciar la presencia algo que ocupe la cavidad pleural. Dicho contenido puede tratarse de aire (neumotórax), sangre (hemotórax) o líquido (derrame pleural) y con su presencia colapsa el campo pulmonar en el que se encuentra provocando clínica de dolor, disnea y compromiso vital. Con la colocación de dicho catéter se pretende la evacuación y posterior reexpansión pulmonar.

Estas situaciones pueden venir producidas por varios motivos entre las que se encuentran:

- Neumotórax cerrados con presencia de aire procedente de la cavidad pulmonar y producidos de forma espontánea.
- Neumotórax abiertos tras un traumatismo costal con presencia de herida y entrada de aire exterior.
- Postoperatorios de cirugía torácica con el objetivo de la expansión total pulmonar y la detección y evacuación de sangrados.
- En presencia de Hemotórax para conseguir el drenaje y cuantificar la cantidad y velocidad de sangrado.
- Derrames malignos, neumónicos, de líquido linfático o pus que pueden producir encarcelación y rigidez pulmonar.

Existen varios modelos de tubos torácicos, así como de sistemas de drenaje pleural. El equipo de drenaje básico consta de un tubo de tórax, una unidad de drenaje con varias cámaras recolectoras y cámaras tipo sello de agua y una última cámara de control de la aspiración.

2 Objetivos

- Conocer cómo manejar los equipos de drenaje torácico por parte del personal de enfermería

3 Metodología

Para realizar este artículo la metodología ha consistido en una revisión bibliográfica apoyada tanto en medios electrónicos como bases de datos (Pubmed y Scielo) y artículos de revistas científicas. Así mismo se han consultado varios protocolos hospitalarios referidos al cuidado de catéter de drenaje torácico.

4 Resultados

En todo momento deberemos realizar una valoración del paciente: signos vitales, coloración de piel y mucosas, perfusión, síntomas de dolor torácico, sudoración, náuseas, ansiedad...

Los cuidados a realizar por turno serán los siguientes:

- Vigilar el apósito y comprobar que no está manchado y en su caso cambiarlo.
- Comprobar que el tubo de tórax está permeable y no está acodado.
- Verificar el tubo de conexión entre el tubo torácico y el equipo de drenaje. Para evitar disminuciones en la aspiración debe permanecer siempre libre de líquido

o coágulos.

- Comprobar que el sistema de drenaje está vertical y siempre por debajo del tórax del paciente.
- Observar la presencia o no de fluctuaciones en la cámara sello de agua y el burbujeo en la misma.
- Insistir al paciente en la realización de los ejercicios de fisioterapia respiratoria: inspirómetro volumétrico, inspirómetro de flujo, movilización de extremidades superiores...
- Registrar todo lo referido al drenaje torácico: fluctuación del sello de agua y burbujeo, contabilizar la cantidad drenada, características... Se deberá avisar al facultativo médico en el caso de superar los 150 ml.

Además se realizarán los cuidados diarios al paciente teniendo especial cuidado para que no se desconecten los tubos y nunca se pinzarán. Durante el aseo del paciente el apósito se cambiará utilizando guantes estériles, se limpiará con suero fisiológico y povidona yodada, se inspeccionará la herida y se volverá a cubrir.

Habrà que comprobar todos los días los niveles de las cámaras y se rellenará la cámara con la aspiración cerrada en el caso de tener que hacerlo. También se deberá cerrar la aspiración para medir la cantidad drenada.

La dieta recomendada será rica en alimentos con fibra, aumentando la cantidad de líquidos y utilizando laxantes para evitar el estreñimiento. Además se favorecerá la movilización precoz levantando al sillón lo antes posible. Cuando se realice estos movimientos nunca se pinzarán los tubos. Éste deberá hacerse únicamente para cambiar el equipo, intentar localizar una fuga aérea y para valorar la retirada del tubo torácico.

5 Discusión-Conclusión

Los actuales sistemas cerrados de drenaje con desechables y garantizan un manejo óptimo y seguro para el paciente. Las principales complicaciones van a ser el enfisema subcutáneo por salida accidental, la obstrucción del tubo, infecciones y empiema o hemorragia. Así como estreñimiento a causa de una paresia intestinal o anquilosamiento del hombro debido al dolor.

Como norma general nunca deberá pinzarse el tubo excepto para cambiar el equipo, intentar localizar una fuga aérea y para valorar la retirada del tubo torácico. Estos se retirarán cuando el drenaje disminuya hasta una cantidad mínima y las fluctuaciones en la cámara de sello de agua cesen, la radiografía muestre una reexpansión pulmonar y el paciente respire con facilidad.

6 Bibliografía

1. Belzunegui, T., Protocolo del drenaje torácico del servicio de urgencias del Hospital de Navarra. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea.
2. Hernández, C., Ferreras, B., López, D., Preciado, MJ., Txoperena, G., Lizundia, A., Corcuera, I., Protocolo Drenaje Torácico Osakidetza. Hospital Donostia.
3. Sociedad española de neumología y cirugía torácica. Manuales separ sobre procedimientos. 2019. <https://www.separ.es/node/191>.
4. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Protocolos de Neumología. 2017. <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-neumologia>

Capítulo 25

APLICACIÓN DE LOS MODELOS DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MOROTE

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

MARÍA ALMANSA TORRENTE

GONZALO CUESTA NARES

1 Introducción

Los modelos y teorías de enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería general. Se puede considerar a Florence Nightingale como la primera en plantear un modelo de formación que se terminaría extendiendo por todo el mundo estableciendo las bases de la enfermería moderna. Tuvo su inicio durante la Guerra de Crimea cuando vio que los cuidados llevados a cabo por el personal de enfermería, tuvieron una gran importancia para conseguir reducir en un 38% la mortalidad de los soldados británicos, llegando a consolidar con los años el modelo de categorización. A partir de ella, comenzaron a surgir otros muchos modelos de la mano de diferentes autoras y que dotaron a la enfermería de un rol independiente diferenciado de las demás ciencias sanitarias.

Todo esto sirvió también para crear la NANDA, un grupo de enfermeras docentes, teóricas y asistenciales que implementaron los diagnósticos de enfermería junto con sus objetivos e intervenciones (NOC y NIC) con la finalidad de crear un lenguaje enfermero común y en consecuencia, mejorar en la aplicación de los cuidados de enfermería y lograr así minimizar costes.

Hay que destacar también, que todo lo expuesto anteriormente, sirvió para que la profesión de enfermería fuese evolucionando muy favorablemente a lo largo de los años llegando hasta el punto en que nos encontramos actualmente.

2 Objetivos

Conocer las ventajas e inconvenientes que supone la aplicación de los diferentes modelos de enfermería en la práctica clínica diaria

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de diferentes artículos publicados tanto en revistas de índole científica (Metas de enfermería) como bases de datos (Pubmed, Medline), empleando las palabras clave "modelo de enfermería", "teoría de enfermería", "cuidados de enfermería"

4 Resultados

Tras llevar a cabo el análisis de los diferentes artículos encontrados y haber realizado una selección de algunos de ellos, se ha visto que hay una tendencia creciente a reflexionar sobre la importancia de la presencia de los modelos de enfermería en el trabajo diario. Respecto a las ventajas e inconvenientes a los que hacen referencia en los artículos, se pueden hacer una enumeración acorde a esa clasificación:

- VENTAJAS: aportan un conocimiento teórico útil para enfermería, son una herramienta primordial para la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la toma de decisiones; contribuyen a construir el rol profesional, proporcionan un cuidado holístico e individualizado, facilitan la realización de planes de cuidados, favorecen el desarrollo profesional de la enfermería, ayudan a prestar un servicio asequible, accesible y aceptado tanto por el usuario como el profesional, garantizan que los profesionales de enfermería del mundo compartan un lenguaje común respecto a los paradigmas enfermeros, dan un mayor peso científico a los

cuidados llevados a cabo por enfermería o ayudan a organizar los grupos de trabajo, entre otras.

- INCONVENIENTES: escasa oferta formativa, confusión de conceptos, necesidad de registros que faciliten su desarrollo y de una mayor familiarización con el lenguaje son algunos de los inconvenientes encontrados.

Hay que subrayar, que los datos recogidos permiten observar que hay una tendencia que va en aumento, a reflexionar sobre la necesidad de incorporar los modelos y teorías de enfermería a la práctica clínica diaria.

Aun así, también se observa una clara evidencia de la escasa investigación que hay acerca de este tema y que se ve reflejado en esta búsqueda, ya que se han encontrado muy pocos artículos que traten acerca de este tema comparados con otras temáticas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este trabajo sobre modelos de enfermería se puede decir que, a pesar de que la profesión enfermera ha ido evolucionando con el paso de los años, estos aún no están implementados en la práctica diaria a pesar de que se ha visto que la cantidad de ventajas que presenta su uso en la asistencia es mayor al de los inconvenientes que puede conllevar. No obstante, también es interesante reseñar que el número de artículos encontrados respecto a este tema, es mucho menor que los que se pueden encontrar en búsquedas realizadas sobre otros temas como técnicas de enfermería, aplicación de protocolos, etc.

6 Bibliografía

1. García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Historia de la enfermería, Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid. Ediciones Harcourt, S.A., 2001.
2. Marrier Tomey A, Rayle Aligood M. Modelos y teorías de enfermería 6ª Ed. Madrid. Elsevier España 2007.
3. Santos Ruiz S, López Parra M, Várez Peláez, Abril Sabater D. Aplicabilidad de modelos y teorías de enfermería en la realidad asistencial: perspectiva profesional. Resultados primera fase. Metas de enfermería jul/ago 2008; 11(6): 50-57.
4. Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Cuevas Fernández -Gallego M. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. Metas de enfermería dic 2005/ene 2006; 8(10): 58-62

Capítulo 26

ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA Y EL POSICIONAMIENTO ETICO ANTE LA EUTANASIA

DÉBORA DÍAZ BROCEÑO

RUBÉN ROJAS LAGUNA

FABRIZIO JOSUE COLAMARCO

LUCÍA RUIZ-VALDEPEÑAS ALMANSA

RAQUEL MERCADO RAMÍREZ

1 Introducción

La aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ha reabierto el debate político y social de los cuidados al final de la vida.

Este debate lleva décadas abierto en nuestro país y en los países de nuestro entorno, no solamente en ámbitos académicos, sino también a nivel social. Un debate que se reaviva continuamente a causa de casos personales que conmueven a la sociedad.

La eutanasia etimológicamente significa «buena muerte» y se define como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objetivo de evitar un sufrimiento (1).

Esta ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente y que salvaguardan la libertad de decisión, descartando presiones externas de cualquier índole.

El contexto eutanásico en el que se acepta legalmente la ayuda para morir a otra persona debe delimitarse a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental que padezca, a las posibilidades de intervención o tratamiento para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales y religiosas de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal (1).

Para llevar a cabo la práctica de la eutanasia en un paciente que la solicita, se requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico.

La muerte es un proceso biológico y universal. Ante la muerte, el ser humano evoca respuestas emocionales de ansiedad y preocupación. Dependiendo de la propia experiencia, las personas pueden adoptar distintas actitudes, por ejemplo, se pueden generar actitudes de aceptación, de negación y/o de evitación (2).

La idea de mitigar el sufrimiento en los pacientes terminales, es la principal motivación de los profesionales sanitarios que brindan los cuidados al final de la vida (3). Sin embargo, aun cuando la sintomatología está bien manejada, las pérdidas que acompañan a una enfermedad terminal, y la comprensión de que pronto morirá, puede causar sufrimiento (4).

”Los profesionales sanitarios que ejercen alrededor de los cuidados de pacientes terminales se verán expuestos a situaciones que les pueden generar conflictos, y su actitud profesional vendrá determinada por las experiencias que vayan adquiriendo” (5).

2 Objetivos

Los objetivos planteados son los siguientes:

El objetivo general:

- Conocer las actitudes del personal sanitario sobre los cuidados al final de la vida.
- Objetivo secundario:
- Describir cómo valoran los profesionales sanitarios la eutanasia

3 Metodología

Este es un estudio descriptivo transversal y prospectivo realizado en profesionales sanitarios durante el mes de diciembre de 2021.

La población con la que se llevó a cabo este trabajo estuvo compuesta por individuos mayores de dieciocho años residentes en territorio nacional durante el periodo que duró el estudio. Todos los participantes cumplieron el requisito de participar de manera voluntaria, que rellenaron una encuesta a través del servicio de formularios de Google y que se difundió por redes sociales como WhatsApp, Instagram, Twitter y Hotmail.

A cada participante se le asignó un código que solo conocía el investigador principal, y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 24.0 para su explotación estadística.

Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango intercuartílico. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje.

La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado o, en las tablas de 2x2, con el test exacto de Fisher cuando el número de efectivos calculados fue inferior a 5.

Las variables cuantitativas se compararon mediante la t de Student o, alternatively, mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney si se vulneraba el principio de normalidad, el cual se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica y a la Declaración de Helsinki. Los datos de los participantes fueron tratados con la máxima confidencialidad, cumpliéndose la LOPD 12/2018, en relación con la protección de datos de las personas participantes en el estudio.

4 Resultados

En el estudio participaron 559 profesionales de la salud de toda España, los cuales conforman la muestra.

El 74,4% (416) está totalmente en desacuerdo con considerar la eutanasia como un homicidio.

El 76,2% (426) está totalmente en desacuerdo con considerar la eutanasia como un pecado, yendo en contra de sus creencias religiosas.

El 63,7% (356) de los encuestados está totalmente en desacuerdo con considerar la eutanasia como un acto no bioético. Por el contrario, el 67,8% (379) está totalmente de acuerdo en considerar la eutanasia como muerte digna.

El 62,6% (350) de los profesionales está totalmente en desacuerdo con considerar que realizar la eutanasia ocasiona una devaluación de su profesión, frente al 2,5% (14) que está totalmente de acuerdo con esta afirmación.

El 73,2% (409) de los profesionales de la salud encuestados está totalmente de acuerdo con la afirmación “consideras que el sufrimiento físico y psicológico de un paciente es un factor importante en la decisión de llevar a cabo la eutanasia.” Frente al 1,8% (10) que está totalmente en desacuerdo.

El 37% (207) está totalmente de acuerdo en considerar que debe aceptarse la solicitud de suicidio asistido médico en un paciente que no está de acuerdo con su calidad de vida.

Después se investigó cuál era la opinión de los sanitarios sobre los cuidados al final de la vida y uno de los resultados más llamativos fue que el 83,5% (467) de los encuestados tiene sentimientos de culpabilidad tras la muerte de los pacientes.

Además, el 37,7% (211) y el 38,8% (232) afirma estar de acuerdo y muy de acuerdo, respectivamente, con la afirmación de que atender pacientes al final de la vida es deprimente. A su vez, el 56,9% (318) y el 41,5% (232), está de acuerdo y muy de acuerdo con que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de ayudar a los pacientes al final de su vida.

También cabe destacar que el 60,6% (339) de los encuestados está de acuerdo con que la responsabilidad de ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte les corresponde a los profesionales sanitarios.

Asimismo, el 62,6% (350) también está de acuerdo con que los profesionales tienen la responsabilidad de asistir el duelo de los familiares una vez fallece el paciente.

Por otro lado, más de la mitad de los encuestados considera estar de acuerdo con que la depresión es tratable en los pacientes al final de la vida.

Por último, el 58,9% (329) y el 39,9% (223) considera estar de acuerdo y muy de acuerdo, respectivamente, con que el sufrimiento psicológico puede ser tan duro como el sufrimiento físico.

5 Discusión-Conclusión

Se han extraído las siguientes conclusiones a partir de los resultados de este estudio:

Observamos que la mayoría de los participantes tienen una actitud positiva sobre lo cuidados al final de la vida, considerándolos como una parte más de su responsabilidad moral y legal como profesionales de la salud, tomando como suya la responsabilidad de preparar a los pacientes para la muerte y asistir al duelo de los familiares. Aunque un elevado porcentaje de los profesionales siente culpabilidad tras la muerte de los pacientes, no considera su profesión devaluada por prestar estos cuidados.

En cuanto a cómo valoran los profesionales sanitarios la eutanasia, se concluye que, están a favor de esta descartando considerarla como un homicidio, pecado o como un acto no ético.

6 Bibliografía

1. BOE.es - BOE-A-2021-4628 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. [Internet]. [cited 2022 Sep 9]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
2. Bermejo JC, Villaceros M, Hassoun H. Attitudes towards end-of-life patient care and fear of death in a healthcare student sample. *Med Paliativa*. 2018 Jul 1;25(3):168–74.
3. Pesut B, Wright DK, Thorne S, Hall MI, Puurveen G, Storch J, et al. What's suffering got to do with it? A qualitative study of suffering in the context of Medical Assistance in

Dying (MAID). *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 Dec 31 [cited 2022 Sep 10];20(1):1–15.

Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12904-021-00869-1>

4. Krikorian A, Limonero JT, Maté J. Suffering and distress at the end-of-life. *Psychooncology* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2022 Sep 11];21(8):799–808. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.2087>

5. Galiana L, Oliver A, Sansó N, Pades A, Benito E. Validación confirmatoria de la Escala de

Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Med Paliativa*

[Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 Sep 11];24(3):126–35. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-validacionconfirmatoria-escala-afrontamiento-muerte-S1134248X15000476>

Capítulo 27

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRÍA, DEPRESIÓN CRÓNICA

LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA

ÁLVARO MARTOS BELLIDO

AGUSTIN MORALES RUIZ

1 Introducción

La depresión es un trastorno más frecuente de lo que pensamos, sobre todo en aquellas personas de tercera edad. Sus repercusiones no recaen solo sobre el paciente, sino también sobre su entorno social, familiares, amigos etc. La OMS declara que uno de los principales problemas de salud en esta franja de edad es la depresión, y que la mayoría de la incidencia procede de las mujeres. Añade, además que en cuanto a los trastornos depresivos estima que en un futuro la depresión será la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares.

La depresión se define como una enfermedad mental caracterizada por una tristeza profunda y duradera que se representa con un estado anímico bajo, pérdida de interés en actividades de ocio y tareas cotidianas, combinado con una alteración del apetito y el sueño, agitación o actividad psicomotriz lenta, sentimientos de inutilidad, escasez de concentración y en algunas ocasiones ideas suicidas que ponen en peligro la integridad del sujeto.

Cuando la depresión es profunda o crónica puede manifestarse en el anciano tensión, temor, preocupación y angustia, así como malestares físicos tales como dolor corporal, insomnio, fatiga, etc.

En el caso de los ancianos la sintomatología depresiva pasa más desapercibida, puesto que se tiende a pensar que los síntomas forman parte del proceso normal de envejecimiento. Como consecuencia muchos pacientes de la tercera edad no reciben el tratamiento que les corresponde, disminuyendo su calidad de vida. De tal forma y con los datos anteriores es sumamente importante detectar este trastorno y tratarlo de forma terapéutica, tanto con terapia farmacológica como psicológica y cognitiva.

Descrita la importancia de tratar la depresión, nos encontramos con nuestra paciente a la que realizaremos un plan de cuidados acorde a sus necesidades.

Resumen de historia clínica:

- Dx principal: EPISODIO DEPRESIVO.
- Mujer de 62 años de edad, No alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos ni enfermedades crónicas.
- Antecedentes psiquiátricos y enfermedad actual: Seguimiento en USM privada desde hace un año por distimia, con historial de ánimo bajo y ansiedad. Es derivada al servicio para valoración de ingreso y ajuste de tratamiento. No ingresos previos. Actualmente la paciente refiere que en el último año y medio se ha encontrado especialmente mal de ánimo, llegando muchos días a no salir de la cama, con falta de energía y tendencia a pensar que está desesperanzada y no se puede curar. Siente una tristeza constante y ha dejado de hacer actividades de ocio, refiriendo que es incapaz e inútil para hacerlas. Decide ingresar voluntariamente por su familia y círculo social, con la idea de encontrar un tratamiento y medidas eficaces para afrontar su estado actual.
- Exploración psicopatológica: Consciente y orientada en las tres esferas, abordable y colaboradora, mantiene el contacto visual, facies poco expresivas. Ánimo hipotímico, abulia, tendencia al llanto, clinofilia y tristeza marcada. Ansiedad manifestada, no psicoticismo. Insomnio global. Juicio conservado. No ideas de muerte. No auto ni heteroagresividad. No alteraciones en el apetito.

2 Objetivos

- Establecer un plan de cuidados con respecto a una depresión crónica ya diagnosticada previamente. Establecer diagnóstico enfermero, objetivos y actividades a

realizar.

- Plantear los patrones funcionales de Magory Gordon alterados.

3 Metodología

Para la realización de este plan de cuidados se buscó información previa referida a la depresión crónica y su relevancia en la actualidad y personas de tercera edad. No se establecieron restricciones de ningún tipo salvo en idioma (inglés y español).

Posteriormente se pasó al estudio de la historia clínica del paciente para establecer un plan de cuidados acorde a sus necesidades.

4 Resultados

1. PLAN DE CUIDADOS

1.1. VALORACIÓN

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANTENIMIENTO DE LA SALUD ALTERADO o

La paciente considera que su salud no es buena, es consciente de su situación actual y que requiere ayuda de un profesional. Muestra interés en recuperarse, aunque le faltan conocimientos y medidas para hacerlo efectivo. o Buena adherencia al tratamiento farmacológico. o Lleva buenos hábitos de higiene personal, es independiente en la vida diaria.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO o La paciente presenta un IMC 23.3 (normal) 163cm;62Kg o Realiza cuatro comidas al día; nutrición e ingesta de líquidos adecuada o No existen lesiones cutáneas o en mucosas o Escala de Norton sin alteraciones

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN ALTERADO o Existe estreñimiento de forma recurrente, que le causa dolor en la defecación y distensión abdominal. o Toma de laxantes diarios como sistemas de ayuda

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO ALTERADO o La paciente presenta incapacidad de ocio habitual, se aburre realizando actividades por lo que se ha vuelto una persona sedentaria que permanece la mayor parte del tiempo dentro de casa y/o en la cama o Test de Barthel, Katz y Tinetti sin alteraciones

PATRÓN 5: REPOSO – SUEÑO ALTERADO o Calidad- cantidad sueño alteradas o Requiere toma de medicación para facilitar el sueño y relajación nocturna.

Refiere dificultad para conciliar el sueño y continuos despertares o Presenta cansancio con la falta de descanso y una conducta irritable

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTIVO ALTERAD ALTERADO o Paciente consciente y orientada. o Alteraciones cognitivas con dificultad para expresar ideas y síntomas depresivos (descritos anteriormente) o Se siente irritada e intranquila frecuentemente, debido a la ansiedad o Test Mini – Mental sin alteraciones

PATRÓN 7: AUTOIMAGEN – AUTOCONCEPTO ALTERALTERADO o Refiere pensamientos negativos hacia su persona, con expresiones de desesperanza e inutilidad. Muy autocrítica con todo lo que hace, no acepta las críticas positivas de su entorno. o Baja autoestima, con poco sentido de valía general. o No hay problemas en cuanto a su físico. o Escala de Goldberg para la ansiedad y depresión (valor de 7 en ambas).

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES: RIESGO ALTERADO o Actualmente vive con su marido, sus hijas están independizadas, pero tienen buena relación familiar y se ven frecuentemente. Socialmente cuenta con un pequeño grupo de amigos. o Todo su círculo le brinda apoyo y la anima a iniciar terapia para mejorar su estado de salud. o No hay riesgo social. o Test de Apgar en rango. Buena red familiar.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN o El paciente no expresa preocupación con respecto a su sexualidad.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS ALTERADO o Refiere una sensación habitual de estrés con falta de medidas eficaces para controlarlo. o Recurre a fármacos para calmar su estrés y ansiedad. o Dispone de personas cercanas para contarles sus problemas, pero tiende a reprimir sus emociones y minimizarlas para no molestar hasta que estalla.

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS o Actualmente la paciente no está contenta con su vida, pero quiere mejorar su salud y tiene planes futuros para cuando se encuentre mejor. Deseos de curarse. o Atea.

1.2. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS a) ESTILO DE VIDA SEDENTARIO

Hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física. Dominio 1 Clase 1

Características definitorias

- ☒ La actividad física diría media es menor a la recomendada según sexo y edad
- ☒ Pérdida de la condición física

Factores relacionados

☒ Interés insuficiente en la actividad física

☒ Motivación insuficiente para realizar la actividad física b) ESTREÑIMIENTO

Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas. Dominio 3 Clase 2

Características definitorias

- Cambios en el patrón intestinal
- Distensión y dolor abdominal
- Incapacidad para defecar
- Cefaleas

Factores relacionados

- Alteración emocional
- Depresión
- Disminución de la motilidad intestinal
- Ingesta insuficiente de fibra y líquidos

Problemas asociados

- Deterioro neurológico y electrolítico
- Hemorroides c) AFRONTAMIENTO INEFICAZ

Patrón de apreciación no valida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar. Dominio 9 Clase 2

Características definitorias

- Cambios en el patrón de sueño
- Conducta de riesgo
- Conducta destructiva hacia sí mismo
- Estrategias ineficaces de afrontamiento
- Habilidad de resolución de problemas insuficientes
- Incapacidad para pedir ayuda o manejar la situación

Factores relacionados

- Confianza inadecuada en la habilidad de manejar la situación
- Estrategias de relajación de la tensión ineficaces
- Recursos inadecuados
- Sentido de control insuficiente d) ANSIEDAD

Sensación vaga e intranquilizadores de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o de-

sconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar de antemano. Dominio 9 Clase 2

Características definitorias

- Conductuales: inquietud, insomnio, movimientos que muestran impaciencia, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales
- Afectivas: angustia, aprensión, arrepentimiento, aumento de la desconfianza, nerviosismo, sentimiento de insipiente, sufrimiento, temor

Factores relacionados

- Amenaza de muerte y al estatus habitual
- Conflicto sobre los objetivos vitales
- Estresores
- Necesidades no satisfechas

1.3. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

DIAGNÓSTICO (a) ESTILO DE VIDA SEDENTARIO

NOC: Tolerancia al ejercicio. Definición: acciones personales para llevar a cabo un régimen autoplanificado, estructurado y repetitivo para mantener o elevar el nivel de condición física y la salud.

Indicadores:

- Establece objetivos realistas a corto plazo
- Participa en ejercicio con regularidad,
- Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio

NIC: Fomento del ejercicio. Definición: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico o el nivel de salud.

Actividades:

- ☒ Determinar la motivación del individuo para empezar o continuar con el programa de ejercicio
- ☒ Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio
- ☒ Ayudar a individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal
- ☒ Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

NIC: Manejo de la energía. Definición: regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga o mejorar las funciones.

Actividades:

- ☒ Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones
- ☒ Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades
- ☒ Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades
- ☒ Planificar las actividades para los periodos en los que el paciente tiene más energía

DIAGNÓSTICO (b) ESTREÑIMIENTO

NOC: Eliminación intestinal. Definición: formación y evacuación de heces.

Indicadores:

- Cantidad de heces en relación con la dieta
- Eliminación fecal sin ayuda
- Abuso de ayuda para la eliminación

NIC: Manejo del estreñimiento. Definición: prevención y alivio del estreñimiento fecal.

Actividades:

- ☒ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento o impactación fecal
- ☒ Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces según corresponda
- ☒ Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser la causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo
- ☒ Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para tratar el estreñimiento/impactación fecal

NIC: Manejo de la nutrición. Definición: proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.

Actividades:

- ☒ Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento
- ☒ Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias, según precise (p.ej. dieta absoluta, dieta con líquidos claros, completa, dieta blanca o dieta que se tolere)
- ☒ Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales
- ☒ Determinar el estado nutricional del paciente, así como sus preferencias y capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales

DIAGNÓSTICO (c) AFRONTAMIENTO INEFICAZ

NOC: Afrontamiento de los problemas. Definición: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los procesos.

Indicadores:

- Identifica patrones de superación eficaces
- Verbaliza aceptación de la situación
- Identifica y utiliza estrategias de superación efectivas

NIC: Aumentar el afrontamiento. Definición: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

- ☒ Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- ☒ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
- ☒ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- ☒ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- ☒ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- ☒ Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.

DIAGNÓSTICO (d) ANSIEDAD

NOC: Nivel de ansiedad. Definición: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Indicadores:

- Irritabilidad
- Dificultades para resolver problemas
- Cambio en las pautas intestinales y patrones del sueño

NIC: Disminución de la ansiedad. Definición: minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro adelantado.

Actividades:

- ☒ Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- ☒ Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- ☒ Crear un ambiente que facilite la confianza.
- ☒ Anima r la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- ☒ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- ☒ Administra r medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

NIC: Terapia de relajación. Definición: uso de técnicas par a favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor,

tensión muscular o ansiedad

Actividades:

- ☒ Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- ☒ Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- ☒ Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado

1.4. VALORACIÓN

Una vez que se ejecuta el plan de cuidados elaborado por enfermería queda la evaluación del mismo, en este caso se realizará a cada semana, comparando los resultados esperados con los obtenidos.

La evaluación nos aportará información sobre si nuestro plan de cuidados va por buen camino, así los problemas resueltos y los nuevos identificados, de tal forma que se podrán formular nuevos objetivos y planificar un nuevo PAE con los cambios oportunos.

5 Discusión-Conclusión

- La depresión es una enfermedad mental que se caracteriza por una tristeza muy profunda y duradera, que se representa como un estado anímico bajo, pérdida de interés en actividades de ocio y tareas cotidianas, combinado con una alteración del apetito y el sueño, agitación o actividad psicomotriz lenta, sentimientos de inutilidad, escasez de concentración y en algunas ocasiones ideas suicidas que ponen en peligro la integridad del sujeto.
- La depresión es un trastorno muy frecuente en la actualidad que afecta a todo el entorno del paciente. En el caso de los ancianos la sintomatología pasa más desapercibida por lo que necesita un mayor control para su diagnóstico.
- Para el correcto tratamiento es necesario tanto terapia farmacológica como psicológica y cognitiva.

6 Bibliografía

1. Suarez JLÁ. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. :34.

2. Clasificación completa de diagnósticos de Enfermería NANDA 2018-2020 [Internet]. El blog de Salusplay. 2019 [citado 7 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-enfermeria-nanda-2018-2020/>
3. Clasificación completa de resultados de enfermería NOC 2018 (6o edición) [Internet]. El blog de Salusplay. 2018 [citado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-completa-resultados-enfermeria-noc-2018/>
4. Clasificación completa de intervenciones de enfermería NIC 2018 [Internet]. El blog de Salusplay. 2018 [citado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-intervenciones-enfermeria-nic-2018/>
5. Soria TR, Soriano CMI, Lara JN, et al. Depresión en adultos mayores. diferencias entre sexos . Rev Elec Psic Izt. 2018;21(2):682-697.

Capítulo 28

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA INFANTIL

MARÍA NAZARET LÓPEZ ZAMORA

LUCÍA LUNA LASTRES

1 Introducción

Llamamos hematopoyesis al proceso mediante el cual se originan, desarrollan y maduran las células sanguíneas. La médula ósea es la principal responsable de este proceso. A partir de las células madres, se irán originando y diferenciando todas las células que conforman la sangre. La primera vez que se diferencia la célula madre se crean las células mieloides y las células linfoides.

La leucemia aguda se trata de una enfermedad neoplásica donde las células sanguíneas inmaduras se transforman en malignas y hay una producción incontrolada de la línea linfóide (leucemia linfoblástica aguda) o mielóide (leucemia mieloblástica aguda).

La leucemia mielóide aguda (LMA) surge habitualmente en adultos, siendo más prevalente en varones. En cuanto al periodo infantil, lo más frecuente es que la leucemia mieloblástica aguda aparezca antes de los dos años de edad. Se caracteriza por la proliferación de células mieloides (mieloblastos) anormales, las cuales infiltran la médula ósea, la sangre circulante y otros tejidos. Dichas células mieloides anormales están en diferentes estados incompletos de maduración. A consecuencia de ello, las células anormales desplazan a las células hematopoyéticas sanas. Al desplazar a las células sanas, en relación a la serie

roja, se producirá anemia, cuyos síntomas más comunes son palidez, debilidad y cansancio; en cuanto a la serie blanca, aparecerán infecciones y fiebre; por último, respecto a la serie plaquetaria, podría haber hemorragias.

Por todo esto, los síntomas que ayudan al diagnóstico son debidos, sobre todo, a que las células malignas invaden la médula ósea.

Asimismo, como consecuencia de la infiltración en el sistema nervioso, ojos, mucosas y piel también podrían presentarse síntomas más específicos.

Respecto al pronóstico, ha mejorado notablemente la supervivencia de niños con leucemia mieloblástica aguda en los últimos años.

2 Objetivos

- Realizar una valoración de enfermería por patrones funcionales.
- Identificar los diagnósticos de enfermería en LMA.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería relacionado con el problema.

3 Caso clínico

Niña de 3 años, que acude a planta de Oncohematología Pediátrica para ingreso programado. Presenta LMA desde marzo de 2022 y acude para quinto ciclo de quimioterapia. Iba a recibir trasplante de progenitores hematopoyéticos, pero no es posible por sufrir una recaída, y es por esto por lo que va a recibir otro ciclo de quimioterapia.

Antecedentes familiares: su padre presenta hipercolesterolemia y migrañas. Su madre no presenta ninguna enfermedad en la actualidad. No tiene hermanos. Conviven los tres en una zona rural.

Antecedentes personales: embarazo controlado. Serologías negativas, sospecha de fisura de bolsa. Parto a la 37 semana de gestación. Estuvo ingresada en Unidad de Neonatología por presentar ictericia, la cual fue tratada con fototerapia. Peso al nacer 3080 gr. Recibió lactancia materna exclusiva durante 7 meses. Su crecimiento y desarrollo ha sido normal. Está correctamente vacunada según calendario actual (pendiente de vacunación de los 3 años). NAMC. No ha tenido ninguna intervención.

A su llegada a la Planta de Oncohematología Pediátrica, se realiza una valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon:

PATRÓN I: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

La niña cree que es una enfermedad en la cual ella tiene bichitos malos.

Medicación habitual: Septrin 3 veces por semana, voriconazol todos los días.

No alterado.

PATRÓN II: NUTRICIONAL - METABÓLICO

En casa normalmente toma un vaso de leche y tostada con aceite (desayuno); potajes (comida); salchichas, lomo a la plancha, purés... (cena). Bebe 1 litro de agua al día aproximadamente. Buen apetito normalmente. Suele comer sola, en el hospital le ayuda su madre. En el hospital tiene una dieta normal.

Al ingreso pesa 15 kg y mide 105 cm.

Presenta náuseas y vómitos con el tratamiento de quimioterapia. También menor apetito con dicho tratamiento. No ha perdido peso porque aunque pierde el apetito, cuando se pasan los efectos, come con más ganas y recupera lo poco que haya podido perder.

En cuanto a la higiene, todos los días por la noche su madre le ayuda a ducharse. Buena hidratación general de la piel. Su madre le ayuda a vestirse.

PATRÓN III: ELIMINACIÓN

Eliminación urinaria: orina c/8h aproximadamente en casa. En el hospital, orina con más frecuencia por la sobrehidratación.

Eliminación intestinal: una vez al día. La quimioterapia le provoca, a veces, diarrea o estreñimiento (en el momento de la valoración, eliminación intestinal normal).

PATRÓN IV: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Estado respiratorio: no alterado.

Estado cardiovascular: frecuencia cardiaca sobre 90 l/m. T.A 80/50 mmHg: no alterado.

Movilidad y actividades cotidianas: normalmente, ella es muy activa y tiene mucha energía (incluso en los otros ciclos de quimioterapia), pero el último ciclo la ha dejado muy débil y con cansancio general.

Actividades de la vida diaria (AVD): juegos, todavía no va al colegio porque ha coincidido el comienzo de la enfermedad con el comienzo de su vida escolar.

PATRÓN V: SUEÑO - DESCANSO

Duerme toda la noche seguida sin ningún problema. Nunca duerme siesta.

En el hospital, se suele levantar una vez a orinar debido a la sobrehidratación, por lo demás, duerme bien también en el hospital.

No alterado.

PATRÓN VI: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Refiere dolor en la barriga con el último ciclo de quimioterapia.

Por lo demás, patrón no alterado, no tiene ninguna alteración sensorial ni de reflejos. Todo está acorde a su edad.

PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO

No está preocupada por su imagen, no muestra preocupación por no tener pelo y su madre no lo refiere. Está contenta, algo resignada por tener que estar en el hospital.

Siente temor pero no a la enfermedad en sí, sino a las técnicas invasivas que conllevan la enfermedad (canalización de reservorio, extracción de sangre de vía venosa periférica, inyecciones subcutáneas, etc.)

PATRÓN VIII: ROL - RELACIONES

Su madre comenta que como no tiene hermanos y no ha ido al colegio todavía, la niña es un poco egoísta porque no se relaciona con niños.

Cuidador principal: su madre.

No alterado.

PATRÓN IX: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN: no alterado.

PATRÓN X: AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRÉS: no alterado.

Buen afrontamiento de la enfermedad, no le gusta pasar días en el hospital pero no tiene ningún comportamiento anormal por ello.

PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS: no alterado.

Tras realizar la valoración de enfermería a la niña con la ayuda de su madre, se identifican los diagnósticos de enfermería, se priorizan y se elabora un plan de cuidados de enfermería individualizado.

Plan de cuidados

1. Fase diagnóstica:

00004) Riesgo de infección m/p procedimientos invasivos (canalizar reservorio, manipularlo) y alteración de las defensas secundarias (bajo número de neutrófilos).

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos (químicos) m/p informes verbales.

(00134) Náuseas r/c fármacos (agentes quimioterapéuticos) m/p sensación nauseosa.

(00093) Fatiga r/c estados de enfermedad m/p falta de energía o incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física, letargo o fatiga.

(00148) Temor r/c procedimientos hospitalarios m/p sentirse asustado, inquietud, alarma, aumento del pulso.

2. Fase de planificación:

De los diagnósticos identificados anteriormente, se prioriza Riesgo de infección, Dolor agudo y Náuseas. Aunque el plan de cuidados está dirigido a la niña, algunos NOC y NIC se trabajarán con la madre, por ser la niña aun incapaz de comprender ciertas conductas a causa de su edad.

-(00004) Riesgo de infección m/p procedimientos invasivos (canalizar reservorio, manipularlo) y alteración de las defensas secundarias (bajo número de neutrófi-

los).

NOC: (1902) Control del riesgo.

Indicadores: 190201 Reconoce el riesgo.

190203 Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.

190216 Reconoce cambios en el estado de salud.

NIC: (6550) Protección contra las infecciones

Actividades: Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

Limitar el número de visitas, si procede.

Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

- (00132) Dolor agudo (en estómago) r/c agentes lesivos (químicos) m/p informes verbales.

NOC: (1605) Control del dolor.

Indicadores: 160502 Reconoce el comienzo del dolor.

160507 Refiere síntomas al profesional sanitario (en este caso, a la madre y ella a nosotros).

NIC: (1400) Manejo del dolor.

Actividades: Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituyen un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.

NIC: (2210) Administración de analgésicos.

Actividades: Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.

-(00134) Náuseas r/c fármacos (agentes quimioterapéuticos) m/p sensación nauseosa.

NOC: (2103) Gravedad del síntoma.

Indicadores: 210301 Intensidad del síntoma.

210302 Frecuencia del síntoma.

210314 Falta de apetito.

NIC: (1450) Manejo de las náuseas.

Actividades: Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando en el caso de náuseas relacionadas con el embarazo).

Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas.

NIC: (2380) Manejo de la medicación.

Actividades: Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

4 Discusión-Conclusión

La leucemia mieloblástica aguda es una neoplasia que con más frecuencia aparece en el adulto, pero la población infantil no está exenta de sufrir esta patología.

Al igual que el tratamiento médico es imprescindible para superar esta enfermedad (en este caso, quimioterapia), también lo son los cuidados de enfermería. Un plan de cuidados de enfermería individualizado, ayudará a que la paciente pueda pasar por este proceso con el menor número de síntomas posibles (derivados de la quimioterapia) y con la mejor calidad de vida que sea posible.

Así pues, gracias a la elaboración y puesta en marcha del anterior plan de cuidados, la niña no ha contraído ninguna infección, cumpliéndose el objetivo Control del riesgo. Asimismo, se ha podido aliviar el dolor causado, cumpliendo el objetivo Control del dolor. Por último, la intensidad y frecuencia de las náuseas ha disminuido y se ha recuperado el apetito total.

5 Bibliografía

1. Leyto Cruz F. Leucemia mieloide aguda [Internet]. Rev Hematol Méx. 2018 [citado el 19 de agosto de 2022]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58979738/Leucemia_Mieloide_Aguda20190421-43969-c7285s-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1661184409&Signature=bPDeZdMy9uD7FUh-OF32wOc1nTajdo3W8ou9wf2rTvzDfXcqLEv6vy75Am-o1T67wYxXb1VtNoHQzfQOqCLiC3wpZ-tQBRFZMP4LsfyHly6d-qyMIVyNWpr5mBIFAzovprdn9IDJRM4JSOsmSUIDmg2-dVDf6lh7MyKKlQm2X5xscKg-t4nZJmFgejguIKd7KNzq3kv1R7cl-iRnB4oDfTx3L4Cfl7GpRxPhg05CUfkBTUaP-LXijol98UwvxHtquvViLVYtq9obTM6ip9rUzTm_-&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
2. Leucemia mieloide aguda infantil [Internet]. Fundación Josep Carreras contra la Leucemia. 2022 [citado el 21 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.fcarreras.org/es/leucemia-mieloide-aguda-infantil_1190419
3. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Barcelona: Elsevier España; 2021.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Filadelfia: Elsevier; 2018.

5. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Filadelfia: Elsevier; 2018.

Capítulo 29

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL MANEJO DEL CLIMATERIO

ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO

ANA PILAR ROLANDO AMAYA

BELEN MUÑOZ SAIZ

EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

La osteoporosis, las enfermedades cardiológicas y el cáncer de mama son las patologías más frecuentes en esta etapa de la vida donde los programas de actuación deben dirigirse fundamentalmente a la detención precoz. Hablamos de menopausia cuando se ha finalizado el ciclo menstrual durante doce meses consecutivos por unas causas fisiológicas, actualmente en España la edad varía desde los 45 a los 53 años. El climaterio es el periodo previo y posterior a la menopausia (1 a 5 años antes) premenopausia y posmenopausia (1 a 5 años después). Desarrollar unos programas de salud encaminados a tratar cada uno de los problemas que puedan aparecer en esta edad permitirá dar al paciente una ayuda integral, evaluando cada uno de los problemas que pueden aparecer y que si estos no se detectan pueden verse potenciados por un abordaje ineficaz. El objetivo es asesorar en la consulta de enfermería en esta etapa, donde la vulnerabilidad y el

desconocimiento hace que muchas veces el paciente no pida ayuda y se sienta desbordado.

El cese de la función de los ovarios y como consecuencia de la disminución de estrógenos conduce a la mujer a una etapa de la vida, en la que esta debe estar con una serie de sintomatología que puede vivenciarse de manera patológica.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es describir los estilos de vida saludables en la mujer menopáusica y protocolizar la atención al climaterio, así como las funciones de enfermería.

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

El sedentarismo, el café, el alcohol, el tabaco, la dieta pobre en calcio, antecedentes de osteoporosis, nuliparidad... Son datos que debe valorar el personal de enfermería para desarrollar estrategias de actuación enfocados en factores de riesgo que son modificables, estimulando cambios en el estilo de vida, ofertando ayudas disponibles para abandonar el hábito tabáquico, alcohol... Identificar a los pacientes que deban ser valorados por otros profesionales sanitarios permitirá realizar un abordaje integral del paciente y desarrollar unas estrategias exitosas.

El apoyo del personal de enfermería y la educación sanitaria en consulta es fundamental, una buena intervención en consulta permite a la mujer conocer los cambios que han modificado y a los que su cuerpo se tiene que adaptar y una adquisición de estilos de vida saludables que minimicen los riesgos potenciales. En el abordaje del paciente en consulta debe estar protocolizado, para poder detectar unos factores de riesgo y establecer un plan de acción que disminuya estos riesgos y permita dar una educación sanitaria encaminada a estimular cambios en el paciente. Todo ello será fundamental en el afrontamiento de esta etapa de la vida.

Especialmente la relevancia del abordaje dietético es esta etapa, en general se debe aumentar la ingesta de frutas, hortalizas, verduras, cereales integrales y disminuir el consumo de las grasas, además de asegurar un aporte adecuado de calcio, lácteos especialmente desnatados, semillas, frutos secos, verduras de hoja verde y sardinas. Además, potenciar un aporte adecuado de vitamina D y la exposición a la luz solar. Ambos necesarios para mantener unos huesos fuertes y evitar complicaciones. Así como la dieta, la prescripción de ejercicio físico no se puede pasar por alto en la atención de estos pacientes. Evitaremos con ello el aumento del peso, mejorar la salud cardiovascular, ganar agilidad, disminuir la pérdida de masa ósea y beneficiarnos del bienestar psicológico que nos aporta.

5 Discusión-Conclusión

La menopausia es una etapa de la vida de la mujer donde un afrontamiento ineficaz y un estilo de vida muy poco saludable puede repercutir negativamente a su estado de salud. Los cambios hormonales se llevan apareados en una serie de cambios que si son tratados adecuadamente permiten minimizar riesgos y mantener la salud durante esta etapa de la vida.

La enfermería en la atención de la paciente en este periodo debe hacer uso de unos protocolos de evaluación precoz donde se puedan registrar antecedentes ginecológicos, alteraciones del ritmo menstrual y todos los factores de riesgo que puedan incidir en el afrontamiento eficaz de esta etapa de la vida, asegurándose así la educación sanitaria y evitar consecuencias que repercuten en cualquiera de las etapas de salud de la mujer.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Capítulo 30

PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR Y LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO

ANA PILAR ROLANDO AMAYA

BELEN MUÑOZ SAIZ

EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

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. 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 sobretudo en el lugar de trabajo, lo que afecta al desarrollo de la vida normal de estas personas.

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 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.

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.

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 basará 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

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.

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.

6 Bibliografía

WWW.REVISTAMEDICA.COM

WWW.GOOGLE.ES

Capítulo 31

PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ROSA MARÍA GUTIÉRREZ LOZANO

ANA PILAR ROLANDO AMAYA

BELEN MUÑOZ SAIZ

EVA MARÍA GONZÁLEZ VALERO

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

En la actualidad las técnicas más usadas para aumentar la familia son:

- Inseminación artificial.
- Fecundación un vitro, aunque estas no son las únicas.

Cada una de estas técnicas necesita una preparación y unos cuidados diferentes. Así como también tiene unas tasas de embarazo que oscila entre el 12% de la inseminación al 32% de la fecundación, todo dependiendo muchísimo de las edades de las pacientes así como de la calidad del semen.

La tasa de natalidad ha ido descendiendo en los últimos años. Esto va unido a que la tasa de esterilidad en España se sitúa alrededor del 20%, con lo que se ha conseguido mejorar las técnicas de reproducción asistida.

Esta esterilidad va unida con los deseos de tener familia a edades más avanzada así como la inserción de la mujer en mundo laboral, unido a un aumento de relaciones sexuales sin protección que aumenta el riesgo de las infecciones de transmisión sexual.

Toda pareja que inicia ciclos de reproducción asistida lleva un proceso duro y largo y es de vital importancia que cuenten con la información detallada y objetiva, así como contar con profesionales cercanos como es el caso del personal de enfermería que son los que ayudan y e inician el tratamiento, además resuelven las dudas y los acompaña en el proceso.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es destacar la importancia de una educación sanitaria de muy buena calidad y el acompañamiento de las parejas durante los tratamientos de fertilidad y explicar la labor de enfermería en el proceso.

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

Principalmente el personal de enfermería enseña a pinchar los bolígrafos para que no tengan dudas en casa, y en el caso de que les surjan que puedan solucionarlos sin problemas, además habrá que explicarles las gráficas que usaremos para llevar los controles de los ciclos y que revisiones tendrán que tener durante cada ciclo.

Los principales fármacos que explica la enfermera es:

- Rotura de folículo maduro con Ovitrelle que también es un bolígrafo.
- Inducción de la ovulación como puede ser Gonol, Bemfolol y son bolígrafos.
- Ácido fólico, son pastillas a tomar antes del embarazo.
- Progesterona que son pastillas que ayudan a la inserción de embarazo y que pueden tomarse vía oral o por vía vaginal.

De todos tendremos que explicar porque se usan, cuando se los deben usar, a qué hora deben usarlo y como se guardan.

Cuando las parejas acuden a las Unidades de Reproducción asistida es porque no pueden concebir un hijo y empieza un proceso largo y duro para ellos. Estos acuden agobiados porque llevan mucho tiempo intentándolo, muchas veces se une el factor edad o un estrés emocional que sienten por no ser fértiles.

Al principio se inicia con un estudio que se realiza a las dos partes, que consisten en:

- Anamnesis completa del estilo de vida, antecedentes, hábitos nocivos, etc...
- Exploración ginecológica completa.
- Pruebas complementaria incluyen analíticas, pruebas de radiología, seminograma.

En este estudio es muy importante el papel del personal de enfermería en la explicación y resolución de dudas, ya que están nerviosos y bloqueados por toda la información dada. Esta tardanza y pérdida de tiempo implica en muchas ocasiones mucho estrés en las parejas.

Una vez obtenidos los resultados se plantean un tratamiento acorde a cada pareja. Las parejas deben pasar por una consulta de enfermería donde además de aclarar las dudas que les surjan después de hablar con su ginecólogo, se le indica y explica los medicamentos prescritos.

5 Discusión-Conclusión

Las Unidades de reproducción Asistida destacan la importancia de enfermería en educación sanitaria así como también incluyen a los Psicólogos en sus unidades para poder mejorar el estrés emocional.

La infertilidad es un tema que está en la actualidad y que durante los últimos años ha incrementado mucho.

El personal de enfermería juega un papel de cercanía, de calidez y es la persona con la que desahogan los pacientes, así como la convierten en la que prioriza los puntos débiles de las parejas a las horas de derivan a otros especialistas como son los psicólogos antes de iniciar nuevos ciclos.

6 Bibliografía

www.scielo.org

www.google.es

Capítulo 32

IMPLICACIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ALTERACIONES ENDOCRINAS

AINHOA VERA PAVÓN

ANDREA ONIEVA ORTEGA

MÓNICA MUÑOZ TERCERO

PRADO NAVARRO EXPOSITO

CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER

1 Introducción

El sistema endocrino junto con el sistema nervioso constituyen los dos principales sistemas de comunicación y control del organismo en toda su extensión. Se encarga de la producción de mediadores químicos (hormonas) para que estos cumplan en su órgano o célula diana una determinada función metabólica para cual fue liberada.

Las hormonas son los mensajeros químicos del organismo y se encuentran en las membranas plasmáticas de la célula de las glándulas que las producen. Viajan a través del torrente sanguíneo, hasta llegar a un órgano o tejido, en dónde interaccionará con los receptores específicos y generará una respuesta conocida como efecto hormonal.

El sistema endocrino está constituido por el eje hipotálamo-hipofisario y por las glándulas periféricas, las cuales, para funcionar, dependerán del eje.

Las glándulas distribuidas por el organismo son: tiroides, paratiroides, suprarrenales, páncreas endocrino, gónadas y placenta.

Las glándulas no solo generan hormonas, también las almacenan.

Entre las funciones generales de las hormonas se encuentran: regular el crecimiento y desarrollo, la función sexual y reproductiva, el estado anímico y el metabolismo.

Cualquier alteración en alguna hormona podría desencadenar patologías graves en el organismo. Una alteración se podría producir en la glándula endocrina, en los mecanismos de regulación o en la célula efectora.

Así, entre los principales trastornos endocrinos podemos destacar:

- Enfermedad de Cushing
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Insuficiencia suprarrenal
- Síndrome de ovario poliquístico
- Diabetes

Para llevar a cabo un adecuado seguimiento y tratamiento de estos desajustes hormonales es imprescindible el papel de enfermería.

2 Objetivos

- Adquirir los conocimientos de la enfermedad
- Fomentar la motivación para el autocuidado
- Llevar un seguimiento constante para establecer un adecuado plan de cuidados
- Vigilar los nuevos signos que puedan indicar un empeoramiento de la enfermedad o patología
- Asegurar la toma de medicación

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 alteraciones endocrinas afectan a una gran mayoría de la población, que llegan a desarrollar patologías que les acompañarán durante toda su vida.

Estos pacientes necesitan un exhaustivo examen médico para establecer una correcta historia clínica, con su correspondiente diagnóstico. Posteriormente se procederá a la realización de un plan de cuidados que englobe no solo el tratamiento para corregir la alteración endocrina, sino también el proceso de adaptación del paciente al nuevo estilo de vida al que tendrá que hacer frente y el transcurso de su enfermedad hasta llegar a una situación de mejoría.

En cuanto al diagnóstico se podrá establecer a través de los resultados de una analítica de sangre y orina, por los niveles plasmáticos de hormonas, pruebas de valoración de la respuesta a un estímulo de una glándula y pruebas radiológicas.

En el plan de cuidados y en el transcurso hacia la mejoría de la enfermedad, intervendrá la enfermera.

Dentro de la funciones principales de enfermería en pacientes con alteraciones endocrinas se encuentran:

- Toma de constantes vitales, asegurándose de que todas se encuentran en rango y valorar cualquier cambio
- Establecer IMC del paciente, llevando un adecuado control del peso del mismo. Además, de realizar las correspondientes mediciones de perímetro, proporción corporal y distribución de grasas.
- Controlar la ingesta hídrica, estableciendo un balance y registrar el estado de hidratación.
- Vigilar el estado anímico del paciente, ya que los cambios en el comportamiento también pueden indicar una alteración endocrina.
- Valorar acromegalia y alteraciones musculoesqueléticas
- Valorar alteraciones neurológicas y modificaciones del SNC
- Realizar educación sanitaria, sobre la manera en la que administrar la medicación, evitando episodios de toxicidad. También, asegurarse de que cumplan con la dieta específica según su tipo de patología.

- Asegurarse de que el paciente entiende correctamente su problema de salud y los riesgos que conlleva.
- Realizar revisiones cardiacas realizando electrocardiogramas.
- Informar sobre los beneficios de llevar una vida con buenos hábitos, evitando los malos como fumar, la ingesta de alcohol o la falta de ejercicio físico, ya que son imprescindibles para la adecuada regulación hormonal del organismo.
- Citar para revisiones periódicas programadas. Este campo lo llevará a cabo la enfermera de comunitaria.

También será importante estar pendiente de los ritmos de eliminación intestinal y urinaria, nivel de astenia y fatiga, la ingesta alimenticia grado de actividad y capacidad de manejar el estrés.

Dentro del examen físico se inspeccionará: pelo, cara, ojos, boca, oído, cuello, abdomen y piel, además de los aspectos ya mencionados con anterioridad.

Ante cualquier cambio en la dinámica normal del paciente o la aparición de algún signo o síntoma alarmante, se informará al equipo médico, para actuar de inmediato y evitar daños mayores.

5 Discusión-Conclusión

Ha quedado claro el papel que desempeña la enfermera ante los casos de alteración endocrina. Las alteraciones endocrinas han aumentado su incidencia en los últimos 20 años, debido, sobre todo, a los avances en técnicas diagnósticas y por tanto, a las aportaciones que la investigación nos ha proporcionado. Se demuestra por tanto, la necesidad de fomentar la difusión de conocimiento al campo de la enfermería sobre los aspectos endocrinológicos, a través de cursos, máster y otros métodos de aprendizaje. También, resulta imprescindible incluir a la enfermería en los estudios de investigación, para asegurarse de encontrar nuevos y más efectivos tratamientos, además de fomentar la mejoría en los planes de prevención y por tanto, proporcionar al paciente una mayor calidad de los cuidados.

6 Bibliografía

López, G; Goro, T; Molina, M; Fernández, E; Bonvehi, I; Martínez, A. Med. infant ; 17(2): 247-250, Junio 2010. tab Artigo em Espanhol | LILACS, BI-

NACIS, UNISALUD | ID: biblio-1248212 Enlace: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1248212>

Fauci S, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Eds. Harrison Principios de medicina interna. 18ª ed. Madrid: MacGraw-Hill; 2009.

Dillon P. Valoración clínica en Enfermería. México: McGraw-Hill; 2008.

QUERO RUFIAN, A Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014 Elsevier Barcelona
2013

Rivera, Nidia, Patricia Rodríguez, and Juan Guarneros. 2017. "Hipoglucemiantes Orales Para El Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2: Uso y Regulación En México." Rev Hosp Jua Mex 84 (4): 203–11. www.medigraphic.com/hospitaljuarez www.medigraphic.org.mx

Capítulo 33

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS UNA AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA SUPRACONDÍLEA DE UN MIEMBRO INFERIOR

RUBEN LEAL ARANDA

ANA RUIZ MARTINEZ

SANDRA MUELAS MARTINEZ

JAVIER VAÑÓ GARCÍA

TANIA LOPEZ GALLARDO

1 Introducción

Una amputación es la pérdida de una pieza anatómica del cuerpo, en este caso nos centraremos en el miembro inferior, que puede ser de forma traumática o quirúrgica.

Entre las causas más habituales se destacan la diabetes y la enfermedad isquémica.

Los traumatismos serían la séptima causa de amputación. Clasificaremos a las amputaciones en dos, las de origen traumático y las quirúrgicas:

- Amputación traumática: es la pérdida de una parte del cuerpo, que ocurre como resultado de un accidente o una lesión.
- Amputación quirúrgica: es aquella electiva o programada para ser realizada por medio de un acto quirúrgico.

Las complicaciones más comunes en el postoperatorio son la infección, hemorragia, retracciones del muñón o contracturas del mismo. La mayoría de las complicaciones aquí presentadas se pueden evitar, con una temprana, adecuada y pertinente intervención por parte de los profesionales involucrados en el proceso, específicamente en las etapas quirúrgica, posquirúrgica inmediata que será de lo que tratará este capítulo.

La readaptación ante una discapacidad física adquirida será mejor tolerada si desde el primer momento del postoperatorio se insiste en dar al paciente de los conocimientos necesarios para su posterior autocuidado y evitar complicaciones y dudas que generen más estrés del que ya genera este evento.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es definir un plan de cuidados estandarizado, visualizando los procedimientos correctos post-amputación quirúrgica del miembro y así mejorar la calidad y los cuidados durante el ingreso hospitalario del paciente.

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

El personal de enfermería debe valorar tipo y características del dolor, realizar e instruir en posturas a llevar a cabo, vigilar el apósito o vendaje quirúrgico, vigilar la aparición de síntomas de hemorragia, palidez, sudoración, taquicardia, vigilar signos y síntomas de infección local como el dolor, tumor, calor y rubor.

Los pasos a seguir con estos pacientes son:

-Cura del muñón: La primera cura se realizara a las 48 h de la intervención quirúrgica. Si en el transcurso de ese tiempo estuviera empapado el vendaje se procederá a reforzar el mismo por encima sin retirarlo.

-Vendaje muñón: Su correcto vendaje es importante para: reducir edema, facilitar el retorno venoso, evitar la retracción del abductor de la ingle y remodelar el muñón.

Todos los vendajes deben comenzar en la parte más alta de los muñones y nunca en la parte baja. La técnica de realización amputación transfemoral consiste en poner al paciente en decúbito supino, se comienza en la cara anterior, a nivel del ligamento inguinal, fijando el paciente las esquinas con sus pulgares, se cubre longitudinalmente la parte central y se pasa a la cara posterior hasta el surco glúteo, para que desde aquí dar una o dos vueltas circulares.

-Higiene muñón: El paciente en su casa se recomienda que lave el muñón con agua y jabón todos los días. Cuando la piel es especialmente sensible se recomienda emplear un jabón neutro o si hay infecciones menores de la piel, se debe usar desinfectante.

-Postura del paciente en la cama: Evitará posturas incorrectas como:

-no debe permanecer con flexión de la articulación de la cadera y de la rodilla de forma prolongada ni en la cama ni sentado.

- No colocar almohadas bajo la rodilla o la cadera ni entre las piernas.

- No cruzar las rodillas.

- No dejar el muñón colgando en la cama.

- No colocar almohada en la zona lumbar.

5 Discusión-Conclusión

Es esencial la labor de enfermería tanto en los cuidados postamputación como para la realización de una adecuada educación sanitaria posterior. De esta forma habrá una disminución de la posibilidad de complicaciones.

La complicación más temprana y más frecuente como ya se ha descrito con anterioridad, son el dolor de la zona amputada, la hemorragia o el hematoma. Con posterioridad la infección o mala cicatrización. Como complicaciones tardías cabe señalar el edema del muñón o la contractura en flexión de la cadera del miembro residual por la falta de reeducación postural.

La aplicación del proceso de enfermería como método de trabajo, con la planificación y estandarización de los cuidados, garantiza unos cuidados de calidad, efectivos, continuos y centrados en el propio paciente, así como una disminución de la variabilidad en la atención.

6 Bibliografía

Mas Esquerdo J., Maruenda Fernández R., Robles Sánchez J.I. Tratamiento neuropsicológico de “dolor de miembro fantasma”: a propósito de un caso. Sanid. Mil. [Internet]. 2013 Sep [citado 2020 Dic 01]; 69(3): 195-202. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712013000300006&lng=es. www.google.es

Capítulo 34

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER RESERVORIO

RUBEN LEAL ARANDA

ANA RUIZ MARTINEZ

SANDRA MUELAS MARTINEZ

JAVIER VAÑÓ GARCÍA

TANIA LOPEZ GALLARDO

1 Introducción

El catéter reservorio es un dispositivo pequeño que consta de varios materiales en su composición, una base de titanio rígida y la tapa es de silicona, quedando un hueco entre ambas partes, a su vez de la base sale hacia una de las grandes venas que llegarán a la circulación central un pequeño catéter flexible que será el por donde pasa las sustancias según las necesidades.

La colocación de este reservorio es sencillo, pero no deja de ser un proceso quirúrgico con sus posibles complicaciones, éste se coloca a nivel superficial por debajo de la piel, se realiza en quirófano, usando anestesia local y el tiempo de duración es media hora , el procedimiento comienza con una pequeña incisión, a continuación se introduce el reservorio y se inserta el catéter en la vena , finalmente se cierra con 3 o 4 puntos de sutura , estos se retirarán por parte del personal

de enfermería pasados unos 10 días después de la intervención, además en este periodo de tiempo enfermería serán los encargados de su cuidado.

Los pacientes que más hacen uso de este dispositivo son aquellos con patología oncológica, dado que son cómodos, duraderos en el tiempo y seguros.

Tras la colocación del reservorio es habitual que se presenten estas complicaciones como son inflamación de la zona, dolor o incluso fiebre, éstos signos deben ser consultados y se realizará una valoración enfermera para comprobar si entran dentro de su normalidad.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es exponer cómo identificar cualquier signo o síntoma anómalo y conocer sus posibles usos y ventajas frente a un acceso venoso periférico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en las principales base de datos como Pubmed y el buscador de google con palabras clave, así como en los principales artículos.

4 Resultados

Las funciones de este dispositivo son varias, entre ellas destacan las siguientes:

- Administración de los tratamientos con citostáticos, así se evita tanto la irritación que estos producen en los accesos periféricos como la extravasación de los mismos.
- Administración de medicación endovenosa, raramente presentan obstrucciones.
- Extracciones de sangre, se evita continuas extracciones venosas periféricas en pacientes que frecuentemente cuentan con unos accesos venosos periféricos escasos.
- Transfusión de los hemoderivados.
- Monitorización de la presión venosa central, igual utilidad que los accesos centrales vía arterial convencionales.

El principal inconveniente que presentan es la posibilidad de infección si no se maneja correctamente, pudiendo ser grave dado que la comunicación vascular es

a nivel central.

Para los pacientes portadores de este tipo de dispositivo gozan de mayor comodidad y un menor problema derivado de la infusión de sus tratamientos, ayudando así a disminuir los días de ingreso derivando de posibles complicaciones ya que disminuye la incidencia de infecciones en relación con las producidas mediante dispositivos de acceso venoso periférico.

Se ha demostrado que su inserción y utilización produce una disminución de la ansiedad provocada por los procesos a los que se ven sometidos al conocer pasado un tiempo el funcionamiento y los cuidados del mismo por lo que ellos mismos también se implican en su cuidado, aumentando así el control sobre la situación, ya que se utilizan también de manera ambulatoria al utilizarlo en los llamados hospitales de día para ir a poner tratamiento cuando les corresponde, poniendo y retirando la aguja gripper al llegar y al irse a las horas de nuevo a su casa.

Los pacientes que más hacen uso de este dispositivo son aquellos con patología oncológica, dado que son cómodos, duraderos en el tiempo y seguros.

5 Discusión-Conclusión

El uso de catéter reservorio disminuye las molestias del paciente , así como la ansiedad ante lo desconocido ya que están habituados a su uso, es necesario la correcta actuación por parte del personal de enfermería para minimizar el riesgo de las infecciones en los cuidados que este tipo de dispositivo que precisan , sin los cuales no serían de utilidad.

En definitiva se produce un aumento de la calidad de vida de los pacientes con la disminución del dolor y la ansiedad y un aumento de la comodidad tanto para el paciente como para los profesionales que le está prestando sus cuidados. Con ellos conseguimos disminuir la incidencia de casos de extravasación de perfusiones muy vesicantes, así como contar con un acceso venoso duradero para tratamientos de larga duración.

6 Bibliografía

León López B. Cuidados de enfermería a pacientes con reservorio subcutáneo. Triaje Enfermería Ciudad Real www.google.es

Capítulo 35

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

RUBEN LEAL ARANDA

ANA RUIZ MARTINEZ

SANDRA MUELAS MARTINEZ

JAVIER VAÑÓ GARCÍA

TANIA LOPEZ GALLARDO

1 Introducción

La tasa de natalidad ha ido descendiendo en los últimos años. Esto va unido a que la tasa de esterilidad en España se sitúa alrededor del 20%, con lo que se ha conseguido mejorar las técnicas de reproducción asistida.

Esta esterilidad va unida con los deseos de tener familia a edades más avanzada así como la inserción de la mujer en mundo laboral, unido a un aumento de relaciones sexuales sin protección que aumenta el riesgo de las infecciones de transmisión sexual.

En la actualidad las técnicas más usadas para aumentar la familia son:

- Inseminación artificial.
- Fecundación un vitro, aunque estas no son las únicas.

Cada una de estas técnicas necesita una preparación y unos cuidados diferentes. Así como también tiene unas tasas de embarazo que oscila entre el 12% de la inseminación al 32% de la fecundación, todo dependiendo muchísimo de las edades de las pacientes así como de la calidad del semen.

Toda pareja que inicia ciclos de reproducción asistida lleva un proceso duro y largo y es de vital importancia que cuenten con la información detallada y objetiva, así como contar con profesionales cercanos como es el caso del personal de enfermería que son los que ayudan y e inician el tratamiento, además resuelven las dudas y los acompaña en el proceso.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es destacar la importancia de una educación sanitaria de muy buena calidad y el acompañamiento de las parejas durante los tratamientos de fertilidad y explicar la labor de enfermería en el proceso y las actividades que realiza.

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

Cuando las parejas acuden a las Unidades de Reproducción asistida es porque no pueden concebir un hijo y empieza un proceso largo y duro para ellos. Estos acuden agobiados porque llevan mucho tiempo intentándolo, muchas veces se une el factor edad o un estrés emocional que sienten por no ser fértiles.

Al principio se inicia con un estudio que se realiza a las dos partes, que consisten en:

- Anamnesis completa del estilo de vida, antecedentes, hábitos nocivos, etc...
- Exploración ginecológica completa.
- Pruebas complementaria incluyen analíticas, pruebas de radiología, seminograma.

En este estudio es muy importante el papel del personal de enfermería en la explicación y resolución de dudas, ya que están nerviosos y bloqueados por toda la información dada. Esta tardanza y pérdida de tiempo implica en muchas ocasiones mucho estrés en las parejas.

Una vez obtenidos los resultados se plantean un tratamiento acorde a cada pareja. Las parejas deben pasar por una consulta de enfermería donde además de aclarar las dudas que les surjan después de hablar con su ginecólogo, se le indica y explica los medicamentos prescritos.

Los principales fármacos que explica la enfermera es:

- Rotura de folículo maduro con Ovitrelle que también es un bolígrafo.
- Inducción de la ovulación como puede ser Gonal, Bemfolá y son bolígrafos.
- Ácido fólico, son pastillas a tomar antes del embarazo.
- Progesterona que son pastillas que ayudan a la inserción de embarazo y que pueden tomarse vía oral o por vía vaginal.

De todos tendremos que explicar porque se usan, cuando se los deben usar, a qué hora deben usarlo y como se guardan.

Principalmente el personal de enfermería enseña a pinchar los bolígrafos para que no tengan dudas en casa, y en el caso de que les surjan que puedan solucionarlos sin problemas, además habrá que explicarles las gráficas que usaremos para llevar los controles de los ciclos y que revisiones tendrán que tener durante cada ciclo.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería juega un papel de cercanía, de calidez y es la persona con la que desahogan los pacientes, así como la convierten en la que prioriza los puntos débiles de las parejas a las horas de derivar a otros especialistas como son los psicólogos antes de iniciar nuevos ciclos.

Las Unidades de Reproducción Asistida destacan la importancia de enfermería en educación sanitaria así como también incluyen a los Psicólogos en sus unidades para poder mejorar el estrés emocional.

La infertilidad es un tema que está en la actualidad y que durante los últimos años ha incrementado mucho.

Como conclusión destacamos que la edad es un factor fundamental y que más puede influir en la esterilidad.

6 Bibliografía

Castellano-Ayuyo, Paula; Berenguer Labaig, Cristina; Sánchez Martín, Pascual; Sanchez Martin, Fernando. La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en reproducción asistida. Enfermería clínica 2015; 25 (3). Pág.: 110-116. www.revistamedica.com

Capítulo 36

CASO CLÍNICO ENFERMERÍA. INCORRECTA ADHERENCIA DIÁLISIS PERITONEAL.

JUAN MAXIMILIANO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

VÍCTOR NOTARIO MÁRQUEZ

MARÍA DEL MAR RUIZ DÍAZ

1 Introducción

La insuficiencia renal crónica (IRC) tiene una alta incidencia a nivel mundial. En Estados Unidos, en las dos últimas décadas, ha llegado incluso a triplicarse la cantidad de pacientes que necesitan métodos sustitutivos del riñón para su tratamiento. Además, según reportes de la Sociedad Nefrológica Chilena, se observó que en el 2013 había 1008 pacientes con IRC por millón, distribuidos entre hemodiálisis y diálisis peritoneal. Presentando 18.160 y 1.034 pacientes respectivamente. Además, dado el envejecimiento progresivo e inexorable de la población y el incremento de enfermedades crónicas, tales como la hipertensión y diabetes mellitus, se espera un incremento de las cifras de afectados por IRC (1).

Las enfermedades de carácter crónico, como en este caso, la IRC, presentan su base en el autocuidado por parte del paciente. Es por ello, que la adherencia completa al tratamiento y la prescripción del personal sanitario, es vital. Es aquí donde la figura del profesional de enfermería juega un papel muy importante, no solo realizando educación para la salud, sino fortaleciendo su relación con el paciente, pues de ello depende parte del éxito a tal adherencia terapéutica (1).

La diálisis peritoneal es un tratamiento para la IRC que utiliza el revestimiento interno del abdomen para filtrar la sangre, el cual es denominado peritoneo. Para realizar el procedimiento, el cirujano coloca al paciente un catéter de Tenckhoff. Semanas después, cuando da comienzo el tratamiento, es introducido el contenido de una solución de diálisis, compuesta por agua con sal y otros aditivos, a través del catéter hacia el interior del abdomen. Una vez finalizada la infusión, se desconecta el catéter de la bolsa y el paciente puede realizar una vida normal, mientras la solución absorbe toxinas y el exceso de líquidos del organismo. Gracias a este proceso, el paciente puede llevar una vida más cómoda, así como que se sienta mejor y viva más tiempo (2).

No es extraño que se daba resaltar la importancia de la formación en lo relacionado con su enfermedad y tratamiento, tratando de conseguir autonomía por parte del paciente, así como que logre implementar esta nueva rutina a su vida diaria con una técnica adecuada, además de las recomendaciones nutricionales, dietéticas e hídricas, evitando así las clásicas complicaciones en la diálisis peritoneal (1, 2).

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es elaborar un Plan de Atención de Enfermería eficaz de acuerdo al caso clínico que se presenta (paciente novicio en la diálisis peritoneal).

3 Caso clínico

Varón de 28 años, de 85 kg de peso y 1.70 cm de talla, ingresado en la unidad de nefrología después de la implantación de un catéter de Tenckhoff, utilizado en la diálisis peritoneal.

Durante su ingreso, el paciente habla con tristeza y frustración sobre su nueva condición. Aunque conoce los beneficios de esta variante de hemodiálisis, no se siente cómodo con la situación. Afirma presentar sentimientos de aversión con respecto al catéter, pues evita mirarse al espejo, así como la zona, llegando incluso a no bañarse. Por último, expresa no comprender por completo el proceso de diálisis peritoneal, refiere ser incapaz de hacerlo por sí mismo, prefiriendo que se encargue el personal sanitario ahora y siempre.

PATRONES ALTERADOS:

Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud: No quiere bañarse a causa de su aversión al catéter peritoneal.

Patrón 7. Autopercepción - autoconcepto: Evita mirarse al espejo, ya que no se siente cómodo.

Patrón 10. Adaptación - tolerancia al estrés: No es capaz de tomar las riendas de su enfermedad, siendo incapaz de realizar la diálisis peritoneal ambulatoria en un futuro.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (3, 4, 5)

00108 Déficit de autocuidado: baño r/c trastornos de la percepción m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.

Objetivo: (0301) Autocuidados: baño.

Intervención: Ayuda con el autocuidado: baño/higiene.

- Facilitar que el paciente se bañe el mismo, según corresponda.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.

00118 Trastorno de la imagen corporal r/c enfermedad m/p evitar mirarse el propio cuerpo.

Objetivo: (1200) Imagen corporal.

Intervención: Mejora de la imagen corporal.

- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la cirugía.
- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido cambio.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.

00078 Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria.

Objetivo: (601) Gestión ineficaz de la propia salud.

Intervención: Gestión ineficaz de la propia salud.

- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Mejora autoconfianza.
- Facilitar el aprendizaje.

4 Discusión-Conclusión

Dado el incremento del sedentarismo en la población, así como la inversión de la pirámide poblacional en los países del primer mundo, se espera que las enfermedades de carácter crónico, tales como la diabetes e hipertensión, aumenten, algo que de manera indirecta provocará el incremento de los afectados por IRC.

La hemodiálisis es un procedimiento laborioso, el cual provoca que sus pacientes encuentren una reducción de su calidad de vida, debido, en gran medida, por la inversión del tiempo durante el tratamiento. No obstante, la diálisis peritoneal permite a los usuarios una mejora de su calidad de vida, así como mayor independencia y sensación de control sobre su enfermedad.

Es por ello que el papel de la enfermería es fundamental en todo este proceso, pues es el profesional encargado de la educación para la salud, algo que afectara de manera directa y positiva a la correcta adherencia terapéutica.

5 Bibliografía

1. Forero Villalobos Jenny, Hurtado Castillo Yenifer, Barrios Araya Silvia. Influential factors in adherence to treatment peritoneal dialysis patient. *Enferm Nefrol.* 2017 abr/jun 20 (2): 149-157.
2. niddk.nih.gov [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [actualizado en Ene de 2018]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/dialisis-peritoneal#cuales>
3. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 4a ed. Madrid: Harcourt, 2005.
4. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4a ed. Madrid: Mosby, 2009.
5. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.

Capítulo 37

LA ENFERMERÍA Y SU IMPORTANTE PAPEL EN LA PREVENCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA LOSA GARCÍA-UCEDA

FRANCISCO RODRIGUEZ GARCIA

FRANCIISCO CAMACHO SÁCHEZ

1 Introducción

Actualmente una de las causas con mayor índice de morbi/mortalidad en los países desarrollados ó también llamados del primer mundo, son los eventos relacionados con las enfermedades de origen cardiovascular, entre ellos, el Infarto Agudo de Miocardio.

Debido al ritmo y determinados estilos de vida, nada favorables para nuestra salud, observamos que la edad en la que se están produciendo dichos eventos está disminuyendo considerablemente.

Es aquí donde la enfermera de atención primaria deberá de trabajar, incidiendo sobre todo en la prevención primaria y secundaria, actuando principalmente en aquellos pacientes que presentan factores de riesgo modificables ó susceptibles a ser modificados:

- Hábito tabáquico.
- Ingesta de alcohol.
- Dieta.
- Obesidad y Sobrepeso.
- Dislipemías.
- Sedentarismo.
- Estrés.

Para ello y en gran parte ayudada por el conocimiento que tiene del paciente y su entorno, elaborará el plan de cuidados personalizado más adecuado al perfil del individuo.

Una vez que ya ha acontecido el evento adverso, produciendo secuelas de distinta consideración en la salud del individuo, será el momento en el que la enfermera contribuya a que el paciente recupere su vida en las mejores condiciones, y por otro lado evitar que se produzca un nuevo episodio cardiovascular que le lleve a un empeoramiento de la calidad de vida o incluso a la muerte.

2 Objetivos

Describir la importancia de la enfermera de atención primaria en pacientes que han sufrido un evento cardíaco tras su alta en el medio hospitalario

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio

4 Resultados

Cuando hablamos de rehabilitación cardiaca, también hacemos referencia al importante y tan necesario papel que desempeña la enfermera en cualquiera de las

unidades de cuidados a pacientes cardiovasculares. También hay que resaltar el papel que realiza la enfermera en las consultas de atención primaria, porque es ésta la que realiza el seguimiento y valoración sistemática del paciente una vez que el paciente ha salido de la unidad de hospitalización.

En primer lugar se prestará una mayor relevancia a todas aquellas intervenciones relacionadas con la educación para la salud, llevando a cabo el adiestramiento y asesoramiento necesario en todas aquellas conductas que consigan que el paciente modifique o adquiera hábitos saludables que le lleven a una mejora en su calidad de vida y con ello alcanzar el máximo grado de autonomía personal.

Involucrando en ello, si fuese necesario, al entorno y familia del individuo, que sin lugar a duda favorecerá que no decaiga en su objetivo, que no es otro que la recuperación o el mantenimiento de la salud.

Tan importante como la educación para la salud, es que el paciente muestre una buena adherencia al tratamiento farmacológico, esencial en el mantenimiento y recuperación de las funciones perdidas o dañadas.

Abstenerse o abandonar cualquier hábito tóxico, ya que las estadísticas muestran que el hábito tabáquico está presente en casi todos los eventos adversos relacionados con el corazón; para ello si fuese necesario, recurriríamos a la unidad de salud mental.

La actividad física mantenida y continuada en el tiempo ha demostrado reducir las morbi/mortalidades relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, tanto a nivel funcional del propio corazón, como a nivel físico, reduciendo el estrés, estados de ansiedad y mejorando el ritmo circadiano.

El control de la dieta, atendiendo al momento, evolución y fase de la enfermedad cardíaca en la que el paciente se encuentre. Recomendando una dieta mediterránea y reduciendo al mínimo el consumo de sal.

El cuidado de estos pacientes en la consulta de enfermería se lleva a cabo desde un enfoque holístico ya que este tipo de patologías afectan a la vida diaria del individuo tanto física, psicológica como social. La enfermera perseguirá de esta forma fomentar, favorecer y recuperar habilidades perdidas ó disminuidas, alcanzando el mayor grado de autonomía y calidad de vida en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los programas de educación para la salud que la enfermera lleva a cabo con pacientes cardiovasculares tras un evento adverso, está comprobado que previene y reduce las secuelas derivadas de estas patologías, disminuyendo significativamente las comorbilidades.

Llevando al paciente a corregir o abandonar hábitos o conductas que resulten perjudiciales para su salud, lo que hará que aumente considerablemente la calidad de vida y supervivencia de estos pacientes. Es importante por lo tanto, que exista una comunicación continua y fluida entre los distintos profesionales encargados de la salud del individuo, y una vez éste es dado de alta del centro hospitalario, además de tener seguimiento periódico por la unidad de cardiología pertinente, dicho servicio programe una cita presencial con la enfermera y médico de atención primaria que le corresponda, facilitando de este modo un seguimiento programado y un plan de cuidados enfermeros personalizados, favoreciendo así la adherencia al tratamiento, clave en la recuperación, rehabilitación y supervivencia de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Fundación Española de Corazón (web) Infarto. Disponible en <http://goo.gl/xkYJhv>.
2. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. 2009, 436 pp., 24x17 cm.-Deposito legal :M-18739-2009.
3. Revista Rol de Enfermería: www.e-rol.es.
4. Plan de cuidados al Paciente Cardíaco. www.enfermeriaencardiologia.com.
5. Plan de para un paciente cardiovascular en Atención Primaria. www.revistae-duca.es.
6. NANDA. Diagnósticos Enfermeros Priorizados en Atención Primaria. www.um.es/eglobal.
7. Organización Mundial de la Salud. El día Mundial del Corazón. <http://www.who.int/>.

Capítulo 38

ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS, EUTANASIA Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

DÉBORA DÍAZ BROCEÑO

RUBÉN ROJAS LAGUNA

FABRIZIO JOSUE COLAMARCO

LUCÍA RUIZ-VALDEPEÑAS ALMANSA

RAQUEL MERCADO RAMÍREZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos hasta hace poco eran considerados como eutanasia activa indirecta debido a que se define como la utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico, aunque aceleren la muerte del paciente. Pero con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, queda excluido del concepto de eutanasia.

Con la aprobación de dicha ley, se reabrió el debate sobre los cuidados al final de la vida. Un debate que se reaviva continuamente a causa de casos personales que conmueven a la sociedad. A día de hoy sigue habiendo profesionales sanitarios que entran en conflicto con los cuidados al final de la vida porque siguen

considerando los cuidados paliativos como eutanasia y según sus convicciones personales entra en conflicto y son objetores de conciencia.

Por esto, este estudio valora la actitud de los profesionales sanitarios sobre los cuidados paliativos y la objeción de conciencia.

Los códigos deontológicos y éticos han ido variando históricamente partiendo del juramento Hipocrático, (460 a.C) que recoge algunos principios éticos de la práctica asistencial de los profesionales sanitarios. Uno de los puntos de este juramento dice: “no daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia.” (1).

El juramento hipocrático ha ido evolucionando, su última actualización se conoce como “Declaración de Ginebra”, que fue redactada en 2017, donde se recoge la siguiente fórmula del juramento hipocrático: “velar con el máximo respeto por la vida humana”(2).

Se ha ido modificando porque la versión inicial del juramento promovía una ética médica paternalista, en la que el tratamiento del paciente se decidía exclusivamente por el médico. No se tenía en cuenta el principio de autonomía de surgió más adelante con el Informe Belmont.

El informe Belmont recoge cuatro principios de bioética:

1. Principio de autonomía: un individuo autónomo tiene la capacidad de deliberar sobre su persona y obrar según esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que estas sean claramente perjudiciales para los demás (3). Por lo tanto, los pacientes tienen derecho a aceptar o rechazar las recomendaciones médicas (4).

2. Principio de beneficencia: maximizar los beneficios posibles de los pacientes.

3. Principio de no maleficencia: no hacer daño (5).

4. Principio de justicia: debe orientar la elaboración de unos criterios razonables en la “distribución de recursos sanitarios” que son limitados. Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo (3).

Las opciones que hay ante el abordaje terapéutico de un paciente terminal son, ordenadas en orden decreciente según la aceptación social:(6)

- Detener o no comenzar la terapia de soporte vital.
- Aceleración de los opioides para el dolor intratable o la disnea.
- Sedación paliativa, potencialmente a la inconsciencia.
- Dejar de comer y beber voluntariamente.
- Suicidio médico asistido.
- Eutanasia activa.

Los cuidados paliativos deben estar siempre disponibles para pacientes termi-

nales y sus cuidadores. Los programas de cuidados paliativos se comprometen a proporcionar un manejo efectivo del dolor y otros síntomas y a garantizar el apoyo adecuado del paciente y la familia, en cualquier entorno, a través de las últimas fases de la vida del paciente, incluida la atención de duelo para la familia. Los cuidados paliativos pueden y deben ofrecerse en cualquier momento durante el curso de la enfermedad.

Los cuidados paliativos y la eutanasia no son incompatibles; de hecho, cualquier paciente que considere seriamente la eutanasia debe recibir los máximos esfuerzos aceptables en la paliación antes de que se tome una decisión final sobre la asistencia a la muerte (6).

Ante la muerte, el ser humano evoca respuestas emocionales de temor, ansiedad y preocupación. Dependiendo de la experiencia propia, las personas pueden asumir distintas actitudes, por ejemplo, se pueden generar actitudes de aceptación, de negación y/o de evitación (7).

El deseo de mitigar el sufrimiento en los pacientes terminales, es la principal motivación de quienes brindan los cuidados al final de la vida (8). Sin embargo, incluso cuando la sintomatología está bien manejada, las pérdidas que acompañan a una enfermedad terminal, y la comprensión de que pronto morirá, puede causar sufrimiento (9).

Los profesionales sanitarios que ejercen alrededor de los cuidados de pacientes terminales se verán expuestos a situaciones que les pueden generar conflictos, y su actitud profesional vendrá determinada por las experiencias que vayan adquiriendo (10).

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es:

- Conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre los cuidados al final de la vida.

El objetivo secundario es:

- Determinar si hay asociación entre las creencias personales o religiosas y la objeción de conciencia.

3 Metodología

La población con la que se llevó a cabo este trabajo estuvo compuesta por individuos mayores de dieciocho años residentes en territorio nacional durante el

periodo que duró el estudio. Todos los participantes cumplieron el requisito de participar de manera voluntaria.

El principal criterio de inclusión fue: estar graduado y ejercer su profesión como personal sanitario. Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los participantes.

Se diseñó una herramienta de registro o encuesta con diferentes variables recogiendo datos sociodemográficos de los participantes: sexo, edad, categoría profesional, tiempo de ejercicio profesional y lugar de residencia. También se incluyeron cuestiones sobre las creencias religiosas, los planes personales sobre los cuidados al final de la vida y opinión sobre la objeción de conciencia.

La encuesta se compartió vía online por las redes sociales de Instagram, WhatsApp, Twitter y Hotmail.

A cada participante se le asignó un código que solo conocía el investigador principal, y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 24.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango intercuartílico. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado o, en las tablas de 2x2, con el test exacto de Fisher cuando el número de efectivos calculados fue inferior a 5. Las variables cuantitativas se compararon mediante la t de Student o, alternativamente, mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney si se vulneraba el principio de normalidad, el cual se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica y a la Declaración de Helsinki. Los datos de los participantes fueron tratados con la máxima confidencialidad, cumpliéndose la LOPD 12/2018, en relación con la protección de datos de las personas participantes en el estudio.

4 Resultados

En el estudio participaron 559 profesionales de la salud de toda España, los cuales conforman la muestra.

Los participantes presentaron una edad media de 31 años DE 9,4. La edad de los participantes del sexo masculino fue menor que la del sexo femenino $p = 0,04$.

Los datos correspondientes a la categoría profesional de los participantes son los siguientes: el 72,1% (403) de los encuestados son enfermeras, el 25% (142), TCAE y el 3% (14), médicos.

En cuanto al tiempo de ejercicio de la profesión, el 49,6% (277) llevaba menos de 5 años, el 21,5% (120) entre 5 y 10 años y el 29% (162), más de 10 años.

Respecto a lugar de residencia, un 80,7% (451) lo hace en un núcleo urbano y el 19,3% (108) restante lo hace en un núcleo rural.

Sobre las creencias religiosas de los participantes se obtiene que el 42,9% se considera no creyente, el 53,1% católico, el 3% protestante, el 0,7% musulmán y el 0,2% budista.

En el estudio se continuó explorando cómo valoran los profesionales de la salud la eutanasia, obteniéndose los siguientes resultados:

El 74,4% (416) está totalmente en desacuerdo con considerar la eutanasia como un homicidio.

El 76,2% (426) está totalmente en desacuerdo con considerar la eutanasia como un pecado, yendo en contra de sus creencias religiosas.

El 63,7% (356) de los encuestados está totalmente en desacuerdo con considerar la eutanasia como un acto no bioético. Por el contrario, el 67,8% (379) está totalmente de acuerdo en considerar la eutanasia como muerte digna.

El 62,6% (350) de los profesionales está totalmente en desacuerdo con considerar que realizar la eutanasia ocasiona una devaluación de su profesión, frente al 2,5% (14) que está totalmente de acuerdo con esta afirmación.

El 73,2% (409) de los profesionales de la salud encuestados está totalmente de acuerdo con la afirmación “consideras que el sufrimiento físico y psicológico de un paciente es un factor importante en la decisión de llevar a cabo la eutanasia.” frente al 1,8% (10) que está totalmente en desacuerdo.

El 37% (207) está totalmente de acuerdo en considerar que debe aceptarse la solicitud de suicidio asistido médico en un paciente que no está de acuerdo con su calidad de vida.

En cuanto a si hay asociación entre las creencias personales o religiosas y la objeción de conciencia se encontraron diferencias estadísticamente significativas $P=0,001$.

El 41,2% (7) de los profesionales de la salud que profesan la fe protestante tiene pensado solicitar la objeción de conciencia con toda seguridad, frente al 8,8% (21) que no son creyentes y opina lo mismo.

El 54,2% (130) de los profesionales que se consideran no creyentes, no tiene pensado solicitar la objeción de conciencia con toda seguridad. Junto con el 50% (2) de los musulmanes y el 100% (1) de los budistas encuestados.

5 Discusión-Conclusión

Hemos extraído las siguientes conclusiones a partir de los resultados de este estudio:

Observamos que la mayoría de los participantes tienen una actitud positiva sobre los cuidados al final de la vida, considerándolos como una parte más de su responsabilidad moral y legal como profesionales de la salud, tomando como suya la responsabilidad de preparar a los pacientes para la muerte y asistir al duelo de los familiares. Aunque un elevado porcentaje de los profesionales siente culpabilidad tras la muerte de los pacientes, no considera su profesión devaluada por prestar estos cuidados.

En cuanto a cómo valoran los profesionales sanitarios la eutanasia, se concluye que, están a favor de esta descartando considerarla como un homicidio, pecado o como un acto no ético.

Las religiones juegan un papel determinante en la configuración de las diversas sociedades. En este estudio se encontraron diferencias entre las creencias personales o religiosas y la objeción de conciencia ante la eutanasia. Los profesionales de la salud clasificados como protestantes eran los más partidarios a solicitarla. En el estudio de Asch (11) también las enfermeras católicas tenían actitudes más negativas hacia la eutanasia. Sin embargo, para Davis (12) la afiliación religiosa y la participación en la práctica religiosa no influyeron en las actitudes hacia la eutanasia.

6 Bibliografía

1. Sanchez-Salvatierra JM, Taype-Rondan A, Sanchez-Salvatierra JM, Taype-Rondan A. Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? Rev Med Chil [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2021 Dec 28];146(12):1498–500. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001201498&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Declaración de Ginebra – WMA – The World Medical Association [Internet]. [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-deginebra/>
3. EL INFORME BELMONT PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DEL COMPORTAMIENTO. [cited 2021 Dec 28]; Avail-

able from: www.bioeticayderecho.ub.eswww.bioeticaidret.cat

4. Cerminara KL. The law and its interaction with medical ethics in end-of-life decision making. *Chest* [Internet]. 2011 Sep 1 [cited 2021 Dec 30];140(3):775–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21896521/>

5. Ethical issues in palliative care - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-in-palliativecare?search=eutanasia>

&source=search_result&selectedTitle=215&usage_type=default&display_rank=2

6. Potential options for end-stage illness - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Dec 29]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PALC%2F101014&topicKey=PALC%2F95251&search=eutanasia debate&rank=1150&source=see_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PALC%2F101014&topicKey=PALC%2F95251&search=eutanasia%20debate&rank=1150&source=see_link)

LC%2F95251&search=eutanasia debate&rank=1150&source=see_link

7. Bermejo JC, Villaceros M, Hassoun H. Attitudes towards end-of-life patient care and fear of death in a healthcare student sample. *Med Paliativa*. 2018 Jul 1;25(3):168–74.

8. Pesut B, Wright DK, Thorne S, Hall MI, Puurveen G, Storch J, et al. What's suffering got to do with it? A qualitative study of suffering in the context of Medical Assistance in Dying (MAID). *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Dec 31];20(1):1–15. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12904-021-00869-1>

9. Krikorian A, Limonero JT, Maté J. Suffering and distress at the end-of-life. *Psychooncology* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2021 Dec 31];21(8):799–808. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.2087>

10. Galiana L, Oliver A, Sansó N, Pades A, Benito E. Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Med Paliativa* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Dec 31];24(3):126–35. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-validacionconfirmatoria-escala-afrontamiento-muerte-S1134248X15000476>

11. Asch DA, DeKay ML. Euthanasia among US critical care nurses. Practices, attitudes, and social and professional correlates. *Med Care* [Internet]. 1997 [cited 2022 Apr 3];35(9):890–900. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9298078/>

12. Davis AJ, Davidson B, Hirschfield M, Lauri S, Ju Ying Lin, Norberg A, et al. An international perspective of active euthanasia: attitudes of nurses in seven countries. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 1993 [cited 2022 Apr 3];30(4):301–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8375973/>

Capítulo 39

LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

ELENA SANCHO MUÑOZ

RAFAEL RODRIGUEZ CASTILLEJO

ABDELOUAHED AMAL AMANE

RAUL NEGRO MORAL

RAQUEL CASTILLO MARTIN

1 Introducción

Se puede decir que el pie diabético es una herida o bien una úlcera que provoca la muerte de los tejidos cutáneos profundos y que tiene relación con la enfermedad vascular periférica en los miembros inferiores que ataca a personas que padecen diabetes mellitus.

Las personas que sufren diabetes mellitus tienen un mayor porcentaje de padecer complicaciones podológicas como puede ser la neuropatía diabética con una serie de patologías anteriores al inicio de la úlcera.

Las úlceras del pie diabético es bastante frecuente que se infecten a menudo por lo que esto conlleva a padecer algún problema de circulación y también una

afectación de nervios y vasos sanguíneos. Esto da lugar a que llegue menos sangre a los tejidos y se produzca una gangrena. Hoy en día la diabetes esta considerada como una de las primeras causas de amputación.

La gravedad de las complicaciones del pie diabético se debe al elevado riesgo e incidencia de amputaciones. Las úlceras tienden a agravarse si no se tratan con especial cuidado y no se detectan precozmente, llegando en muchos casos a gangrenarse, y con un único tratamiento posible, que es el de la amputación, suponiendo sufrimiento, incapacidad, disminución de la calidad de vida, riesgo de pérdida del miembro afectado y aumento de la mortalidad.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye los cuidados del pie diabético por parte del personal de enfermería.

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

En varios estudios se evidenció que en un número significativo de pacientes analizados no recibieron un programa preventivo ni una valoración por parte del equipo de atención primaria, además tampoco tenían conocimientos sobre la importancia en el cuidado de los pies, identificación de factores de riesgo como la enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica, las deformidades en los pies, y los antecedentes de úlceras.

El cuidado de los pies, el conocimiento por parte de los pacientes y sus cuidadores de los cuidados de las úlceras y del manejo de la diabetes demuestran el papel

que enfermería adquiere como labor fundamental para conseguir un estado de salud.

Los objetivos preventivos que se deben llevar a cabo para el cuidado de los pies en paciente con diabetes mellitus son:

- Mantener niveles óptimos de glucosa en sangre.
- Lavar los pies con agua templada, secar bien e inspeccionar diariamente en busca de lesiones.
- Hidratar bien, evitando el exceso de crema y los productos irritantes.
- Cortar y limar las uñas en recto.
- No caminar descalzo y utilizar un calzado adecuado, no demasiado apretado.
- Acudir al podólogo para el cuidado de callos y durezas.
- No utilizar mantas eléctricas para evitar quemaduras.
- Por parte de los profesionales se valorará una vez al año los niveles neurológico, vascular y biomecánico, con frecuencia de cada 6 meses en caso de mostrarse factores de riesgo.
- El paciente debe realizar una valoración diaria exhaustiva de los pies en busca de heridas o roces.
- Llevar a cabo una higiene adecuada, respecto a las uñas cortarlas de manera regular tras el baño, con la forma de los dedos para evitar bordes en pico susceptibles de clavarse en la piel,
- En cuanto al lavado de los pies, debe ser diario con agua templada y jabón, secándolos minuciosamente evitando la fricción excesiva.
- En zona seca de los talones, pueden aplicarse productos hidratantes naturales, no entre los dedos de los pies.

El autocuidado, la prevención y la reducción de complicaciones basadas en la identificación de los factores de riesgo, estado de la úlcera y necesidades individuales se dan abrigo en la consulta de enfermería aunque el pie diabético requiere de un abordaje multidisciplinar, ya que existen numerosas afectaciones en las extremidades que pueden ocurrir y precisar en algún momento de la intervención de algún especialista.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios señalan que los protocolos de prevención primaria en conjunto con una correcta educación sanitaria del paciente y su familia desde la enfermería de atención primaria mejora la calidad de vida de estos pacientes, disminuye

la frecuencia de las amputaciones relacionados con la diabetes y disminuye los ingresos hospitalarios, así como la mortalidad.

La creación de programas de prevención en el pie diabético reduce el gasto sanitario destinado a intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios. Es necesario desarrollar programas de prevención y tratamiento de la enfermedad y de sus complicaciones crónicas.

La educación diabetología y el control de los factores de riesgo previene las ulceraciones y amputación del pie diabético.

6 Bibliografía

☒ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético. Guía de buenas prácticas clínicas. Canadá 2009.

☒ Morillas Herrera, J. C., y Martín Santos, F. J. (2011), «Consulta de Enfermería para pacientes crónicos», *Revista Rol de Enfermería* 24 (6); 467-47.

Capítulo 40

SOBRECARGA LABORAL EN PERSONAL SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA DEL VIRUS SARS-COV2

TAMARA GOMEZ GONZALEZ

1 Introducción

A finales del año 2019 apareció un brote infeccioso provocado por un nuevo coronavirus en la ciudad china de Wuhan, que, poco a poco fue extendiéndose por todo el mundo. A España llegó el primer caso el 31 de Enero de 2020.

En febrero de 2020, la OMS denominó al nuevo coronavirus como COVID- 19.

Principalmente, fueron las personas mayores, personas con pluripatologías y personal sanitario los más propensos a contagiarse de dicho virus.

Desde que se inició la pandemia, se han contagiado en España más de 13.4 millones de personas, de los cuales más de 93,000 sanitarios han contraído la enfermedad. Un total de casi 113.000 personas han muerto a consecuencia del virus.

Los profesionales de la salud, en particular el personal de enfermería, nos hemos enfrentado a una situación que no se había presenciado hasta entonces, donde la sobrecarga laboral, la falta evidente de elementos de protección y de dispositivos invasivos que permitan estabilizar a pacientes críticos, generaron en personal de enfermería estrés e impotencia.

Además, nos hemos enfrentado a un aumento de la discriminación por encontrarnos en áreas de riesgo, que genera sobrecarga emocional para los profesionales y nuestras familias.

Esta crisis sanitaria ha hecho más evidente la precariedad de las condiciones de vinculación y mantenimiento laboral de los profesionales de enfermería, que tra-

bajamos por prestación de servicios, una modalidad que nos impide acceder a la estabilidad laboral, sin vacaciones y sin formalización de un empleo estable.

La presión emocional ha producido que en algunos países, los sanitarios hayan tomado decisiones drásticas como aislarse por completo de su red de apoyo para evitar contagiarlos.

Dentro de las acciones de enfermería más relevantes están capacitar al personal y adaptar los espacios para promover la seguridad de los pacientes y del equipo de salud.

2 Objetivos

Tras la búsqueda bibliográfica de diferentes artículos científicos se llegan a los siguientes objetivos:

- Conocer la situación por la que pasaron los profesionales sanitarios a lo largo de los momentos más duros de la pandemia.
- Conocer la precariedad laboral a la que se enfrentan los profesionales sanitarios.
- Conocer la sobrecarga laboral del personal sanitario tanto hospitalario como de atención primaria.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica descriptiva que proporciona al lector una puesta al día sobre la situación que viven cada día los profesionales sanitarios ante el virus SARS-COV2.

Búsqueda en diferentes bases de datos con palabras clave como: SARS-COV2, COVID-19, personal sanitario, coronavirus, enfermera, sobrecarga laboral.

Se han seleccionado artículos en las diferentes bases de datos: SCIELO, COCHRANE, GOOGLE ACADÉMICO, MEDLINE.

4 Resultados

La lectura de los diferentes artículos coinciden en que lo vivido durante toda la pandemia por el personal sanitario en las unidades hospitalarias, de urgencias y unidades extrahospitalarias, así como de atención primaria en aspectos como el desconocimiento de la enfermedad, el miedo a contagiar a sus familiares y a contagiarse ellos, afrontamiento del estrés en situaciones de riesgo, apoyo psi-

cológico recibido, sufrimiento y soledad del paciente durante toda la estancia hospitalaria.

Muchos de los sanitarios nos hemos sentido vulnerables a la situación, sintiendo un gran estrés psicológico, miedo, agotamiento físico y emocional, imposibilidad de conciliación familiar dejando de ver a nuestras familias por miedo a contagiarles.

Impotencia de ver cómo los pacientes sufrían por estar solos y tener que enfrentarnos cada día a la muerte de pacientes que lo hacían, sin la compañía de sus familiares.

Por todo ello, es fundamental el apoyo psicológico por parte de los profesionales del área de salud mental a nivel hospitalario mediante terapias en grupo e individuales.

Por otro lado, cabe destacar la precariedad laboral a la que los profesionales sanitarios se enfrentan cada día, ya que, a pesar de haber estado en pandemia, los profesionales sanitarios, seguimos muy castigados en nuestros puestos de trabajo, con contratos eventuales precarios, así como, muchos de los compañeros una vez pasados los momentos más duros perdieron sus puestos de trabajo. En la actualidad, se deberían tomar medidas para conseguir una atención primaria y hospitalaria de calidad, ya que ahora es cuando el paciente que ha sufrido la enfermedad necesita más apoyo emocional y médico.

En lo que respecta a los profesionales sanitarios, se deberían poner más medios de atención psicológica y emocional, sobre todo a aquellos que han estado luchando contra la enfermedad y que siguen haciéndolo.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia ocasionada por el virus del SARS-COV-2 ha desbordado la atención hospitalaria en España.

Esta situación crítica, supuso una reorganización a nivel de los diferentes servicios de atención hospitalaria, elaboración de protocolos ante una situación desconocida, reestructuración de todos los espacios en hospitales (también se instalaron hospitales de campaña) y la formación “exprés” de los profesionales sanitarios ante la colocación y retirada de un EPI, todo ello sumado al estrés psicológico que teníamos que afrontar cada día en nuestra unidad de trabajo.

Cada día se reorganizaba al personal sanitario, hemos tenido que aprender de la forma más rápida, técnicas y procedimientos nuevos ante una situación que nos ha pillado desprevenidos a todos, pero hemos estado ahí siempre.

Acatábamos protocolos cada día para beneficio del paciente y para evitar cometer errores en nuestra actividad asistencial diaria.

El reto de las administraciones competentes debe ser a partir de ahora, contar con el número adecuado de profesionales sanitarios, sobre todo a nivel de enfermería, la buena gestión de recursos materiales, organización asistencial frente a este tipo de situaciones y colaboración con otras disciplinas para elaboración de documentos en los que se pueda dar la mejor calidad asistencial al paciente.

6 Bibliografía

1. De Andrés-Gimeno Begoña; Solís-Muñoz Montserrat; Revuelta Zamorano Manuel; Sánchez-Herrero Hector; Santano Magariño Almudena, Grupo de Cuidados COVID-19 HUPHM. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. Disponible en: www.elsevier.es/enfermeriaclinica
2. Fernández Ballesteros Rocío, Sánchez Izquierdo Macarena. Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: Algunos Resultados y Reflexiones. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa>
3. López Franco M.Aránzazu; Latasa Zamalloa Pello. Coronavirus COVID-19. Rev Esp Salud Pública. 2020; Vol. 94: 21 de abril e1-2.
4. Andreu-Periz Dolores; Ochando García Antonio; Limon Cáceres Enric. Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en España. Enferm Nefrol. 2020 Abr-Jun;23(2).148-59
5. Geraldine Almanza-Rodríguez. Cuidados de enfermería frente al manejo del paciente diagnosticado con COVID-19 en el área de hospitalización. Rev. Fac. Med. Hum. Octubre 2020; 20(4):696-699. DOI 10.25176/RFMH.v20i4.2963
6. Ruiz Bravo Alfonso; Jiménez Valera María. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v61i2.15177>
7. Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R, Oteo J, Hernán M, Pérez-Olmeda M, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. The Lancet, 2020. Doi: 10.1016/S0140- 6736(20)31483-5. Prevalencia de SARS-CoV-2 en España. Estudios COVID-19. Centro Cochrane Iberoamericano
8. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria. Ministerio de Sanidad

Capítulo 41

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE DE UN CENTRO HOSPITALARIO.

ABDELOUAHED AMAL AMANE

RAFAEL RODRIGUEZ CASTILLEJO

ELENA SANCHO MUÑOZ

RAUL NEGRO MORAL

RAQUEL CASTILLO MARTIN

1 Introducción

Una vez que un paciente llega a recepción de un hospital, será llamado para que pase a la sala de triaje donde se encuentra un personal de enfermería que primero se presentará y a continuación comprobará la identidad del paciente y luego le hará una breve anamnesis.

Esta anamnesis consiste en hacerle preguntas sobre el motivo de la consulta médica, consultar el historial médico personal y alergias que pueda tener. También se registrarán los signos vitales más importantes como son la tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y la glucemia.

Esto se realiza con el objetivo de determinar la prioridad de urgencia y clasificar al paciente en uno de los diferentes niveles que hay establecidos 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 realiza se llama sistema de triaje de Manchester (MTS) y es un sistema de clasificación y priorización que fue diseñado en los años 90. Es un sistema que es muy rápido en su ejecución, cada triaje dura aproximadamente 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 emplea 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 realizar el rol de la enfermera en la zona de triaje es muy importante que conozca la organización y funcionamiento del servicio de urgencias en el que se encuentra, la estrategia utilizada, los recursos que tiene al alcance, tanto físicos como humanos, los registros y los servicios de apoyo con los que cuenta. Además es necesario que conozca las normas, protocolos y manuales, ya que no todos los hospitales trabajan de la misma manera y no siguen las mismas pautas de trabajo. Según un estudio realizado por Martín García M, se ha podido sacar en conclusión 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.

También 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 realizar el sistema de clasificación de triaje.

Se puede evidenciar que cuando se trata del personal de enfermería quien realiza el triaje, se ha podido lograr un mejor dominio de flujo de pacientes en los servicios de Urgencias de los Hospitales. Con esto se puede conseguir ahorrar dinero, pero también permite ampliar las funciones del personal de enfermería en las salas de las urgencias hospitalarias.

En el estudio que fue realizado por 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, dando lugar a 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

Las funciones que desempeña el personal de enfermería en una zona de triaje es de vital importancia a la hora de clasificar a los enfermos una vez llegan al hospital, ya que de esta manera se va a dar prioridad a los pacientes que requieren ser atendidos urgentemente aunque hayan llegado más tarde que otros pacientes. Debido a todo esto, es demasiado importante que el personal de enfermería que se encuentra en la zona de triaje sea personal muy cualificado y tenga los conocimientos y experiencia suficiente para poder desempeñar ahí su trabajo, ya que en gran parte la vida del paciente está en sus manos al decidir que tiempo necesita para ser atendido en función de la urgencia que presente.

6 Bibliografía

1. Manosalva Murillo J. Rol del enfermero en el área de triaje. *Av enferm.* 2005;23(1):82-89. 2. Álvarez Baza MC. El triaje 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: herramienta 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 42

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON TUBO OROTRAQUEAL

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

ELENA PEINADO TERCERO

ÁNGEL SAERA SERRANO

ÁNGELA CAMPO LÓPEZ

1 Introducción

La ventilación mecánica (VM) en el paciente crítico es un recurso terapéutico muy frecuente para dar soporte ventilatorio en pacientes con dificultad para mantener niveles de O₂ adecuados, por lo que es decisivo para su supervivencia. No obstante, la VM no está exenta de complicaciones, entre las que encontramos: problemas mecánicos, complicaciones pulmonares, alteraciones hemodinámicas, problemas de adaptación del paciente y el respirador, problemas de la vía aérea (extubación, malposición del tubo endotraqueal, lesiones en la comisura labial y/o boca) e infecciones (neumonía).

Las Úlceras Por Presión (UPP) son un importante problema de salud. Tanto es así que la OMS las considera un indicador de la calidad en la atención al paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Una UPP es una lesión de origen

isquémico de la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y ocasionada por una presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Se trata de un problema evitable en un 95% de los casos y que conlleva ciertas complicaciones como infecciones, prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de costes.

Además de la presión ejercida sobre una superficie durante un tiempo prolongado, existen otros factores de riesgo que contribuyen a su aparición (inmovilidad, desnutrición, incontinencia, alteración del nivel de conciencia, inestabilidad hemodinámica que influye en una mala perfusión del tejido, determinados fármacos,...).

El tubo endotraqueal es uno de los causantes habituales de UPP en las UCI, por lo que la implementación de un buen plan de cuidados ayudará a reducir su incidencia y aumentar la calidad de los cuidados de enfermería, contribuyendo a aumentar la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería que se deben realizar en los pacientes con tubo orotraqueal para prevenir úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Palabras clave: Ventilación Mecánica, Intubación orotraqueal, Lesiones, UPP, cuidados enfermeros.

4 Resultados

Cuidados:

- Valorar de forma continua el estado de la boca y de la fijación del tubo. Y comprobar el número de la comisura labial en que está situado el Tubo orotraqueal (TOT).

- Mantener al paciente en posición semi-incorporada, con el cabecero elevado entre 30-45° (reduce la incidencia de aspiración y por tanto, una posible neumonía secundaria).
- Se realizará la higiene bucal y el cambio de fijación una vez por turno, y cuando sea preciso por suciedad y por aflojamiento de la cinta.
- Sujetar las tubuladuras del respirador en el soporte para reducir la transmisión de las fuerzas mecánicas directamente al paciente.

Material:

- Sondas de aspiración estériles.
- Sonda tipo Yankagüer.
- Guantes estériles desechables y guantes no estériles.
- Solución de Clorhexidina al 0,12%- 0,2 % diluida en abundante agua (ayuda a reducir la carga bacteriana y por tanto a disminuir las neumonías).
- Jeringuilla de 50 cc de cono ancho.
- Gasas o compresas no estériles.
- Empapador.
- Cinta de fijación del TOT.
- Comprobador del pneumotapón.
- Vaselina.
- Crema tópica de clorhexidina.

Personal:

Una enfermera y una auxiliar de enfermería (TCAE).

Procedimiento:

- En primer lugar se preparará la solución con clorhexidina al 0,12%- 0,2 % con la que se realizará el lavado bucal.
- Se procederá al lavado de manos (medida más efectiva contra las infecciones nosocomiales) y colocación de guantes desechables.

Se realizará una exploración visual de la boca del paciente, para conocer el estado inicial de la boca y su evolución, a través de controles periódicos. Nos servirá de método para valorar los cuidados que se le realizan al paciente.

Tras comprobar la presión del pneumotapón (20-30 cm H₂O, para evitar la aspiración de secreciones instauradas alrededor del globo) y preparar el sistema de aspiración con la sonda, la enfermera se colocará el guante estéril desechable en la mano dominante y con la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) procederá al aspirado de secreciones a través del TOT.

Se retirará el guante esteril desechable y se cambiará la sonda de aspiración por la sonda tipo Yankagüer en el sistema de aspiración. Al mismo tiempo que la TCAE va introduciendo la solución de clorhexidina con la jeringuilla de 50 cc

(introducirá unos 15- 20 ml), la enfermera va aspirando. Se repetirá el proceso las veces que sean precisas.

Se procederá al cambio de la cinta de sujeción del tubo, cambiando éste de posición (para alternar la zona de presión) y valorando el estado de las comisuras labiales y mucosas. Mientras la enfermera retira la cinta usada por una nueva, la TCAE sujetará el tubo con firmeza para evitar la extracción accidental. Algunos estudios han demostrado que dejando el tubo fijado en la parte central de la boca, se producen menos lesiones.

Finalmente se dejará la clorhexidina tópica en las mucosas de la boca, se secarán los labios y la parte circulante y se dará vaselina en los labios del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Realizar una buena prevención en la aparición de las UPP será el mejor tratamiento de éstas, por lo que la realización de un procedimiento sobre el cuidado del TOT y la higiene bucal en pacientes críticos ayudará a conseguir este propósito. De esta forma se contribuirá a reducir posibles complicaciones y reducir los costes de tratamiento.

Así mismo, proporcionará autonomía al personal de enfermería y reducirá la variabilidad en la realización de la técnica, mejorando la continuidad en sus cuidados. Será una buena herramienta para hacer un buen seguimiento de la evolución del paciente.

Las medidas preventivas se iniciarán de forma temprana (en los primeros días de ingreso) y se realizará una valoración continua.

6 Bibliografía

1. Esperon GA. La iatrogenia como origen de las úlceras por presión en una unidad de cuidados críticos, España, 2010.
2. Esperon GA. Monitorización de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos, España, 2010

Capítulo 43

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA SHUNT

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

ELENA PEINADO TERCERO

ÁNGEL SAERA SERRANO

ÁNGELA CAMPO LÓPEZ

1 Introducción

Vamos a hablar en este capítulo sobre El foramen oval permeable (FOA) que es la abertura natural a través de la cual la sangre fluye desde la aurícula derecha hacia la izquierda y permanece abierta hasta el nacimiento. Pero Sin embargo, en algunas personas este cierre no se produce y el riesgo de sufrir un ictus aumenta significativamente. La prevalencia y forma del síndrome de ovario abierto en la población adulta es de alrededor del 25%. La frecuencia disminuye con la edad y es del 20% en pacientes mayores de 80 años. No hubo diferencia significativa en la prevalencia entre hombres y mujeres. Aunque la mayoría de los titulares de patentes de foramen oval son asintomáticos, puede servir como vía para la embolización de la arteria venosa a través de la derivación de izquierda a derecha.

Este es el flujo sanguíneo ocurre cuando la presión en la aurícula derecha excede la presión en la aurícula izquierda, creando así un gradiente transitorio de derecha a izquierda durante la contracción ventricular prematura y durante la maniobra de Valsalva. Existen muchos métodos de ultrasonido patentados para diagnosticar quistes ováricos, incluida la detección de un cortocircuito de derecha a izquierda mediante Doppler transcraneal (TCD).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la técnica shunt para la detección de FOP tal y como se realiza en la Unidad de Neurología del CHN.

Objetivos secundarios:

- Enumerar los materiales empleados para la realización de dicha técnica.
- Dar a conocer el procedimiento paso a paso al resto de profesionales implicados
- .

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda de literatura científica para identificar todos los estudios relevantes descritos en inglés o español en las siguientes bases de datos: PubMe, Medline, Cochrane Library y CINAHL utilizando como palabras clave foramen oval permeable, ictus y protocolos de enfermería.

4 Resultados

Materiales necesarios:

- Guantes
- Gasa
- Solución de clorhexidina alcohólica al 2%
- Compresor
- Abbocath 20 (G) metro. - Agujeros de paso de soporte
- Extensión de 10cm con grifo holográfico incorporado
- Suero fisiológico: una dosis única de 10 mililitros (ml). - Jeringa luer lock 2 x 10 ml
- Doppler transcraneal

Descripción de la tecnología:

- Explicar la técnica al paciente. - Colocar al paciente en decúbito supino y en decúbito supino. - Intervención en la vena del codo con un catéter 20G de 32 mm (puede tener resultados falsos negativos con una nueva intervención). - Conectar la extensión usando la llave holográfica incorporada. - Fije la línea de pesca y la extensión con cinta. - Asegurar la correcta visualización de la arteria cerebral media (ACM) a través de la ventana temporal con los DTC. - Preparar y utilizar contraste salino: Precargar una de las jeringas

10 ml con 8 ml de suero fisiológico al 0,9% y otro con 1 ml de sangre extraída del paciente y 1 ml de aire; Conéctelos a cada puerto del grifo lateral, la boquilla de tres vías permanece cerrada hacia el paciente y se abrirá el paso entre las dos jeringas; Mezclar la solución entre las dos jeringas transfiriendo el contenido de una jeringa a la otra al menos 10 veces, hasta formar una emulsión de micropartículas; Administre la solución de microburbujas como medicamento. Realizar maniobras en reposo (básicas) y utilizar la maniobra de Valsalva (MV). Se debe instruir previamente a los pacientes para que realicen la VM y se debe verificar su eficacia observando una disminución en la velocidad media de la SMA de al menos un 25 %. Resultados técnicos:

- Cuando hay FOP: el rápido movimiento de estas pequeñas canicas afectará DTC unos 10 segundos después de la transmisión típica de la señal de audio (Hacer clic)
- Sin FOP: no habrá cambio en la imagen Doppler. El tamaño de una fuga se cuantifica en función del número máximo de señales detectadas con cualquier transmisión en cualquier MCA:
- Sin señal shunt: 0. - Shunt mínimo: <10 señales. - Shunt Masivo: 11-25 señales.
- Modo ducha: > 25 señales. - Cortina: numerosas piedras pequeñas que borran parcial o totalmente el espectro Doppler.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido comprobar, que la técnica shunt es una técnica no invasiva y sencilla que permite de manera fácil diagnosticar un foramen oval permeable y su consecuente riesgo de Ictus y/o recurrencia. Tras lo descrito en este capítulo se ha comprobado que para que la realización de dicha técnica sea la adecuada, es fundamental contar con todo el material necesario, debidamente preparado con anterioridad, así como con la coordinación y formación específica de todo el equipo multidisciplinar implicado en la técnica. Por último pero no menos importante, cabe remarcar que es imprescindible contar también con una buena colaboración

por parte del paciente.

6 Bibliografía

1. Cruz-González I, Solís J, Inglessis-Azuaje I, Palacios I. Patent foramen ovale: current state of the art. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 7 de Julio de 2008 [citado 10 de Marzo de 2019]; 61(7):738-751. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18590647>
2. Saver JL. Cryptogenic Stroke. *N Engl J Med* [Internet]. 26 de mayo de 2016 [citado 10 de febrero de 2019];374(21):2065-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1503946>
3. Reverté Villarroya S. Detección shunt derecha-izquierda en pacientes con ictus isquémico: Colaboración de enfermería en la técnica de detección. *Rev cient Soc Esp Enferm Neurol* [Internet]. 1 de enero de 2008 [citado 10 de febrero de 2019];27(1):27-30. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2013524608700412>

Capítulo 44

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

ELENA PEINADO TERCERO

ÁNGEL SAERA SERRANO

ÁNGELA CAMPO LÓPEZ

1 Introducción

Vamos hablar en este capitulo que una de las posiciones mas utilizadas en los centros hospitalarios y que facilita mucho la recuperacion de los pacientes. La posición prona (o decúbito prono) es la posición anatómica del cuerpo humano, caracterizada por una posición corporal en la que el paciente se acuesta boca abajo, con la cabeza inclinada, el cuello en posición neutra y las extremidades. miembro superior Estírese cerca del cuerpo, con las palmas hacia abajo, las piernas estiradas con la cara recta y las yemas de los dedos hacia los ojos, los pulgares hacia abajo. La posición prono es el cambio de posición utilizado en la UCI cuando el paciente tiene síndrome de dificultad respiratoria aguda. El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) es la insuficiencia respiratoria debida a

un edema pulmonar no cardíaco secundario al aumento de la permeabilidad capilar pulmonar. Esto conduce a infiltrados pulmonares bilaterales, disminución de la distensibilidad pulmonar, hipoxemia, alteración de la producción y la calidad del surfactante, colapso alveolar, aumento de las fugas intrapulmonares y aumento de la presión arterial pulmonar. La pronación es una estrategia que puede mejorar la oxigenación arterial en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) que reciben ventilación mecánica y PEEP (presión espiratoria final positiva).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Difundir la necesidad de crear un procedimiento de actuación, que nos lleve a aumentar la calidad y la seguridad del paciente crítico a la hora de realizar la pronación.

Objetivos secundarios:

- Exponer los cuidados de enfermería necesarios para realizar el cambio al decúbito prono de manera segura y eficaz.
- Conocer y prevenir las posibles complicaciones tras la realización del decúbitos prono.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de los artículos científicos, investigaciones y revisiones sistemáticas en los últimos 5 años. Las bases de datos utilizadas fueron google académico, Medline, Scielo y Pubmed. Los descriptores introducidos en las bases fueron AND, Or y las palabras claves: distrés respiratorio, decúbito prono y ventilación mecánica.

4 Resultados

A la hora de realizar la posición tumbada necesitaremos unos medios humanos y materiales como los siguientes:

- El médico dentro del bloque junto a la cabeza del paciente lo mejor es sujetar el tubo endotraqueal y rotar la cabeza es un movimiento que también puede realizar el personal médico.
- Se colocan dos cuidadores, dos enfermeras y un cuidador a cada lado de la cama. Y lo que necesitamos es:

- La cama articulada le permite tomar una postura contra Trendelenburg. - Tres almohadas. - Un sistema especial de apoyo para la cabeza (viga) ayuda a evitar la presión sobre los ojos, los oídos, la nariz y el tubo traqueal (OTT) o traqueotomía.
- Ropa de cama (forro y tablero de la mesa)
- Colchón anti-dolor. - Máquinas de succión y tuberías de succión. - Ambu está conectado a la toma de O₂. - Carro de ambulancia de reanimación cardiopulmonar. Antes de comenzar a poner al paciente en decúbito prono, tendremos que realizar una serie de maniobras para garantizar la seguridad del paciente durante el giro, por supuesto, el ayudante debe estar formado e informado sobre la operación a realizar. Habrá que aspirar secreciones y retirar todos los parches de control, y se dejará al paciente con un oxímetro de pulso. - Hiperoxigenar con FiO₂ al 100%, suspender la nutrición enteral (si está disponible) y conectar una sonda nasogástrica (SNG) a la bolsa. - Calmar y relajar al paciente según indicación médica. - Comprobar la fijación de TOT (o traqueotomía), NHT, entrada y drenaje vascular. Debemos asegurarnos de que el tubo de respiración y el equipo de las vías venosa y arterial tengan suficiente espacio para la derivación, así como los drenajes. Si hay drenajes abdominales, se vacían y se coloca una bolsa de recolección. Se coloca un catéter vesical y un sistema de recolección de orina entre las piernas del paciente. Después de completar todas las comprobaciones y colocar el bastón, la cama se coloca en posición horizontal para seguir girando. La rotación presuntiva de DP (PR) es la rotación hacia el lado con menos acceso vascular, es decir, si hay un abordaje a lo largo de la línea central derecha, se rotará hacia la izquierda. Los pasamanos se colocan a cada lado de la cama, a la altura de la columna lumbar del paciente, moviéndose en la dirección que queremos mover al paciente. Las extremidades superiores del paciente están paralelas al cuerpo, con la palma extendida por encima y por debajo del glúteo izquierdo (ayuda a prevenir una posible luxación del hombro). En esta posición, el paciente se traslada a la posición supina. Solo el oxímetro de pulso permanecerá en su lugar durante la rotación y esa será nuestra única forma de monitorear durante la rotación ya que los parches de ECG se quitarán antes. Un profesional de la salud controlará las rutas hacia los vasos sanguíneos. Coloque dos almohadas gruesas, una a la altura de los hombros (eleve al paciente 10 o 15 cm de la cama), la otra a la altura de la cadera. Se envolverá al paciente alrededor del cuello de tal manera que el usuario de ambos lados tenga que doblar los paneles inferior y superior con ambas manos, por lo que para que el paciente quede completamente cubierto, esto se conocerá como la "Técnica de la Fuerza". ". harina". "Los pacientes se acuestan sobre almohadas y con su ayuda se concentran en la cama. Después de colocar al paciente en el centro de la cama, la cabeza del paciente se

inclina sobre el sistema de soporte desarrollado. Asimismo, se recalibra el sistema de presión invasiva, se revisa la NSG, se suspende el catéter vesical, y más.

La rodilla está a la altura de la espinilla para que las piernas queden ligeramente flexionadas para que las extremidades queden lo más anatómicamente posible. Juego de cama contra Trendelenburg ± 30 grados; La FiO₂ cae a un valor preexistente si la saturación de oxígeno del paciente (SatO₂) lo permite. Se ha introducido una nueva posición de las extremidades superiores, a la que nos referimos como arrastre de estómago por analogía con la posición de nadadores similares. De esta forma, los miembros superiores se pueden disponer de la siguiente manera:

Gatear hacia la derecha: levante la mano derecha, baje la mano izquierda, gire la cabeza hacia la izquierda.

5 Discusión-Conclusión

La DP ha demostrado ser un método seguro:

1. Mejora el intercambio de gases, ayuda a redistribuir mejor las áreas pulmonares con desequilibrio en la relación ventilación-perfusión. 2. Aumenta el flujo de secreciones de las vías respiratorias por acción de la gravedad. 3. Se requieren valores de PEEP más bajos para mantener los mismos niveles de oxígeno, así como para realizar operaciones de reclutamiento. La posición prona resulta en una redistribución de la ventilación hacia el pulmón dorsal (se colapsa más frecuentemente en la posición supina en pacientes con SDRA) con poco efecto sobre la distribución de la perfusión pulmonar, que predomina en el pulmón dorsal en ambas posiciones. Así, en decúbito supino se consigue un mejor equilibrio de la relación ventilación-perfusión con una reducción de las áreas de fístula. El efecto principal de acostarse boca abajo es aumentar significativamente la cantidad de oxígeno en la sangre arterial a la edad de 60-60 años.

El 80% de los pacientes con SDRA respiran PEEP sin causar cambios hemodinámicos. Se recomienda su uso en las primeras etapas del SDRA y existe evidencia experimental de un efecto protector pulmonar en estos casos. Además, es una técnica segura, con baja tasa de complicaciones y raramente asociada a hipoxemia arterial. Sin embargo, hasta la fecha no se ha demostrado que el posicionamiento prono afecte la mortalidad en pacientes con SDRA, por lo que su uso no debería ser obligatorio.

6 Bibliografía

1. <https://sites.google.com/site/enfermeriareanimacion/home/decubito-pronoenpacientes-con-sdra>.
2. Campello-Vicente C, Vidal-Baños A, Del Saz-Caja, MaI, Tomás-Robles A, Villaescusa-Carrillo Mo C. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermera de uci: una revisión integrativa. *Revista Científica de Enfermería*. *Revista Científica de Enfermería*.
3. Bonet R, Moliné A. Protocolo de colocación del paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo en decúbito prono.
4. Decúbito prono: tratamiento postural en pacientes con SDRA. Punto de vista de enfermería. *Enfermería Intensiva*. 1998;9:36-4

Capítulo 45

CUIDADOS DE ENFERMERÍA, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

VIRGINIA COLINO GÓMEZ

ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS

OLGA CASTRO CARRETERO

MARIA ALAMO OJEDA

BIANCA GABRIELA ALEXANDRU

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es considerada un reto de salud pública, entre otras razones por ser la tercera causa de mortalidad. Aproximadamente 65 millones de personas la padecen, de los cuales 3 millones mueren cada año.

Esta enfermedad se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo y por síntomas persistentes como disnea progresiva, tos crónica y aumento de la ex-

pectoración. En cuanto a los signos, encontramos murmullo vesicular, espiración prolongada e hiperinsuflación pulmonar; sin embargo ningún hallazgo del examen físico es sensible o específico, por lo que no orientan al diagnóstico.

El factor de riesgo principal es el tabaco, siendo éste proporcional al consumo y habiéndose demostrado su causa-efecto con la enfermedad. Otros factores de riesgo se pueden agrupar en ambientales e individuales.

Con respecto a su manejo y tratamiento, podemos distinguir el farmacológico y no farmacológico. Sus objetivos primordiales son reducir los síntomas, disminuir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones y mejorar el pronóstico.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la elección del dispositivo va a depender de si existe una buena coordinación entre la activación del inhalador y la inhalación del paciente. Por tanto es lo primero que debemos plantearnos al iniciarlo.

Con respecto al tratamiento no farmacológico, los profesionales sanitarios han de intervenir en la nutrición, ejercicio físico, deshabituación tabáquica, rehabilitación pulmonar, sueño y descanso y en el manejo del estrés.

2 Objetivos

- Comprender los signos, síntomas y factores de riesgo de la EPOC
- Identificar los tipos de inhaladores y su aplicación
- Dar a conocer el tratamiento no farmacológico en pacientes con EPOC, indicado en su abordaje.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática y revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Medline, seleccionando los artículos de mayor relevancia científica en el tema a tratar. Se han consultado algunas páginas Web como "SEMERGEN" (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) y "SEPAR" (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica); entre otras.

4 Resultados

Uno de los objetivos en el abordaje de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es su prevención, para lo que es imprescindible conocer los factores de

riesgo. El principal es el tabaco, que aumenta el riesgo de padecerla entre 9 y 10 veces más que en los no fumadores.

La contaminación atmosférica tiene también un papel importante, por ejemplo con la quema de biomasa como combustible y en exposiciones laborales a productos químicos o humos.

En cuanto a los factores de riesgo individuales, encontramos: sexo masculino, déficit hereditario de alfa-1-antitripsina, hacinamiento, contaminación, bajo peso al nacer, infecciones, asma y bronquitis crónica entre otros.

El tratamiento farmacológico aplicado a través de la terapia inhalada, tiene una serie de ventajas: la acción directa en los órganos diana, mayor efecto conseguido a menor dosis administrada y disminución de los efectos adversos. Los dispositivos de inhalación se clasifican en dos grupos: cartucho presurizado y polvo seco.

Con los primeros la inspiración ha de ser lenta y profunda, mientras que con los segundos, rápida y enérgica.

Los pasos a seguir para una correcta técnica de inhalación son:

1. Mantener una posición correcta: de pie o sentado.
2. Abrir el dispositivo, agitar y cargar si el fabricante lo indica.
3. Sujetarlo en forma de "L" y realizar una espiración prolongada y alejada.
4. Sellar los labios alrededor de la boquilla.
5. Inspirar y realizar apnea de aproximadamente 10 segundos.
6. Espirar.
7. Comprobar dispositivo, cerrar y limpiar.
8. Realizar higiene bucal.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, con respecto a la nutrición, es recomendable comer sentado, realizar entre 5 y 6 comidas al día en poca cantidad, aumentar la ingesta de fibra para evitar el estreñimiento y utilizar el oxígeno antes y después por el aumento de la demanda de éste.

Es recomendable realizar ejercicio de inicio progresivo, según tolerancia, preferencia y capacitación. La rehabilitación pulmonar ayuda a controlar la disnea y mejorar la eficacia de la respiración, a través de dos ejercicios: labios fruncidos y expansión costal.

Mantener un horario fijo de acostarse y levantarse, así como el buen manejo del estrés, también va a contribuir a llevar un estilo de vida saludable, evitando y retrasando la limitación de la enfermedad en las actividades básicas de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se considera un problema de salud pública, debido a su alta incidencia, la elevada morbilidad, su infradiagnóstico y la limitación en la calidad de vida de los pacientes.

Por todo ello, la prevención y tratamiento son pilares fundamentales en su abordaje, tanto desde atención primaria como a nivel hospitalario. Fomentar un estilo de vida saludable y prevenir los factores de riesgo relacionados con la EPOC, han de ser los objetivos principales.

La vacunación antigripal y antineumocócica reduce el riesgo de exacerbaciones, la morbilidad y el coste sanitario en el manejo de estos pacientes. Del mismo modo, la oxigenoterapia crónica domiciliar aumenta la supervivencia, la capacidad de esfuerzo y calidad de vida.

Actualmente sabemos que el principal factor de riesgo es el tabaco, por tanto la deshabituación será uno de los pilares en el manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

6 Bibliografía

1. García Cases S, Caro Aragonés I, Aguinagalde Toya A. Dispositivos y guía de administración vía inhalatoria. Grupo de Productos Sanitarios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017.
2. López García F, Bas Reina C. Dispositivos inhaladores en la EPOC: ¿Cuál utilizar? *Gaceta Clínica*. 2015; 76 (2): 67-70.
3. Atención integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Desde la atención primaria a la especializada. Guía de práctica clínica 2010, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
4. Alfageme I, et al. Nuevo estudio sobre la prevalencia de la EPOC en España: resumen del protocolo EPISCAN II, 10 años después del EPISCAN. *Arch Bronconeumol*. 2019;55(1):38-47
5. Viejo-Casas A, Bonnardeaux-Chadburn C, Ginel-Mendoza L, QuintanoJimenez JA. Actualización de la terapia inhalada en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Semergen*. 2016; 42 (7): 101-107.

Capítulo 46

LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

VIRGINIA COLINO GÓMEZ

ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS

OLGA CASTRO CARRETERO

MARIA ALAMO OJEDA

BIANCA GABRIELA ALEXANDRU

1 Introducción

La adicción es un problema de salud causado por el uso regular de sustancias adictivas (drogas). La adicción implica cambios significativos en el estilo de vida, tanto físicos como mentales. Se caracteriza por el uso compulsivo y persistente de sustancias tóxicas. El abuso de drogas incluye muchos tipos diferentes de comportamiento: experimental o lúdico; usar psicoestimulantes para aliviar los síntomas o problemas y usarlos cuando se desarrolla dependencia por el uso prolongado para aliviar la incomodidad o la abstinencia. Actualmente, el consumo

de drogas se considera un problema social que tiene graves implicaciones para la salud pública y tiene importantes efectos familiares, culturales y económicos. Está condicionado y condicionado por el comportamiento y el entorno, tratando así de justificar los efectos negativos que provocan. Todos estos aspectos influyen y configuran la actitud de los trabajadores médicos frente al fenómeno de las drogodependencias. Los principales síntomas que sentirá durante mucho tiempo un gran usuario de sustancias tóxicas son:

- Fuerte obsesión y ansias recurrentes de drogas.
- Dificultad para controlar el consumo (tercos a pesar de conocer los efectos nocivos del consumo).
- Aislamiento social y retiro de las actividades y pasatiempos habituales.
- Síndrome de regresión tras la suspensión del consumo.

2 Objetivos

PRINCIPAL:

- Conocer el papel del enfermero en el abordaje de los pacientes drogodependientes.

SECUNDARIOS:

- Describir el impacto a nivel biopsicosocial que genera el consumo de sustancias tóxicas en todas las esferas personales.
- Analizar la importancia de establecer una relación terapéutica basada en la empatía, asertividad, positividad y respeto, lo que favorecerá la adhesión al tratamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva usando como "palabras clave": drogodependencias, sustancias tóxicas, síndrome de abstinencia, efectos nocivos, etc., usando diversas bases de datos, tales como; PubMed, Medline, Cuiden, Cochrane, Ibecs, Dialnet y Google Académico con el fin de obtener diversos artículos y seleccionar aquellos que se corresponden con los objetivos propuestos.

4 Resultados

El abordaje de la salud de los pacientes con adicción a las drogas debe incluir la capacidad de realizar una evaluación multidisciplinaria, para brindar un en-

foque de tratamiento holístico e integral que aborde el uso de psicoestimulantes, los aspectos sociales, psicológicos, físicos y laborales, metas para reducir el daño y reducir los riesgos para reducir el impacto. del consumo y lograr una mejor salud. La intervención debe centrarse tanto en el paciente como en su familia, interviniendo con las familias que han pedido ayuda y el consumidor que no opta por el tratamiento. Finalmente, en caso de cambio, se debe lograr la reinserción social y laboral. El papel de las enfermeras en los centros de atención a la dependencia es fundamental, con funciones como;

- Tomar muestras (sangre, feto, orina...) para comprobar si el paciente está siguiendo el programa o no, de lo contrario lo usará muchas veces pero nunca será multado o sancionado.
- Tomar signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura, etc.) para monitorear la salud primaria, controlar efectos secundarios farmacológicos durante el tratamiento y controlar variables. Los síntomas pueden ser causados por el uso de sustancias psicotrópicas.
- Medir peso y talla (para evaluar el estado nutricional de los niños).
- Promoción de la salud: una de las funciones principales es la educación para la salud para promover un estilo de vida saludable, proporcionando información sobre los efectos secundarios de los medicamentos, los riesgos de la administración de medicamentos, etc. y el sexo, procurando promover conductas sexuales saludables, cuyo tema principal será la prevención de enfermedades a través del uso del preservativo, tanto de forma individual como grupal (motivación de la autoestima, habilidades comunicativas, etc.), comunicación, autocuidado, etc.)

. Además, se les educa sobre la importancia de la higiene personal y sobre el programa de intercambio de jeringuillas (esta intervención solo se realizará en pacientes que no puedan dejar de tomar su medicación para reducir la incidencia y tasa de contagios). Muerte después de la administración intravenosa). Para ello, se distribuirán gratuitamente jeringas y folletos informativos. También intentarán educarlos sobre el riesgo de infección por el VIH y sus consecuencias. Finalmente, realizarán un seguimiento y ofrecerán asesoramiento y apoyo en caso de cualquier problema.

- Tratamiento y prevención: tanto el tratamiento como la prevención de infecciones se realizará mediante vacunación (virus de la gripe, hepatitis B y A, etc.).
- Seguimiento periódico del proceso de tratamiento: el paciente está indicado en caso de duda o no y es responsable del seguimiento del proceso de tratamiento y seguimiento de la evolución del paciente.
- Tratamiento farmacológico: será la enfermera quien informe al paciente de que debe iniciar el tratamiento, lleve el registro del tratamiento y del paciente y se asegure de que el paciente presenta signos de abstinencia alcohólica. iniciar la terapia de forma totalmente segura. Es muy importante informar a la población sobre qué

hacer en casos de intoxicación aguda con estas sustancias para reducir la mortalidad asociada. El Centro Narcológico realiza la tarea básica de rehabilitación de drogodependientes. Por ello, la labor de las enfermeras en estos centros es muy importante porque además de tratar las drogodependencias y supervisar el tratamiento, también brindan atención y educación sobre las drogas y sus efectos. Por lo tanto, se trataba de evitar recaídas, y el éxito de la intervención se maximizaría.

5 Discusión-Conclusión

Según las fuentes consultadas, el rol del personal de enfermería es fundamental, puesto que las actitudes de las enfermeras van a influir en la calidad de los cuidados proporcionados a estos pacientes, estableciendo una relación terapéutica basada en la empatía, la escucha activa, la asertividad, el positivismo y el respeto, lo que va a favorecer la adherencia al tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento para las dependencias farmacológicas y el abandono del mismo suponen un grave problema que se debe solventar por parte de las instituciones y de los profesionales sanitarios, por lo que sería un gran avance encontrar cuáles son aquellos puntos que favorecen la adherencia. En relación con ello, aparece el término "alianza terapéutica", que hace referencia a la alianza entre paciente y el profesional sanitario en tres aspectos: acciones a realizar, objetivos perseguidos y vínculo formado entre el paciente y el profesional de la salud. Es de vital importancia encontrar cuáles son aquellos factores que hacen que el paciente logre una mayor adherencia al tratamiento, ya que en definitiva, es el paciente el que decide voluntariamente si va a cumplir el régimen terapéutico o no (pudiendo sobrevivir a los efectos de las drogas o incluso morir). La experiencia y familiaridad de los profesionales sanitarios con la atención de estos pacientes es significativa para establecer un tipo de actitud positiva o negativa ante el paciente. Por tanto, los profesionales que tienen experiencia previa presentan una disminución del miedo y la ansiedad, lo que aumenta la adhesión al tratamiento y las posibilidades de éxito de evitar una recaída.

En el ámbito de la atención primaria se puede observar que las enfermeras influyen potencialmente a la hora de reducir la prevalencia de las conductas drogodependientes mediante intervenciones terapéuticas efectivas como son la escucha activa y la asertividad, no sólo centrándose en el tratamiento puramente farmacológico.

6 Bibliografía

1. Alhulia S. Intoxicación por drogas de abuso. Uninet. 2014.
2. Dolors Mas M. Mitos y falsas creencias sobre las drogas, el alcohol y los adolescentes. Siquia. [Sede web]*. 2015. Disponible en: <http://www.siquia.com/2015/03/mitos-y-falsas-creencias-sobre-las-drogas-el-alcohol-y-los-adolescentes/>
3. Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N, Ruiz A, Sánchez-Franco E. Informe 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. BOE. [Sede web]* 2016; 196–201. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
4. Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N, Ruiz A, Sánchez-Franco E. INFORME 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. BOE. [Sede web]*. 2015; 151. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf
5. Tipos de drogas, sus efectos y estadísticas de mortalidad. Sputnik mundo. [Sede web]*. 2010. Disponible en: <https://mundo.sputniknews.com/mundo/20100608126622113/>
6. Osuna Fuentes JM. Drogas ¿un fenómeno en evolución? Carel Carmona Rev. Estud locales. 2005; No 3 (1696–4284):1270

Capítulo 47

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ANCIANO FRÁGIL

VIRGINIA COLINO GÓMEZ

ANA VICTORIA FERNÁNDEZ-HIJICOS BOLAÑOS

OLGA CASTRO CARRETERO

MARIA ALAMO OJEDA

BIANCA GABRIELA ALEXANDRU

1 Introducción

Se puede definir al anciano frágil como aquel que tiene las reservas fisiológicas disminuidas, presentando mayor riesgo de declinar su salud. Esto lo convierte en una persona más vulnerable y con mayor riesgo de dependencia.

Existen diferentes factores de riesgo que hacen a las personas más susceptibles de presentar fragilidad. Para evitarla, se pueden llevar a cabo programas de prevención cuyo principal objetivo es mantener y aumentar la calidad de vida.

A menudo se manifiesta a través de algunos síntomas que suelen ser inespecíficos y deben ser interpretados por profesionales sanitarios, ya que en ocasiones son precursores de patologías graves.

Es importante detectarla para poder prestar la atención sanitaria adecuada. Se debe realizar una valoración geriátrica integral para evaluar el estado de salud, las necesidades y los recursos con los que cuenta el paciente.

La situación del anciano frágil afecta también a su entorno, puesto que suelen ser personas con un alto grado de dependencia. Se debe estudiar la red de apoyo con la que cuentan estos pacientes. Esta situación provoca alteraciones psicosociales en todos ellos.

Es fundamental realizar una valoración holística para prestar la atención necesaria en todas las esferas. Los cuidados de enfermería se basan en la prevención y promoción de la salud.

2 Objetivos

- Conocer la situación de fragilidad en el adulto mayor.
- Ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la detección y cuidados a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la situación del anciano frágil, abordando desde la detección hasta el tratamiento de la misma.

Para ello se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas y buscadores como son Google Académico y Scielo.

Además se han consultado artículos oficiales publicados por servicios sanitarios en España que han sido relevantes para el trabajo.

4 Resultados

A lo largo del proceso de envejecimiento ocurren ciertos cambios fisiológicos que hacen que disminuya la reserva funcional y la adaptación a la nueva situación.

Es por ello que se vuelven más vulnerables.

El estado de fragilidad en los adultos mayores se puede instaurar de manera repentina, aunque lo habitual es que se desarrolle progresivamente.

Se puede manifestar a través de síntomas que a menudo son inespecíficos como incontinencia, caídas de repetición, astenia, debilidad, etc.

Existen algunos factores de riesgo que predisponen a las personas a sufrir fragilidad. Algunos de ellos son:

- Tener más de 80 años.
- Sufrir alteración de la marcha y equilibrio, con la consecuente aparición de caídas.

- Haber estado hospitalizado recientemente.
- Realizar poca actividad física.
- Debilidad muscular.
- Pluripatologías.
- Polifarmacia.
- Déficit de apoyo social.

La detección de este problema de salud se lleva a cabo a través de una valoración geriátrica integral, con la que se pretende evaluar la situación de salud e identificar los problemas para poder establecer las intervenciones más adecuadas en cada caso y promover un uso adecuado de los servicios asistenciales.

Gracias a la valoración geriátrica integral se consigue disminuir el uso de medicamentos prescritos, mejora la capacidad funcional, cognitiva y emocional del paciente, se reduce la hospitalización por procesos agudos y la institucionalización. Además disminuye los costes asistenciales y mejora la calidad de vida.

Debemos evaluar todas las esferas del anciano, la esfera clínica, funcional, mental y social. Para ello se utilizan diferentes herramientas como son las escalas.

La evaluación clínica se realiza para identificar las enfermedades sintomáticas y la presencia de los llamados síndromes geriátricos.

En cuanto a la evaluación funcional, su objetivo es conocer la capacidad previa y actual del paciente para realizar las actividades de la vida diaria, así como la capacidad de mantener relaciones sociales.

Algunas de las escalas más utilizadas para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria son el Índice de Barthel y el Índice de Katz.

La evaluación mental se lleva a cabo para identificar los trastornos del área cognoscitiva y afectiva que están estrechamente relacionadas con la capacidad del paciente para realizar su autocuidado y con la manifestación de síntomas característicos de algunas patologías tales como la demencia, depresión o síndrome confusional agudo.

Algunas de las escalas más utilizadas en esta área son el cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer, el mini examen cognoscitivo de Lobo y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja.

Por último, respecto a la esfera social, se evaluarán algunos aspectos como el estado de la vivienda, el apoyo de familia o cuidador, la pensión y ayudas sociales que recibe, el soporte sanitario asistencial y las relaciones sociales.

De esta manera se identificarán los riesgos sociales y se establecerán las intervenciones convenientes en cada caso.

En cuanto a las actividades de enfermería en este tipo de pacientes se basan principalmente en la prevención.

Los equipos de Atención Primaria realizarán revisiones de salud periódicamente y estarán coordinados con los especialistas para garantizar una asistencia de calidad.

Se debe aportar educación sanitaria acerca de la dieta y la actividad física.

El paciente debe llevar una dieta equilibrada con una ingesta hídrica adecuada.

Se fomentará el consumo de alimentos ricos en vitaminas, minerales, proteínas y fibra.

Se irá controlando periódicamente el peso y la talla para prevenir la malnutrición.

Se recomienda la realización de actividad física de manera regular adaptada a las posibilidades de cada persona. Así disminuirémos el riesgo de enfermedades cardiovasculares entre otras. También va a favorecer la movilidad y agilidad para poder desarrollar las actividades de la vida diaria y se evitarán las caídas.

La enfermera proporcionará asesoramiento y ayuda para eliminar o reducir el consumo de tóxicos como alcohol y tabaco.

Por otro lado, se intentará reducir las situaciones estresantes para el paciente y se dará apoyo emocional siempre que sea necesario, al igual que a familiares y cuidadores. Además hay que promover las relaciones sociales y facilitar los recursos disponibles.

Como medida de prevención también se asesorará sobre la vacunación contra enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

La fragilidad en el adulto mayor es un problema de salud que afecta a todas las esferas de su vida.

Se ha comprobado que hay ciertos factores de riesgo que predisponen a las personas a ser más susceptibles de padecerla. Es importante la vigilancia de signos que advierten de esta situación para poder realizar las intervenciones necesarias a tiempo.

La atención sanitaria se centrará principalmente en la prevención y seguimiento de estos pacientes. Todos los cuidados irán dirigidos a fomentar su autonomía y mejorar la calidad de vida tanto de ellos como de las personas de su entorno.

Para esto es importante contar con un equipo multidisciplinar coordinado que aborde la situación de manera individualizada y así sea capaz de proporcionar los mejores cuidados.

6 Bibliografía

1. Casas A, Cadore E, Martínez N, Izquierdo M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. Revista Española de Geriatria y Gerontología [revista en Internet]. 2015: [aprox. 8 págs.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X14001590>
2. Orueta R, Rodríguez A, Carmona J, Moreno A, García A, Pintor C. Anciano frágil y calidad de vida. Revista Clínica de Medicina de Familia [revista en Internet]. 2008: [aprox. 6 págs.]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000100003
3. Martín I, Gorroñogoitia A, Gómez J, Baztán J, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Atención Primaria [revista en Internet]. 2010: [aprox. 5 págs.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005666>

Capítulo 48

EL ICTUS ISQUÉMICO INVESTIGACIÓN Y EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA

NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ

BLANCA MARIA SERRANO MARTIN

SHEILA CARBONELL DEL CAMPO

ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ

ELENA SORIANO CAÑAMERO

1 Introducción

El ictus es una patología cerebrovascular que se origina por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo cerebral que puede ser transitoria o permanente y afectar a una o varias zonas del encéfalo. Es la segunda causa de muerte entre los varones y la primera entre las mujeres, según datos del Grupo de Estudio de Patologías Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN).

Esta patología es más habitual entre los mayores de 55 años y su riesgo incrementa conforme avanza la edad. Según la OMS, más del 22 % de la población mayor de 60 años presenta riesgo de sufrir un ictus en los próximos 10 años. Al año, se ven afectados unos 15 millones de individuos, de las que un tercio fallece y el otro tercio se queda discapacitado permanentemente.

Conocido además como ACV (accidente cerebrovascular), se diferencia según su naturaleza en dos grandes grupos: ictus isquémico e ictus hemorrágico. El ictus isquémico representa el 85 % de los casos, mientras que el ictus hemorrágico solo supone un 10-15 % de la cifra total de casos.

El ictus isquémico se origina por una alteración en la circulación de una zona del encéfalo. Esta alteración se puede ocasionar por una menor irrigación sanguínea del encéfalo debido a trombos, embolias o bajo gasto cardiaco o a la calidad de la sangre que llega al órgano afectado debido a anemias, trombocitopenias o policitemias.

2 Objetivos

- Definir ictus isquémico y sus diferentes tipos.
- Identificar sus elementos de riesgo.
- Describir las manifestaciones del ictus.
- Conocer su diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el ictus isquémico. Para ello se ha realizado una búsqueda exhaustiva con base científica en las siguientes Páginas y revistas científicas con bases de datos: Dialnet, PubMed/MedLine, LILACS y Cuiden y Scielo. Además de otros metabuscadores como Google académico.

4 Resultados

Centrándonos en la evolución de las primeras horas, podemos catalogarlos en:

1. Accidente isquémico transitorio (AIT) definido como un corto episodio de disfunción neurológica que cede en un breve periodo de tiempo y no deja secuelas permanentes.

2. Infarto cerebral:

Podemos diferenciar entre infarto cerebral progresivo y estable:

- Infarto cerebral estable: no hay transformación de los síntomas durante 24 horas en el sistema carotídeo y 72 horas en el sistema vertebro basilar.
- Infarto cerebral progresivo: desmejora la clínica entre la primera y 72 horas del comienzo de los síntomas provocando un peor pronóstico y un acrecentamiento de la morbimortalidad.

Si lo clasificamos según su etiología lo clasificaremos en:

- Aterotrombótico: se origina por arterioesclerosis de una arteria grande, provocando un infarto de tamaño medio o grande.
- Cardioembólico: de tamaño medio o grande producido por la presencia de algún émbolo.
- Lacunar: se origina en un vaso arterial de pequeño calibre produciendo un infarto de un diámetro menor a 1,5 cm en la zona de la arteria perforante cerebral. El ictus como el resto de las patologías cardiovasculares tiene una serie de elementos de riesgo diferenciados en elementos de riesgo modificables y no modificables.

Elementos de riesgo modificables:

1. HTA: es uno de los elementos más influyentes, encontrándose en casi el 70 % de los casos. A partir de los 65 años, un aumento de 10 mmHg en la TA incrementa una unidad el riesgo de padecer un ictus.
2. Dislipemias: la provisión de colesterol en las paredes de las arterias provoca su endurecimiento favoreciendo la estenosis y la formación de coágulos bloqueando los vasos sanguíneos.
3. Diabetes: al padecer diabetes se tiene mayor propensión a sufrir cualquier patología cardiovascular, lo que incrementa en un 3 % la probabilidad de sufrir un ictus.
4. Consumo de alcohol: el riesgo va relacionado con la cantidad de alcohol que se consume, incrementando la probabilidad de sufrir HTA, coagulopatías y arritmias.
5. Tabaquismo: en el tabaquismo el riesgo de sufrir un ictus incrementa un 50 % en comparación con los no fumadores.
6. Sedentarismo: existe una relación inversamente ajustada entre la cantidad de ejercicio físico y la probabilidad de sufrir un ictus.

Elementos de riesgo no modificables:

1. Edad: a partir de los 55 años, en cada década se duplica la incidencia del ictus y en los mayores de 75 años se sitúa como la principal causa de muerte.
2. Sexo: mayor incidencia en hombres que en mujeres.
3. Raza: el ictus tiene una mayor tasa de incidencia y mortalidad entre afroamericanos, hispanoamericanos, japoneses y chinos.
4. Antecedentes familiares de ictus.

El ictus isquémico se caracteriza por una rápida aparición del déficit neurológico, aunque en ocasiones estos síntomas, pueden aparecer de forma progresiva.

Aunque la clínica depende de la zona donde se produzca la disminución del flujo sanguíneo, suele ser unilateral, afectando a la comunicación, la visión y la activi-

dad motora, induciendo pérdida de fuerza y trastornos en la sensibilidad.

El National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), junto con la Sociedad Española de Neurología y La Australiana's National Stroke Foundation destaca una serie de signos y síntoma que nos deben hacer sospechar de un ictus:

1. Debilidad en la cara, brazo o pierna sobre todo si es unilateral unido a parestesias.
2. Dificultad para la comunicación, tanto para hablar como para comprender.
3. Disminución de la capacidad visual en uno o ambos ojos, problemas en la motilidad ocular o visión doble (diplopía).
4. Problemas en la movilidad y estabilidad, falta de coordinación en los movimientos.
5. Comienzo brusco de cefalea intensa.
6. Dificultad para la deglución (disfagia).

El diagnóstico del ictus debe ser rápido pues es una patología tiempo dependiente y cuanto antes se actúe, menos secuelas dejará la patología. Este se lleva a cabo mediante la historia clínica, para detectar los elementos de riesgo y los antecedentes tanto personales como familiares, la exploración física y la exploración neurológica.

Si hubiese alteración en alguna de las exploraciones se debería confirmar el diagnóstico con pruebas de imagen como son la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM), además de una analítica de sangre y un electrocardiograma. El estudio se podría completar con una radiografía de tórax, una punción lumbar, un ecocardiograma, Doppler/dúplex extrarrenal y transcraneal, angio-TAC y angio-RM.

Al ser una patología en la que se debe actuar en el menor tiempo posible, existe un procedimiento de actuación conocido con el nombre de código ictus (CI) que consiste en el rápido conocimiento de los signos y síntoma y la posterior priorización de los cuidados y traslado a un centro capacitado con Unidad de Ictus.

El código ictus presenta una serie de criterios de activación:

1. Enfermo con buena situación basal, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), capaz de caminar, asearse, comer.
2. Tiempo de inicio de los síntomas menor a 8 horas o de inicio desconocido.
3. Focalidad neurológica en el momento de la activación del código ictus.

El tratamiento más esgrimido para el ictus isquémico es el tratamiento fibrinolítico o trombolítico y la trombectomía mecánica como cuidados específicos. Además, debemos realizar unos cuidados generales del enfermo como son la evaluación de la vía aérea, monitorización de la TA, temperatura, glucemia.

Con la fibrinólisis o trombólisis se intenta conseguir la reperusión arterial, así

como la preservación del tejido neuronal dañado de manera reversible. Para la realización de la trombólisis intravenosa, se inyecta activador plasminógeno tisular (rt-PA) en aquellos ictus con menos de 4,5 horas de evolución, reduciendo así la mortalidad y discapacidad.

La trombectomía, técnica que consiste en la extirpación o fragmentación del coágulo mediante dispositivos intraarteriales, se realiza en aquellos casos donde la trombólisis IV está contraindicada o no ha hecho efecto, siempre y cuando no hayan pasado más de 8 horas de evolución desde el inicio de los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Lo más destacable y en nuestra opinión como personal enfermero, observamos que el ictus tiene un acaecimiento muy elevado entre la población y es una de las primeras causas de muerte entre los mayores de 65 años. Si no se procede dentro de las primeras 4 o 5 horas de evolución de los síntomas, el tratamiento no es efectivo, acrecentando el riesgo de mortalidad y de secuelas en el enfermo. Debido al requerimiento de la rápida actuación para tratar a un enfermo con ictus, resulta indispensable la creación del código ictus. Este facilita el diagnóstico precoz y el traslado del enfermo a un centro capacitado para llevar a cabo el tratamiento necesario y la posterior rehabilitación.

6 Bibliografía

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Trastornos neurológicos. Accidente cerebrovascular. Elementos de riesgo. [Internet]. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm
2. Unidad de Ictus de Salamanca. Protocolos de diagnóstico y tratamiento en la Unidad de Ictus. Salamanca. 2017.
3. Asociación Madrileña de Neurología. Protocolo para el tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. Plan de atención del ictus. Comunidad de Madrid; 2015.
4. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Código ictus. Estrategia de reperfusión en el ictus. Castilla-La Mancha; 2015.
5. Buergo Zuaznabar MA, Fernández Concepción O, Pérez Nellar J, Lara Fernández G, Maya Entenza C, Pando Cabrera A. Guías de Prácticas Clínicas para las Patologías Cerebrovasculares. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [Internet]. 2007; 5 (1): p.2-22. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020185002.pdf>.

Capítulo 49

POLIMEDICACIÓN MUESTRA POR ENFERMERÍA

ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ

BLANCA MARIA SERRANO MARTIN

SHEILA CARBONELL DEL CAMPO

NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ

ELENA SORIANO CAÑAMERO

1 Introducción

La polifarmacia como se le conoce o asimismo llamada polimedicación se precisa como la ingesta o administración de cinco o más fármacos y medicamentos; todo ello de modo cuantitativa.

De modo cualitativa se aborda como la ingesta de fármacos o medicamentos no prescritos, o el uso de medicación simultánea que interactúa entre sí, debido entre algunos condicionantes a los que se logran destacar a la comorbilidad del enfermo.

Existe una reacción en cuanto a cifras de atenciones en los servicios de urgencias, así como ingresos hospitalarios de individuos mayores debido a la sobre ingesta de medicación.

Lo que hace que los enfermos incrementen la ingesta de fármacos suele deberse al envejecimiento de la población, junto con el incremento de la comorbilidad y

de las patologías crónicas que derivan a individuos que son consideradas de alto riesgo de polimedicación.

En la polimedicación influyen diversos y distintos condicionantes como logran ser: biológicos, psicológicos, sociales y propios del sistema sanitario. En el abordaje del enfermo polimedicado debe tenerse en cuenta dicho condicionantes.

A la hora de que la enfermería ejecute una evaluación o valoración del enfermo debe tener cubiertas las catorce necesidades básicas según Virginia Henderson. Cuando debamos efectuar un diagnóstico de enfermería nos fundaremos en el Nanda, el cual se debe reunir los siguientes objetivos: sueño, cuidado de la incontinencia urinaria, deambular, fomento del ejercicio, salud oral y el conveniente manejo de la medicación.

Como consecuencia principal que asume la polimedicación son las interacciones de los medicamentos que suelen influir en el estado general del enfermo y los efectos adversos, junto con las interacciones de los medicamentos.

Todos estos condicionantes y sus consecuencias podrían ser los responsables de un incremento de ser hospitalizado, de sufrir caídas en los ancianos, incremento de morbilidad e inclusive la mortalidad

2 Objetivos

objetivos principales:

- Definir y mostrar la polimedicación o polifarmacia por parte del equipo de enfermería
- Desarrollar los condicionantes que intervienen en su aparición.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación, consistente en una revisión sistemática- bibliográfica en libros y en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo. Se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se entiende como polimedicación en términos cualitativos, el tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que en los criterios cuantitativos se establece un límite en el número de fármacos empleados.

De modo crónica se establece que la polimedicación suele establecerse a partir de cinco medicamentos, lo cual hay una relación independiente con el uso inconveniente de los medicamentos.

A la hora de hablar de un enfermo polimedicado se logran distinguir tres situaciones:

- Polimedicación conveniente: cuando el enfermo toma muchos medicamentos, pero todos ellos poseen indicación clínica. El objetivo en este suceso es mejorar la situación terapéutica.
- Polimedicación inconveniente: cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo en este suceso es reducir el máximo posible el número de fármacos inconvenientes.
- Pseudo Polimedicación: sería el suceso en el que el enfermo posee registrado más fármacos de los que realmente toma. El objetivo en este suceso sería actualizar los registros y coordinar convenientemente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados.

Existen dos patrones diferentes en los enfermos polimedicados; uno sería un enfermo con una sola enfermera que requiere múltiples medicamentos, como sería, por ejemplo: un enfermo portador de VIH. El otro enfermo, generalmente mayor, con morbilidad, donde cada enfermedad precisa de uno o varios medicamentos como, por ejemplo: un enfermo diabético, hipertenso y dislipémico.

Se considera que un enfermo polimedicado es frágil cuando le faltan recursos físicos, psíquicos o sociales para evitar riesgos a consecuencia de la polimedicación, y no frágiles a los que cuentan con tales recursos.

Existen numerosos condicionantes asociados a la polimedicación:

- Los que son condicionantes dependientes del enfermo: como suelen ser los aspectos físicos, psicológicos, familiares y sociales del enfermo.
- Del sistema sanitario: los contactos con los servicios sanitarios en los últimos tres meses, ingresos hospitalarios, acudir a diferentes farmacias y haber tenido consultas entre distintos especialistas.
- Los condicionantes de la sociedad en su conjunto.

Algunos determinantes de la polimedicación exceden lo estrictamente sanitario y pertenecen más al ámbito de lo social. Cualquier intento de describir la polimedicación y la adecuación farmacológica, así como toda la intervención que considere entre sus objetivos adecuar la polimedicación y reducir sus efectos negativos, debe tener en cuenta los concluyentes de modo global e integral.

Para efectuar una evaluación del enfermo polimedicado es necesario evaluar no sólo los aspectos biomédicos, sino asimismo, los condicionantes psicológicos, funcionales y sociales, que es fundamental para entender la situación del enfermo

polimedicado.

Clásicamente se divide en dos métodos:

- Sistemas implícitos: se basan en juicios clínicos y suelen tener en cuenta resultados en salud y suelen ser más válidos.
- Sistemas explícitos: se basan en criterios previamente definidos, y por tanto suelen ser más fiables, aunque no poseen en cuenta la particularidad de cada enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de polimedicación nos referimos a la ingesta agresiva de medicación o el uso excesivo de medicamentos. Dicha polimedicación en enfermos que no posee una prescripción previa logra derivar en ingresos hospitalarios e inclusive en la mortalidad del enfermo. Cabe destacar que existen múltiples condicionantes que influyen en la polimedicación del enfermo, tales como condicionantes biológicos, psicológicos, sociales y propios del sistema sanitario.

A la hora de referirnos a enfermos polimedicados, debemos tener claro la diferencia entre la polimedicación conveniente, inconveniente y la pseudo medicación; y saber diferenciar entre el enfermo que toma múltiples medicaciones para una sola enfermedad y el enfermo con múltiples enfermedades.

Cuando se ejecute una evaluación de un enfermo polimedicado, podemos utilizar dos métodos: el explícito y el implícito.

Es muy importante destacar que entre los enfermos polimedicados uno de los principales condicionantes es el sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. Molina López R, Caraballo Camacho, María de la O Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. 10 2016/j aprim 2011 03 010.
2. Ilustre colegio oficial de enfermería de Jaén. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Herdenson y los lenguajes NNN.2010; Available at: https://www.researchgate.net/publication/305591606_Proveso_Emferme Accessed.05/14,2021
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2013.

Capítulo 50

SEGUIMIENTO Y CUIDADOS EN DOMICILIO DE LAPAROSCOPIA POR ENFERMERÍA

ELENA SORIANO CAÑAMERO

BLANCA MARIA SERRANO MARTIN

SHEILA CARBONELL DEL CAMPO

NURIA ESTEBAN HERNÁNDEZ

ISABEL VILLODRE MARTÍNEZ

1 Introducción

Una Laparoscopia es una técnica quirúrgica que va a consentir observar y si fuera necesario tratar problemas en el abdomen o en el aparato reproductor de una mujer. La cirugía laparoscópica está dotada de un tubo delgado llamado laparoscopio, el cual se inserta en el abdomen mediante la práctica de una pequeña incisión. El tubo posee una cámara conectada a un monitor y esta envía imágenes permitiendo a un cirujano ver el interior del cuerpo sin ocasionarle lesiones importantes y significativas al enfermo. Por ello, la laparoscopia se conoce como cirugía mínimamente invasiva. Consiente acortar bastante el tiempo de estancia en el centro hospitalario, además va a posibilitar una recuperación más rápida, más beneficiosa y con menos dolor y cicatrices más pequeñas que con la cirugía tradicional (abierta).

El tiempo de hospitalización es tan breve que es preciso una buena coordinación entre la atención primaria y la atención especializada, así como, un correcto adecuado y buen manejo, además de un conocimiento por parte de los enfermos respecto a los cuidados que van a ser precisos para una correcta recuperación tras dicha intervención. Dando un soporte informativo sobre el cuidado tras el alta se asegura una evolución favorable, minimizando las posibles complicaciones que logren salir tras la cirugía.

2 Objetivos

- Informar a los enfermos sobre pautas que beneficien y ayuden a una evolución quirúrgica adecuada en su domicilio, hasta conseguir una total recuperación, reduciendo así, la incidencia de posibles dificultades durante el postoperatorio y, consecuentemente, los reingresos hospitalarios tras el alta.
- Proporcionar información sobre los posibles signos y síntomas sugestivos de asistencia sanitaria tras una laparoscopia, así como conocer el circuito de la citada asistencia tanto de modo rutinario como si precisara cuidados más específicos, reduciendo el número de vistas prolijas a servicios de urgencias.
- Mejorar la continuidad de los cuidados una vez recibido el alta hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de estas recomendaciones, se ha efectuado una investigación consistente en una revisión sistemática sobre la literatura científica existente. Una búsqueda sistemática de libros, así como de las principales bases de datos de artículos de carácter sanitario como son Google Académico, PubMed y Medline. Otras bases de datos diferentes con información sobre guías de práctica clínica, revistas, descriptores de procedimientos como son: Fistera, ClinicalKey, etc. O bien metabuscadores como: Tripdatabase o revisiones sistemáticas a través de Cochrane.

4 Resultados

Tras la búsqueda elaborada se tienen en cuenta cinco artículos, los cuales se han escogido puesto que son los más concretos al tema en el que pretendemos centrar nuestro trabajo, consiguiendo el siguiente texto adaptado al enfermo.

1. Recomendaciones tras Laparoscopia:

La laparoscopia, es una técnica quirúrgica, que consiente efectuar la cirugía, practicando pequeñas incisiones en la piel. Recuerde que, en el interior, las heridas son similares a las que se efectúan en la cirugía abierta convencional. El gas insuflado en el abdomen, durante la cirugía, logre ocasionar malestar abdominal durante 1-2 días.

Algunas personas, sienten cierto dolor de cuello y hombro, durante varios días, después de la cirugía.

2. Dieta:

Logre introducir muy poco a poco su dieta habitual, según apetencia y tolerancia.

3. Actividad física:

El alta es bastante rápida, por lo que, durante los primeros 7 días, mantendrá una actividad similar a la que efectuaría si estuviera hospitalizada (pasear sin esfuerzos y acompañada). Debe saber que la movilización es beneficiosa para una pronta recuperación, no permanezca en cama durante períodos largos de tiempo. Además, es importante que aumente su actividad de modo gradual, hasta incorporarse a su vida habitual. Se recomienda el inicio de actividades deportivas y relaciones sexuales a partir de 8 semanas. Logre incorporarse a su trabajo, cuando se sienta lo suficientemente bien como para efectuarlo sin riesgos (dependerá en gran medida del tipo de trabajo).

4. Cuidados de la herida:

- Lavarse las manos siempre, antes y después de tocar las heridas.
- Cura diaria, dúchese con normalidad, logre mojar las heridas con agua y jabón, previo a la cura.
- Las heridas deben estar siempre limpias y secas, no mantenga los apósitos si se mojan.
- Evite la exposición de la herida al sol, para evitar manchas.
- Evitar el uso de ropa apretada, logre rozar la herida y dificultar su cicatrización.
- La sensación táctil alrededor de la herida regresará a la normalidad en pocas semanas o meses.

5. Otras consideraciones:

- Evitar las duchas vaginales, el uso de tampones o los baños sumergidos en 4 semanas.
- La pérdida de sangre, siempre será menor que una menstruación normal, logre ocurrir los primeros días e irá disminuyendo hasta desaparecer.

6. Signos de alarma:

- Fiebre mayor de 38°C.
- Sangrado abundante, mayor que una regla.
- Dolor abdominal severo, que no mejora con analgesia.

-Náuseas y vómitos repetidos.

Póngase en contacto con su Centro de Salud para seguimiento y valoración de herida, salvo indicación expresa al alta de otro tipo de control específico. Acuda a la consulta de ginecología, para revisión postcirugía

Recomendaciones aplicables a una unidad de hospitalización que reciba enfermos intervenidos por Laparoscopia: se entregarán en formato papel al enfermo en la unidad donde sea dado de alta (junto con informe de alta médico y de enfermería), explicando la información entregada por el personal de la planta.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de los diferentes artículos encontrados, se logre comentar que apenas existen publicaciones de las recomendaciones que se entregan a los enfermos.

También cabe considerar que la búsqueda está muy acotada en el tiempo, tan solo a los últimos cinco años y podría considerarse que las recomendaciones de Laparoscopia de los enfermos en su domicilio no es un tema en boga y no parece que existan muchas novedades o actualizaciones en estos últimos años. Con lo que no existen muchos artículos nuevos con respecto al tema tratado.

A lo largo de la búsqueda se constata que, existe gran cantidad de artículos relacionados con los cuidados que los profesionales sanitarios debemos efectuar tras una laparoscopia, o las posibles complicaciones de un postoperatorio. Pero cuanto la búsqueda centrada en los cuidados que deben de efectuarse los enfermos por ellos mismos se complica algo más, se ve un gran vacío de información. No hay un protocolo establecido de los cuidados básicos de personas que no pertenecen al ámbito sanitario, y menos aún una guía práctica que se pueda utilizar más allá de nivel local o regional. Finalmente, se efectúa un texto adaptado a personal no sanitario, de modo concisa, clara y breve que consiga cumplir los objetivos marcados.

6 Bibliografía

1. Stanford Children Health.Laparoscopia [Internet]. [citado 12 ene 2020]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=laparoscopia-92-P09293>
2. Fistera Salud: Laparoscopia [Internet]. [citado 12 ene 2020]. Disponible en: <https://www.fistera.com/m/ficha.asp?idFicha=2316>

3. ClinicalKey.Laparoscopia de diagnóstico, cuidados posteriores- ClinicalKey [Internet]. [citado 12 ene 2020]. Available from: <https://www.clinicalkey.es/>
4. Fistera Salud: Bases de la cirugía endoscópica [Internet]. [citado 12 ene 2020]. Disponible en: <https://www-fistera-com.scsalud.a17.csinet.es/guiasclinicas/bases-cirugia-endoscopica/>
5. UpToDate: Educacion del enfermo: atención después de la cirugía ginecológica(más allá de lo básico) [citado 20 de Marzo 2020]. Disponible en: <https://wwwuptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/>

Capítulo 51

LA MIEL EN LA ÚLCERA POR PRESIÓN

MARÍA JOSÉ AGUILAR GOMAR

1 Introducción

Dentro de la gran resistencia a los antibióticos que se encuentra actualmente, entra en auge terapias alternativas como el uso de la miel para curación de Úlceras por presión, debido a sus agentes bactericidas y antibióticos demostradas. La miel es una solución azucarada viscosa que contiene en su mayoría entre 75-79% de azúcar y un 20% de agua. Los azúcares que posee son 40% fructosa y 30% glucosa, también posee minerales, proteínas, vitaminas de grupo c y b, antioxidantes, ácidos orgánicos que es responsable de su pH bajo que es entre 3.5 y 6, enzimas, germicida e inhibidora.

Las úlceras establecen una gran problemática de salud en la actualidad, debida a grandes complicaciones como la colonización de bacterias de las mismas, lo que dilata en ocasiones mucho tiempo, la epitelización de la Úlceras por presión.

Por todo esto se ha demostrado beneficio de la miel para cicatrización, ya que posee grandes atributos epitelizantes y bactericidas, siendo aceptado en la NPUAP su uso y se ha visto como se ha realizado estudios como en la Universidad de Tecnologías de Sidney en Australia donde se ha demostrado la gran eficacia de la miel comparándola con los antibióticos para la curación de las úlceras por presión y heridas cronicadas.

2 Objetivos

Dar a conocer el uso de la miel en el tratamiento de las úlceras por presión

3 Metodología

Se ha realizado mediante revisión bibliográfica de revistas como Enfermería Global (universidad de Murcia) o bases de datos como Cuiden. se han encontrado mas de veinte artículos que hacen referencia a este tema. todo esto muestra las propiedades de la miel pura para el tratamiento de las úlceras y heridas.

4 Resultados

El grueso de los estudios que se han realizado se basan en miel que proviene de un árbol de Nueva Zelanda que se denomina Manuka. Lo que se debe tener en cuenta es que lo recomendable es utilizar miel esterilizada para evitar botulismos con rayos gamma siempre teniendo en cuenta que sus propiedades están intactas.

Gulati realizó la aplicación de povidona yodada con respecto a la utilización de la miel, siendo esta última más efectiva, ya que reducía tanto el dolor del paciente como el área circundante de la herida con mayor rapidez lo que favorecía la cicatrización.

Cokcetin en 2018 expone que la miel es capaz de atravesar la barrera de Biofilm que crean determinadas heridas, y que no deja la buena evolución de la misma, lo que hace que disminuya la carga bacteriana de la herida, demostrando así que la miel es capaz de erradicar patógenos con respecto a los antibióticos.

Otra manifestación de que la miel es más efectiva es el menor coste que conlleva. en algunos estudios se ha llegado a la conclusión que la miel es mas efectiva que otros tratamientos convencionales, antes ya hemos comentado con la povidona yodada, pero también se han realizado con antibióticos locales, sulfadiazinas de plata, hidrogeles que demuestra que la miel previo lavado con suero salino es mas eficaz que estos anteriores. Solo se ha demostrado que los apósitos de plata nanocrystalina han tenido mejoría en herida por pie diabético en comparación con la misma herida tratada con miel.

A todo esto se le une el escepticismo que posea el propio paciente o los familiares del mismo para ser tratados con dicho producto, por lo que por parte del enfermero debe exponerlo de la manera mas clara y si puede ser con material gráfico para que dejen el escepticismo, mucho mejor.

5 Discusión-Conclusión

Se sabe que la miel varia dependiendo de la zona , origen o especie de la abeja, se debería hacer estudios para ver cual seria la respuesta de heridas tanto crónicas como úlceras infectadas con miel pura recolectada en nuestra zona, así como saber su recogida, proceso y conservación, y así poder compararlo con las prácticas que se realizan en nuestro sistema de salud donde este producto no se suele usar.

Así se podría constatar el uso justificado en la recuperación de cualquier tejido en fase de recuperación y en cualquiera de sus estadios, por su poder antiséptico, cicatrizante, desodorizante y como relleno de las cavidades abiertas dentro de Úlceras por presión.

6 Bibliografía

1. San Jose-Rodriguez JC, San Jose de León M, La miel como antibiotico tópico en úlceras por presión. Actualización. medicina Naturista. 2015; 9 (2): 93-102.
2. Cooper RA, Molan PC, Herdin KG. Antibacterial activity of honey against strains of Staphylococcus aureus from infected wounds. JC SOC Med 1999 Jun; 92 (6): 283-5
3. Carter DA, Blair SE, Cokcetin NN, Bouzo D, Brooks P, Schothauer R, Harry EJ. Therapeutic Manuka Honey: no Longer so Alternative. Frontiers in Microbiology. 2016;7.
4. Jason J, Song D. Use of honey in wound care. Adv skin wound care. 2011;24:40-44.

Capítulo 52

ACTUALIZACIÓN EN SEPSIS: LA EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y MÉTODOS DE SCREENING.

VANESSA BAYONA VALDÉS

1 Introducción

Aunque su definición ha ido variando a lo largo del tiempo, podemos describir la sepsis como la disfunción orgánica causada por la respuesta de nuestro cuerpo frente a la infección (1).

La sepsis constituye uno de los principales problemas para la salud pública en el mundo. Se caracteriza por poseer una tasa de morbilidad y mortalidad muy elevada, pudiendo llegar ésta última incluso al 40% en países desarrollados como España (2).

La evidencia indica que la incidencia de la sepsis se ha visto aumentada en los últimos años, principalmente debido al envejecimiento de la población, sus comorbilidades y el aumento del uso de terapias invasivas e inmunosupresión (3,4). En 2017 la OMS incluyó a la sepsis en su lista de problemas de salud globales e instó a sus miembros a elaborar protocolos y actuaciones que mejoren su manejo y tratamiento (5).

La detección precoz de los signos y síntomas y el inicio de su tratamiento, se ha convertido en la prioridad de muchos organismos de la salud. La investigación está siendo enfocada a diseñar un modelo de screening que ayude a los profesionales sanitarios a reconocer este síndrome en sus fases más tempranas y establecer actuaciones que ayuden a reducir su letalidad (1,2,5).

2 Objetivos

- Mostrar como la definición de sepsis ha ido evolucionando con el tiempo paralelamente a la investigación clínica.
- Definir los principales modelos de detección precoz del paciente séptico.
- Demostrar la importancia de la identificación temprana de estos pacientes y como las actuaciones contribuyen a reducir la mortalidad.
- Destacar la importancia de continuar realizando estudios clínicos que respalden la evidencia científica así como la creación de bases de datos en la investigación.

3 Metodología

Este artículo ha sido elaborado mediante revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos publicados entre 2008 y 2021.

Se han utilizado buscadores y bases de datos como Google Scholar, Pubmed y Medline además de libros y revistas científicas.

Las palabras clave utilizadas han sido: sepsis, manejo clínico, SIRS, SOFA , sintomatología temprana y tratamiento

4 Resultados

A lo largo de los años se ha intentado establecer una definición y un método unificado que ayudase a los profesionales sanitarios a detectar y tratar la sepsis. Múltiples autores han concluido que una característica que debe de ser remarcada siempre es el alto potencial mortal de este síndrome si no es tratado a tiempo (1) En 1992 se definía la sepsis como una respuesta sistémica inflamatoria (SIRS Systemic Inflammatory Response Syndrome) que incluía 2 o más de los siguientes signos (1,5). temperatura $<36^{\circ}$ o $>38^{\circ}$

Frecuencia cardiaca de >90 lpm frecuencia respiratoria >20 rpm linfocitos $>12000/\text{mm}^3$ o $<4000/\text{mm}^3$

Así pues los pacientes con un proceso infeccioso confirmado y que cumpliesen los criterios de SIRS eran diagnosticados de sepsis.

Esta definición clásica incluía también la definición de sepsis severa si se demostraba fallo orgánico y se convertía en shock séptico si no había respuesta al tratamiento con vasopresores o fluidoterapia (5)

En 2014 se decidió revisar la definición de sepsis, debido al mayor entendimiento del proceso y los avances científicos que se habían dado a lo largo de los años. La

Sociedad Europea de Medicina Intensiva y la Sociedad de Cuidados Críticos decidieron definir 3 elementos que son clave en el desarrollo de la sepsis: infección, respuesta inmune y disfunción orgánica. Basados en estos 3 pilares desarrollaron el método SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) (1).

Este método valora parámetros como la tensión arterial sistólica o la Fio2, pero también la coagulación, estado de consciencia y la diuresis. Estos parámetros se puntúan del 0 al 4 en función de los valores del paciente, obteniendo así una cifra que cuanto mayor sea, más elevadas serán las tasas de mortalidad asociadas (1). Este método sin embargo no ha sido aceptado globalmente por todos los organismos y sociedades científicas, ya que muchos creen que no tiene en cuenta ciertos criterios clave en la predicción de la sepsis como los valores del lactato (6).

También tiene su versión abreviada, para ser usada a pie de cama y que ayude a identificar al paciente con posible sepsis. Se trata del qSOFA y que como el SIRS necesitaría 2 o más valores positivos para la sospecha del paciente séptico (1)

Presión arterial sistólica <100mmHg

Frecuencia respiratoria >22 rpm

Estado de consciencia alterado con valores inferiores a 15 en la escala de Glasgow
Por otra parte en 2012 y 2016 se llevaron a cabo una serie de estrategias para el manejo y detección de la sepsis dentro del programa Surviving Sepsis Campaign que incluía las definiciones de sepsis severa y SIRS. En 2021 se actualizaron estas guías, incluyendo modificaciones a cerca de la administración sistemática temprana de antibióticos, desaconsejando el uso del método SOFA a favor del NEWS o el manejo del paciente séptico fuera de la UCI. Todas las recomendaciones aparecen catalogadas en función de la evidencia científica que las respalda, destacando que en la mayoría de ellas ésta es baja o muy baja (7).

La amplia variedad de métodos para la valoración del paciente con sospecha de sepsis y su posterior manejo, provoca discrepancias en cuanto a su sensibilidad y especificidad. El método del SIRS puede ser activado por causas de origen infeccioso o no, como por ejemplo el shock hipovolémico (7,8), otros como el SOFA son demasiado específicos y complejos para ser usados en las fases más tempranas del desarrollo de la sepsis (1,5).

La evidencia científica ha respaldado el uso de varios métodos de alerta precoz del paciente deteriorado basándose en signos y síntomas del paciente (MEWS, NEWS, EWS...) estos han demostrado reducir la mortalidad de los pacientes como en el caso del shock séptico hasta el 20% en España (9). Sin embargo no se pueden considerar que el uso de estos métodos de detección precoz sean predictivos al 100% de la mortalidad por sepsis (10).

Todos estos criterios de detección temprana del paciente séptico van acompaña-

dos de actuaciones derivadas de los signos y síntomas de deterioro identificados. Se inician acciones para conseguir una mayor monitorización del paciente, como la monitorización de diuresis mediante sondaje vesical, toma de muestra arterial para gasometrías o realización de hemocultivos(1,7, 11). Las acciones más comunes en estos protocolos de actuación suelen ir encaminadas a la administración temprana de antibióticos, reposición de fluidos con cristaloides o el uso de vasopresores . (1,7,10). La mayoría de estas guías coinciden en afirmar que muchas de las actuaciones recomendadas carecen de suficiente evidencia que las respalde y que la mejora en el paciente séptico no siempre es significativa (7,11). Por otro lado la bibliografía a nivel global revela la gran problemática que supone la falta de la correcta codificación de la sepsis como diagnóstico. Muchas veces en las bases de datos no se registra como tal, si no como la infección causante de ésta. El registro adecuado mostraría el impacto real y la incidencia de la sepsis en los sistemas de salud del mundo, permitiría monitorizar las tendencias de mortalidad y morbilidad de ésta así como establecer vías de actuación terapéutica, que ayudarían a mejorar el tratamiento, seguimiento y adhesión de los cuidados.(2 ,5, 12).

5 Discusión-Conclusión

La sepsis es uno de los principales problemas de salud global debido a su alta tasa de incidencia y mortalidad hospitalaria. Es por ello que la mayoría de las actuaciones hospitalarias vayan encaminadas a detectar al paciente séptico en sus fases primeras.

Numerosos protocolos y guías de actuación han sido elaboradas para ayudar al profesional sanitario a reconocer su sintomatología y actuar en consecuencia para evitar la fatalidad de este síndrome. Sin embargo la mayor parte de los cuidados llevados a cabo aún carecen de suficiente respaldo científico, por lo que los diversos organismos instan a llevar a cabo un registro de casos adecuados y un mayor seguimiento de éstos.

6 Bibliografía

1. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J. L., & Angus, D. C. (2016). The Third In-

- ternational Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
2. Bouza, C., López-Cuadrado, T., Saz-Parkinson, Z., & Amate-Blanco, J. M. (2014). Epidemiology and recent trends of severe sepsis in Spain: a nationwide population-based analysis (2006-2011). *BMC infectious diseases*, 14(1), 1-13.
 3. Ballester, J. C. A., Ballester, F., Sanchez, A. G., Quilis, A. A., Rubio, E. C., & Otero, C. P. (2008). Epidemiology of sepsis in the Valencian Community (Spain), 1995– 2004. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 29(7), 630-634.
 4. Martin, G. S. (2012). Sepsis, severe sepsis and septic shock: changes in incidence, pathogens and outcomes. *Expert review of anti-infective therapy*, 10(6), 701-706.
 5. Kim, H. I., & Park, S. (2019). Sepsis: Early recognition and optimized treatment. *Tuberculosis and respiratory diseases*, 82(1), 6-14.
 6. Which one is a better predictor of ICU mortality in septic patients? Comparison between serial serum lactate concentrations and its removal rate. Mahmoodpoor, Ata; Shadvar, Kamran; Saghaleini, Seied Hadi; Koleini, Evin; Hamishehkar, Hadi; Ostadi, Zohre; Nader, Nader D. *Journal of Critical Care* 2018. 44 (2018) 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.10.019>
 7. Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., ... & Levy, M. (2021). Executive summary: surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of sepsis and septic shock 2021. *Critical care medicine*, 49(11), 1974-1982.
 8. Beesley, S. J., & Lanspa, M. J. (2015). Why we need a new definition of sepsis. *Annals of translational medicine*, 3(19).
 9. Canales Lara, P. M., Charco Roca, L. M., Jiménez Vizuete, J. M., Martínez Villar, C. (2020). ¿Hay factores pronósticos de mortalidad en el paciente séptico en la UCI? El valor de la tasa de eliminación de lactato sérico. *Revista Electrónica AnestesiaR*, 12(4), 2. <https://doi.org/10.30445/rear.v12i4.809>
 10. Hamilton, F., Arnold, D., Baird, A., Albur, M., & Whiting, P. (2018). Early Warning Scores do not accurately predict mortality in sepsis: A meta-analysis and systematic review of the literature. *Journal of Infection*, 76(3), 241-248.
 11. Gatewood, M. O. K., Wemple, M., Greco, S., Kritek, P. A., & Durvasula, R. (2015). A quality improvement project to improve early sepsis care in the emergency department. *BMJ quality & safety*, 24(12), 787-795.
 12. Reinhart, K., Daniels, R., Kissoon, N., Machado, F. R., Schachter, R. D., & Finfer, S. (2017). Recognizing sepsis as a global health priority—a WHO resolution. *New England Journal of Medicine*, 377(5), 414-417.

Capítulo 53

LA NUTRICION Y LA SENECTUD

MARÍA JOSÉ AGUILAR GOMAR

1 Introducción

Cuando las personas llegan a la senectud se puede decir que son el sector más frágil a la hora de hablar sobre alteraciones nutricionales. Cuando se envejece existen cambios tanto psicosociales como fisiológicos que pueden merar la energía que pueden necesitar y con ello la cantidad de nutrientes que requieren para poder llevar una vida adecuada. Una adecuada alimentación es determinada que el anciano tenga una buena calidad de vida, ya que la ausencia de esta buena nutrición puede llevar a problemas de salud graves e incluso pueden llevarlos a la muerte.

Podemos decir que en España es uno de los grupos mayoritario en estos momentos, con 10 % de la población total. Se vaticina que esto cambiara en España en 35 años, llegando a ser uno de los países más ancianos en 2.050. De aquí la importancia sobre todo lo que tenga que ver con el anciano y en especial su nutrición, ya que de ella depende el bienestar mental y físico.

Cuando se envejece hay cambios físicos que son inevitables y no son reversibles. Las principales causas de muerte son cardiopatías, cáncer y ACV (Accidente Cerebro Vascular), que están directamente unidos a la nutrición que lleve el individuo.

De tal forma, una buena nutrición para el adulto mayor es satisfacer sus decrecientes necesidades de energía al elegir alimentos con más densidad de nutrientes. Beber más agua para estar hidratados, aunque no se tenga sed. El adulto mayor puede reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas, comiendo de manera equilibrada, tomando grasas en su justa medida y bebiendo con moderación.

La calidad de la dieta va asociada a la longevidad de hombres, mujeres mayores, pueden vivir más tiempo y mejor con buenos hábitos de salud.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las necesidades nutricionales en el anciano, así como saber cuáles son los cambios que pueden interponerse en la misma.

3 Metodología

Para poder hacer el presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han buscado en libros y artículos de bases de datos como: Cuiden, Pumed, Medline, de los cuales se han seleccionado artículos relacionados con el tema sobre "la nutrición en el anciano" que se ha tratado.

4 Resultados

MALNUTRICIÓN EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

La malnutrición es un problema frecuente en la población geriátrica, que en ocasiones pasa desapercibido, incluso para los profesionales sanitarios, y provoca en los mayores un

Deterioro rápido e importante de la función inmunitaria, favoreciendo la aparición de enfermedades. Se entiende por desnutrición la situación patológica producida por un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y las necesidades del individuo, motivado por una dieta inapropiada o porque el organismo utiliza defecuosamente los nutrientes. Aparece entonces un círculo vicioso entre nutrición y enfermedad, difícil de romper dada la menor reserva orgánica y la fragilidad de la persona de edad avanzada, ya que enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más las personas de edad avanzada enfermas.

Los estudios más fiables sobre desnutrición en las personas de edad avanzada ofrecen cifras de prevalencia del 15% en las personas que viven en su domicilio, del 35-65% en los pacientes hospitalizados en unidades de agudos y del 25-60% en instituciones geriátricas de larga estancia.

Existen varios tipos de desnutrición en la población geriátrica:

1. La desnutrición proteica (tipo kwashiorkor) como consecuencia de una dieta deficitaria en proteínas, y caracterizada fundamentalmente por un déficit inmunario severo, con edemas e hipoalbuminemia, con pérdida de masa magra y conservación del compartimento graso.

2. La desnutrición calórica por un desequilibrio crónico entre la ingesta y las necesidades energéticas del individuo. En este caso encontramos pérdida paulatina de masa muscular y grasa, a expensas de la utilización de sus reservas, con preservación de las proteínas viscerales hasta que el individuo ha perdido un porcentaje de peso relativamente importante.

3. La desnutrición, de tipo mixto, calórica y proteica, es la forma más grave y más frecuente en nuestro medio. Suele afectar a pacientes hospitalizados con desnutrición leve que se ve agravada por una enfermedad aguda sobreañadida y presentará rasgos clínicos de los dos tipos anteriores.

Dentro de lo que hoy se entiende como soporte nutricional, encontramos un amplio abanico de posibilidades que van desde la alimentación tradicional hasta la nutrición parenteral, pasando por las dietas de textura modificada o los suplementos nutricionales. La elección de uno u otro método de alimentación depende de la situación de la persona y de las posibilidades de adaptación a la dieta.

La alimentación tradicional, entendiéndola como tal la dieta oral, es la elección ideal y eficaz para alimentarse, siempre y cuando aporte todos los nutrientes necesarios y en cantidades adecuadas (equilibrio alimentario) para mantener un buen estado nutritivo.

La pirámide de la alimentación para mayores de 70 años, elaborada por Russell, supone una herramienta muy gráfica y muy útil a la hora de planificar la dieta de estas personas, situando el agua en su base como elemento imprescindible. Sin embargo, existen situaciones especiales como la pérdida de autonomía, la dificultad para comprar, preparar y cocinar los alimentos, o la dificultad para masticar y/o deglutir, u otras en que se precisa un mayor aporte de nutrientes, que dificultan que las personas mayores puedan alcanzar un adecuado aporte nutricional con la alimentación tradicional.

En la actualidad se dispone de fórmulas que pueden solucionar esta situación, conservando o incrementando el valor nutricional de la alimentación por medio de suplementos apropiados, incidiendo siempre en la sencillez de preparación, presentación atractiva y agradable al gusto.

Dentro de este ámbito encontramos dietas trituradas de alto valor nutricional (papillas enriquecidas en proteínas, vitaminas o minerales), productos con tex-

tura modificada para casos de disfagia (gelatinas y espesantes), para prevenir la malnutrición y deshidratación, disminuir el riesgo de aspiración broncopulmonar o facilitar la administración de fármacos por vía oral. También existen los llamados “módulos” de los distintos principios inmediatos para enriquecer sus dietas (hidratos de carbono, proteínas, fibra, vitaminas, etc.), que tienen un sabor neutro y pueden añadirse a casi cualquier tipo de sopa, zumo o puré.

Mención aparte merecen los suplementos nutricionales como fórmulas nutritivas saborizadas, formadas por uno o más nutrientes, que se suelen presentar en envases unidos, fáciles de manejar (copas, brics, tarrinas, etc.) y de administración oral. Actualmente, numerosos estudios clínicos avalan su eficacia, no solo para mejorar el estado nutricional y la respuesta inmunológica, sino para disminuir la incidencia de patologías muy prevalentes en las personas de edad avanzada, como las úlceras por presión o las caídas. La elección del suplemento más adecuado deberá basarse en la ingesta previa que realice el individuo y en la composición nutricional del suplemento, que puede ser una dieta completa, es decir, cubrir todos los requerimientos nutricionales diarios, o bien ser un complemento de una dieta oral, constituidos mayoritariamente por uno o varios nutrientes, y que no cubren todos los requerimientos diarios, por lo que no deben utilizarse como único aporte nutritivo del paciente. Es entonces cuando el vademécum se diversifica para ofrecer suplementos calóricos, proteicos, mixtos, o formulados para patologías específicas (diabetes, hepatopatía, insuficiencia renal, oncología, etc.). Para asegurar que el paciente cumpla la prescripción, es recomendable administrar los suplementos al despertarse o antes de acostarse, entre las comidas o en pequeñas tomas a lo largo del día, coincidiendo con la administración de medicamentos.

Cuando no se cubran los requerimientos nutricionales con los suplementos nutricionales, se deberá recurrir a la nutrición enteral, siempre y cuando se conserve el funcionamiento del tubo digestivo, mediante la colocación de una sonda nasoenférica (SNE) o de una sonda de gastrostomía por vía endoscópica percutánea (PEG), según el tiempo que se prevea que el paciente necesitará soporte nutricional y su situación clínica. Cuando el tracto digestivo no pueda ser utilizado, se administrará nutrición parenteral por vía intravenosa.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que se ha llegado con respecto a este estudio es la gran importancia que tiene la alimentación y sus nutrientes para la persona cuando llega a la senectud.

Es de gran importancia tanto para la salud física como psicosocial. Dentro de todos los aportes tienen gran repercusión los aportes proteicos que son muy importantes para la salud de la musculatura, tan importante para la prevención de las úlceras por presión. Hay que tener en cuenta que dependiendo del paciente este aporte no puede ser siempre por vía oral por el impedimento debido a enfermedades asociadas que posea el anciano, por lo que existen dispositivos para poder atender estas necesidades básicas de aporte.

Aparte del aporte proteico, se debe tener en cuenta los aportes vitamínicos y de electrolitos, así como la correcta hidratación, además de tener en cuenta las medidas higiénicas correctas.

6 Bibliografía

1. Modificado de: Recomendaciones de la SEEN para la correcta alimentación en la tercera edad y Ruiz MD, Artacho R. Nutrición y envejecimiento. En: Gil A, ed. Nutrición Humana en Estado de Salud, Madrid: Acción Médica, 2005: 437-65.
2. Feu F. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva aguda no varicosa. Gastroenterol Hepatol 2003.
3. Ostabal M I. La hemorragia digestiva aguda. Med Integral 2001.
4. Morán I, Cancio B, Claramunt A. Condensación pulmonar por colocación inadecuada de una sonda nasogástrica. Med Clí (Barc) 2001.
5. Brown E. Judith, Nutrición Durante El Ciclo De Vida. Mcgraw-hill 2006.
6. Rubio Herrera, M. A., Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Masson Elsevier 2002.
7. CEP, Manual de procedimientos de enfermería. Formación. CEP oposiciones 2008.
8. Prieto Sanz, R., Proteínas en nutrición artificial. Geriatria. SENPE 2005.
9. Arenas, H., Nutrición enteral y parenteral. . Mcgraw-hill e Interamericana de España, S.A. 2007.
10. Millán Calenti, J.C., Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención. Panamericana. 2010.
11. Gago Fornells, M., García Gonzalez, R.F., Cuidados de la piel perilesional. Fundación
12. Gutiérrez Robledo, L.M., Picardi Marassa, P., Aguilar Navarro, S.G., Ávila Funes, J. A., Menéndez Jiménez, J., Pérez-Aguilar, A.B. Mcgraw-hill e Interamericana de España. 2010.
13. Frazier, Microbiología De Los Alimentos. Editorial Acribia s.a. 2003

14. Rey, S. Comer sin riesgos. Las enfermedades transmitidas por los alimentos.
20

Capítulo 54

LA INFLUENCIA DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

BEATRIZ GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA GROBA SALGUEIRO

ÁNGELA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Covid-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2). Fue denominada con dicho nombre por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de febrero de 2020. Tanto este virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que se produjera el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

La Covid-19 es declarada como pandemia el 11 de marzo de 2020 y tres días después, España impone el estado de alarma. Según la OMS, una pandemia es la propagación mundial de una nueva enfermedad. El 14 de marzo se publica el Real Decreto 463/2020. Las condiciones legales se distribuyen en 20 artículos que reflejan la necesidad de controlar las aglomeraciones y la toma de medidas en las instituciones que permanezcan abiertas. Se establece una duración de 15 días naturales susceptibles a una prórroga².

Dicha pandemia ha incrementado el número de ingresos y la necesidad de atención especializada, lo que ha llevado a provocar una crisis sanitaria que ha generado estrés agudo en los profesionales sanitarios que se encuentran al frente, debido a situaciones con elevada carga emocional³.

Concretamente, las enfermeras están expuestas a factores de estrés adicionales específicos durante la epidemia de Covid-19 y algunas de las situaciones que causan este trastorno son las siguientes⁴.

- Estrictas medidas de seguridad, como el uso de ropa protectora, la necesidad permanente de concentración y vigilancia, instrucciones procesales altamente reguladas que restringen la espontaneidad y la autonomía, y la reducción del contacto físico y cercanía que tanto representa a la profesión enfermera.
- Mayor carga de trabajo, más horas, más pacientes, alta presión en la interiorización de información nueva.
- Reducción del apoyo social, aislamiento, debido a las restricciones, a las largas horas de trabajo y a la estigmatización de los profesionales que se encuentran en primera línea cuidando a los enfermos de Covid-19.
- Menor cuidado personal por falta de tiempo y privación de periodos de vacaciones y días de permiso.
- Información insuficiente a largo plazo sobre posibles secuelas causadas por el virus.
- Adaptación precoz del lugar de trabajo, ya que por ejemplo las UCI'S fueron transformadas y adaptadas a la nueva situación.

Por todo lo anteriormente expuesto, nos podría hacer pensar que la aparición del virus de la Covid-19 pueda influir en la aparición del Síndrome de Burnout en la vida de las enfermeras.

2 Objetivos

- Indagar el efecto Burnout de la pandemia de la Covid-19 en los profesionales de la salud.
- Analizar la repercusión de la Covid-19 sobre los componentes psíquicos de las profesionales de enfermería en el contexto hospitalario.

3 Metodología

El tipo de estudio que se va a realizar es una Revisión Bibliográfica Sistemática del tema, en bases de datos y fuentes documentales.

- Las bases de datos utilizadas fueron las siguientes: Scielo, Cuiden, Dialnet, Pubmed, Cochrane y ScienceDirect. Así como páginas web de organismos oficiales.
- Las palabras clave utilizadas son: Covid-19, Burnout, enfermería, servicios especiales y ansiedad. Así como su traducción al inglés: Covid-19, Burnout, nursing, special services and anxiety.

4 Resultados

Martinez et al.⁵ mantienen que los sanitarios se han encontrado en primera línea y han tenido que asumir excesivas jornadas de trabajo, dedicando mucho más tiempo a cada paciente del que es habitual. Han visto como los protocolos de actuación y la gestión de los hospitales variaban cada día, creando confusión y caos. Y, también se han enfrentado al virus sin apenas material, especialmente sin equipos de protección individual.

Este conjunto de sucesos no les permitía descansar, ni tampoco desconectar entre los turnos, lo que les provocaba angustia emocional, estrés, insomnio, depresión y agotamiento.

A todo esto, se suma la falta de conocimiento de este nuevo virus, la falta de protocolos bien definidos y la sensación por parte de las enfermeras de que los gerentes y supervisores no tenían en cuenta sus necesidades, por lo tanto, no escuchaban sus propuestas y ponían en riesgo su salud y la de sus familias.

La llegada de la Covid-19 ha obligado a rediseñar y adaptar los procesos de atención sanitaria de forma inminente y drástica, con el objetivo de poder proporcionar una atención óptima a los pacientes que por necesidad han hecho uso de los servicios de salud.

Enfermería es la responsable de la evaluación y atención inicial en el servicio de urgencias hospitalarias, por lo tanto, tienen más contacto estrecho con los posibles infectados de Covid-19 y más posibilidad de infección, lo que provoca mayor intensidad de respuestas mayoritariamente negativas de dicho colectivo. Afirman Ruiz et al.⁶ que esta situación ha creado un sentimiento de miedo e incertidumbre en los profesionales sanitarios, ya que la pandemia ha hecho que estén continuamente expuestos al contagio y, por lo tanto, lo estén también sus seres queridos de forma indirecta.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que el sistema sanitario se ha colapsado con la pandemia y esto sitúa a las enfermeras en una situación de vulnerabilidad, ya que son las encargadas de identificar al potencial paciente y reubicarlo para aislarlo del resto de enfermos y evitar así un contagio masivo.

Todos los datos obtenidos han confirmado que el síndrome de Burnout es real y que la mayoría de enfermeras que han estado en primera línea contra la Covid-19, lo sufren y además son conscientes de ello y de que en un futuro no muy lejano van a necesitar ayuda profesional para poder afrontar la experiencia vivida.

6 Bibliografía

1. OMS [Internet]. Suiza. Organización Mundial de la Salud. [actualizado Ene 2020, citado 20 Ago 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMIwKu9pL_I7AIVVp3VCh0VBg1QEAAAYASAAEgKkivD_BwE
2. BOE. [Internet] Madrid. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. [actualizado 20 de Mar 2020 citado 20 de Ago de 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3692
3. Petzold MB, Plag J, Strohle A. Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Nervenarzt* [Internet]. 2020. [citado 21 Ago 2022];91:417-421. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100457/>
4. Bueno M, Barrientos S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enferm Clin* [Internet]. 2021. [citado 25 Ago 2022];31:35-39. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862120303028>
5. Martínez JA, Lázaro C, Gómez J, Fernández M. Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. *Clin. Med.* [Internet]. 2020. [citado 28 Ago 2022];9:1-18. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/9/3029>
6. Ruiz M, Ramos J, Ibañez O, Carmona M, Ortega A. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020. [citado 28 Ago 2022];29:4321-4330. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.15469>

Capítulo 55

USO DE LA TERMOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN EN EL PIE DIABÉTICO

BEATRIZ GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA GROBA SALGUEIRO

ÁNGELA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es gran problema de salud pública de afectación crónica, que se origina por un déficit total o parcial de insulina producida por el páncreas¹.

La prevalencia de DM en el mundo occidental oscila entre el 5 y el 7% de la población y se estima que en el año 2025 habrá trescientos millones de personas afectadas por esta enfermedad².

En España, la DM afecta a 8 de cada 100 personas según datos actualizados en 2020, o lo que es lo mismo, casi 6 millones de españoles padecen esta enfermedad³.

La DM trae consigo graves consecuencias tales como: complicaciones cardiovasculares (representan la primera causa de morbi-mortalidad en el mundo entre población diabética), oftalmológicas, cutáneas, renales, neuropatía diabética, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia vascular periférica, pie diabético, etc⁴.

Uno de los signos más importantes que indica la posible y futura formación de úlceras en el pie diabético es la temperatura, ya que diferentes investigaciones determinan que la presencia de puntos calientes en la zona plantar pueden ser un

indicativo de daño tisular, inflamación y derivación arteriovenosa, que aumentaría la predisposición del pie a ulcerarse⁵, provocado por la lesión progresiva de las fibras nerviosas simpáticas en pequeños vasos, lo que conlleva que se aumente el flujo sanguíneo en las extremidades inferiores, produciendo por tanto un aumento de temperatura en los pies^{5,6}.

A pesar de ser un factor de riesgo importante, aún no se tienen los medios necesarios para examinar exhaustivamente estos puntos calientes en las personas diabéticas, pese a esto, poco a poco se van incluyendo métodos, como la termografía infrarroja (TI), para estudiar estos cambios de temperatura y actuar precozmente. La TI es un tipo de herramienta, utilizada en casi todos los sectores de la medicina⁷, tales como la medicina forense⁸, medicina deportiva⁷ y la práctica clínica en general, que permite medir la temperatura corporal de forma no invasiva⁹ y que se basa en la emisión de radiación infrarroja a la zona en la cual se quiere determinar la temperatura, permitiendo detectar la distribución de calor en la superficie y también medir la temperatura periférica⁶.

Las imágenes resultado de la medición son capturadas, obteniéndose un registro de gradientes de temperatura diferenciados por colores, permitiendo analizar y cuantificar la imagen posteriormente⁹.

El análisis de la temperatura en las imágenes obtenidas mediante TI es un predictor útil ya que los cambios que se observan en las personas diabéticas se pueden corresponder con zonas de inflamación que podrían derivar en un futuro en lesiones¹⁰. Además, es una técnica no invasiva y de bajo coste, que permite un rápido registro sin entrar en contacto con el paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión sistemática es determinar la fiabilidad de la termografía infrarroja como herramienta de análisis en pacientes diabéticos, para prevenir el desarrollo de lesiones futuras del pie diabético.

Tras el análisis y selección de los artículos que cumplen con los criterios, surgen distintas preguntas:

¿Están relacionadas las zonas de elevada temperatura en el pie diabético con signos de futuras lesiones?

¿Es la termografía infrarroja una herramienta eficaz en la prevención del pie diabético?

3 Metodología

El tipo de estudio que se va a realizar es una Revisión Bibliográfica Sistemática del tema, en bases de datos y fuentes documentales, llevando a cabo una lectura crítica y dando especial importancia a los estudios más recientes relacionados con la profesión enfermera.

Utilizando las siguientes bases de datos Pubmed, Cochrane, PEDro y Dialnet, aplicando las palabras clave: “thermography”, “thermograph*” y “diabetic foot” y sus diferentes combinaciones tras añadir los operadores booleanos ‘AND’ y ‘NOT’.

4 Resultados

En una primera búsqueda del universo general, en las bases de datos Pubmed, Cochrane, PEDro y Dialnet, al introducir las palabras clave thermography y thermograph*, se encontraron: 9721 / 10249, 510 / 1, 18 / 25 y 213 / 249, respectivamente. En una segunda búsqueda, para las mismas bases de datos, al añadir a las palabras clave anteriores el término diabetic foot unido mediante el operador booleano AND, se obtuvieron cuatro combinaciones diferentes:

- 1º “thermography AND diabetic foot”
- 2º “thermograph* AND diabetic foot”
- 3º “thermography AND diabetic AND foot”
- 4º “thermograph* AND diabetic AND foot”

Para cada combinación, los artículos encontrados resultado de la búsqueda en cada una de las bases de datos utilizadas fueron los siguientes:

- Pubmed: 1º: 89, 2º: 95, 3º: 106 y 4º: 113
- Cochrane: 1º: 11, 2º: 16, 3º: 11 y 4º: 16
- PEDro: 1º: 1, 2º: 1, 3º: 3 y 4º: 1
- Dialnet: 1º: 3, 2º: 3, 3º: 3 y 4º: 3.

Finalmente, y con el objetivo de realizar una búsqueda más precisa, se decidió añadir a las cuatro combinaciones anteriores el operador booleano NOT seguido del término review, quedando la búsqueda total de artículos de la siguiente manera: 209 artículos en Pubmed, 42 en Cochrane, 0 en PEDro y 12 en Dialnet, obteniendo un total de 263 artículos.

Tras eliminar los artículos duplicados (n=196), la muestra se redujo a un total de 67 artículos, los cuales pasaron al siguiente proceso de selección.

Tras aplicar los criterios de exclusión convenientes, 8 estudios cumplían los requisitos exigidos. Todos ellos son estudios longitudinales que utilizan métodos termográficos determinar puntos calientes en los pies de personas diabéticas con

posterior análisis de la evolución a lo largo de un determinado tiempo. A partir del análisis de los artículos se pueden diferenciar dos subgrupos; aquellos artículos en los que la toma de imágenes termográficas se realiza en un centro especializado y aquellos en los que la monitorización y obtención de imágenes se realiza por parte de los sujetos.

5 Discusión-Conclusión

La termografía aporta datos que a simple vista no son observables, por lo que la combinación de esta herramienta junto con un protocolo de seguimiento y valoración del pie diabético añadiría más eficacia en la detección de lesiones y mejoraría, por tanto, la prevención.

Como respuesta a los objetivos planteados, se puede determinar que:

- Las zonas de elevada temperatura en la superficie plantar del pie pueden indicar una neuropatía e infección de la zona que, en el tiempo, puede progresar a convertirse en una úlcera del pie diabético.
- La termografía infrarroja (TI) es una herramienta eficaz en la prevención de lesiones del pie diabético, ya que permite observar cambios de temperatura conocidos como “puntos calientes” los cuáles pueden derivar en ulceraciones. Por si sola, la termografía podría no aportar suficiente información por lo que se recomienda combinarla con otros métodos de prevención.

Aunque algunos de los artículos analizados sí confirmen que la termografía infrarroja es una herramienta útil para detectar futuras lesiones, se necesitan más estudios a largo plazo y cuyas condiciones de medición sean similares para valorar realmente si los datos que aportan los estudios que actualmente existen no son simplemente casos aislados.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe mundial sobre la diabetes -World Health. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna [Internet]. 2016 Apr [cited 2021 May 30];3(2):88. Available from: <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
2. Repáraz Asensio L., Sánchez García-Cervigón P.. El pie del diabético. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2004 Sep [citado 2021 Mayo 30] ; 21(9): 5-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000900001&lng=es.

3. Epdata europapress Ministerio de S. La diabetes en España, en datos y gráficos [Internet]. epdata. 2020 [cited 2021 May 30]. Available from: <https://www.epdata.es/datos/diabetes-espana-datos-graficos/472>
4. PEREZ RODRIGUEZ A y BG. Algunas consideraciones sobre la diabetes mel-litus y su control en el nivel primario de salud [Internet]. artículo de revisión. 2013 [cited 2021 May 30]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300011
5. Pafli K, Papanas N. Thermography in the follow up of the diabetic foot: Best to weigh the enemy more mighty than he seems. *Expert Rev Med Devices*. 2015;12(2):131–3.
6. Silva NCM, Castro HA, Carvalho LC, Chaves ÉCL, Ruela LO, Iunes DH. Re-liability of Infrared Thermography Images in the Analysis of the Plantar Sur-face Temperature in Diabetes Mellitus. *J Chiropr Med* [Internet]. 2018;17(1):30–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2017.10.006>
7. Côrte ACR e, Hernandez AJ. TERMOGRAFIA MÉDICA INFRAVERMELHA APLICADA À MEDICINA DO ESPORTE. *Rev Bras Med do Esporte* [Internet]. 2016 Aug [cited 2021 May 30];22(4):315–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922016000400315&lng=pt&tlng=pt
8. Hidalgo Salvador E., Álvarez González F., Salvador Luna A.. Aplicación de la termografía infrarroja en medicina legal: ¿prueba válida para la objetivación de los síndromes dolorosos? *Disfunción temporomandibular. Cuad. med. forense* [Internet]. 2014 Sep [citado 2021 Mayo 30] ; 20(2-3): 77-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062014000200002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062014000200002>.
9. Peregrina-Barreto H, Morales-Hernandez LA, Rangel-Magdaleno JJ, AvinaC-ervantes JG, Ramirez-Cortes JM, Morales-Caporal R. Quantitative estimation of temperature variations in plantar angiosomes: A study case for diabetic foot. *Comput Math Methods Med*. 2014;2014.
10. Cabal Mirabal Carlos, González Dalmau Evelio. Posibilidades de la termografía para los estudios de las úlceras de pie diabético. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*. [Internet]. 2014 Jun [citado 2021 Mayo 30] ; 15(1): 47-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372014000100007&lng=es.

Capítulo 56

EVALUACIÓN TERMOGRÁFICA EN LA TERAPIA CON LÁSER DE BAJA INTENSIDAD (LLLT): REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA

BEATRIZ GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA GROBA SALGUEIRO

ÁNGELA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cuerpo humano posee mecanismos de regulación térmica, altamente eficientes, que mantienen la homeostasia y la estabilidad metabólica¹. Sin embargo, la temperatura central (37 °C) muestra una variación cíclica ($\pm 0,3$ °C) a lo largo del día, producto del ciclo circadiano², mantenida por un equilibrio entre la ganancia y la pérdida de calor³. Uno de los primeros síntomas que indican anormalidad o enfermedad es la variación de esta temperatura⁴. Así, variaciones arbitrarias de la temperatura del núcleo (± 2 °C) se definen como hipertermia o hipotermia². Hay que diferenciar dos compartimentos térmicos: el central o del núcleo y la capa superficial, donde la temperatura presenta variaciones térmicas mucho mayores, ya que dependerá tanto de la temperatura central como del propio medio ambiente². La temperatura del cuerpo está regulada casi en su totalidad por mecanismos nerviosos de retroalimentación, coordinados en su mayoría mediante el centro termorregulador, situados en el hipotálamo anterior¹. Sin embargo, existen mecanismos vasculares cutáneos, vía reflejos neurovegetativos asociados a

zonas de dolor, en los que el óxido nítrico (NO) juega un papel importante debido a que puede activar canales de K⁺ en las membranas vasculares, provocando la hiperpolarización de la membrana y reduciendo la entrada de Ca²⁺ a través de los canales dependientes del voltaje, provocando vasodilatación⁵. Esta regulación de la vasodilatación local, se produce por la hipoxia local o por el aumento en la zona de diferentes sustancias paracrinas (CO₂, H⁺, adenosina, NO, K⁺, etc.); al contrario, la vasoconstricción se ve asociada a un aumento de la endotelina². Ante una lesión, el cuerpo reacciona mediante una serie de mecanismos fisiológicos destinados a la reparación de los tejidos afectados, iniciando la respuesta inflamatoria⁶. Las respuestas locales de contracción-relajación de la musculatura lisa son fuente del aumento térmico metabólico⁶. Esto explica por qué las lesiones agudas son observadas en la imagen como zonas calientes (hipertérmicas), producto de la inflamación, con un flujo sanguíneo que permanece aumentado (mayor actividad metabólica) y, por el contrario, las cicatrices son representadas por zonas frías (hipotérmicas)^{7,8}.

La temperatura de la piel se puede expresar mediante valores absolutos, normalizados o en términos de asimetría⁹. La asimetría térmica es una medida⁴ de gran importancia para determinar normalidad^{10,11,12,13,14} o hipertermia^{15,16}. Es así, que los individuos sanos presentan un alto grado de simetría térmica bilateral en la piel⁹. Sin embargo, valores de asimetría $\leq 0,4$ °C se encuentran dentro de la normalidad²⁰, pero niveles de asimetría superiores a 0,5 °C^{6,17} o 0,7 °C⁵ hacen sospechar de afección o patología.

Por lo tanto, la detección de áreas corporales que presenten asimetría térmica hace de la termografía infrarroja una herramienta útil tanto en patologías músculoesqueléticas^{17,18}, como en vasculares^{18,19,20,21,22,23}, contribuyendo tanto a su detección precoz como a la prevención y la valoración de las mismas^{4,5,7}.

El tratamiento con láser de baja intensidad (LLLT) hace referencia a la aplicación terapéutica de láseres y diodos superluminosos monocromáticos de una potencia relativamente menor y a dosis demasiado suaves como para ocasionar cualquier calentamiento de los tejidos tratados; considerándose, por tanto, un modo de terapia atérmica²⁴.

2 Objetivos

Mostrar la eficacia de la cámara térmica como una herramienta de valoración fisioterapéutica de los efectos térmicos y fisiológicos producidos por la aplicación de LLLT.

3 Metodología

En este estudio, en el que se siguieron los criterios PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)^{38,39,40}, se utilizaron cinco bases de datos ('Pubmed', 'PEDro', 'Dialnet', 'Scielo', y 'Cochrane'), aplicando siempre las mismas palabras clave: thermog*, low level laser y low intensity laser therapy. Las palabras clave se combinaron con el operador booleano 'AND', quedando la secuencia de búsqueda de las dos siguientes formas: "thermog* AND low level laser" y "thermog* AND low intensity laser therapy". Se aceptaron sólo artículos en inglés y no se limitó la fecha de publicación durante la búsqueda bibliográfica. Si bien en un principio se pensó utilizar el filtro Trial (para artículos Clinical Trial), finalmente no se llevó a cabo debido a que, después de varios ensayos de búsqueda, el uso de este filtro limitaba la capacidad del buscador.

4 Resultados

En la primera búsqueda del universo general, en las bases de datos Pubmed, PEDro, Dialnet, Cochrane y Scielo, al introducir la palabra clave thermog* de manera aislada, se encontraron 30680, 25, 508, 0 y 1172 artículos, respectivamente. Para las mismas bases de datos, cuando se añadió a la búsqueda anterior (thermog*) el término low level laser, los resultados se redujeron a 40 artículos en Pubmed, 6 artículos en PEDro, 1 artículo en Dialnet y 0 artículos en Cochrane y Scielo. Finalmente, al cambiar low level laser por el término clave low intensity laser therapy se encontraron 13, 3, 0, 0 y 0 artículos, para cada una de las bases de datos ya mencionadas. Sumando los resultados de ambas combinaciones de términos clave se obtuvieron un total de 63 artículos; de los cuales 53 se recogieron en Pubmed, 9 en PEDro, 1 en Dialnet, 0 en Cochrane y 0 en Scielo.

Eliminados los artículos duplicados (n=16), la muestra quedó establecida en un total de 47 artículos que pasaron a la segunda fase del proceso de selección. En la segunda fase del proceso de selección, se realizó la lectura sobre los artículos a texto completo que habían superado los criterios de inclusión (Tabla 1). Se eliminaron 39 artículos: 3 por empleo de un idioma diferente; 3 por utilización de sujetos animales; 3 por utilizar sujetos sanos; 21 por estar asociados a otras temáticas; 2 por ser estudios de caso; 1 artículo por no ser artículo experimental; 1 artículo por ausencia en la utilización de cámaras térmicas; y 4 artículos por empleo de agentes físicos. Finalmente, la muestra quedó establecida en 8 artículos que cumplían los criterios de selección, agrupados en dos metodologías muy diferenciadas: 'Patología músculo-esquelética' y 'Patología vascular'. En todos

ellos la termografía fue utilizada como un medio de control de la evolución y resultado del propio tratamiento con LLLT.

5 Discusión-Conclusión

En general, se puede concluir que la termografía infrarroja (TI) es una herramienta eficaz para acompañar la valoración fisioterapéutica, permitiendo observar los efectos térmicos y los cambios fisiológicos producidos como respuestas a la aplicación de LLLT. Además, se puede responder a las preguntas realizadas en este estudio señalando que:

Pese a no existir uniformidad en el protocolo de utilización de la cámara térmica se tienden a aplicar algunas medidas protocolizadas.

No se ha observado una protocolización uniforme en la aplicación de la terapia de láser de baja intensidad, ni consenso sobre su aplicación y estandarización de parámetros. Sin duda, la variable más empleada ha sido la variación o cambio térmico.

No hay estudios suficientes que permitan afirmar el efecto térmico o atérmico del LLLT.

La cámara térmica es una interesante herramienta de valoración fisioterapéutica de los efectos térmicos y fisiológicos producidos por la aplicación del LLLT.

6 Bibliografía

1. Hall JE. Tratado de fisiología médica. 12th ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
2. Silverthorn DU. Fisiología Humana. Un enfoque integrado. 4a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
3. Kitchen S. Efectos térmicos. En: Watson T. Práctica basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier; 2009. p.99-114.
4. Álvarez Prats D, Carbajal Fernández Ó. Termografía en fisioterapia. En: Valera Garrido F, Minaya Muñoz F. Fisioterapia invasiva. Barcelona: Elsevier; 2017. p.249-262.
5. Rioja Toro J, Estévez Poy PJ. Assessment of the vasodilatory capacity of different analgesic currents using thermography. Rehabilitación. 2012; 46(1): 7-14.
6. Ring EFJ, Ammer K. Infrared thermal imaging in medicine. Physiol Meas.2012; 33(3): 33-46.
7. Mohl ND, Ohrbach RK, Crow HC, Gross AJ. Devices for the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. Part III: Thermography, ultrasound, elec-

- trical stimulation, and electromyographic biofeedback. *JProsthet Dent.* 1990; 63(4): 472-477.
8. Dibai-Filho AV, Packer AC, Costa AC, Rodriguez-Bigaton D. The chronicity of myogenous temporomandibular disorder changes the skin temperatura over the anterior temporalis muscle. *J Bodyw Mov Ther.* 2014; 18(3): 430-434.
 9. Verdasca R, Ring EFJ, Plassmann P, Jones CD. Symmetry of temperatura distribution in the upper and the lower extremities. *Thermology International.* 2007; 17(3): 114-120.
 10. Pichot C. Aplicación de la termografía en el dolor lumbar crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2001; 8(2): 43-47.
 11. Niu HH, Lui PW, Hu JS, Ting CK, Yin YC, Lo YL. et al. Thermal symmetry of skin temperature: normative data of normal subjects in Taiwan. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi. Chinese Medical Journal.* 2001; 64(8): 459-468.
 12. Uematsu S. Symmetric of skin temperature comparing one side of the body to the other. *Thermology.* 1985; 1(1): 4-7.
 13. Feldman F, Nickoloff EL. Normal thermographic standards for the cervical spine and upper extremities. *Skeletal Radiol.* 1984; 12(4): 235-49.
 14. Hildebrandt C, Raschner C, Ammer K. An overview of recent application of medical infrared thermography in sports medicine in Austria. *Sensors.* 2010; 10(5): 4700-4715.
 15. Garagiola U, Giani E. Use of telethermography in the management of sports injuries. *Sports Med.* 1990; 10(4): 267-272.
 16. Hakgüder A, Birtane M, Gürçan S, Kokino S, Turan FN. Efficacy of low level laser therapy in myofascial pain syndrome: an algometric and thermographic evaluation. *Lasers Surg Med.* 2003; 33(5): 339-343.
 17. Hegedüs B, Viharos L, Gervain M, Gálfi M. The effect of low-level laser in knee osteoarthritis: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Photomed Laser Surg.* 2009; 27(4): 577-584.
 18. Al-Awami M, Schillinger M, Gschwandtner ME, Maca T, Haumer M, Minar E. Low level laser treatment of primary and secondary Raynaud's phenomenon. *Vasa.* 2001; 30(4): 281-284.
 19. Hirschl M, Katzenschlager R, Ammer K, Melnizky P, Rathkolb O, Kundi M. Doubleblind, randomised, placebo controlled low level laser therapy study in patients with primary Raynaud's phenomenon. *Vasa.* 2002; 31(2): 91-94.
 20. Al-Awami M, Schillinger M, Maca T, Pollanz S, Minar E. Low level laser therapy for treatment of primary and secondary Raynaud's phenomenon. *Vasa.* 2004; 33(1): 25-29.
 21. Hirschl M, Katzenschlager R, Francesconi C, Kundi M. Low level lasertherapy

in primary Raynaud's phenomenon-results of a placebo controlled, double blind intervention study. *J Rheumatol*. 2004; 31(12): 2408-2412.

22.Schindl A, Schindl M, Schön H, Knobler R, Havelec L, Schindl L. Lowintensity laser irradiation improves skin circulation in patients with diabetic microangiopathy. *Diabetes Care*. 1998; 21(4): 580-584.

23.Taradaj J, Franek A, Blaszcak E, Polak A, Chmielewska D, Krol P, Dolibog P. Physical therapy in the treatment of venous leg ulcers: biophysical mechanisms. *Wounds*. 2012; 24(5): 138-145. 28

24.Baxter GD. Tratamiento con láser de baja intensidad. En: Watson T. *Práctica basada en la evidencia*. Barcelona: Elsevier; 2009. p.161-177.

Capítulo 57

ENFERMERÍA ESCOLAR EN LOS HÁBITOS Y RECOMENDACIONES SALUDABLES EN ALIMENTACIÓN DIRIGIDOS A LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARIO CURIEL BALTASAR

CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY

SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN

INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO

1 Introducción

La obesidad está reconocida como una de las patologías en pleno auge del siglo XXI, por su alta prevalencia en las últimas décadas y el impacto que tiene como origen de muerte en aquellos que la padecen. La OMS establece como sistema predictor para determinar la obesidad, el índice de masa corporal. Para ello, se establece en 30 IMC que será el resultado de dividir el peso en Kilogramos entre la altura en metros al cuadrado. Esta enfermedad suele emprender en la niñez y la adolescencia, y se caracteriza y especifica por el exceso de grasa en las células

adiposas. Se puede decir que hay varios elementos causales de esta enfermedad, por ejemplo: Elementos genéticos, malos hábitos alimentarios y el tipo de cultura. Ocurre por un desequilibrio entre consumo y gasto de energía. La obesidad puede ser un elemento de riesgo importante, concretamente el sexto en el mundo y que puede provocar el fallecimiento del individuo, con 3,4 millones de defunciones al año.

La obesidad en los niños y adolescentes puede estar ocasionados por elementos como: Binging (pérdida del control de ingesta), sedentarismo, elementos congénitos, por patologías médicas, fármacos, estrés, problemas en el ámbito familiar, problemas psicológicos y demás.

La obesidad es un elemento de riesgo considerable en la aparición o desarrollo de enfermedades como: diabetes mellitus tipo 2, inconvenientes cardiovasculares, apnea del sueño, problemas osteoarticulares y algún tipo de cáncer. Diversos estudios evidencian que la educación para la salud es una herramienta útil para proporcionar o ampliar el conocimiento para corregir conductas poco saludables y así instaurar aquellas que si lo son. Esta tiene capacidad de persuasión al transmitir un mensaje de sugestión y de concienciación sobre el problema que plantea los malos hábitos y las ventajas que se obtienen de corregir estos.

En cuanto a prácticas dietéticas saludables, deben partir desde la enseñanza en las escuelas. Varios autores coinciden en marcar las cafeterías de las escuelas como principales focos de suministro de alimentos y lugares propicios para promocionar alimentación saludable. El problema planteado es la calidad de dichos alimentos y aparte los alimentos poco saludables, donde se debe cuantificar y estudiar en qué medida se dispensa un tipo de alimentación u otro.

2 Objetivos

- Determinar cuanta bibliografía existe relacionada con la obesidad en la niñez y adolescencia.
- Revisar bibliografía relacionada con los tipos de alimentos suministrados en las cafeterías de las escuelas para determinar si se cumple la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición de julio de 2011.
- Analizar artículos relacionados con la promoción de los hábitos saludables en general y en entornos escolares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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: Google Scholar, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Bibliografía relacionada con la prevalencia de la obesidad en la niñez: Un estudio observacional, descriptivo y transversal. sobre la prevalencia de la obesidad infantil en un colegio de primaria, obtuvieron datos interesantes a analizar. En los resultados de dicho estudio se pudo observar que 1/3 de un total de 75 alumnos dieron sobrepeso. Los autores utilizaron diversos índices de medida antropométrica para medir la obesidad y el sobre peso en los alumnos. Escalas como Índice de Masa Corporal, Índice de QUETELET y patrones alterados de la conducta Trastorno de la Conducta Alimentaria. En el estudio además se pudo observar que los escolares que utilizan el comedor del colegio presentaron un peso normal. Otros autores como Mancipe Navarrete et al. en su revisión observaron a través de una encuesta nacional de la situación nutricional de Colombia uno de cada seis niños de entre 5 y 17 años con malos hábitos alimentarios y conductas sedentarias presentaron obesidad y sobrepeso.

Hábitos alimentarios en las cafeterías de los centros escolares:

En cuanto a los hábitos alimentarios Francisca M et al. hace referencia en su estudio a la alimentación suministrada en las cafeterías de los colegios. En ese estudio, del tipo observacional descriptivo, realizado en centros escolares de Andalucía en el ciclo escolar entre 2011 y 2012, se observó que, en las cafeterías, en especial los de titularidad privada, ofertan y publicitan productos restringidos por la ley. Dicha ley, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición es poco conocida, ya que solo 1/3 de las directivas observadas en el estudio la conocían. Todas las cafeterías promocionan alimentación poco saludable, por ejemplo, fritos envasados, golosinas, bebidas carbonatadas, productos cárnicos y embutidos grasos. Además, es cierto que dichas cafeterías proporcionan una oferta muy variada, de las cuales 5 o 9 son saludables, sin encontrar alimentos de calidad como puede ser la leche semidesnatada y fruta. Es minoritaria la presencia de embutidos de bajo contenido graso, pescado o jamón serrano.

Promoción de hábitos alimentarios saludables para evitar la obesidad infantil: Un estudio de revisión integradora realizado por Gueterres et al. muestra la cantidad de bibliografía existente relacionada con la educación para la salud en el contexto escolar. En él obtuvo como resultados que, en las bases de datos seleccionadas por el autor, como LILACS, BDeinf y BDeinf se encontraron 8 artículos que hagan referencia a la educación para la salud en entorno escolares enfocados en la alimentación y la obesidad como problema.

En cuanto a la promoción de hábitos alimentarios saludables, se analizó la publicidad dirigida a menores en el año 2008, de la cual el 74,2% de la publicidad comercial de alimentos y bebidas emitidas por televisión en horario infantil, es de alimentación poco saludable. Alimentos azucarados y bebidas tienen una relación clara con la obesidad en niños y adolescentes. Concluye que para prevenir la obesidad infantil y promover hábitos saludables, es necesario que el estado intervenga de forma eficaz en la regulación de la publicidad de alimentos poco saludables y promocionar aquellos que si lo son.

En el trabajo de Mancipe et al. centrado en las intervenciones educativas en América Latina, señala que la actividad física como fomento de hábito saludable y que reduce el riesgo de obesidad, junto con programas de educación, cambio en la nutrición y la intervención del estado en políticas de prevención son fundamentales para evitar el sobrepeso y la obesidad infantil.

5 Discusión-Conclusión

Como se pudo observar en esta revisión, la obesidad infantil es un problema de salud que reina en la actualidad debido a su alta prevalencia en los últimos años. Las bibliografías analizadas muestran estudios observacionales multicéntricos elaborados en España y latino América, ambos estudios entienden estar de acuerdo en que la promoción de hábitos alimentarios saludables, utilizando la educación para la salud como herramienta es primordial para prevenir la aparición de obesidad en la niñez. Parece evidente que la falta de promoción de alimentos saludables y por el contrario la promoción de aquellos que no lo son, son un denominador común en todos los trabajos.

El consumo de productos industriales con cuantiosas grasas saturadas y azúcares, son los alimentos predominantes en los focos principales de abastecimiento alimentario, principalmente señalando el entorno escolar. Como medidas preventivas, los autores mencionados apuntan alimentos bajos en grasas, el consumo de frutas y pescados no grasos, dada la poca promoción de estos alimentos. La única diferencia encontrada entre los estudios españoles y los realizados en Cen-

troamérica, es la actividad física. En general parecen indicar que este problema es una responsabilidad que deben tener en cuenta las instituciones públicas, que deben promover políticas que modifiquen la publicidad de productos insalubres en horario infantil por aquellos que si lo son.

6 Bibliografía

1. Iba-Martín R. Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global*. 2016 Abril; vol.15(42, p.40-51).
2. MANCIPE NAVARRETE JA GVS,CBJ,MEJ,GJE,SRVJ. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS REALIZADAS EN AMÉRICA LATINA PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN NIÑOS ESCOLARES DE 6 A 17 AÑOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Nutrición Hospitalaria*. 2015;(31(1): 102-114).
3. M F, García-Padilla , Gonzalez-Rodríguez A. Los servicios de cafeterías y la promoción de la salud en el entorno escolar. *Atención Primaria*. 2017;(49(5): 271-277).
4. GUETERRES ÉC RE,SA,WMD. Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. *Enfermería Global*. 2017 Abril; 46(16(2) 464-499).

Capítulo 58

EXPOSICIÓN POR ENFERMERÍA DE LA SINTOMATOLOGÍA EN FLEBITIS Y COMO PREVENIRLA

SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN

MARIO CURIEL BALTASAR

CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO

1 Introducción

La flebitis es esclarecimiento es la inflamación de una vena. Cuando atañe a las venas que se ven a través de la piel se le designará como flebitis superficial. Si están inflamadas las venas emplazadas entre los músculos, estas no se ven: es la reflexiona como flebitis profunda o tromboflebitis. La mayoría de las flebitis profundas se ocasionan en las piernas, aunque expondremos otras incidencias en las cuales se logra ocasionar la citada flebitis.

La flebitis para más detalles en la inflamación de las paredes de una vena. Se da con asiduidad en individuos de edad avanzada, aunque logra surgir en individuos de cualquier edad. Cuando se constituyen coágulos de sangre en su interior, tapando parcial o totalmente la vena, se conoce como tromboflebitis.

Dicho proceso patológico logra ser motivado por orígenes de diversa índole, como, por ejemplo, un traumatismo, una quemadura, inmovilizaciones prolongadas, trastornos de coagulación o varices, infecciones bacterianas.

Las tipologías de flebitis se logran encasillar de disímiles formas teniendo en cuenta algunos criterios de clasificación. Así se logran diferenciar diversas tipologías si se tiene en consideración el origen que propicia su aparición, o si se tiene en cuenta la profundidad a la que aparece la flebitis.

Para el diagnóstico de esta afección se logran efectuar diversas pruebas complementarias, como, por ejemplo, una eco-Doppler o una ecografía, o se logra efectuar pletismografías (para ver el flujo sanguíneo). Aunque hay diversos síntomas que logran hacernos sospechar de su aparición.

2 Objetivos

- Exponer cuáles son las diversas tipologías de flebitis que logra presentar el enfermo hospitalizado.
- Exponer los síntomas más característicos de dicha afección, así como ciertas medidas preventivas para evitar su aparición.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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.

Las palabras clave empleadas han sido: flebitis; prevención; tipología; síntomas; tromboflebitis. La fuente de información principal ha sido: 'Plan de cuidados para la prevención de flebitis por inserción de catéter periférico'. UCLM.

4 Resultados

Teniendo en cuenta los orígenes que motivan la flebitis, esta logra ser catalogada en:

- Flebitis mecánica: se trata de la tipología de flebitis que se da con mayor frecuencia.

Suele acontecer por una fijación inadecuada del catéter, una infusión lenta, un catéter de tamaño inadecuado, una lesión de la vena puncionada o por el desplazamiento del catéter dentro del vaso sanguíneo.

- Flebitis química: se trata de una respuesta inflamatoria derivada de soluciones irritantes (muy ácidas, o muy alcalinas, o hipertónicas).
- Flebitis bacteriana: se debe cuando ocurre a la contaminación del sistema intravenoso en el momento de la introducción o manipulación del catéter. Se debe a una mala higiene de manos por parte del profesional sanitario, a una técnica aséptica mal ejecutada o a una revisión deficiente del lugar de inserción.

La flebitis logra ser superficial o profunda. Cuando afecta a las venas superficiales presenta buen pronóstico; sin embargo, si son profundas conllevan un mayor riesgo de complicación, ya que logra derivar en la migración de un coágulo que dificulte el flujo de sanguíneo a órganos vitales.

En cuanto a los síntomas de esta patología se refiere, destacan:

- Eritema o enrojecimiento de la piel.
- Tumefacción o aumento del tamaño en la zona de la vena.
- Dolor, sensibilidad, rubor y calor en la zona de la vena.
- Fiebre.

En caso de flebitis profunda los síntomas serían: edema, piel pálida o cianótica, disminución del pulso arterial en la extremidad afectada, taquicardia, dolor intenso o fiebre. En los casos de mayor gravedad, logra aparecer, incluso, gangrena venosa. Esta tipología de flebitis se da con mayor frecuencia en miembros inferiores.

Aunque los síntomas son indicadores de flebitis, esta patología logra darse de forma asintomática, lo que conlleva un gran riesgo para el enfermo. Dicha afección se logra tratar, sin embargo, la mejor opción es la prevención del proceso patológico. Algunas de las medidas preventivas que logran ser llevadas a cabo por parte del enfermo son: evitar la inmovilidad, descansar con las piernas elevadas, efectuar ejercicio físico, etc.

Así mismo, hay ciertas medidas preventivas que logran ser llevadas a cabo por parte del personal sanitario, como, por ejemplo, la elección de un catéter de tamaño adecuado a la vena, la consecución de una técnica de inserción totalmente aséptica, una correcta higiene de manos, el mantenimiento de la zona de inserción limpia.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del enfermo y la calidad asistencial en nuestra opinión es de vital importancia a la hora de confeccionar un plan de cuidados conveniente y acertado. Dicho plan de cuidados ha de contemplar actividades enfocadas a la prevención de las patologías y afecciones derivadas de la actividad asistencial. Por lo tanto, es primordial llevar a cabo una serie de medidas preventivas para evitar la aparición de la flebitis, bien sea superficial o bien sea profunda, aunque esta última revista mayor gravedad. Propiciar la movilidad del enfermo, la efectucción de técnicas asépticas a la hora de insertar un catéter y la elección acertada del material a utilizar son aspectos para tener en consideración a la hora de tratar al enfermo durante su hospitalización.

Aunque hay numerosos tratamientos que permiten el tratamiento de esta patología, hay que tener en consideración que el mejor tratamiento siempre estará en la prevención, para lo cual se logran tomar ciertas medidas, tanto por parte del enfermo, como por parte del personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Parra D.I., Camargo-Figuera F.A., Rey Gómez R.. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Oct [citado 2022 Mar 10] ; 11(28): 159-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es.
2. 'Plan de cuidados para la prevención de flebitis por inserción de catéter periférico'. UCLM.
3. 'Cómo prevenir la flebitis'. Guía práctica de la salud. Enfermedades cardiovasculares y de la sangre. SemFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria).
4. 'Flebitis. Qué es, tipologías, síntomas y prevención'. Fisionline.

Capítulo 59

TIPOLOGÍAS, CUIDADOS Y REQUERIMIENTOS EN LAS MASTECTOMIZADAS MUESTRA POR ENFERMERÍA

INMACULADA NÚÑEZ LÓPEZ DEL CAMPO

MARIO CURIEL BALTASAR

CRISTINA ALONSO LOPEZ-REY

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

SANDRA SÁNCHEZ BELTRÁN

1 Introducción

El papel del profesional enfermero es de suma importancia y muy significativo en cualquier proceso postquirúrgico inmediato para proporcionar seguridad, ya que la principal función de este equipo de salud es el cuidado. En este suceso, nuestro trabajo se desarrolla centrándose en mastectomizadas recién intervenidas de una cirugía de mama y en su estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA).

En España, en el año 2019 se diagnosticaron 33.945 nuevos sucesos de cáncer de mama, datos recogidos por “El Sistema Europeo de Información de Cáncer”. El 99 % de los sucesos son diagnosticados en mujeres. Un 30 % de los cánceres en

mujeres es de origen mamario. Tras los datos expuestos, podemos decir que las intervenciones quirúrgicas de esta tipología son muy numerosas y es cada vez más habitual asumir un gran número de sucesos en las salas de URPA.

Habitualmente dicha estancia suele denominarse de corta duración (desde media hora a dos horas). Suelen ser mastectomizadas que tras dicha cirugía precisan la atención del profesional enfermero en la unidad para la recuperación postanestesia y control del dolor durante un corto periodo de tiempo.

Por tanto, el equipo de los profesionales de enfermería en URPA proveerá unos cuidados y una precisa vigilancia de corta duración, con el objetivo de asegurarles un progreso postanestesia y postoperatoria rápida, con la finalidad de prevención de la aparición de incidentes o complicaciones.

Seguidamente y viendo que dicha evolución es satisfactoria, la mastectomizada sería dada de alta del servicio de URPA y del bloque quirúrgico general, para ser ingresada en su planta y seguir siendo evaluada y controlada por el personal sanitario de la misma. El profesional de enfermería y sus funciones son de especial relevancia en estas unidades por ostentar un contacto muy cercano e interactivo con el mastectomizada que permite detectar cualquier posible complicación o dolencia de los mastectomizadas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Dar a conocer en que consisten las mastectomías y las diferentes tipologías que de ella existen

Objetivos secundarios:

Exponer el cuidado de estas mastectomizadas en referencia a la valoración en la unidad de recuperación postoperatoria

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 efectuado 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

Tipologías de mastectomía

A. Mastectomía establecida como simple: extirpación de la mama, sin la fascia del pectoral y sin vaciamiento ganglionar.

B. Mastectomía radical simplificada: extirpación completa de la glándula mamaria y los ganglios axilares, sin tocar los músculos respecto de la pared costal.

C. Mastectomía establecida como radical: extirpación de toda la mama, ganglios linfáticos y músculos pectorales mayores, así como los menores. Es la considerada más radical y deformante.

D. Mastectomía subcutánea: conserva la integridad de toda la piel que la recubre, incluyendo la areola y el pezón. Suele ser útil para patologías benignas.

E. Lumpectomía: se extirpa el tumor y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor de este. Es un modo de “conservación de la mama”

Sin duda el cuidado por parte del colectivo del profesional enfermero estribará de la tipología de intervención a la que se haya sometido la enferma por lo que es de suma importancia conocer.

Una vez se haya compilado la información y la documentación pertinente y conveniente se procederá a:

- Valoración y registro del nivel de conciencia y constantes vitales evitando la PA en el miembro de la mama intervenida (en sucesos de vaciamiento ganglionar).
- Vigilancia de existencia del sangrado, tanto a nivel del vendaje como en el posible drenaje (permeabilidad y contenido), efectuando refuerzo o cura local según requerimiento.
- Registro y control de dispositivos intravenosos, así como de la fluidoterapia y fármacos endovenosos.
- Control de diuresis y sus características (bien espontánea o en sonda vesical).
- Reposo en posición semifowler.
- Adecuado control del dolor con la pauta analgésica fijada.
- Valoración del dolor como la Escala EVA en reposo y ulteriormente de toser y/o movilizar MMSS (Miembros Superiores).
- Apoyo psicológico.
- Prevención de cualquier posible complicación postoperatoria.

Escala visual analógica (EVA):

En la escala visual analógica (EVA) se quiere concretar la intensidad del dolor y se figura en una línea de 10 cm. En uno el extremo consta la frase de «no dolor» y en el extremo enfrenteado «el peor dolor imaginable». La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la manifestada por el mastectomizada representa

la intensidad del dolor. Se exige que la mastectomizada tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene algunas limitaciones en la mastectomizada anciana y en la mastectomizada sedada.

Un valor inferior a un 4 en la escala de EVA simboliza dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 involucra la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 involucra la presencia de un dolor muy intenso.

Complicaciones postoperatorias inmediatas:

Hemorragia: la glándula mamaria está copiosamente vascularizada: a través y mediante de los dos pedículos principales a cargo de la mamaria interna y la externa, así como de los vasos intercostales. La sección de la glándula mamaria para mastectomías, mastectomías parciales o tumorectomías demanda del cirujano efectuar una hemostasia muy cuidadosa sobre un campo que generalmente es muy sangrante.

Es por esto por lo que la mayoría de las intervenciones sobre la citada glándula llevan un drenaje del lecho, como una medida de seguridad. En el suceso de la axila o ulteriormente de las mastectomías totales, es aconsejable la colocación de drenajes aspirativos tipología Redón.

La observación y registro del débito surgido y las características de este son una labor muy importante en los primeros tiempos post cirugía.

Igualmente hay que vigilar el o los apósitos de las heridas quirúrgica/s para prevenir un sangrado de las mismas por alguna tipología de dehiscencia etc.

- Seromas, abscesos e infecciones de la/s herida/s quirúrgica/s:

Así como vigilamos la/s herida/s quirúrgica/s en el punto anterior, es preciso vigilar posibles signos de infección, así como en la salida del drenaje quirúrgico para su prevención y curación si fuera preciso.

Igualmente es conveniente limitar la abducción de la EE y retirar los drenajes cuando sea preciso y bajo una rigurosa asepsia. En determinados sucesos, será preciso manejar la profilaxis antibiótica según protocolo.

- Dolor:

Para su control, es imprescindible que los mastectomizadas lleven una pauta farmacológica analgésica. El dolor es un proceso subjetivo que se debe de evaluar por medio de la escala EVA de dolor.

- Riesgos derivados de la anestesia general:

Posibles problemas respiratorios (hay que vigilar la SatO₂ e ir retirando los dispositivos que porte como mascarilla o gafas nasales, de manera progresiva); problemas cardiacos potenciales y posibles reacciones a los medicamentos administrados.

Para todo ello es imprescindible una adecuada monitorización, control y registro

de las constantes vitales haciendo especial hincapié en la SatO₂ y la P.A.

5 Discusión-Conclusión

Dada la prevalencia e importancia del cáncer de mama y el aumento paulatino con el paso del tiempo de las intervenciones quirúrgicas de esta índole, la mastectomizada, en el espacio del postoperatorio inmediato, necesita de unos cuidados específicos que se le deben proporcionar adecuadamente desde el personal de el profesional enfermero de las URPA.

Con el fin de conseguir una máxima calidad en el desarrollo del personal de enfermería, es imprescindible la estandarización de los cuidados, ya que permitirá, por un lado, una mejor atención integral de la mastectomizada y, por otro lado, una claridad en la definición del registro y una óptima comunicación entre el equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. SEOM : Sociedad española de Senología y Patología Mamaria. Disponible en: www.seom.com.
2. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC - C. Pardo¹; T. Muñoz; C. Chamorro y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC - Med. Intensiva vol.30 no.8 nov. 2006. Disponible en: www.scielo.com.
3. CUIDADOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO DE LA CIRUGIA ONCOPLASTICA Y RECONSTRUCTIVA. María Fernández Castellano; Almudena Gómez Carrillo; Cristina Sánchez García; Victoria Guerra Ballester; Ruth Nistal López; Ildefonso Ibáñez Praena; Dr. Alfredo Alonso Pozas; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE. Disponible en: www.codem.es.
4. Toledano Blanco R, Pérez Jiménez S. Actualizaciones de los cuidados del profesional enfermero en la unidad de reanimación postanestésica. Biblioteca Lascasas 2009.
5. Complications associated with mastectomy. Surg Clin North Am 1983; 24: 1331-1352.

Capítulo 60

TERAPIA DE PRESION NEGATIVA EN HERIDAS . EL ROL DE LA ENFERMERIA.

SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS

ALVARO VAQUERO COMINO

SARA ZARCO REILLO

1 Introducción

La Terapia de Presión Negativa es un método basado en la aplicación de presión negativa en la zona de la herida de manera controlada, este método mejora el proceso de curación ya que crea un ambiente húmedo y cerrado, a la par controla la cantidad de exudado de la herida, esto permite que las células se puedan mover por el lecho y generar más rápidamente tejido de granulación. Esta terapia está indicada para múltiples heridas, como UPP, heridas vasculares, diabéticas... Uno de los beneficios de esta terapia es que al ser controlada no suele generar complicaciones.

Pero ¿Qué es la terapia de presión negativa? Pues bien, como su nombre indica consiste en la aplicación de presión en la zona de la herida, esta presión es menor que la de la atmósfera. Para conseguir que esto ocurra debemos cubrir la herida y mediante un sistema de succión eliminar moléculas de gas hacia afuera obteniendo así una presión negativa. Este sistema es un método de curación no invasivo, se puede aplicar tanto de manera continua como intermitente. Siendo la continua la más utilizada.

Este modo se utiliza en las primeras 48h y en el caso de que la terapia intermitente no sea tolerada, de igual modo se usa cuando no encontramos con gran cantidad de exudado, con dificultad para mantener sellado el apósito, y cuando se requiera de una succión constante.

Por otro lado, la terapia intermitente se empleará para promover el tejido de granulación, siempre en función de las características del paciente y de la herida. EL beneficio de esta terapia se consigue debido a que al aplicar la presión se da lugar a una vasodilatación de la herida, esto conlleva a un aumento del flujo sanguíneo y por ende a un mayor aporte de oxígeno, mejorando así la granulación del lecho de la herida y en consecuencia mejorando y acelerando el proceso de curación de esta.

2 Objetivos

Conocer las características de la terapia de presión negativa

Descubrir el papel de la enfermería en este tipo de terapias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de diversos artículos relacionados con el tema. Para ello se han usado los siguientes buscadores bases de datos: PubMed, Scielo, Google académico.

Como palabras claves se han utilizado: terapia, heridas, presión negativa y enfermería

4 Resultados

Dispositivo para la aplicación de la terapia de presión negativa

Como hemos mencionado la terapia de presión negativa consiste en la aplicación de presión en la herida, para poder llevarlo a cabo es necesario contar con el material necesario. En este caso el dispositivo empleado será el VAC el cual es un sistema de cierre asistido por vacío.

Este dispositivo consta de espumas de PU, normalmente negras (hidrófobas) y espumas de polivinilo alcohol (PVA) normalmente blancas (hidrófilas). Estas espumas serán colocadas en la herida, en función de las características de esta utilizaremos una u otra, utilizando las de PU para fascias, y tejido celular subcutáneo y la PVA en las vísceras. La aplicación de otra depende de la adherencia de esta

Ambas están compuestas por poros los cuales permiten el paso de líquidos de la herida, los líquidos absorbidos viajan a través de un tubo colector hacia un depósito, que será el encargado de almacenarlos, para ello cuenta con un tubo de drenaje que conecta la ventosa al exudado permitiendo su absorción gracias a la función de la bomba de succión. La espuma al adherirse a la película transparente consigue crear un sistema cerrado y aislado. Estas películas mencionadas permiten aislar la herida del medio, protegiéndola de los contaminantes de su alrededor, proporciona la capacidad hermética al sistema. Además, permitirá que se forme el vacío a través de la bomba de succión, manteniendo de esta manera un ambiente de humedad óptimo.

Esta terapia tiene múltiples beneficios estos son debido gracias a que favorece un ambiente idóneo para que las heridas tengan un proceso de cicatrización más corto. Los beneficios que encontramos con esta terapia son los siguientes: se fomenta el cierre de la herida, se consigue mantener un ambiente húmedo óptimo promoviendo la estimulación celular y mejorando por tanto el proceso de cicatrización, se mantiene un control del exudado que ayuda de igual manera a lo anterior mencionado, se aumenta el flujo sanguíneo, disminuye la proliferación de bacterias, se consigue que el dolor a su vez también disminuya. Y gracias a todos estos beneficios se consigue además que el tiempo de hospitalización sea menor, reduciendo con eso los gastos en materia sanitaria.

Ahor bien a la hora de utilizar este método es necesario conocer las características de la herida para aplicarlo de la manera correcta. Esta terapia está indicada para: heridas crónicas, heridas agudas como sería el caso de las quemaduras; para heridas subagudas como la producida por una dehiscencia quirúrgica; para preparación de la herida previa cirugía. En conclusión, esta terapia puede ser empleada en aquellas heridas con un pronóstico de larga duración o aquellas que tengan un proceso de tortuosa curación. No obstante, estará contraindicada, en heridas tumorales o que tengan células malignas, en osteomielitis no tratada, fistulas no entéricas, en presencia de tejido necrótico, en órganos o vasos sanguíneos expuestos, y en los casos en los que el paciente sea alérgico a alguno de los componentes del dispositivo VAC.

Anteriormente hemos mencionado que esta terapia genera pocas complicaciones sin embargo hay algunas que pueden aparecer. Estas pueden estar relacionadas con el dispositivo como: fugas, obstrucciones.... O pueden estarlo con la piel del paciente: erosión o maceración de la piel, intolerancia de la piel a alguno de los componentes, sangrado, aparición de dolor intenso...

Rol de la enfermera en la terapia de presión negativa

La enfermera tendrá un papel importante en este tipo de terapias y actuará pre-

viamente, en el momento de la aplicación y posteriormente tras la utilización del tratamiento.

Previamente la enfermera será la encargada de comprobar que los datos del paciente ~~d~~son correctos, que el consentimiento informado se encuentra firmado, que el paciente tiene los conocimientos adecuados sobre la técnica, realizar una valoración integral del paciente y le facilitara el apoyo en todo momento.

En el momento de realizar la valoración del paciente, tendrá que centrarse en las características de la herida, localización, tamaño, piel perilesional, exudado, tejido de granulación presente... Así como valorar los factores de riesgo que influirán en el proceso de curación de esta.

Tras la valoración y preparación del paciente para la intervención, la enfermera deberá comprobar que se cuenta con el material necesario para efectuar la terapia, este material consta de : batas estériles, guantes, gasas y paños estériles, tijeras y pinzas de Köcher estériles, adhesivo transparente de PU, apósito de silicona no adherente, espuma de PU, espuma de PVA, protector cutáneo, gasa vaselinada, hoja de bisturí, solución y jabón iodado, solución de clorhexidina 1%, canister, bomba de vacío y bolsa roja y verde ara residuos.

Una vez realizado todo se procederá a realizar la terapia.

Durante el procedimiento la enfermera se encargará de explicar tanto al paciente como a los cuidadores cada uno de los pasos de la terapia para que ellos la puedan aplicar de manera correcta en el domicilio, así mismos les explicaran las posibles complicaciones que pueden aparecer y como solventarlas, además de responder a todas las dudas que vayan surgiendo.

Por último, una vez terminado el tratamiento la enfermera procederá a volver a repasar toda la información dada, así como algún dato adicional, aportando una educación sanitaria completa, les explicara el uso del dispositivo, como y cuando se cambia el vendaje, como se debe actuar para evitar l aparición de problema, como deben proceder cuando se encienden las alarmas del dispositivo, y le indicará que signos y síntomas requieren de atención sanitaria. Además, se le hará especial mención en la higiene y en la seguridad y protección

No obstante, aunque los cuidadores o el paciente sean los encargados de realizar la terapia, la enfermera acudirá de manera periódica al domicilio para ver la evolución de la herida y hacer una valoración integral de esta.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización del estudio podemos concluir que la terapia de presión negativa tiene amplios beneficios con respecto al proceso de curación de las heridas

crónicas, puesto que gracias a la presión que ejercen y a su sistema de cerrado permite crear un ambiente propicio para que tenga lugar el movimiento celular, así como un aumento del flujo sanguíneo en la zona posibilitando con ello que el tiempo de curación sea menor y que los pacientes sufran menos dolor a la hora de realizar las curas.

A su vez hemos podido observar que es fundamental el papel de los profesionales sanitarios y sobre todo de la enfermería, pues serán ellos los encargados de valorar la herida, observar las características específicas de esta y de valorar los factores que influyen en ella.

Serán los que aporten la educación pertinente tanto a los pacientes como a sus cuidadores principales, ayudándoles a entender en que consiste la terapia, como debe realizarse, que complicaciones pueden aparecer y cuales son los signos y síntomas por los que hay que alertar al servicio sanitario, dando tranquilidad a estos, ya que saben que cuentan con el apoyo de este profesional para resolver cualquier duda que le surja.

6 Bibliografía

1. Moffatt C, Soldevilla J. La presión negativa tópica en el tratamiento de heridas. Eur Wound Manag Assoc. 2007; Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/la-presion-topica-negativa-en-el-tratamiento-de-heridas.pdf>
2. Brox-Jiménez A, Díaz-Gómez D, Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Márquez-Muñoz M, Lorente-Herce J, et al. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo. Cirugía Española [Internet]. 1 de mayo de 2010 [citado 28 de marzo de 2019];87(5):312-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X10000734>
3. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Sierra Talamantes C, Murillo Escutia A, Moreno Hernández A, Díez Fornes P et al. Evaluación de la terapia con presión negativa tópica en la cicatrización de heridas agudas y úlceras cutáneas tratadas en un hospital valenciano. 2015; vol9(24):17-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5185636>
4. Doalto Muñoz Y, Díaz Burguillo P. Terapia asistida por vacío. Otra forma de curar. Nuberos Científica FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA [Internet]. Nuber Científ. 2016;3(18): 34-39. [citado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: www.enfermeriacantabria.com
5. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Muñoz Mané V, Lucha Fernández V. Aplicación de la Terapia de Presión Negativa. Procedimiento y Caso Clínico.

Enfermería Dermatológica n°2; 2007. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4612150.pdf>

6. Apelqvist J, Willy C, Fagerdahl AM, Fraccalvieri M, Malmsjö M, Piaggese A et al. EWMA Document: Negative Pressure Wound Therapy: overview, challenges and perspectives. Journal Wound Care [Internet]. 2017;26(3):Suppl 3, S1-S113. Disponible en: www.markallengroup.com

7. Tejada Domínguez FJ. Cierre Asistido por Vacío como herramienta de mejora en la curación de Heridas Agudas y Crónicas. ENE Rev enfermería [Internet]. 2010;4:62-74. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3408565&info=resumen&idioma=SPA>

8. Branes Barquero PC. Uso de terapia (Vacuum assisted closure , Cierre asistido con presión negativa) en cierre de heridas quirúrgicas. 2011;(598):385-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sistema-cierre-asistido-por-vacio-S0009739X10000734>

9. Rubio García F. Infomecum heridas. Terapia V.A.C. Hospital San Cecilio de Granada. 2012. Disponible en: <http://www.infomecum.com/principios/showproduct/id/56>

10. Mediavilla Calleja L, Estébanez Villar N. Trabajo Fin de Grado: Terapia de presión negativa en úlceras por presión. Caso clínico. 2017; Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/28556/1/TFG-L1857.pdf>

11. Girón G, Villanueva P, Cuello T, Fernández A, Laita M, Navarro J, et al. Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por presión. 2013;anexos pag 23-24. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDIQFjAD&url=http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_527_PrevytratLPP_Actualizacion2013.pdf&ei=HVh7VMCRKI3LaKHPgaAO&usg=AFQjCNG5Yvx3fN2JPZzlzHMbrYZppWqL5g&sig2=yKFCzU0_PEVaP-Wsd2rlmeg

12. Vojvodic-Hernández I, Zevallos-Bedregal O. Curación de heridas con presión negativa: fundamentos e indicaciones. Rev Peru Obstet y Enfermería [Internet]. 9 de septiembre de 2010 [citado 28 de marzo de 2019];6(1). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/648/50223>

13. Robledo-Ogazón F, Mier y Díaz J, Sánchez-Fernández P, Suárez-Moreno R, Vargas-Rivas A, Bojalil Durán L. Uso del sistema de cierre asistido al vacío VAC en el tratamiento de las heridas quirúrgicas infectadas. Experiencia clínica.

- Cir CirUJ. 2006;74(2):107-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/662/66274208/>
14. Olivares Rodríguez E, Villanueva Martínez A, Cuevas Smith C, Zavala Aguirre MA. Terapia de presión negativa en el manejo de heridas. Cir Plast. 2008;Vol. 18 (2):56-61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2008/cp082c.pdf>
15. Flores Montes I. Intervenciones de enfermería en el manejo avanzado de heridas a través de terapia asistida por vacío [Internet]. Vol. 16, Núm. 1 Enero-Abril. 2008 [citado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: www.medigraphic.com
16. Sarabia Cobo CM, Castanedo Pfeiffer C. ¿En qué consiste la presión tópica negativa? ¿Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas?: revisión del tema. Gerokomos [Internet]. marzo de 2014 [citado 28 de marzo de 2019];25(1):44-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
17. Lima RVKS, Coltro PS, Farina Junior JA. Negative pressure therapy for the treatment of complex wounds. Rev Col Bras Cir [Internet]. febrero de 2017: vol44(1):81-93. [citado 28 de marzo de 2019]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000100081&lng=en&tlng=en
18. Ortega-León LH, Vargas-Domínguez A, Ramírez-Tapia D, Zaldívar-Ramírez FR, Rodríguez-Báez A, Montalvo-Javé E. Empleo de la presión negativa en el tratamiento de heridas complicadas. Reporte de seis casos [Internet]. Cirujano General Vol. 33 (2); 2011 [citado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000200008
19. Trujillo-Martín M, García-Pérez L, Serrano-Aguilar P. Efectividad, seguridad y coste-efectividad de la terapia por presión negativa tópica para el tratamiento de las heridas crónicas: una revisión sistemática. Med Clin (Barc). 2011;137(7):321-8. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12011005444>
20. 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. 2010. 1-102 p. Disponible en: https://www.aetsa.org/download/06_AETSA_VAC_DEF_NIPO.pdf
21. Directrices Clínicas, Terapia VAC®. Una Fuente De Referencia Para Profesionales Sanitarios. Disponible en: www.kci-medical.com.
22. Lambert K V., Hayes P, McCarthy M. Vacuum assisted closure: A review of development and current applications. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005;29(3):219-

26. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
23. Banwell PE, Musgrave M. Topical negative pressure therapy: mechanism and indications. *International Wound Journal*. Vol 1; n°2. 2004. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7059722_Topical_negative_pressure_therapy_Mechanisms_and_indications
24. Hartwig DD, Pérez N, Hernández MJ, Cortabarría N, Silva J, Graciano R, et al. Versatilidad en el uso del cierre asistido por vacío en el manejo de heridas complejas. *Rev Med Urug*. 2011;27(2):107-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000200008
25. Navarro Ferrer A, Ginesta Ramis G. Continuidad de cuidados al alta hospitalaria: terapia VAC. A propósito de un caso. *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2014;29(8):46-51. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382\(11\)70288-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382(11)70288-6)
26. Diario Enfermero. Plan de cuidados para el uso de la técnica VAC en heridas. Agosto 2015. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/plan-de-cuidados-para-el-uso-de-la-tecnica-vac-en-heridas/>
27. Aranda Martínez JM, Torres de Catro OG, Mar'tínez Moya I. Principios y tratamiento de heridas con terapia de presión negativa tópica (TPN). 2015. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jaranda57/principios-y-tratamiento-de-heridas-con-terapia-de-presin-negativa-2>
28. Borráez OA, Borráez BA. Cierre de heridas y fistulas con “sistema de presión negativa tipo Colombia”. *Rev Colomb Cir* 2009;24236-43. 2009;24: 236-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v24n4/v24n4a5.pdf>
29. García-Ruano A, García-Fernández S, Mahedero-Navarrete S, Lasso-Vázquez JM, Pérez-Cano R. Innovador tratamiento de heridas abdominales complejas mediante terapia de presión negativa con instilación intermitente. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* [Internet]. septiembre de 2013 [citado 28 de marzo de 2019];39(3):209-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922013000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
30. Barreira Macedo F, Carriquiry CE. Tratamiento de heridas utilizando Presión negativa Tópica [Internet] *Biomedicina*, 2006; vol2 (2);122-130. [citado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina/2-2/presion.pdf>
31. Cerezo-Millán P, López Casanova P, Vedú-Soriano J, Berenguer-Pérez M. HEL-

COS Conocimientos del personal sanitario respecto al uso de la terapia de presión negativa en el tratamiento de las heridas. 2018;29(4):181-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400181

32. Hortelano Otero A, Centeno Silva JA, Lorca García C, Pérez García A, Navarro Coll C, Simón Sanz E. Pautas para el uso de terapia de vacío en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital La Fe en Valencia (España). *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* Vol 36(2);97.106. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922010000200002

33. Vikatmaa P, Juutilainen V, Kuukasjärvi P, Malmivaara A. Negative Pressure Wound Therapy: a Systematic Review on Effectiveness and Safety. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;36(4):438-48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18675559>

34. Fresno-García C, Alconero-Camarero AR, Fernández-Carro B. Tratamiento de dehiscencia de herida quirúrgica mediante terapia de presión negativa tópica: caso clínico. *Enfermería Clínica* [Internet]. julio de 2015 [citado 28 de marzo de 2019];25(4):209-14. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862115000832>

35. Caballero Muñoz R, Cabot Mota L, Enguita Legido E, Jiménez González C. Terapia de presión negativa tópica V.A.C. Servicio de Enfermería. *Clínicas MC MUTUAL*. 2013. Disponible en: https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47440/presion_negativa_es/711ac273-b374-71fb-d1c8-7dbf67c4f36c

36. Cabot Mota L, Ayala Jou A, Caballero Muñoz R, Tudó Puig MR. Seguridad del paciente: terapia de presión negativa domiciliaria (activac) protocolo de actuación, desarrollo e implantación. Servicio de hospitalización. *Clínicas MC Mutual-Barcelona*. 2012. Disponible en: https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47716/07_seguridad_es/cdd37c92-295e-4269-1373-3378f7a64dae

37. Lozano Carrero C, Hernández Dominguez ME. Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a terapia de presión negativa-V.A.C., en el proceso de curación de heridas. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*. 2010. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4612150.pdf>

38. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D, Tello Pérez S. Enfermería en las curas de heridas por vacío. *Sistema VAC*. 2011. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3304/1/Enfermeria-en-las-curas-de-heridas-por-vacio-Sistema-VAC.html>

39. Franco Navarro J, Campos Gómez MA, Gutiérrez Rivero R. La técnica V.A.C.

- Revista científica Hygia de Enfermería [Internet]. 2015;(89):65-71. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/Hygia89.pdf>
40. Recomendaciones ANEDIDIC. Protocolo de cura con presión negativa o vacío. 2012. Disponible en: <https://anedidic.com/descargas/recomendaciones-anedidic/15/protocolo-de-cura-con-presion-negativa.pdf>
41. Departamento Hospital General de Valencia. Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Protocolo de cura con presión negativa o vacío. Disponible en: <http://chguv.san.gva.es/documents/10184/28508/Protocolo+de+cura+con+presi%C3%B3n+negativa+o+vac%C3%ADo/4640b711-c1d8-4496-b1e9-829f1f285b4c>
42. Intermountain Healthcare. Terapia de heridas con presión negativa. 2014. Disponible en: <https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=525959669>
43. Catarlenas Gómez RM, Mias Carballal C, Martín Ruano N, Massoni Piñeiro A, Olsina Kissler JJ. Formación de un cuidador en la cura de una úlcera sacra con terapia V.A.C.: a propósito de un caso. Revista de la sociedad española de heridas. Número 13; tomo 4, Marzo 2013. Disponible en: http://heridasycicatrizacion.es/images/site/archivo/2013/N13_marzo2013.pdf
44. Muñoz Rodríguez A, Ballesteros Úbeda MV, Escanciano Pérez I, Polimón Olibarrieta I, Díaz Ramírez C, González Sánchez J et al. Manual de Protocolos y Procedimientos en el Cuidado las Heridas. Hospital Universitario de Móstoles-Madrid. 2011;133-138. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017501.pdf>
45. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Recomendaciones de Cuidados: terapia de presión negativa. Disponible en: [http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/TERAPIA%20VAC\(3\).pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/TERAPIA%20VAC(3).pdf)
- 46 . Abad Cerdán, I. (2019). Terapia de presión negativa y enfermería. Revisión bibliográfica narrativa.

Capítulo 61

EL APEGO EN LAS RELACIONES DE MALTRATO

JENNIFER BRIONES ARREDONDAS

NATALIA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

Con el objetivo de contextualizar el tema empezaré definiendo algunos conceptos importantes relacionados. Hay que tener claro qué se entiende por Violencia, para poder profundizar posteriormente en la violencia de género que es el tipo de violencia que se tratará en este trabajo.

El concepto de violencia, lo define la Real Academia de la lengua Española (1992) como “la cualidad del violento, del que está fuera de su natural estado, situación o modo”.

La violencia puede entenderse según algunas autoras, como un tipo de agresividad que no tiene justificación y es ilegítima, dicha violencia solo conlleva a más violencia que al final queda perpetuada en un ciclo patológico que es necesario romper. (Rincón 2).

Se trata, de una acción que refleja abuso de poder, (Flores Bernal va más allá y nos dice que en este tipo de actos, se trasgreden al menos uno o dos de los derechos humanos fundamentales como serían, el derecho a determinar qué hacemos con nuestro cuerpo y por otro lado, el derecho a tomar nuestras propias decisiones y a asumir las consecuencias de estas. Flores Bernal citado en Amurrio Vélez et. al. (121).

Siguiendo esta línea, y para completar la contextualización del tema, concretaremos qué se entiende por violencia de género, la definición que propone la Orga-

nización de las Naciones Unidas (ONU) del año 1993 en su declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer dice lo siguiente:

“Violencia de género, sería todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.

Para entender mejor la definición de violencia de género, diremos que el género es un concepto que designa a un sistema clasificatorio estrechamente ligado a la cultura, que lo que hace es dividir a los seres humanos de acuerdo a sus diferencias sexuales, en hombre o mujer, este género se internaliza y se asume por parte de cada persona a través del proceso de la socialización, de este modo cada individuo adoptaría un rol femenino o masculino (Rincón 3).

Aunque también habría que señalar que el género es algo mucho más amplio que la propia condición sexual y este hecho haría necesario mirar más allá y no quedarnos únicamente en las características biológicas y reproductivas (Rodríguez Valladolid 74).

Rodríguez Valladolid, explica en uno de sus artículos sobre este tema, que la violencia de género es una violencia específica en contra de la mujer, y que la diferencia fundamental que presenta respecto al resto es que uno de los principales factores de riesgo para sufrirla lo constituye el hecho de ser mujer (74).

Como vemos, en las definiciones anteriores, se asume que esta violencia está exclusivamente dirigida a la mujer, sin embargo, otros autores como Nogueiras en un artículo publicado en el 2005, incluye a los varones en su definición de violencia de género: “Aquella violencia física, emocional, institucional, sexual o simbólica que se ejerce contra las niñas y mujeres y contra los varones, limitando su libertad...” (192).

☒ Tipos de violencia dentro de la violencia de pareja

Volviendo a la definición de violencia de género, muchos autores defienden, al igual que aparece reflejado en la definición de la ONU expuesta en el apartado anterior, que ésta no se limita únicamente a la violencia física.

La OMS, realiza una clasificación de la violencia en tres categorías: autoinfligida, colectiva e interpersonal, y es en esta última donde se sitúa la violencia de pareja. Afirma que dicha violencia puede tener distinta naturaleza, se habla por tanto de violencia física, psíquica, sexual, privaciones o desatención (Violencia y salud mental, OMS 2014c).

Cuando se estudia la idea de violencia de género en la sociedad, se tiende a identificarla casi exclusivamente con asesinatos o maltrato físico, por lo llamativo de estos actos, y por la influencia que los medios de comunicación tienen en nues-

tra sociedad, por este motivo, muchos autores destacan la necesidad de trabajar en contra de esta construcción errónea que deja fuera prácticamente todas las dimensiones y complejidades de este tipo de violencia. (Díaz Anca et al. 507).

El maltrato psicológico, por ejemplo, resulta mucho más sutil y menos identificable que el físico, pero las consecuencias de éste pueden considerarse de las más graves para la víctima, afectando nocivamente a su salud y bienestar emocional (Amor 130).

Rodríguez Valladolid, destaca que este tipo de violencia comúnmente se ha utilizado como un instrumento que permite al hombre mantener esa desigualdad y discriminación, así como las relaciones jerárquicas y de poder del hombre sobre la mujer (74).

Podría decirse por tanto que las desigualdades entre hombres y mujeres no solo están en la causa sino también en el mantenimiento de este tipo de violencia.

2 Objetivos

- Describir cómo a lo largo de los años y a medida que la violencia de género se consolida como un verdadero problema social, diferentes autores y autoras desarrollaron modelos que han intentado arrojar luz acerca de las causas y factores que llevan a una mujer, víctima de violencia de género a mantener su relación de pareja a pesar de la situación de maltrato y desigualdad que está sufriendo.

3 Metodología

Desde la investigación tanto clínica y social, se han formulado una serie de modelos explicativos, en este caso he seleccionado tres, con el objetivo de desarrollarlos más profundamente. Partiendo de que el objetivo principal en todos ellos es el de explicar en cierto modo las actitudes y conductas de las víctimas respecto a la violencia dentro de sus relaciones de pareja, las cuales les llevan de una forma u otra a permanecer en dicha relación.

Para la búsqueda de información he utilizado diferentes bases de datos bibliográficas fundamentalmente en español, como son: Dialnet, Google Académico y Scielo. También he consultado la Real Academia Española de la Lengua en su edición del 2018 para la búsqueda de definiciones y varios informes de la ONU y OMS para aportar datos a mi trabajo.

4 Resultados

La violencia de género siempre ha permanecido como un fenómeno que se daba exclusivamente en el ámbito privado, no fue hasta hace tres décadas cuando se reconoció como un problema social en el momento en el que los medios de comunicación también se hicieron eco de esta problemática (Rodríguez Valladolid 84).

En relación a esto Pedro Amor señala que a pesar de que falta mucho camino por recorrer, se puede apreciar una mayor conciencia social del maltrato, de las fatales consecuencias que supone esta violencia y que, además, se está dejando poco a poco de ver como una cuestión únicamente del ámbito privado (130).

A pesar de lo comentado, aún quedan muchas cuestiones por resolver en relación a este tipo de maltrato y a la dinámica relacional de estas parejas. Una de las mas comentadas y que trataremos en este trabajo es el abandono de la pareja por parte de la víctima.

El hecho de que la mujer maltratada permanezca en convivencia con su agresor, es uno de los temas más controvertidos y que más curiosidad ha despertado en muchas investigaciones, y es que hay un gran número factores que influyen condicionando gravemente la toma de decisiones de estas mujeres (Amor 131).

Es clara la necesidad de hacer visible cada caso para que pueda ser abordado por los profesionales sanitarios y trabajadores sociales. Ya que según expone Rodríguez Valladolid “Una vez que se ha detectado el problema, se interviene desde una vertiente psicosocial, desde un vínculo profesional que posibilita su recuperación paulatina, su empoderamiento, se activarán mecanismos de la propia paciente” (84).

En relación a esto, la OMS (2014) declara que las reacciones de la víctima a este tipo de agresiones son de muy diversa índole. Algunas mujeres son capaces de enfrentarse, algunas huyen y otras se resignan a las exigencias de su maltratador. En muchos casos, una postura que objetivamente puede parecer falta de respuesta positiva, en realidad es un cálculo meditado por parte de la víctima con el objetivo último de protegerse a si misma.

Por este hecho, muchos autores y autoras han intentado estudiar los factores que llevan a estas mujeres a mantener la relación de pareja, a ocultar su problema, a no tomar medidas que podrían parecer lógicas, como puede ser el hecho de abandonar la relación o también de presentar sentimientos de culpabilidad o responsabilizarse de la situación.

- Modelo de la indefensión aprendida.

El modelo de indefensión aprendida fue propuesto en 1979 por Walker. Walker

era psicóloga y una líder en el campo de la violencia doméstica, y con el objetivo de investigar la violencia familiar fundó el instituto de Violencia Doméstica. Se trata de uno de los modelos más utilizados para explicar la violencia, aunque se trata de un modelo únicamente descriptivo Gómez Zapiain (1).

El modelo propuesto por esta autora fue una alternativa científica a la propuesta anterior que defendía la teoría del masoquismo femenino, la cual buscaba la causa de la violencia en la satisfacción masoquista de la mujer y en la necesidad de liberación de la angustia e inoperancia del hombre. Escudero Nafs (86).

Según este modelo, una mujer que está siendo sometida repetidas veces a acontecimientos de los cuales no es capaz de controlar por sí misma, crea en ella un estado psicológico que le impide huir, es decir, en el cual la respuesta de huida se bloquea. (Escudero Nafs 86).

En este caso, no sería únicamente tomar la decisión de quedarse o huir, sino que, en este caso, la desesperanza acerca de que esa violencia termine hace que se mantenga inmóvil dentro de la relación (Amor 135).

El factor causal en el origen y desarrollo de la indefensión aprendida es la expectativa que tiene la persona de que su respuesta a los actos violentos no tendrá influencia en la probabilidad futura de reaparición, ni sobre la consecuencia ambiental de los mismos (Ramírez Fernández 17).

A través de sus investigaciones con mujeres víctimas de violencia Walker descubrió que había un patrón similar de abuso que tenía un carácter cíclico, el cual describió como ciclo de la violencia, compuesto por tres fases.

1. Fase de acumulación de la tensión.
2. Fase de explosión de la agresión o violencia física.
3. Fase de reconciliación o luna de miel.

La primera fase se caracteriza por la presencia de conflictos pequeños producidos por frustraciones del agresor. En este estado se producen episodios violentos de menor gravedad como insultos, desprecios... creando en la mujer un estado de confusión. En la segunda fase, se pierde el control por parte del agresor y se producen agresiones físicas y psicológicas, la mujer se muestra incapaz de reaccionar. Por último, se produce una fase de remisión, se trata de un refuerzo positivo que el agresor da a la víctima para evitar el abandono por parte de esta (Gómez Zapiain 2-3).

Estos ciclos de violencia son impredecibles para la víctima, puesto que el inicio de la descarga violenta, el arrepentimiento o reconciliación y el inicio de un nuevo ciclo, es suscitado por el maltratador, esta impredecibilidad genera en la mujer un estado de confusión, de caos, lo que le impide ver con claridad y distinguir el maltrato que hay detrás de todos esos comportamientos (Escudero et al. 103-104).

- Modelo del castigo paradójico

Modelo propuesto por Long y McNamara, 1989, explica como la mujer víctima de violencia prolonga su convivencia con su maltratador a causa del reforzamiento que se produce en una serie de comportamientos que tienen lugar dentro de un patrón cíclico formado por 5 fases diferenciadas (De la cruz 17)

El modelo del castigo paradójico constituye un paso más con respecto al ciclo de violencia propuesto por Walker visto en el apartado anterior. La mujer permanece en la relación de pareja a causa del reforzamiento positivo que se establece de acuerdo a secuencias comportamentales, que se ha ido perpetuando y consolidando en el tiempo (Amor 135).

Las 5 fases o estados del modelo son los siguientes:

1. Formación de la tensión
2. Descarga de la tensión por parte del maltratador
3. Escape de la víctima
4. Arrepentimiento por parte del agresor
5. Vuelta de la víctima a la relación

La etapa de arrepentimiento y los comportamientos de ternura tras la descarga de violencia, actuarían como un potente reforzador positivo para la víctima. De la misma forma, la dependencia emocional y las psicopatologías que se asocian a la violencia serían los factores que explicarían la permanencia de la víctima junto al maltratador (De la cruz 17).

- Modelo transteórico del cambio (MT).

El modelo transteórico del cambio (de aquí en adelante MT) fue propuesto por Prochaska y DiClemente (1979), y puede clasificarse dentro de los modelos de tipo individualistas, es decir aquellos que se basan en perspectivas centradas en el individuo, considerando a este como protagonista del cambio de comportamiento y de conducta (Álvarez 97-98).

El MT entiende el cambio de comportamiento como un proceso, durante el cual las personas se encuentran en diferentes niveles de motivación para adoptar dicho cambio. Por lo que, de esta forma, es posible plantear de manera ajustada las intervenciones respondiendo a las necesidades de cada individuo en particular, teniendo en cuenta su grupo social o contexto natural o comunitario (Cabrera 131).

Existen infinidad de modelos que durante años se han desarrollado con respecto a estas cuestiones, muchos han basado sus ideas en alguno de los modelos tratados en este trabajo, otros muchos han incorporado nuevas teorías y enfoques que les han permitido tocar muchos otros aspectos relevantes de este tipo de violencia. El objetivo final de todos ellos es el de resaltar la importancia que tiene el conocer

la situación individual, los aspectos sociales, biológicos, personales tanto de la víctima como del maltratador, para, a fin de cuentas, aclarar ideas sobre este tema tan controvertido y complicado como es el de la violencia contra la mujer.

Cualquier trabajo que se desarrolle en este ámbito puede contribuir a que se produzca un avance dentro de las intervenciones terapéuticas, tanto en las víctimas, con el objetivo de mejorar su situación y sanar los daños que produce la violencia de género, así como con el agresor, para evitar, predecir o llegar a controlar actitudes, comportamientos e ideas violentas que se manifiestan dentro de este tipo de violencia ejercida contra la mujer.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios que se han desarrollado a lo largo de los años y que he podido revisar durante la realización de este trabajo, en relación al tema de la violencia de género, ya sea en el estudio de los tipos de violencia, las causas, sus consecuencias físicas o psicológicas, factores predisponentes, factores determinantes... y en general que hayan manejado cualquier aspecto relacionado, coinciden en la importancia que tiene la idea de concebir la violencia de género como un verdadero problema social que concierne a todos los profesionales de la salud.

Es necesario darle a la violencia de género la importancia que se merece, ya que como señalan algunos trabajos, como por ejemplo el publicado en el año 2010 por Martínez Galiano sobre la identificación de este tipo de agresiones dentro del sistema sanitario, la considera un verdadero problema de salud pública que refiere grandes costes, y que además de ser un problema social también es un problema de derechos humanos (19).

Para respaldar la idea del apartado anterior, el artículo de Galiano nos ofrece algunos datos, el coste de la violencia física, agresión sexual y acoso contra las mujeres supuso en el año 2003 un coste de 8300 millones de dólares en Estados Unidos (20).

Aunque sin duda el mayor coste de este tipo de violencia es el humano, como señala la OMS en un estudio realizado en 2013 la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer y afecta a un 30% de mujeres en todo el mundo, lo llega a considerar una verdadera epidemia.

Por lo comentado anteriormente y como bien señala Escudero en su artículo sobre la persuasión coercitiva, resulta clave identificar la violencia de género o violencia contra la mujer en todas sus manifestaciones, desde la violencia física a la psicológica, pasando por todas aquellas formas de maltrato que pueden llegar

a ser más difíciles de reconocer como es la violencia patrimonial o la violencia espiritual (5). Todo ello con el objetivo último de poder detectar y abordar cada caso eficazmente, así como tratar los daños colaterales que ocasiona.

Para entender mejor las relaciones de pareja en situación de violencia de género, como hemos podido ver existen gran cantidad de modelos explicativos (tres de los cuales hemos visto más profundamente) que han estudiado diferentes variables que pueden llegar a explicar, en cierto modo algunos aspectos de la dinámica relacional de estas parejas, sin embargo, dichas explicaciones a menudo son parciales. Ya que al centrarse en unas variables definidas suelen olvidar otras muchas que también influyen y modulan de manera importante la relación.

Por lo que, para poder acercarnos a una mejor explicación de estas relaciones, es necesario elaborar un modelo multicausal, que contemple aquellas variables y factores que sean concluyentes y que hayan demostrado que tienen un peso significativo en la explicación a dichos comportamientos y actitudes dentro de las relaciones de violencia, tanto por parte de la víctima como del agresor.

Por último, hay que señalar que es crucial el papel que desde los servicios sanitarios y de salud se puede llevar a cabo, ya que como señala Martínez Galiano, el contacto de estas víctimas con el servicio sanitario es muy frecuente y directo, en particular a los servicios de atención primaria, urgencias, obstetricia y ginecología (22).

Como estudiante de enfermería y en lo que respecta al título de grado en enfermería, la orden del ministerio de ciencia e innovación del año 2008 indica en la verificación de los requisitos de los títulos universitarios oficiales, que el título de grado en enfermería debe de capacitar para la prevención, detección precoz, asistencia y rehabilitación de las víctimas de violencia de género (Bengoechea 2007 nombrado en Macías Seda 27).

Por lo tanto, no cabe duda que es importante promover desde la formación a todos los futuros profesionales de la sanidad con el fin de que desarrollen una actitud activa frente a estas situaciones, para que, de esta forma, se mejore la prevención y la asistencia a las víctimas de la violencia de género.

Como expresan Peixoto y Rodríguez nombrados en Macías Seda

“Conocer en profundidad sus formas, los contextos en los que se produce, las representaciones y actitudes con respecto al maltrato a la mujer, así como su abordaje integral, es sin duda un camino y un deber para quienes aspiramos a contribuir a la erradicación de una problemática que vulnera el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y limita su potencial de desarrollo en todos los ámbitos, personal y social” (10).

6 Bibliografía

- Álvarez, L. "Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud." *Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 1 (2010): 97-102. Web.
- Amor Andrés, Pedro Javier, Isaura A. Bohórquez and Enrique Echeburúa Odriozola. "¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratada?" *Acción psicológica*. Vol. 4 Núm. 2 (2006): 129-154. Web.
- Amurrio Vélez, Mila et al. "Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao." *Ekaina*, Núm. 47 (2010): 121-134. Web.
- Cabrera, Gustavo "El modelo transteórico del comportamiento en salud." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 18 Núm. 2 (2000): 129-138. Web.
- De la Cruz Cruz, Sara "Violencia en la pareja" II Congreso Virtual Internacional de Psicología <http://congresopsicologia.psiquiatria.com>
- marzo 2018. *Psiquiatria.com*
- Delgado-Álvarez, María Carmen et al. "Atributos y estereotipos de género asociados al ciclo de la violencia contra la mujer". *Universitas Psychologica*, Vol.11 Núm. 3 (2012): 769-777. Web.
- Diaz Anca, María Jesús, Gloria Do Campo Corral y Pilar González García "A Violencia de xénero" *Revista Oficial de sección de clínica do COPG, Anuario de psicología clínica*, N°3 (2009): 500-535. Web.
- Echeburúa, Enrique and De Corral, Paz. "El homicidio en la relación de pareja: un análisis psicológico." *Eguzkilore*, Núm. 23 (2009): 139-150. Web.
- Escudero Nafs, Antonio et al. "La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. II: Las emociones y las estrategias de la violencia." *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 25, Núm. 96 (2005): 59-91. Web.
- Expósito, Francisca. "Violencia de género." *Mente y cerebro*. Núm. 48 (2011): 20-25. Web.
- Gómez Zapiain, Javier. "Violencia en la pareja desde la perspectiva de la teoría del apego." *Colegio Oficial de psicólogos, jornadas violencia machista*.
- González Sala, Francisco and Belén Mora Valero. "Características de la violencia de género en la Universidad de Valencia." *Escritos de psicología*. Vol. 7 Núm. 2 (2014): 36-43. Web.
- Lorente Acosta, Miguel. "El maltratador, la condición masculina y el maltrato a las mujeres." *Crítica*. Núm. 960 (2009): 44-47. Web.
- Macías Seda, Juana "Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género." *Index enfermería* Vol. 21 Núm. 1-2 (2012): 9-13. Web.

- Manjón González, Javier. "Psicoterapia Ambulatoria con Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja: una propuesta desde el Modelo Transteórico del Cambio." *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 32 Núm. 113 (2012): 83-101. Web.
- Martínez Galiano, Juan Miguel "Importancia del sistema sanitario en la identificación de casos de violencia de género" *Revista de enfermería*. Vol. 4 Núm. 2 (2010):19-23. Web.
- Nogueiras García, Belén. "La violencia en la pareja." En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (dirs.) *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos, (2005): 39-55. Web.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health organization.
- ONU (2014c) en síntesis. Recuperado de: <http://www.un.org/es/aboutun/uninbrief/about.shtml>. En: junio-21-2014.
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>.
- Ramírez Fernández, Encarnación. *Atribuciones e inmunización contra la indefensión aprendida humana*. Tesis Universidad de Granada, 1991.
- Rincón, Vitalia, Teresa Salazar and Elizabeth Torres R. "Violencia en la pareja." *Capítulo criminológico: revista de las disciplinas del Control Social*. Vol. 33 Núm. 1 (2005): 55-77. Web.
- Rodríguez Valladolid, Natalia "La medicalización de la violencia de género" *Trabajo social hoy*. Núm. 71 (2014): 73-86. Web.

Capítulo 62

IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL PERSONAL SANITARIO. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA EUROPEA

LETICIA CACHERO DIAZ

LAURA CACHERO DIAZ

LORENA ALAPONT BALLESTEROS

MÍRIAM GALLARDO LADRÓN DE GUEVARA

MARIA PEREZ PALOMERO

1 Introducción

En diciembre de 2019 surgió un grupo de casos de neumonía en la ciudad de Wuhan, pero no es hasta el 7 de enero de 2020 cuando las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo virus de la familia Coronaviridae.

Esta pandemia supuso una crisis sanitaria que llevó a los profesionales a una situación sin precedentes, donde a pesar de las medidas de contención de la población, el número de casos seguía aumentando, llevando a los sistemas de salud de algunos países al borde del colapso. En el caso de Europa, las situaciones más críticas se vivieron en España e Italia, donde fue necesario redefinir las tareas de los profesionales de la salud con el fin de proporcionar la atención necesaria a los afectados.

Por otro lado, la COVID-19 supuso que las condiciones laborales del personal sanitario cambiarán (uso de equipos de protección, reorganización del espacio de trabajo, gestión de la escasez de recursos materiales, carga laboral, turnos extra, horarios más prolongados...), tuvieron que asumir un papel protagonista en la contención de virus, lo que supuso un impacto en su bienestar mental, el cual, se vio severamente alterado. Pese a que los profesionales de la salud estaban preparados para soportar exigencias emocionales y cognitivas intensas, este escenario condujo a situaciones de ansiedad y estrés, así como síntomas depresivos.

Un síntoma secundario al estrés son las alteraciones del sueño, ya sea dificultad para conciliarlo, interrupciones del sueño o despertarse muy temprano. Los síntomas depresivos también pueden presentarse con mayor o menor intensidad, tales como desesperanza, desesperación, tristeza, ganas de llorar, cambios en el apetito, irritabilidad, etc.

Por todo lo anterior, y mediante una revisión sistemática de la evidencia científica publicada, se pretende analizar la influencia que ha tenido la pandemia de la COVID-19 en el estado emocional y en la salud mental del personal sanitario que estuvo a cargo de la contención de la misma.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Revisar la bibliografía publicada sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental del personal sanitario europeo.

Objetivo secundario:

- Conocer las características que hacen que algunos sanitarios tengan más predisposición a desarrollar problemas de salud mental que otros.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática sobre el tema objeto del presente estudio, que es conocer como la pandemia COVID-19 afectó la salud mental del personal sanitario europeo en plena crisis sanitaria.

La obtención de los artículos seleccionados se ha realizado en PubMed. La búsqueda y selección de los artículos se llevó a cabo entre los meses de enero a abril de 2022. Las palabras clave utilizadas fueron: COVID-19, personal sanitario europeo, salud mental, mental health, European healthcare professionals.

4 Resultados

Respecto a la depresión, en la mayoría de los artículos llegan a la misma conclusión de que los síntomas depresivos tienen más prevalencia en el género femenino. Esto puede explicarse por factores hormonales relacionados con el ciclo reproductivo, ya que se ha demostrado el efecto que tienen los estrógenos y la progesterona sobre los sistemas de neurotransmisión, neuroendocrino y circadiano, los cuales están implicados en los trastornos del humor, jugando un papel muy importante en la vulnerabilidad de las mujeres a deprimirse.

Al igual que con la depresión, los artículos seleccionados para esta revisión muestran que la ansiedad y el estrés se asocia de manera positiva al género femenino. La preexistencia de trastornos de ansiedad es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, esto se puede explicar en que las mujeres tienen un modelo de internalización de los síntomas, mientras que los hombres lo experimentan de una forma externa a través de trastornos tales como el alcoholismo, la personalidad antisocial y el uso indebido de drogas. Por otro lado, la predisposición al estrés se puede deber a la hormona llamada factor de liberación de corticotropina (CRF), ya que está comprobado que el cerebro femenino es más sensible al estrés, debido a que tienen más receptores hormonales.

Estos profesionales también mostraron problemas de sueño, siendo el insomnio el más frecuente. Un estudio mostró que los síntomas de insomnio fueron significativamente más altos en las enfermeras que entre los médicos, es decir, ser médico fue identificado como un factor protector contra el insomnio, esto se podía atribuir a las cargas de trabajo y los turnos nocturnos de las enfermeras, ya que están más en contacto con pacientes de riesgo que los médicos.

Todo lo mencionado muestra que los profesionales de la salud tienen un alto riesgo de desarrollar burnout, siendo muy frecuente el agotamiento emocional y la despersonalización. El reconocimiento oportuno de este problema debería ayudar a implementar estrategias adecuadas de prevención o rehabilitación, como la inclusión de programas de regulación de horas de trabajo, la implementación de estrategias para reducir la presión de la toma de decisiones difíciles, la planificación de recompensas oficiales y no oficiales, la provisión de programas de apoyo psicológico individual o grupal, la promoción de grupos focales para avanzar en propuestas de mejora de la organización del trabajo, proporcionar programas de entrenamiento de habilidades individuales y grupales, así como terapia cognitivo-conductual en línea o terapia basada en la atención plena (14).

Por otro lado, los mayores de 60 años presentaban menores niveles de estrés y

depresión, siendo la población joven la más propicia a padecerlas. Por lo tanto, se podría decir que la antigüedad en el ámbito sanitario actúa como factor protector, esto puede deberse al hecho de que la experiencia y la confianza ayudan a minimizar el estrés causado por situaciones imprevistas.

Por último, uno de los artículos seleccionados muestra que la resiliencia es un factor protector de los síntomas mencionados. Una revisión narrativa concluyó que la resiliencia mejora las fortalezas personales de los profesionales, su capacidad de afrontamiento y los cuidados prestados, disminuyendo la vulnerabilidad y la prevalencia de estrés postraumático, ansiedad, depresión y Síndrome de Burnout. Por lo tanto, la resiliencia es necesaria frente a la adversidad laboral, siendo un factor clave para el afrontamiento, influyendo directamente en el bienestar psicológico de los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia científica acerca de cómo la pandemia de la COVID-19 impactó en la salud mental de los profesionales sanitarios. Esta revisión muestra que la COVID-19 ha afectado de forma negativa a la salud mental de estos profesionales.

Las variables más estudiadas fueron la depresión, la ansiedad y el estrés, y en todas ellas se observa que un porcentaje alto de profesionales sanitarios señaló sufrir síntomas de estas. Además, las prevalencias de ansiedad, depresión y estrés encontrados fueron superiores a los de estudios previos a la COVID-19. El estrés percibido es paralelo al número de casos por cada 100 000 personas, ya que se encontraron mayores niveles de angustia en las áreas geográficas con mayor incidencia de COVID-19.

Tras la realización de esta revisión queda patente que los trabajadores sanitarios están experimentando problemas generalizados de salud mental durante la pandemia de la COVID-19, siendo muy frecuente los síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Por tanto, sería necesario que recibiesen apoyo psicológico, tanto durante como después de la pandemia, además de incluir la promoción de la resiliencia en los programas de formación y reciclaje profesional.

6 Bibliografía

1. Coronavirus disease (COVID-19) – World Health Organization [Internet]. Who.int. [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/>
2. COVID-19 pandemic exposes southern Europe's nursing shortage [Internet]. Civio. [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://civio.es/medicamentalia/2020/06/23/covid-19-pandemic-exposes-southern-europes-nursing-shortage/>
3. Villca Villegas JL, Moreno Choque RA, Gomez Verduguez CA, Vargas Aguilar AA. Influencia de la pandemia del Covid-19 en la Salud Mental de los Trabajadores en salud: Pandemia de COVID-19 y Salud Mental en trabajadores en salud. Gac médica boliv [Internet]. 2021 [citado el 2 de mayo de 2022];44(1):75–80. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662021000100013
4. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19 [Internet]. Gob.es. [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/home.htm>
5. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals. Enferm Clin (Engl Ed) [Internet]. 2021;31:35–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303028>
6. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Med Clin (Barc) [Internet]. 2021;156(9):449–58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775320308253>
7. Ansiedad [Internet]. Fesemi.org. [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ansiedad>
8. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/estres>
9. Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
10. Romero CS, Delgado C, Catalá J, Ferrer C, Errando C, Iftimi A, et

- al. COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychol Med* [Internet]. 2020 [citado el 2 de mayo de 2022];52(1):1–7. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/covid19-psychological-impact-in-3109-healthcare-workers-in-spain-the-psimcov-group/709B47189ADD253A8AA2230CB618782E>
11. Murat M, Köse S, Savaşer S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2021;30(2):533–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12818>
12. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)* [Internet]. 2021;14(2):106–12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300604>

Capítulo 63

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES PORTADORES DE DRENAJE BILIAR

AINHOA VERA PAVÓN

ANDREA ONIEVA ORTEGA

MÓNICA MUÑOZ TERCERO

PRADO NAVARRO EXPOSITO

CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER

1 Introducción

El proceso de atención de enfermería se puede describir como la utilización del método científico en la praxis asistencial enfermera, permitiendo ofrecer cuidados de manera holística, con un enfoque racional.

La vesícula biliar es un órgano multifactorial para el organismo, con forma de saco y situado en la parte superior derecha del abdomen, debajo del hígado. La vesícula almacena la bilis que genera el hígado y la transporta por los conductos biliares al duodeno, en donde interviene en la digestión de las grasas.

En ocasiones ocurren desequilibrios en la composición de la bilis, que hace que se formen cálculos biliares, los cuales obstruyen la salida de la bilis hacia el intestino, esta ausencia de flujo normal de la bilis se denomina colestasis y el acúmulo

de cálculos puede provocar una colecistitis (si se encuentran en la vesícula) o una coledocolitiasis (si se encuentran en los conductos biliares). Si estos cálculos no desaparecen con tratamiento farmacológico u otros métodos, será necesaria una intervención quirúrgica. Esta intervención se denomina colecistectomía y consiste en extirpar la vesícula. Se puede realizar a través de dos vías:

- Colecistectomía laparoscópica
- Colecistectomía abierta

Pero no solo los cálculos biliares pueden desencadenar una anomalía en el correcto funcionamiento de la vesícula. Otras causas de obstrucción del flujo de bilis desde el hígado al duodeno son:

- Tumor
- Hepatitis
- Cirrosis
- Infección

Entre los métodos más usados para expulsar el acúmulo de bilis en la vesícula, hasta que se solucione la patología o la obstrucción, se encuentran la colocación de drenajes biliares. Siendo las principales causas para su colocación: colestopatías no calculosas, parasitismo de vías biliares y duodeno y secuela de colecistectomía, etc.

2 Objetivos

- Describir la intervención de enfermería ante la colocación de drenajes biliares
- Identificar los mejores criterios de curas de drenajes basados en evidencias científicas
- Explicar el abordaje en la prevención y tratamiento de las patologías biliares

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado en una revisión bibliográfica, ejecutando una búsqueda de información y referencias bibliográficas para realizar y una actualización de conocimientos sobre el cuidado de los drenajes biliares.

Búsqueda bibliográfica con las bases de datos: Pubmed, Scielo, el buscador Google Académico, libros online, revistas científicas, etc.

4 Resultados

Cuando se produce un bloqueo en el flujo normal de la bilis, aparecen una serie de síntomas característicos:

- Ictericia, que se refiere a la coloración de color amarillento de la piel y otras zonas del organismo como los ojos.
- Coluria, que es la coloración oscura de la orina.
- Prurito.
- Acolia, que es la palidez en las heces.

Un drenaje quirúrgico es un dispositivo, catéter o sonda cuya finalidad es evacuar o drenar de una herida, cavidad o absceso sangre, pus, aire u otros fluidos, como es el caso de la bilis. Si no se drena correctamente el acúmulo de bilis, podría provocar otras patologías y resultaría el escenario perfecto para el cultivo de bacterias dentro del organismo.

El drenaje biliar puede ser de tres tipos: externo (no atraviesa la obstrucción y solo drena hacia el exterior, conectado a una bolsa), interno-externo (atraviesa la obstrucción y permite el flujo de la bilis al duodeno) e interno (prótesis biliares).

Entre los drenajes que se pueden utilizar se encuentran:

- Penrose
- Tubo de silicona
- Catéter percutáneo ecodirigido
- Tubo multifenestrado
- Drenaje Kehr

Para las cirugías biliares el más utilizado es el drenaje Kehr, que es una especie de tubo de silicona radiopaco que termina en dos extremos pequeños creando una especie de T. Estos dos extremos canalizarán los conductos hepático y colédoco. Un tercer extremo se dirigirá al exterior y se fijará al abdomen mediante un punto de sutura.

Con respecto el papel de enfermería en el cuidado de estos drenajes, al ser una intervención quirúrgica, se encargará no solo del preoperatorio, sino también del posoperatorio, vigilando que se produzca una adecuada evolución hacia la recuperación.

Intervención de enfermería en el preoperatorio:

El consentimiento informado será primordial antes de iniciar el preoperatorio,

la decisión de la cirugía ha de ser voluntaria. Este se puede arrepentir del consentimiento en cualquier momento durante el proceso quirúrgico y deberá ser respetado.

En este periodo se deberá preparar al paciente tanto física como mentalmente para la operación.

Se deberá en primer lugar realizar una valoración física, observando diversos signos de alarma tales como deshidratación, UPP, lesiones en otras regiones del organismo, infecciones visibles, erupciones, así como otro tipo de alteraciones. Posteriormente, se deberá recoger toda información que resulte de importancia sobre los antecedentes del paciente, como cirugías previas, enfermedades, alergias, estilo de vida, grado de dependencia, medicación habitual, etc. Todo ello, se debería encontrar reflejado en la historia clínica del paciente.

También será necesaria una valoración psicosocial y mental, lo que permitirá conocer si el paciente sufre de algún trastorno o enfermedad o si precisa de ayuda psicológica durante el proceso. Se aportará al paciente y su familia toda la información que necesite sobre su cirugía, para crear un ambiente de confianza y tranquilizarle sobre las posibles dudas que pueda tener.

Por otro lado, se valorarán otros patrones como:

- La alimentación: según la anestesia que se vaya a utilizar en la intervención, se podrán ingerir alimentos o no. Con anestesia local se puede desayunar o tomar líquidos claros ese mismo día. Sin embargo, con anestesia general, se debe estar en ayunas desde unas 6 u 8 horas antes de la operación.
- Patrón de eliminación e higiene: se le indicará al paciente que vacíe la vejiga antes de trasladarse a quirófano y de que se asee de manera exhaustiva. Para los pacientes dependientes, el aseo lo realizará el equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto con el equipo de enfermería y de celadores.
- Se le retirará cualquier objeto de valor o prótesis y se mantendrá en un lugar seguro o se le entregará a los familiares.

Otro aspecto a valorar será el de la medicación que puede o no tomar el paciente antes de la intervención. Así, habrá ciertos fármacos que se suspenderán durante un periodo de tiempo, como es el caso de algunos anticoagulantes, y otros, en cambio, que se pautarán previos a la cirugía, debiendo administrarse una hora antes de introducir la anestesia en el paciente.

El proceso posoperatorio comienza cuando el paciente regresa a la planta tras la cirugía.

Intervención de enfermería en el periodo posoperatorio:

- Primeramente, se asegurará el disponer de todo el material necesario para los cuidados del paciente.
- Valorar el estado en el que se recibe al paciente, para asegurarse de que no haya ningún signo de alarma y permita al equipo realizar un adecuado plan de cuidados.
- Esta valoración se centrará en el estado vascular y circulatorio, en las vías respiratorias, en el metabolismo, grado de anestesia que se mantiene y asegurarse también de que elimine la orina correctamente y no se produzca un globo vesical.
- Control del dolor aportando la analgesia que precise.
- Las soluciones isotónicas que mantengan la hidratación del paciente.
- Control de signos vitales.
- Mantener una correcta posición al paciente.
- Realizar una valoración neurológica.
- Valorar los posibles riesgos de sangrado.
- Prestar atención a todas las complicaciones que pueden aparecer en este tipo de intervención, tales como náuseas o vómitos, distensión del abdomen, decrecimiento del retorno venoso, etc.

Ante cualquier signo de alarma avisará al equipo médico de inmediato.

Estos son algunos de los cuidados generales en una operación.

Con respecto a los cuidados específicos del drenaje se encuentran:

Una vez colocado, el paciente estará en ayunas de 4 a 6 horas y se iniciará tolerancia primeramente con líquidos.

Reposo absoluto durante 24 horas.

Constantes cada hora durante las 6 primeras, y después una vez por turno.

En algunos drenajes será necesario realizar lavados con 5 o 10ml de suero fisiológico cada 8 horas de manera lenta y es recomendable no aspirar una vez introducimos el suero.

Generalmente, los drenajes pasados las 24 horas se cierran, pero en ocasiones se mantienen abiertos si drena demasiado o si hay riesgos de formarse algún absceso.

El drenaje puede ir derivando a una bolsa conectora o no. Si tiene bolsa colectora, esta se cambiará cada 24 horas, o antes si se llenan.

Se debe valorar y anotar el aspecto del exudado, es decir, si es seroso, purulento, hemático, sero-hemático, fecaloide o bilioso, así como la cantidad, el color, el número de veces que se vació y el olor.

Las curas y la manipulación del drenaje y la herida se realizarán tras la higiene de manos y con guantes, es decir en un ambiente aséptico. Estas curas suelen

realizarse cada 24 horas, pero en ocasiones si la herida es exudativa, los apósitos se cambiarán varias veces al día.

Las gasas siempre deben ser estériles.

Se debe tener cuidado de no extraer el drenaje cuando se realice alguna manipulación.

También se comprobará la permeabilidad de los tubos de drenaje, asegurando que no existe ninguna obstrucción.

En aquellos conectados a algún sistema de aspiración, se confirmará que el aparataje funciona correctamente y todas las conexiones se encuentran en su sitio.

En aquellos derivados a bolsa que drenan por caída libre, se comprobará que la bolsa está por debajo del punto de inserción, para evitar que se produzcan reflujos.

Por último, se instruirá al paciente sobre los autocuidados que puede realizar mientras porte el drenaje. Además, se le informará sobre las posibles complicaciones, sobre los cuidados que deberá llevar a cabo cuando se retire el drenaje o le den el alta y se le brindará toda la ayuda que necesite para poder adaptarse de la mejor manera posible a esta nueva situación.

5 Discusión-Conclusión

Tras reunir toda esta información y conocimientos sobre como manipular lo más correctamente posible los drenajes biliares, ha quedado clara la imprescindible función del equipo de enfermería en los cuidados a este tipo de pacientes portadores de drenajes. La enfermera debe, por tanto, conocer todas las características de la patología, del paciente y de los dispositivos utilizados para poder brindarle el mejor de los cuidados.

Así, esta se convertirá en una experta del campo y podrá transmitir los conocimientos aprendidos a un nuevo equipo de enfermería, además de poder explicarle al paciente con claridad todo el proceso de recuperación, haciéndole participe en sus cuidados, es decir, aportarle educación sanitaria.

6 Bibliografía

Aramburú, R. H. B. (2020, 27 julio). Intervención de enfermería en el manejo de drenajes abdominales en pacientes post operados en el servicio de cirugía del

Hospital Central de la Fuerza Área del Perú-2016. Recuperado 22 de septiembre de 2022, de <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5018>

Fábregas Rodríguez, C., Álvarez Blanco, J., Martínez, F., Rojas Mora, E., Aparicio, J., Castellanos, M., & Romero, M. (2020). Drenaje biliar: Su importancia en el diagnóstico de las afecciones parasitarias e infecciosas del tracto digestivo superior. *Revista Cubana de Medicina*, 15(1). Recuperado de <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/986/824>

Sánchez López, C. (2017). Cuidados de enfermería en pacientes oncológicos portadores de drenaje biliar. *Revista oficial de la sociedad española de enfermería oncológica*. Vol.19-Nº3. Recuperado: <https://seeo.org/wp-content/uploads/2019/06/document.pdf#page=19>

Agudo Domínguez, F.J. , González Quiñones, A. La enfermería ante los drenajes en cirugía biliar y pancreática. Recuperado: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/11443/14093078.pdf?sequence=1>

Lenguaje NIC para el Aprendizaje Teórico-Práctico en Enfermería. (s. f.). Elsevier (España).

Maldonado, F. M. (2021, 30 junio). Proceso de atención de enfermería Colectomía/ exploración de vías Biliares. Caso clínico de enfermería. Recuperado 22 de septiembre de 2022, de <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/2444>

Capítulo 64

LA ENFERMEDAD DE ADDISON Y SUS CUIDADOS

AINHOA VERA PAVÓN

ANDREA ONIEVA ORTEGA

MÓNICA MUÑOZ TERCERO

PRADO NAVARRO EXPOSITO

CRISTINA ELENA LEFTER LEFTER

1 Introducción

La enfermedad de Addison es una enfermedad metabólica muy rara que fue descrita por primera vez, en 1849, por Thomas Addison. Está caracterizada por una deficiencia parcial de glucocorticoides asociada a déficit de mineralocorticoides, derivada de una disfunción de las glándulas suprarrenales, debida a destrucción autoinmune, infecciosa o metastásica. Se da en cuatro de cada 100.000 personas y se puede producir a cualquier edad, siendo más frecuente entre los 30-40 años y afectando por igual a hombres y mujeres.

¿Qué ocurre cuando se da la enfermedad de Addison?

Normalmente, la capa externa de las glándulas suprarrenales produce hormonas como las hormonas sexuales, los glucocorticoides y los mineralocorticoides, que ayudan al cuerpo a responder al estrés, regulan la presión sanguínea y el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo.

Cuando se da la enfermedad, las glándulas suprarrenales no producen suficientes hormonas.

¿Qué síntomas presenta el enfermo?

Los síntomas aparecen lentamente en varios meses y son los siguientes:

- Fatiga extrema.
- Pérdida de peso y disminución del apetito.
- Oscurecimiento de la piel (hiperpigmentación).
- Presión arterial baja, incluso desmayos
- Ansias de consumir sal.
- Bajo nivel de azúcar en sangre (hipoglucemia).
- Náuseas, diarrea o vómitos.
- Dolor abdominal.
- Dolores musculares o de las articulaciones.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Caída del vello corporal o disfunción sexual en las mujeres.

A veces los síntomas aparecen de forma repentina, dando lugar a una insuficiencia suprarrenal aguda o crisis de Addison. Es una condición de vida o muerte que requiere de tratamiento de emergencia comparable a la prioridad que se asigna a un infarto. Sucede cuando la persona que padece una insuficiencia adrenal se enfrenta a un estrés extremo y no consigue que su cuerpo produzca el esteroide extra que su cuerpo necesita para superarlo.

Además de los síntomas que hemos mencionado anteriormente, presenta:

- Dolor en la parte inferior de la espalda, el abdomen o las piernas.
- Intensos vómitos y diarrea que causan deshidratación.
- Presión arterial baja.
- Pérdida del conocimiento (shock).
- Nivel alto de potasio (hiperpotasemia) y nivel bajo de sodio (hiponatremia).

2 Objetivos

- Conocer en que consiste la enfermedad de Addison
- Demostrar la importancia de la enfermería en los cuidados a este tipo de pacientes
- Fomentar la investigación en el campo de enfermedades poco frecuentes

3 Metodología

Para esta búsqueda se utilizaron varias fuentes bibliográficas o documentales como Medline, Scielo, Pubmed, etc. También en alguna ocasión, se ha recurrido a buscar información a través de Google académico, siempre contrastando que el documento y la página eran oficiales y seguros. Así como revistas científicas y libros.

4 Resultados

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA (INSUFICIENCIA RENAL PRIMARIA O ENFERMEDAD DE ADDISON)

Las etiologías más frecuentes son:

- Adrenalitis autoinmune. Obedece a dos tipos de factores, genéticos (SPA tipo I y II) e inmunológicos.
- Adrenalitis tuberculosa.
- Otras infecciones como meningococo, histoplasmosis, micosis, SIDA.
- Hemorragias, frecuentemente por la toma de anticoagulantes.
- Neoplasias (primarias o secundarias).
- Enfermedades por depósito (hemocromatosis, amiloidosis).
- Yatrógenas.
- Congénitas (adrenoleucodistrofia, adrenomieloneuropatía).
- Otros (insensibilidad del receptor ACTH, síndrome antifosfolípido).

La fisiopatología:

- Déficit de glucocorticoides.

Síntomas físicos. La no existencia de niveles mínimos de cortisol evita que se realice el feedback hipófiso-hipotalámico, con lo que aumentará la producción de CRH-ACTH, responsables de la hiperpigmentación de la piel y mucosas tan características de la enfermedad.

Por otro lado, el déficit de cortisol disminuye la gluconeogénesis, produciendo hipoglucemia, astenia y fatigabilidad muscular. Aparece además hiporexia, con tendencia a la ingesta de productos salados y a la hipodipsia, náuseas sin vómitos, hipo, eructos y dolores abdominales, que en las crisis addisonianas pueden incluso remedar al abdomen agudo. Puede haber diarrea, pero también son frecuentes la hipomotilidad y el estreñimiento. En general, la mayoría de los síntomas del déficit glucocorticoideo son inespecíficos y su aparición es insidiosa.

Síntomas psíquicos. Están descritos fatiga mental, irritabilidad, inquietud, insomnio, trastornos depresivos, e incluso a veces bipolares.

- Déficit de mineralocorticoides

A medida que se va destruyendo la zona glomerular, los niveles de renina plasmática y angiotensina II, aumentan con el fin de mantener una secreción normal de aldosterona, hasta que finalmente el grado de destrucción es tal que produce un déficit en la secreción de mineralocorticoides. Entonces, la pérdida de sodio y agua por el hipoaldosteronismo reinante, crea una situación de hipovolemia caracterizada por hipotensión arterial. La hipotensión ortostática es más marcada en la insuficiencia suprarrenal primaria que en la secundaria, y es el resultado de un descenso en la expresión de los receptores catecolamínicos vasculares. También aparecen síncope, taquicardia, palpitaciones, vértigo y avidez por la sal. En reposo el pulso es normal, pero mínimos esfuerzos o emociones desencadenan taquicardias desproporcionadas. El fallo cardíaco es inusual.

- Déficit de andrógenos

A la depleción de andrógenos se debe la pérdida del vello axilar y pubiano y la caída del cabello, la oligomenorrea y la inhibición de la libido en ambos sexos.

- Otros síntomas.

Son infrecuentes, pero están descritos, la paraplejía espástica, la parálisis simétrica ascendente, las calcificaciones del cartílago auricular y el signo de Rogoff (dolor en el ángulo costovertebral).

Para diagnosticar este tipo de enfermedad es necesaria la realización de una serie de pruebas como:

- Análisis de sangre
- Prueba de estimulación con ACTH
- Prueba de hipoglucemia inducida por insulina
- Estudios de diagnóstico por imágenes
- Aldosterona basal en sangre u orina
- Actividad Aldosterona-renina plasmática
- Anticuerpos 21-hidroxilasas

Es importante diferenciar si existe insuficiencia suprarrenal primaria o secundaria.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ADDISON

Con respecto a la prevención de esta enfermedad, no se puede prevenir su apari-

ción, ya que tiene un factor hereditario en los genes. Pero lo que sí podemos hacer es evitar una crisis o un agravamiento de la enfermedad.

Así, el paciente, puede presentar factores de riesgo biológicos relacionados con la enfermedad de Addison, sobre todo porque se la considera como una enfermedad autoinmune; destruyendo de manera selectiva la corteza adrenal. Detectar precozmente la enfermedad es muy importante, por tanto, identificar ciertos genes relacionados que incrementan el riesgo de sufrirla tiene gran importancia, esto se hace mediante la amplificación completa por PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de los exones de dichos genes.

Se recomienda sacar una muestra de sangre con hemograma o tarjeta impregnada con muestra de sangre.

Hay que prestar especial atención al factor de la hiperpigmentación, para no confundirlo con los problemas que ocasiona una elevada exposición al sol.

La responsabilidad de impartir e instruir en prevención recae sobre los profesionales de enfermería, principalmente, en prevención de crisis addisoniana y en la actuación, en caso de que se produzca.

Por ello, la enfermera deberá informar sobre el correcto manejo de la medicación para prevenir la crisis y para evitar efectos adversos, además, explicará a paciente y familiares la importancia de conseguir un estado de relajación en caso de una situación de estrés y en caso de no superar esta situación de estrés, aleccionar sobre la modificación de su dosis.

Además, siempre que se puedan prever las situaciones que suponen un aumento de estrés, como infecciones, cirugías, lesiones, etc., se podría intervenir de forma precoz con el tratamiento hormonal corticoideo adecuado para evitar que se desencadene una crisis addisoniana.

Es útil el aumento de las dosis en situaciones que suelen desencadenar una crisis como es el caso de las infecciones o de las intervenciones quirúrgicas, este aumento puede duplicar o incluso triplicar la dosis de mantenimiento al día.

Por otro lado, si se llegara a producir la crisis, se recomienda al paciente llevar puesto un collar o pulsera de altera médica, una tarjeta en la que se especifique su enfermedad y la medicación habitual, un vial de hidrocortisona, una jeringa y una aguja para la administración intramuscular; y aquí es donde la enfermera debe ejercer otra vez su labor realizando la educación para la salud en cuanto a cómo administrar la inyección de hidrocortisona intramuscular.

TRATAMIENTO

El tratamiento con reemplazo de corticosteroides y mineralocorticoides controlará los síntomas de esta enfermedad. Por lo regular, estos medicamentos deben tomarse de por vida. Implican una terapia de reemplazo de hormonas para corregir los niveles de las hormonas esteroides que tu cuerpo no produce. Algunas opciones de tratamiento son las siguientes:

- Corticosteroides orales. Se puede usar hidrocortisona, prednisona o acetato de cortisona para reemplazar el cortisol. Es posible que tu médico te recete fludrocortisona para reemplazar la aldosterona.
- Corticosteroides inyectables. Es posible que, si estás con vómitos o diarreas y no puedes retener los medicamentos orales, sea necesario colocarte inyecciones. Se recomienda una amplia cantidad de sodio, especialmente durante los ejercicios intensos, cuando hace mucho calor o si tienes trastornos gastrointestinales, como diarrea.

Las dosis del tratamiento deben de individualizarse y en aquellos pacientes que tienen poca aldosterona deben tomar además fludrocortisona. En situaciones de estrés o infecciones se aumentan las dosis. En las crisis de esta enfermedad consiste en una solución intravenosa que suele contener hidrocortisona, solución salina y/ azúcar.

Aunque los pacientes con enfermedad de Addison tratados pueden llevar una vida normal, muchos de ellos aquejan fatiga, cansancio y disminución de la tolerancia al estrés, y en varios estudios se demuestra que presentan una alteración significativa de la calidad de vida relacionada con la salud.

En otros países utilizan glucocorticoides sintéticos, como la dexametasona o la prednisona. El uso de estos fármacos se basa en la mayor duración de su acción y en la intención de evitar las concentraciones extremas observadas a primera y última hora del día, cuando se utiliza la pauta de dos o tres dosis de hidrocortisona. Se recomienda administrarlos antes de acostarse con el fin de suprimir la secreción de ACTH a primera hora de la mañana, a dosis de 0,5 y 5 mg de dexametasona y prednisona, respectivamente.

Un parámetro bioquímico para la monitorización del tratamiento sustitutivo es la curva del cortisol obtenida mediante la extracción de varias muestras para su determinación sérica a lo largo del día y el cortisol libre en orina de 24 h (CLU).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Evaluar la existencia de infecciones antes de comenzar con los fármacos y vigilar a su vez los signos y síntomas.
- Monitorización de signos vitales de manera frecuente, localizando hipotensión ortostática o disminución de frecuencia cardíaca.

- Valorar signos de deshidratación.
- Realizar extracciones para poder controlar los electrolitos séricos y poder detectar anomalías como la hiponatremia y la hiperpotasemia.
- Monitorización de los niveles de glucosa.
- Control de peso.
- Evaluar la coloración de la piel, para detectar posible hiperpigmentación.
- Controlar el estado mental del paciente, ya que de la enfermedad puede derivar una depresión.
- Controlar parámetros bioquímicos (cortisol) mediante analítica a realizar cada 6 meses.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la prevención de la aparición de la enfermedad de Addison no es posible debido al factor genético que la origina, pero lo que sí se puede es intentar, una vez ha aparecido, disminuir el riesgo de crisis addisoniana y controlar los otros trastornos o enfermedades autoinmunitarias relacionadas con su aparición. Así, una vez diagnosticada la enfermedad, será imprescindible el papel de la enfermera, no solo para realizar educación sanitaria, sino también para ejecutar un plan de cuidados individualizado para cada paciente, ofreciendo mayor calidad de los cuidados. Para ello, la enfermera deberá conocer todos los aspectos de la enfermedad y el paciente, así como actualizar continuamente los nuevos avances que vayan apareciendo sobre la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Rojo Enríquez, A., Méndez, J., Díaz Borjón, A.; Enfermedad de Addison. Un reto diagnóstico. Acta Médica Grupo Ángeles. 2009. Volumen 7, No. 2.
 2. Candel González FJ, Matesanz David M, Candel Monserrate I. Insuficiencia corticosuprarrenal primaria. Enfermedad de Addison. An. Med. Interna (Madrid) 2001; 18: 492-498.
 3. Alonso N., Granada ML., Lucas A., Salinas I., Sanmarti A.; Enfermedad de Addison. Tratamiento sustitutivo con glucocorticoides y su monitorización. Endocrinol Nutr 2003; 50:390-5.
- Referencias web:
4. <https://enfermedades-raras.org/index.php/component/content/article?id=3100&idpat=13>
 5. <https://medlineplus.gov/spanish/addisondisease.html>

- 6.<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/addisons-disease/symptomscauses/syc-20350293>
- 7.<https://adisen.es/enfermedades-endocrinas/enfermedad-de-addison/enfermedad-deaddison-crisis-de-addison>
- 8.<https://www.medicinatv.com/enfermedades/enfermedad-de-addison-trastorno/prevencion>
- 9.https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/135727/1/TG_L%C3%B3pezGalicíaM.Addisonpdf
- 10.<http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14216/2/ENFERMEDAD%20DE%20ADDISON.pdf>
- 11.<https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/enfermedad-de-addison/tratamiento-ypronostico-de-la-enfermedad-de-addison-11107>

Capítulo 65

EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EXPUESTO POR ENFERMERÍA

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

BLANCA PINTO LAGO

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

CARLOS PALACIO MORALES

1 Introducción

Los enfermos con patologías renales crónicas están sujetos y dependientes a la ejecución del tratamiento de hemodiálisis. Estas patologías además logran ser agudas en un momento dado debido a múltiples causas, ya que sus funciones renales no son las óptimas o inclusive no efectúan dicha función. Por lo cual, es preciso la redacción de hemodiálisis a enfermos que por diferentes patologías se hallan las unidades UVIS de los hospitales y son sometidos a dicho tratamiento hasta la correcta funcionalidad de sus riñones.

Pero en el primer caso este tratamiento es preciso durante toda la vida de los enfermos que necesitan hemodiálisis o hasta la ejecución de un trasplante renal. Definiremos la hemodiálisis como tratamiento de sustitución de la función renal que radica en la filtración de la sangre de modo periódica. Durante todo el

tratamiento se extrae la sangre del organismo y esta circula por el filtro para eliminar las toxinas acumuladas y el exceso de líquidos. Dependiendo de la gravedad de la patología renal crónica, la duración de este oscila entre 3 y 4 horas y media en días alternos, ya sean tres o cuatro días a la semana.

Los enfermos concurren por sus propios medios a efectuar la hemodiálisis o si no a través de ambulancias destinadas al transporte de dichos enfermos a los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Describir por parte del profesional enfermero los cuidados y asistencias de enfermería hacia los enfermos con tratamiento de hemodiálisis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación radicante 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 como Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Nombraremos en primer lugar la parte tecnológica que asume el personal de enfermería para el correcto desarrollo de la efectucción en diálisis, es decir, el montaje y desmontaje de monitores, flujos, datos o conocimientos y destrezas informáticas y técnicos de las máquinas además del control del agua es función de este tipo de profesional.

Una vez nos centremos en las funciones de enfermería, cabe destacar que no solo es la encargada de ejecutar el tratamiento dialítico y farmacológico que el nefrólogo pauta, sino que además es el profesional activo encargado de que el enfermo se sienta cómodo y que dicho tratamiento sea lo más eficaz posible. También destacaremos todos los aspectos técnicos enfermeros como es el caso de punción de venas fistuladas, tomas de constantes, manipulación de catéteres venosos centrales, atender y solucionar complicaciones, vigilar todos los síntomas y signos del enfermo, así como la recogida de muestras y la administración de medicamento prescritas por el médico encargado. Independientemente de todas las fun-

ciones propias, además el personal de enfermería efectúa una labor de valoración sobre las necesidades del enfermo, además de proporcionar educación sanitaria y apoyo emocional, saber en todo momento el conocimiento sobre la patología con la que cuenta el enfermo y sobre su tratamiento tanto farmacológico como dietético dialítico.

El trabajo que efectúan los profesionales enfermería no siempre es una rutina, ya que te puede surgir actividades diferentes que hacen que ese trabajo sea dinámico, creativo y especial.

Hay que destacar por último que nos encontramos con enfermos a los que además de añadirle el problema renal se añaden problemas de obesidad, estreñimiento, dietética e inclusive problemas de movilidad que hacen que es el profesional de enfermería englobe todo lo referente a su salud y sea una parte esencial durante todo el tiempo que los enfermos tienen que estar en ese tipo de unidad.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la realización de la hemodiálisis, los enfermos que sufren una patología renal crónica pueden llevar una vida normal dentro del esfuerzo que supone acudir a un tratamiento como este. No tratamiento que cura la patología, pero mediante la diálisis se puede enlentecer el deterioro.

La mayoría de los enfermos que acuden a la ejecución de hemodiálisis cuentan con más de 60 años y con otro tipo de complicaciones.

Es muy importante el buen ambiente en las salas de hemodiálisis para hacer más llevadera la estancia de todos los enfermos. El personal de enfermería es parte importante del equipo de profesionales que hacen posible que esto suceda.

6 Bibliografía

1. Santamaría Narda Patricia, Rodríguez Konniev A, Carrillo Gloria Mabel. Percepción de comportamiento de cuidado de enfermería en adultos con terapia renal de diálisis peritoneal y hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 Sep [citado 2022 Sep 22] ; 22(3): 284-292. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000300007&lng=es. Epub 23-dic-2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300007>.
2. Rosales Origuela Janairy, Díaz Díaz Jayce, Molina Ramírez Beatriz, Chávez Troya Osmel. Ética en los cuidados de enfermería a pacientes en tratamiento con hemodiálisis. *Medisur* [Internet]. 2016 Oct [citado 2022 Sep 22] ; 14(5): 512-

515. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000500006&lng=es.

3. Ponce, Karla Lizbeth Partida et al. El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones* * Este estudio es parte del proyecto de investigación: “La atención de los enfermos renales en hemodiálisis desde la perspectiva del personal de salud, las personas enfermas y sus familias”, San Luis Potosí, S.L.P., Mexico, 2014. . Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2019, v. 53 [Accedido 22 Setiembre 2022] , e03502. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018011103502>>.

Epub 2 Dic 2019. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018011103502>.

Capítulo 66

TÉCNICAS ENCAMINADAS AL ENFERMO GRAN QUEMADO POR ENFERMERÍA

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

BLANCA PINTO LAGO

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

CARLOS PALACIO MORALES

1 Introducción

Es conveniente comenzar refiriendo los sucesos en los que cada día numerosos individuos, ya sea por un incendio, un accidente de tráfico, incidente laboral o doméstico o una excesiva exposición solar, logran llevarlos a que se les ocasionen quemaduras de diversos grados y extensión. Todas estas quemaduras conciben que más de 6500 individuos al año deban de ser atendidos en la unidad o en los servicios de Urgencias, además de la incidencia que de estos se estima que unos 1000 precisan de ingresos hospitalarios y casi un centenar de muertos por los referidos sucesos. Los accidentes más acostumbrados que supone estas quemaduras son las producidas por llamarada debido a imprudencias, como echar productos inflamables al fuego para prenderlo.

Además, destacan los accidentes laborales como los menos acostumbrados gracias al uso de equipos de protección individual por parte de las empresas. Además, nombraremos los accidentes de tráfico, aunque en esta tipología de accidentes los enfermos que sufren esta tipología de quemado es un número mínimo.

Pero si nos centramos en definir los enfermos con gran quemado, se consideran aquellos que superan el 20% de la superficie corporal quemada en el caso de los adultos y algo menos en el caso de niños.

En el caso de que el enfermo sea considerado como un gran quemado, debe ingresar en una unidad de grandes quemados para recibir los cuidados específicos que necesita en todo momento.

2 Objetivos

Analizar la tipología de tratamiento a los que son sometidos los enfermos con gran quemado y así determinar qué funciones ejecutan el profesional de enfermería en dichas técnicas.

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 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

Comenzaremos nombrando que en nuestro país existen 9 unidades de quemados. El primer tratamiento que se les aplica y destina a los enfermos que son ingresados en dichas unidades especiales es la fluidoterapia. La fluidoterapia es un tratamiento que posee como objetivo restablecer el volumen de los líquidos corporales perdidos con respecto al equilibrio hidroelectrolítico. Se proporcionan a través de la administración por vía endovenosa, así como la oral, por sonda gástrica intermitente o por hipo dermocclisis.

Las funciones principales de la enfermería en esta tipología de técnicas y procedimientos principalmente conllevan la administración de dicho tratamiento, además de la colocación y retirada de las sondas en su caso.

Con anterioridad a dicha administración es el profesional de enfermería el encargado de preparar y responsable de la solución, de administrar, etiquetar convenientemente la mezcla, abrir el equipo en condiciones de esterilidad, comprimir la cámara de goteo, abrir el sistema a través de la llave reguladora además de conectar el extremo distal. El sistema de regulación de flujo, una vez dispuesto, emprenderá a ejecutar la punción con una técnica estéril. Añadida a esta función destacar la importancia de la colocación de la sonda vesical, función de la enfermería, con la colaboración del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para observar eliminación del líquido introducido y la correcta diuresis.

Se lleva a cabo durante tres o cuatro días.

El siguiente paso es el tratamiento quirúrgico. Dependiendo de la extensión de dichas quemaduras, el enfermo necesitará un mayor número de intervenciones quirúrgicas. En numerosas ocasiones es necesaria la utilización de injertos, ya sea del propio enfermo o de donantes. La previa preparación de dichas intervenciones, además de la posterior recuperación y cuidados, son otra de las funciones destacadas en el profesional de enfermería.

Cuando un profesional de la enfermería ejecuta su trabajo en esta tipología de plantas, ha de conocer la cantidad de curas que ha de ejecutar a cada enfermo. Esta cantidad es indicada por el profesional médico. La ejecución de estas corre a cargo del profesional de enfermería. Un enfermo con un gran quemado posee muchísima superficie de la piel afectada, estas heridas se logran contaminar, infectar y su cura y limpieza es esencial para evitar dicha infección, por lo cual requiere ejecutar curas cada 12 horas. Pero este caso se dará en grandes quemaduras, ya que una pequeña quemadura logra necesitar una cura semanal. Estas curas cuentan con un equipo multidisciplinar, ya que en esta tipología de enfermos con gran quemado se necesitan sedaciones ejecutadas por anestesistas para la posterior ejecución de curas muy profundas y que supone mucho tiempo su ejecución.

Por último, cabe destacar que esta tipología de enfermos permanecen grandes temporadas hospitalizados, por lo que a todas las funciones antes nombradas se les añade el apoyo psicológico por parte del profesional de enfermería. Además de los cuidados con respecto a la higiene, alimentación y todo lo referente a cambios posturales adecuados en cada momento. Todos estos cuidados emprenden desde el primer momento y cabe destacar la atención a su salud mental como parte muy importante para la calidad de vida de los grandes quemados.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes producidos por grandes quemaduras han disminuido notablemente en los últimos años. Los servicios de prevención de riesgos en las empresas han formado a sus trabajadores para minorar el riesgo de padecer un accidente de dicha tipología. La formación para la pronta actuación en caso en los que no se logra evitar dichos accidentes es primordial para toda población, ya que nos podemos encontrar en una situación en la que el conocimiento es básico para salvar la vida de un individuo.

El uso de tomas de extinción de incendios reglamentarios en todos los centros, incluso en bloques de viviendas, es una parte muy importante de prevención hacia estas catástrofes producidas por el fuego.

6 Bibliografía

1. Guerra-Martín María Dolores, Lloria Cascales Paula, Fernández-Rodríguez Vicente. Intervenciones enfermeras en el abordaje de las quemaduras. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Sep 22] ; 35(2): e1839. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000200014&lng=es. Epub 01-Jun-2019.
2. Ambrosoni María, Telechea Héctor, Cristiani Federico, Manaro Beatriz, Pizarro Marcela, Menchaca Amanda. Propuesta de tratamiento del gran quemado en la unidad de cuidados intensivos del CHPR. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2018 Abr [citado 2022 Sep 22] ; 89(2): 129-134. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492018000200129&lng=es. <https://doi.org/10.31134/ap.89.2.8>.
3. RYAN CM, SCHOENFELD DA, THORPE WP. Objective estimates of the probability of death for burn injuries. N Engl J Med 1998; 338: 362-366.
4. GUEUGNIAUD PY, CARSIN H, BERTIN-MAGHIT M, PETIT P. Current advances in the initial management of major thermal burns. Intensive care Med 2000; 26: 848-856.

Capítulo 67

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA HACIA EL CASO DE UN ENFERMO AFECTADO DE OSTEOPOROSIS

CARLOS PALACIO MORALES

BLANCA PINTO LAGO

CARLOS ARRIAGA CARDIEL

DEBORAH CASTAÑO DAVIS

ELENA MUÑOZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Anterior a exponer el caso se muestra en que consiste la osteoporosis, la cual es una patología que se particulariza por una pérdida importante de Calcio, de la densidad ósea y una disminución de la calidad del propio hueso. En general, podemos decir, que la Osteoporosis se particulariza por un adelgazamiento y debilitación del hueso de forma progresiva y crónica.

Esta patología es debida a un mal equilibrio existente entre creación y destrucción a nivel óseo, dándose con mayor prevalencia esta última. Los enfermos que sufren de Osteoporosis tienen los huesos más porosos, habiendo mayor cantidad de aire dentro de ellos. De esta forma se vuelven más frágiles, siendo menos resistentes a las caídas e incrementando considerablemente la posibilidad de fracturarse.

La denominada masa ósea es la cantidad total de hueso que una persona logra tener en un momento dado, que está compuesto por diversas proteínas y sales de Calcio. Esta masa ósea depende de varios factores, como son la edad, el sexo y la raza de la persona.

El hueso pasa por numerosas fases a lo largo del tiempo. Son fases de destrucción y de formación y están condicionadas a factores como la efectuación de ejercicio, el tipo de dieta que lleve el enfermo, los hábitos tóxicos y la cantidad de vitamina D.

La Osteoporosis es hoy en día una situación clínica que se da con mucha frecuencia, sobre todo en mujeres postmenopáusicas. Esta patología logra conllevar a futuras fracturas, condicionando mucho la vida del enfermo que la sufre.

Esta patología es estimada como la patología de carácter metabólico óseo más predominante en países desarrollados, siendo un importante problema sanitario a nivel mundial y que va creciendo debido al incremento del envejecimiento de la población y de los cambios en los hábitos de vida.

Definimos la Osteoporosis como una patología que afecta al esqueleto, particularizándose por la existencia de una alteración a nivel de resistencia ósea, conllevando con ello a un mayor peligro de futuras fracturas, sobre todo a nivel de cadera, muñeca y columna.

2 Objetivos

Conocer y analizar la influencia de la enfermería en los enfermos con osteoporosis y mejorar la calidad de vida de todos estos enfermos.

3 Caso clínico

Emprendemos refiriendo que el paciente no ostenta ningún tipo de antecedentes médicos. Un día el enfermo concurre al centro hospitalario de su localidad exponiendo que posee un intenso dolor en todo el cuerpo, pero sobre todo dice que es como lumbalgia y dolor en miembro inferior derecho sin un traumatismo previo.

El paciente es un varón de 62 años de edad, 77 kg de peso, refiere que vive con su mujer y con 3 de sus 4 hijos.

El dolor emprendió hace unas 3 semanas aproximadamente a nivel lumbar, refiere que paulatinamente este síntoma fue incrementando hasta lograr implantarse en

todo el cuerpo, pero que sobre todo donde nota más alto el dolor es en la cadera derecha, que le irradia hacia la rodilla, con evidente impotencia funcional, en la exploración se registra una inestabilidad en la bipedestación y dificultad media para la marcha.

El dolor se acrecienta con la carga y este cede solo parcialmente con el reposo y refiere que tomando paracetamol.

El examen físico efectuado en el servicio de urgencias del hospital evidenció una importante y significativa osteoporosis en los huesos y movilidad completa con dolor en área de cadera derecha que se exacerbaba exponencialmente con la rotación interna en flexión.

Se decidió y realizó su ingreso para ser tratado con un conveniente procedimiento farmacológico conservador para su cadera. Tras clausurar el tratamiento posteriormente de una semana, el enfermo refirió de una importante mejoría, por lo que se decidió el darle alta a domicilio y se le mandó unos ejercicios para la osteoporosis y las pautas convenientes para el seguimiento y control del tratamiento farmacológico (Vitamina D y Calcio). Asimismo, se le dio cita con el reumatólogo para dentro de unos 2 meses y se le pidió precedentemente a esta cita, RX, RM y analítica.

En la radiografía y en la resonancia magnética que se le efectuó para la revisión se observó y registro una importante y significativa mejoría en los huesos del enfermo.

En la analítica citada que se le pautó se vieron estables todos los valores de nuestro enfermo y no se consideró necesario la modificación del tratamiento farmacológico. Tras ser visto tan evidentemente recuperado tras la primera revisión, se le vuelve a dar citar, pero esta vez, para dentro de unos 6 meses, para una posterior revisión tanto con el médico como con el personal de enfermería.

4 Discusión-Conclusión

La Osteoporosis es considerada como la patología más prevalente en los países desarrollados, siendo un gran problema mundial y que va en incremento a consecuencia del gran aumento del envejecimiento en nuestra población y además a consecuencia de los nuevos hábitos de vida. La osteoporosis es una patología que surge sobre todo en edades adultas y da con más frecuencia en las mujeres y en individuos mayores.

Por último, es importante destacar que la osteoporosis es estimada una patología silenciosa, dejándonos como último recurso para combatir contra ella el llevar a cabo una buena valoración para reducir el peligro, diagnosticando la patología

de forma precoz e instaurando unas medidas de prevención eficaces.

5 Bibliografía

1. Contreras F, Fouillieux C, Bolívar A, Jiménez S, Rodríguez S, García M et al. Osteoporosis: Factores de Peligro, Prevención y Tratamiento [Internet]. Ve.scielo.org. Encontrado en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000100003.
2. Principal P, salud T. Osteoporosis: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus. gov. Encontrado en: <https://medlineplus.gov/spanish/osteoporosis.html>.
3. Osteoporosis - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.m.wikipedia.org. Encontrado en: <https://es.m.wikipedia.org/wiki/Osteoporosis>.
4. 13. Osteoporosis: qué es, sintomatología, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Inforeuma. Encontrado en: <https://inforeuma.com/patologías-reumaticas/osteoporosis/>.

Capítulo 68

MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LOS PERJUICIOS DEL RUIDO EN LOS HOSPITALES

MARIA ORTEGA RODRIGUEZ

FERNANDO TENA SÁNCHEZ

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA

ANA MORENO JIMÉNEZ

PABLO GALÁN MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando entramos por la puerta de un centro hospitalario, casi desde el inicio, nos damos cuenta de multitud de ruidos en nuestro entorno, desde alarmas de monitores o instrumental, hasta el arrastre de las camas o sillas o el sonido de máquinas de diagnóstico, todo junto indica como los profesionales que allí trabajan están expuestos durante toda la jornada.

Desde el siglo pasado, allá por la década de los noventa, la OIT (Organización Internacional del Trabajo) decidió crear normas que ayudasen a evitar los riesgos laborales en los centros de trabajo. España promueve la prevención de los riesgos laborales desde la Ley 31/95, con la que hace partícipes a los trabajadores junto a los empresarios de la importancia y necesidad de medidas preventivas para evitar que la exposición a los diferentes riesgos laborales a los que logran estar

expuestos lleguen a empeorar su salud o repercuten en ella, así como previniendo posibles enfermedades o patologías y a consecuencia del número de bajas se reducirá.

El ruido, como un riesgo laboral, podemos decir que ha coexistido siempre, aunque no se le diese la importancia adecuada. La industrialización, la aparición de maquinaria, incremento en la exposición al mismo, ya que cualquier máquina por muy silenciosa que sea siempre va a afectar.

Está claro que la salud de un trabajador siempre se logra ver afectada por el entorno de trabajo en el que se sitúe su puesto, por lo que el empresario y/o los responsables de prevención, tendrán que lograr ambientes convenientes a las necesidades de los profesionales.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir cómo perturba el ruido y afecta en el entorno sanitario a los trabajadores.

Objetivos secundarios:

- Explicar que es el ruido, desde la perspectiva laboral, es decir, como riesgo laboral físico.
- Determinar qué medidas se logran aplicar para evitar que este riesgo laboral afecte a los trabajadores de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Efectuamos una búsqueda y revisión bibliográfica a través de distintas bases de datos como: Medline, Sciece Direct, Cuiden, SciELO, Dialnet y PudMed, además de en los buscadores Google Académico y Jurn.

Hemos utilizado las siguientes palabras clave en castellano, ruido laboral, ruido en centros sanitarios, ruido y trabajadores sanitarios, ruido y salud laboral.

Hemos excluido aquellos que no tenían rigor académico, o que solo eran artículos de opinión. Revisamos quince publicaciones, todas ellas posteriores al año 2005.

4 Resultados

Fue en el siglo XVII, con el ensayo “De morbis Artificum Diatriba” cuando se da a conocer como el entorno laboral y las condiciones que se dan en el punto a

desempeñar, afectaban en la salud de los trabajadores. Es por eso por lo que se reconoce a su autor, Bernardino Ramazzini, como el padre de la Medicina Laboral. Según la Ley 31/95 de Prevención de riesgos laborales, se medita riesgo laboral a aquella probabilidad que tiene el trabajador de sufrir un daño durante su actividad laboral. Además, define prevención, como las actividades previstas a evitar o minimizar los riesgos.

Es por tanto importante que los empresarios o las direcciones mediante los responsables de Prevención de Riesgos Laborales mantengan en circunstancias adecuadas el entorno laboral de los trabajadores, pues además de mejorar su salud, ayudara a una productividad más alta, pues el número de bajas laborales claramente será menor.

Cuando un sonido por algún motivo se hace desagradable o molesto para un trabajador, impide la buena comunicación, perturba el ambiente u ocasiona daño a los profesionales que lo percibe, se le conoce como ruido.

La pérdida de audición, como consecuencia de la exposición a los ruidos que surgen en los entornos de trabajo, es la enfermedad profesional que más afecta en Europa, según estudios de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

La unidad de medida del ruido son los decibelios. Hay que decir, que no los sonidos con mayor número de decibelios van a ser los más dañinos, pues además de la potencia de este, hay otros condicionantes a tener en cuenta.

El ruido logra afectar de diversos modos a la salud auditiva del profesional laboral, algunos efectos son:

- Hipoacusia, que es la sordera permanente, en mayor o menor grado, producida por la constante exposición a ruidos difícilmente tolerables o muy fuertes, sin estar protegidos, mediante el EPI (equipo de protección individual) conveniente o por efectuar jornadas más largas de lo indicado bajo circunstancias nocivas o inadecuadas a nivel auditivo. Comienza con la pérdida de tonos bajos para finalizar con la imposibilidad de percibir ningún sonido.
- Cansancio en la audición, se pierde y se ve menoscabada la capacidad de oír sonidos durante un tiempo determinado y se recupera tras un conveniente descanso. Se suele originar por un bloque mecánico del oído interno.

Otros daños que se logran originar son los daños psíquicos, estos se dan en el trabajador por la dificultad que logra tener para comunicarse con compañeros y no efectuar adecuadamente el trabajo, lo que le lleva a cuadros de ansiedad que, de no ser tratados a tiempo, logran conllevar a patologías más serias como

depresión o estrés, que logran afectar también a la vida íntima y familiar. Además, logra verse alterada la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, el ritmo respiratorio que logran dar lugar a síncope o desmayos. Para saber lo que afecta en el trabajador el ruido, se tendrán en consideración varios condicionantes como la presión sonora, medida en decibelios; la frecuencia, que son las veces por unidad de tiempo que se repite un ciclo y que medimos en hertzios; la distancia al emisor, medida en metros o el tiempo de exposición, que, según la ley, queda establecida en un máximo de ocho horas diarias.

Hay que dejar claro que no a todas los profesionales les va a afectar del mismo modo los distintos ruidos, aquí la parte cultural también juega un gran papel, pues aquella profesional que se ha criado en un entorno ruidoso con voces, gritos o sonidos estridentes a su alrededor no se va a ver afectada como aquella que se ha criado en un entorno silencioso.

En los diversos artículos revisados, queda claro que hay diversos tipos de ruidos, el ruido de impacto es aquel que dura menos de un segundo y decrece en el tiempo; ruido estable, es el que se mantiene sus decibelios más o menos constantes, no se incrementa ni disminuye por encima de cinco decibelios o el ruido aleatorio, aparece y desaparece a lo largo de la jornada laboral.

En un centro hospitalario, desde que entramos por la puerta, podemos encontrarnos con ruidos muy diferentes y diversos, tanto en fuerza como en origen, desde las máquinas de limpieza que se encuentran por los pasillos, herramientas de trabajos del profesional de mantenimiento, alarmas de dispositivos de cuidado o diagnóstico como los monitores, TAC, ecógrafos, respiradores hasta altavoces para las llamadas del profesional o de enfermos, movilización de camillas, carros de comida, etc.

Todos ellos afectarán al trabajador de diversas formas, pues ante la imposibilidad de escuchar a sus compañeros, las órdenes de trabajo, logra efectuar mal sus funciones, llevándole a cuadros de ansiedad y estrés que afectaran su capacidad laboral.

La media de ruido, según los estudios contrastados, en un hospital, alcanza los 50/70 decibelios, cuando la media de sonido conveniente ronda los 30 dB.

5 Discusión-Conclusión

Para aumentar la calidad del trabajo efectuado por el profesional, es importante que los sistemas de Prevención de Riesgos Laborales adecuen los entornos laborales para evitar riesgos como es el ruido. Insonorizar las zonas de pruebas di-

agnósticas ruidosas con los Tac o resonancia, además de elevarlas para que no vibren los suelos del lugar de trabajo, son alguna de las medidas que se llegará a tomar.

Formar a los trabajadores y lograr que todos participen de las medidas de seguridad, hará que sea más seguro su trabajo, evitando el absentismo laboral por bajas.

La prevención siempre es la medida más adecuada para evitar los riesgos laborales.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/com>.
2. Teles RM, Medeiros MPH. Perfil audiométrico de trabalhadores do distrito industrial de Maracanaú - CE. Rev. soc. bras. fonoaudiol. [periódico en el Internet]. 2007 Set [citado 2008 Ago 31]; 12(3): 233-239. Disponível em: [http://www.scielo.br/\[Links\]](http://www.scielo.br/[Links]).
3. Ganime JF. Borracha: aplicação em instalação de tratamento de minérios. In: Simpósio Mineiro - Metalúrgico da UFMG, 1993, Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG, 1993. [Links].
4. Ganime J.F., Almeida da Silva L., Robazzi ML do C.C., Valenzuela Sauzo S., Faleiro S.A. El ruido como riesgo laboral: una revisión de la literatura. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Jun [citado 2020 Ene 28]; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200020&lng=es.
5. <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/57>.
6. Parraga Velásquez, MR. García, TZ. El ruido y el diseño de un ambiente acústico. 2005 jul./dic. Vol. 8, n 2, p. 83-85.
7. http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/111/doc170223_sector_aereo.pdf
8. Toribio, L. A., Aranguren, D. C., Ruiz, D. M., & Maqueda, M. J. R. (2011). Ruido ambiental: seguridad y salud. Tecnología y desarrollo, 9, 31.
9. Comunicación de la Comisión sobre las directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (Directiva 92/85/CEE del Consejo).
10. Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el

trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.

11. Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido. [https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/](https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/10/19/1367)

[10/19/1367](https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/10/19/1367).

12. Real Decreto 1367/2007 que desarrolla la Ley del Ruido de 37/2003. <https://www.boe.es/boe/dias/2007/10/23/pdfs/A42952-42973.pdf>.

Capítulo 69

MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB)

PABLO GALÁN MARTÍNEZ

FERNANDO TENA SÁNCHEZ

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA

MARIA ORTEGA RODRIGUEZ

ANA MORENO JIMÉNEZ

1 Introducción

La medicina hiperbárica se remonta a años de historia, iniciándose en Estados Unidos con fines bélicos o construcción de estructuras. Llegan a España en 1923 y se usaban inicialmente para tratar la patología por descompresión. Es a partir de 1970 cuando su manejo se emprende a extender con otras finalidades por todo el mundo.

La oxigenoterapia hiperbárica es estimada como una terapia farmacológica asentada en el uso de oxígeno a unas presiones superiores a la atmosférica en el interior de un recinto o habitáculo presurizado citado como cámara hiperbárica. Se fundamenta en respirar oxígeno puro. Se trata de un tratamiento complementario en aquellos sucesos en los que existe una insuficiencia cicatricial con un importante y significativo componente de hipoxia. Esta incrementa la tensión

tisular de oxígeno y, por lo tanto, acelera e induce más rápidamente a la cura en los sucesos donde coexiste tejido hipóxico. Todo tratamiento en una cámara hiperbárica no puede sin control y ser libre, sino que debe limitarse y establecerse a un tiempo determinado, ya que el oxígeno es un fármaco que ocasiona toxicidad si se maneja en exceso. Al clausurar cada tratamiento, de unas 2 a 4 horas aproximadamente, las presiones parciales del oxígeno siguen incrementadas en los tejidos. Su utilización aplicada a la curación de las heridas se establece fundamentalmente en aquellas heridas crónicas de evolución tórpida e insidiosas y refractarias al tratamiento convencional. No obstante, aunque se conoce desde hace ya muchos años, ha sido en los últimos 25 años cuando ha experimentado una gran evolución y aplicación médica.

2 Objetivos

- Dar a conocer el manejo y utilización de la oxigenación hiperbárica para el tratamiento de las heridas.
- Conocer los beneficios que aporta la oxigenación hiperbárica a nivel de los tejidos.

3 Metodología

Se efectúa una búsqueda bibliográfica de artículos a partir de 1998 en inglés y español, en las bases de datos Pudmed, Cochrame, Scielo y el buscador de Google Académico, utilizando los términos DeCs: "cámara hiperbárica", "oxigenoterapia", "indicaciones" e "hiperbaric oxygen".

4 Resultados

La oxigenoterapia hiperbárica se gobierna y se administra por algunas leyes y principios tanto físicos como biológicos. Los mecanismos y dispositivos de acción de la OHB se establecen en la ley de Boyle- Meriotte y la ley de Henry; concernientes con la variación de la presión ambiental y de la solubilidad respectivamente. El oxígeno a nivel del mar se halla disuelto al 21 %. Al aplicarse la citada terapia, la presión parcial de oxígeno que se inspira está incrementada, inhalando a su vez oxígeno puro, llegando este a casi a ser de un 100 % el que se inhala.

El tratamiento hiperbárico es una tipología de terapia farmacológica, concurriendo una serie de condicionantes a tener en consideración. El oxígeno respirado en el interior de la cámara hiperbárica es capaz de transportarse disuelto en el plasma sanguíneo a todos los tejidos al completo en el organismo muchísimo más fácilmente. Por lo que visto desde un nivel fisiopatológico se ocasiona el incremento del transporte y la mayor disponibilidad del oxígeno plasmático. Las células que absorben y recogen menos oxígeno se ven abastecidas, ya que se crearía una hiperoxia a un nivel sanguíneo. Esto hace que las enfermedades en las que se ocasiona reducción de aporte de oxígeno o manejo inadecuado puedan beneficiarse.

Las indicaciones de la OHB se encasillan en indicaciones preferentes, complementarias y experimentales.

Dentro de las preferentes nos hallamos el embolismo gaseoso, patología por descompresión, intoxicación aguda por inhalación de monóxido de carbono o la gangrena gaseosa.

En cuanto a su diligencia para el tratamiento de heridas, los beneficios encontrados son:

- Revitalización de los tejidos y angiogénesis. Las células más alejadas y distales de los capilares toman mayor aporte de oxígeno.
- Capacidad de eliminar microorganismos a la vez que va a impedir su crecimiento, es decir, actividad considerada antimicrobiana. Manejado para inhibir el crecimiento de bacterias anaerobias y, por lo tanto, combatir las infecciones de más difícil tratamiento originadas por estos microorganismos.
- Ocasiona vasoconstricción de los vasos sanguíneos y, a su vez, reduce la inflamación, que en muchos casos es lo que ralentiza la cicatrización, dominando los edemas, justificando por ello su manejo muy recomendado en las quemaduras y en la esfera de la cirugía plástica.
- Ayuda a la creación y activación de antioxidantes creados por el organismo para luchar contra los radicales libres, ya que estos actúan atacando a las células.

5 Discusión-Conclusión

Se podría afirmar que la OHB es una comprobada técnica muy efectiva, segura y de fácil administración.

Sin embargo, aún queda demasiado camino por recorrer en su uso y manejo, concluimos en opinión que es preciso un mayor número de estudios de investigación de alta calidad que aporten un establecimiento de bases mucho más sólidas. Por

otro lado, el mayor de los impedimentos se halla en la disponibilidad de las cámaras hiperbáricas en las distintas Comunidades Autónomas, lo que hace muy limitado su uso en la población.

En el tipo de heridas que más evidencia de efectividad se da es en el tratamiento del pie diabético, pero usando la OHB siempre como terapia sumada al tratamiento ya establecido convencional.

Finalmente, hay que comentar que las contraindicaciones y los efectos adversos están bien definidos y son de fácil control y el papel de vital importancia del profesional de enfermería y su adecuada instrucción y formación en la terapia para evitar complicaciones y proporcionar cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. Desola, J. (1998). Bases y fundamento terapéutico de la oxigenoterapia hiperbárica. *Jano*, 54(1260).
2. Desola, J., Crespo, A., García, A., Salinas, A., Sala, J., & Sánchez, U. (1998). Indicaciones y contraindicaciones de la oxigenoterapia hiperbárica. *Jano*, 1260(61),6.
3. Caeiro Muñoz, M., Calderón González, A., Mojón Ojea, A., López Lóuzara, M. L., Fernández Bernárdez, J. R., Alonso Alonso, I., & Hermida Domínguez, R. C. (2005). Papel de la oxigenoterapia hiperbárica en el tratamiento de las complicaciones crónicas derivadas del tratamiento con radioterapia en pacientes con cáncer: bases físicas, técnicas y clínicas. *Oncología (Barcelona)*, 28(1), 26-35.

Capítulo 70

ENFERMERÍA EXPOSICIÓN DE CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL PLEUR-EVAC

ANA MORENO JIMÉNEZ

FERNANDO TENA SÁNCHEZ

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ PARRA

MARIA ORTEGA RODRIGUEZ

PABLO GALÁN MARTÍNEZ

1 Introducción

El drenaje torácico está considerado como un procedimiento muy frecuente y habitual en cirugía torácica y el tratamiento de elección en la mayor parte de los sucesos neumotórax, diferentes tipos de derrames pleurales y en traumatismos torácicos.

El drenaje torácico radica en la inserción de un catéter en el espacio pleural. Cuya indicación es debido a la presencia de aire, líquido o/y sangre en el citado espacio que imposibilita la libre expansión pulmonar logrando provocar el colapso del pulmón por un intercambio gaseoso muy limitado o nulo. Sea cual sea el origen, en muchos casos será ineludible la inserción del citado tubo a través de la caja torácica hasta llegar al espacio pleural para drenar las sustancias acumuladas de modo patológico.

Una vez introducido el tubo se debe asegurar en todo momento el mantenimiento de la presión negativa fisiológica de la cavidad pleural y así garantizar y asegurarnos de la completa expansión pulmonar. Coexisten diferentes tipologías de tubo y de sistemas de recogida. Los sistemas de drenaje torácico cerrados de los que se manejan en este momento son desechables y estos proveen un manejo óptimo y muy seguro del paciente. El sistema cerrado que más se esgrime y recurre en la actualidad es el llamado Pleur-Evac. Es importante y trascendental conocer en qué consiste, así como disponer de la instrucción y los conocimientos básicos ineludibles para evitar y prevenir complicaciones.

2 Objetivos

- Conocer las particularidades del drenaje torácico tipo Pleur-Evac, así como sus indicaciones.
- Describir el funcionamiento del drenaje torácico del Pleur-Evac y sus posibles complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración y realización 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

Emprendemos exponiendo en que consiste la pleura, la cual es una membrana que arropa la pared torácica y el diafragma. Existen dos tipologías, la parietal o membrana pleural externa y la visceral o membrana pleural interna. El espacio entre una y otra se designa espacio pleural. En contextos fisiológicos la presión de dicho espacio es negativa lo que facilita y consiente la expansión de los pulmones. En inspiración la expansión de la caja torácica proporciona un incremento de la presión negativa. En la espiración la caja torácica y el diafragma se contraen, esto reduce el volumen de la cavidad torácica e incrementa la presión intrapulmonar respecto a la presión atmosférica consintiendo la salida del aire de los pulmones.

La acumulación de sustancias patológicas en el espacio pleural como puede ser el aire, pus, o sangre dificulta la libre expansión pulmonar pudiendo lograr colapsar el pulmón y originando un intercambio gaseoso limitado o nulo. Por eso es vital el drenaje de dichas sustancias ya sea mediante toracocentesis evacuadora o por la colocación de un drenaje torácico conectado a un sistema cerrado de recogida.

Las principales indicaciones del drenaje pleural:

- Neumotórax: hallazgo de aire en la cavidad pleural. El origen puede ser traumático, iatrogénico o secundario a otras patologías.
- Hemotórax-hemo-neumotórax: es la presencia de sangre o aire y sangre respectivamente.

Su origen es principalmente traumático.

- Tras determinadas cirugías torácicas.
- Derrames pleurales.

Nos centraremos ya en el drenaje torácico y específica y concretamente en el Pleur-Evac, uno de los dispositivos cerrados de recogida de sustancias de drenaje más comunes. Se trata de un sistema con mecanismo dotado de sello de agua cuya finalidad y objetivo es drenar las sustancias acopiadas en la cavidad pleural y así reestablecer el normal equilibrio de presiones permitiendo que el pulmón afectado logre volver a expandirse.

Consta de tres cámaras conectadas entre sí.

1. Cámara de drenado donde se acumula y deposita el contenido de la cavidad pleural. Nos consiente controlar el volumen, la velocidad y contenido, así como la posibilidad de extraer muestras.
2. La cámara de sellado de agua que está en conexión con la cámara de drenado y a su vez con la de control de aspiración. Consiente la salida de aire del espacio pleural e impide que vuelva a entrar y admite visualizar la salida de aire a través del burbujeo en la cámara.
3. La cámara de control de aspiración que regula la intensidad de aspiración.

Como profesional de enfermería debe de conocerse el mecanismo para saber identificar el funcionamiento correcto del que puede ser anómalo e identificar las principales complicaciones que pueden darse lugar.

Entre las principales dificultades tenemos:

- Salida accidental del insertado catéter.
- Desconexión del tubo respecto al sistema de recogida.
- ocurrencia de infección.
- La obstrucción en alguna de sus partes
- Enfisema subcutáneo.
- Hemorragia.

- Perforación diafragmática.

5 Discusión-Conclusión

La inserción de un tubo de tórax es un procedimiento estimado como invasivo, es traumático para el enfermo que requiere de las máximas precauciones y atenciones para evitar complicaciones.

Es un procedimiento que requiere conocimientos tanto de anatomía como fisiología pulmonar y habilidades de valoración y observación rigurosas. Este tipo de drenaje está indicado en pacientes que ya sea por afección traumática, médica o quirúrgica ostenten acumulación de sustancias patológicas en el espacio pleural que impide una correcta ventilación. El sistema Pleur-Evac es una gran opción que accede a cuantificar y valorar el contenido extraído a la vez que garantiza la seguridad del paciente. Es de los más esgrimidos y es importante conocer su funcionamiento para proporcionar unos cuidados enfermeros óptimos y evitar complicaciones e ineficacia terapéutica.

6 Bibliografía

1. Estrada Masllorens, J. M., Falcó Peguerols, A. M., Arroyo, M., & Carmen, M. (2012). Drenaje torácico cerrado. Procedimiento y cuidados de enfermería a propósito de un caso. *Nursing*, 2012, vol. 30, num. 5, p. 50-57.
2. García, L. G. Cuidados de Enfermería paciente con drenaje pleural neumotórax espontáneo (PLEUREVAC).
3. Masllorens, J. M. E., Masclans, J. G., & Guerrero, J. A. S. (2012). Drenaje torácico cerrado. Sistema de recogida no reutilizable: Pleur-evac®. *Nursing* (Ed. española), 30(6), 54-58.

Capítulo 71

AUTOCAUIDADOS EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ

1 Introducción

En la actualidad, el cáncer de mama es uno de los problemas de salud más importantes en España. En el 2020 la muerte por cáncer se situó en el tercer lugar, siendo la primera las enfermedades cardiovasculares y la segunda las infecciosas (incluyendo la Covid-19). Dentro de los tipos de cáncer más frecuentes en mujeres, el cáncer de mama fue la primera causa de neoplasia maligna.

No conocemos el origen del cáncer, siendo considerado una enfermedad multifactorial. No afectando a un tipo de mujer en concreto. Conocemos en la actualidad que existen factores que incrementan la probabilidad de sufrir esta enfermedad. A estos factores se les denomina factores de riesgo. Entre los factores de riesgo encontramos la edad, no haber tenido embarazos o que estos se hayan producido de forma tardía, tener una menstruación precoz o una menopausia tardía, etc. El factor genético es considerado un factor de riesgo. Como factores ambientales podemos citar la polución. Para concluir el estrés, el tabaco y llevar una dieta no balanceada también potencia el riesgo de padecer un cáncer de mama.

La comunicación del diagnóstico de cáncer sigue relacionándose en la actualidad con la muerte. Para superar el vivir con un cáncer, los profesionales de enfermería debemos crear un clima de comprensión y apoyo, fundamentado en una adecuada comunicación con el paciente y la familia. Ayudándoles a superar el proceso neoplásico, proporcionándoles las herramientas y recursos necesarios; guiándoles en el transcurso de su proceso patológico.

2 Objetivos

Explicar los autocuidados que deben realizar los pacientes durante el proceso de atención de enfermería a personas en tratamiento con quimioterapia de mama.

3 Caso clínico

Presentación del caso:

Mujer de 53 años de edad, diagnosticada de cáncer de mama clasificado según el TNM: T1, N1, M0 en seno izquierdo. Intervenido de mastectomía simple, resección del tumor primario, márgenes quirúrgicos sin células malignas. Tras la intervención quirúrgica se procede a realizar tratamiento de quimioterapia, llevando en este momento tres sesiones del primer ciclo.

Datos del paciente: anamnesis.

- Casada sin hijos.
- Profesión: Profesora.
- No alergias conocidas.
- Antecedentes personales: exfumadora de 15 cigarrillos /día; IMC de 28,8 sobrepeso grado II (preobesidad).
- Antecedentes personales ginecológicos: Menarquia 13 años; Utilización de anticonceptivos durante 10 años.
- Antecedentes familiares: Madre fallecida de cáncer de colon.
- Antecedentes clínicos: HTA e hipercolesterolemia.

Valoración de enfermería de los patrones afectados según Virginia Henderson:

II. Necesidad de comer y beber adecuadamente.: Náuseas y vómitos: son los efectos secundarios más frecuentes en el tratamiento de la quimio y los que con más frecuencia causan disconfort.

III. Necesidad de eliminar: Estreñimiento.

VII. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada: Refiere cansancio no pudiendo realizar de forma óptima sus actividades cotidianas. Astenia, provocada por la anemia, lo que le dificulta realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

VIII. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Presenta uñas agrietadas y quebradizas, irritación en la zona pectoral.

XIX. Necesidad de evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: Dolor en zona pectoral izquierda.

XII. Necesidad de ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal: Nos comunica que se le está cayendo el pelo, alopecia.

Autocuidado durante el proceso de atención de enfermería a personas en tratamiento con quimioterapia:

El personal de salud debe realizar intervenciones de salud antes, durante y después de la administración de quimioterapia. Estas acciones mejoran la calidad de la atención y garantizan un adecuado cumplimiento del tratamiento. La enseñanza de enfermería sobre auto-cuidado en los pacientes oncológicos constituye un elemento principal que permite a los pacientes y familiares conocer los posibles efectos adversos de la quimioterapia y como poder manejarlos, como así también cualquier incertidumbre que tenga el paciente en algún momento del tratamiento.

Este tipo de tratamiento se administra de forma intravenosa por lo que podrá producir complicaciones como extravasaciones sanguíneas. Además de esto, la quimioterapia destruye las células que se reproducen de forma rápida, por lo que además de incidir en las células cancerígenas también afecta a otros tipos de células como son las de la médula ósea, mucosa digestiva o a los folículos pilosos, entre otras. Por ello produce una serie de efectos secundarios, los cuales el profesional de enfermería deberá explicar al paciente y su entorno cercano, con la finalidad de poder prevenirlos, y en el caso de producirse, de afrontarlos de una manera rápida y eficaz.

Náuseas y vómitos: o Prevenir la aparición de los síntomas administrando antieméticos, según prescripción médica. o No coma de 2 a 3 horas antes del tratamiento y si lo hace, hágalo de forma ligera. o Trate de evitar olores y sabores que le molesten. o No tomar alimentos muy condimentados, dulces o fritos, ya que dificultan la digestión. Evite alimentos con alto contenido en grasa. o Tome las comidas a temperatura ambiente o frescas, disminuirán las náuseas. o Alimentación fraccionada, en pequeñas cantidades. Mastique bien la comida. o Evite los líquidos durante la ingesta de comida. o Tome sorbetes sin leche, frutas heladas, trocitos de hielo o chicles sin azúcar. Tome jengibre para ayudar a disminuir las náuseas. o Use ropa holgada, que no le comprima. o No se acueste hasta 2 horas después de las principales comidas. o Utilice técnicas de relajación para evitar, en la medida de lo posible, el vómito.

Estreñimiento: o No tome fritos, grasas, ni alimentos astringentes. o Consuma 2 litros de agua al día. o Aumente la cantidad de fibra en la dieta. o Tome las frutas sin pelar. o Aumente la cantidad de aceite de oliva crudo. o Realice ejercicio aeróbico, de intensidad moderada, de forma diaria. o Tenga un horario regular para acudir al baño, además de ir siempre en cuanto sienta el estímulo defecatorio.

Fatiga: o Evitar actividades que le produzcan grandes extenuaciones. o Real-

ice aquellas actividades que le resulten más importantes y si se encuentra bien después, continúe con el resto. o Restrinja el consumo de cafeína y alcohol. o Cuando esté tumbado, siéntese unos minutos antes de levantarse. No se levante de forma rápida. o Planee el día de tal forma que tenga momentos de descanso.

Alopecia: o No utilizar tintes ni realizarse la permanente, ya que debilitan el cabello. o Restringa el uso del secador o utilícelo a poca potencia. No utilice alisadores o rizadores eléctricos. o Utilice un champú suave. o Cepillo de cerdas suaves y naturales. Evitar el lavado de cabello diario. o Protéjase el cuero cabelludo del frío y del sol. Utilice crema solar y gorros/pañuelos. o Cambie de estilo de cabello, córtelo ya que la pérdida de este será menos impactante visualmente. o Dejar el cuero cabelludo 6 horas diarias al descubierto para favorecer la transpiración. o Lavar y secar la cabeza suavemente, sin frotar y masajear con suaves movimientos circulares utilizando las yemas de los dedos.

Uñas agrietadas y quebradizas: o No utilice laca de uñas ni quitaesmalte, ya que son productos agresivos. o Manténgalas cortas y limpias. o Utilice guantes para protegerse en el caso de realizar tareas que impliquen tocar productos químicos (tareas domésticas). o Manténgalas secas.

Irritación cutánea: o No utilice directamente sobre la piel productos que contengan alcohol. o No realice tratamientos estéticos agresivos como peelings. No realice ninguna técnica de depilación. o Séquese la piel sin arrastrar, dándose suaves golpecitos con una toalla de fibras naturales, no frote. o Higiene diaria con agua tibia o templada; evite largas duchas. o Utilice productos de higiene suaves, avena coloidal. o Evite la exposición al sol y al frío. Protéjase con fotoprotectores. o Utilice ropa cómoda, que no le apriete; de fibras naturales. o Use cremas hidratantes naturales para piel y labios.

Dolor: o No espere a que el dolor aparezca para tomarse la medicación pautaada. o Tome la medicación establecida con un horario regular, para prevenir la aparición de este, aunque en ese momento no sienta dolor. o Utilice técnicas de relajación.

Signos de alarma:

Durante el proceso del tratamiento de la quimioterapia pueden aparecer diversos síntomas que nos indicarán que existe un problema grave. Nuestra labor es explicar al paciente cuáles son estos síntomas, cómo identificarlos e indicarles que si aparecen deben acudir a consulta médica.

- Fiebre alta, de más de 38°.
- Sangrado o hematoma, sin motivo aparente.
- Dificultad para respirar.
- Sangre en orina /heces.

- Ictericia.
- Enrojecimiento, hinchazón o dolor en la zona de punción.
- Náuseas y vómitos severos, prolongados en el tiempo.
- Dolor, edema o enrojecimiento en la zona de punción.
- Dolores intensos, incluido el dolor de cabeza.
- Incapacidad para comer o beber.
- Astenia generalizada, incapacitante.

4 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama sigue siendo en la actualidad un problema sanitario a nivel mundial. Continúa existiendo una alta incidencia de casos, pese a las acciones sanitarias para evitar o disminuir los factores de riesgo.

El papel de enfermería es fundamental, una adecuada comunicación durante el diagnóstico y tratamiento de cáncer es esencial para potenciar unos cuidados de calidad. Para superar el vivir con un cáncer, los profesionales de enfermería debemos crear un clima de comprensión y apoyo, fundamentado en una adecuada comunicación. Ayudándoles a superar el proceso neoplásico, proporcionándoles las herramientas y recursos necesarios; guiándoles en el transcurso de su proceso patológico.

Potenciar el empoderamiento del paciente y de su familia es un pilar básico en los cuidados de la neoplasia. El autocuidado mejorará la calidad de vida del paciente y evitarán problemas a corto y largo plazo por una mala gestión de la enfermedad.

5 Bibliografía

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte Avance enero-mayo de 2019 y de 2020. [sede Web]. España: Ine.es; 2020 [acceso el 22 de abril del 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf

Torrevieja-salud.com. Cuando mimar y acompañar al paciente oncológico es un tratamiento es una prioridad [sede Web]. Alicante: Torrevieja-salud.com; 2020 [acceso el 23 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.torrevieja-salud.com/cuando-mimar-y-acompanar-al-paciente-oncologico-en-su-tratamiento-es-una-prioridad/>

American Cancer Society. Estadificación del cáncer. [sede Web]. España:

cáncer.org; 2015 [acceso el 23 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9293.00.pdf>

SEEDO (Sociedad Española de Obesidad). Cálculo IMC. [sede Web]. España: Seedo.es; sin fecha [acceso el 21 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/pacientes/calculo-imc>

Cancercare.org. Náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia. [sede Web]. España: canccare.org; 2020 [acceso el 23 de abril del 2021]. Disponible en: https://www.cancercare.org/publications/115-nauseas_y_vomitos_inducidos_por_la_quimioterapia

Muñoz N, Urquiza T. “Enseñanza de autocuidado en pacientes oncológicos”. [Tesis doctoral]. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2014. 146 p.

Andrés P, Zamora JL, Fuentes R, García MJ, Corredor R, Fraile A. Plan de cuidados de enfermería en una paciente con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia. PortalesMedicos.com [Internet]. 2020 [acceso el 23 de abril del 2021]; 15 (13): 685. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-una-paciente-con-cancer-de-mama-en-tratamiento-con-quimioterapia/>

AECC. Guía de cuidados del pelo en el paciente oncológico. [sede Web]. España: Aecc.es; sin fecha [acceso el 23 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/cuidados-pelo.pdf>

Quimioterapia: ¿Qué cuidados tomar durante el tratamiento? [Internet]. Clínica Internacional; 2017 [acceso el 23 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/cuidados-despues-recibir-quimioterapia/>

Gorlat B, Contreras C, Fernandez de Piñar E. Guía de Práctica Clínica: Recomendaciones ante los Efectos Secundarios de la Quimioterapia. 2ªed. Granada: GEU; 2010.

Capítulo 72

EFECTOS SECUNDARIOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS RECIBIR TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA

REBECA GARCÍA PLAZA

PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ

ANA ANTEQUERA GÓMEZ

YOLANDA COLMENAR MARTÍN

1 Introducción

El cáncer continúa constituyendo una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial con aproximadamente 18,1 millones de nuevos casos en el mundo en el año 2018, y se estima que en los próximos años, concretamente de aquí al año 2040 estas cifras aumenten hasta los 29,5 millones de personas afectadas por esta patología según las estimaciones poblacionales

En España el cáncer también es una de las principales causas de morbilidad. El número de pacientes diagnosticados en el año 2020 se estima que alcanzará los 277.394 casos, siendo el que con mayor frecuencia se dé el de colon y recto,

seguido por el cáncer de próstata, en tercer lugar en cuanto a incidencia se encontraría el de mama e inmediatamente después el de pulmón.

Hay que reseñar que en este último se ve una ligera tendencia a la baja en los últimos años debido a la disminución del hábito tabáquico, sobre todo en la población masculina.

El abordaje de esta patología cambia en función de muchas variables como son la localización, el estadio, diseminación y un largo etc. pudiendo ser principalmente quirúrgico, con tratamiento radioterápico, paliativo o quimioterápico, en este último es en el que nos centraremos.

El tratamiento mediante quimioterapia ocasiona multitud de efectos secundarios y es el personal de enfermería el encargado en primer término de minimizarlos tanto a nivel de consulta en atención primaria como en los ingresos hospitalarios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los efectos secundarios más habituales asociados a la quimioterapia sobre los principales sistemas corporales.

Objetivos secundarios:

- Exponer la importancia de saber dispensar cuidados de enfermería que ayuden a prevenir o mitigar los problemas que el paciente pueda presentar a consecuencia de dichos efectos secundarios.
- Facilitar las herramientas necesarias para que tanto el mismo paciente como la familia puedan hacerse cargo de los cuidados.

3 Metodología

Se ha realizado una amplia revisión de artículos en revistas científicas, así como estudios localizados en las bases de datos Scielo y PubMed principalmente.

Como palabras clave se han utilizado las siguientes: quimioterapia, efecto secundario, cáncer, tratamiento o neoplasia.

Únicamente me he servido de textos gratuitos e íntegramente en castellano.

4 Resultados

Los principales problemas a tratar son los siguientes:

Náuseas

Suelen aparecer a las 2-3 horas de la administración de la quimioterapia y pueden durar hasta 72 horas tras ella, nuestra labor consistirá en explicar estos tiempos para intentar disminuir la ansiedad del paciente ante la situación de no saber cuanto les durará el malestar.

Si estas náuseas fueran de repetición tras cada ciclo de quimioterapia administraríamos en siguientes sesiones antieméticos antes, durante y después del tratamiento de manera preventiva (siempre con prescripción médica).

Vómitos

Pueden ser de tres tipos:

- Anticipatorios (previos al tratamiento)
- Agudos (primeras 24 horas) son los más intensos pero breves en el tiempo.
- Retardados (post 24 horas) son los menos intensos, pero probablemente los más molestos por su duración en el tiempo pudiendo llegar hasta 4 o 5 días tras el tratamiento.

En este síntoma vigilemos la deshidratación, ya que si estos son graves y prolongados y no se trata a tiempo es probable que aparezcan trastornos electrolíticos asociados a esta deshidratación. Se recomendará al paciente un revestimiento mediante el consumo de agua o sueros orales según la gravedad y en caso de no ser suficiente habrá que canalizar una vía venosa para reposición hidroelectrolítica (prescripción facultativa).

Se desaconsejarán comidas pesadas, grasientas, frituras, picantes, alimentos que produzcan gases, alimentos con olores intensos, sabores fuertes, comidas muy calientes y el café o té, recomendando comidas ligeras, fáciles de digerir y en pequeñas cantidades, pero de manera frecuente.

Si esto no fuera suficiente además se recomendará tratamiento antiemético (prescripción facultativa) y se indicará pauta a seguir.

Diarrea.

La diarrea como consecuencia del tratamiento con citostáticos se define como aquella que presenta al menos 3 evacuaciones líquidas en las 24 horas siguientes a la administración de la quimioterapia con dolor y distensión abdominal.

Este efecto secundario frecuentemente aparece tras la utilización de antieméticos en grandes cantidades, como consecuencia de una mucositis grave.

Deberemos valorar y hacer un registro de peso, frecuencia en las deposiciones y alternativas en la dieta, así como el estado de deshidratación si existiese, la presencia de dolor abdominal y la frecuencia y consistencia de las deposiciones. Aconsejaremos al paciente dieta blanda (pollo hervido, arroz blanco, zanahoria, plátano) así como realizar comidas pequeñas y frecuentes. Se explicará la inconveniencia de tomar alimentos ricos en fibra o de difícil digestión.

Si con dieta no fuera suficiente se recomendará el uso de antieméticos (prescripción médica).

Estreñimiento.

Tras el tratamiento con algún tipo de citostático o por el abuso de antieméticos puede verse alterada la motilidad intestinal, lo habitual es que aparezca a partir del 5º día

El personal de enfermería recomendará una dieta rica en fibra y aumentar el volumen de líquidos ingeridos. También se les explicará la conveniencia, de dentro de lo posible, realizar ejercicio suave como caminar. Si con estos cambios no fuese suficiente podría hacer uso de laxantes orales o rectales.

Alopecia.

Es uno de los efectos secundarios más frecuente, aunque varía en función del tipo de tratamiento utilizado.

El problema a tratar se sitúa en el campo psicológico, haremos una evaluación del paciente de si la pérdida del cabello va a suponer un estrés o no para él. En caso afirmativo se hará un refuerzo positivo de actitud ante el problema, así como aconsejar no utilizar secador de pelo, horquillas o cualquier tipo de producto químico. Como posible solución les hablaremos de la alternativa de utilizar pañuelo o peluca.

Esofagitis o disfagia.

En ocasiones pueden presentar dolor o dificultad en la deglución. Este síntoma se puede ver disminuido comiendo purés y alimentos blandos y a poder ser fríos. También sería aconsejable evitar sustancias irritantes como el alcohol y el tabaco. Los pacientes que acuden a la consulta enfermera desde su domicilio, ya sea presencial o telefónicamente han visto aumentada su capacidad para resolver en sus domicilios sin precisar ingreso hospitalario estos efectos secundarios producidos por tratamientos con quimioterapia. Además, se consigue disminuir el estrés psicológico que pueden producir estas molestias o cambios físicos con una mayor capacidad para afrontarlo a nivel anímico, desarrollando estrategias de afrontamiento ante una situación que gracias a la labor enfermera deja de ser desconocida para ellos.

En el ámbito hospitalario es fundamental el apoyo por parte del personal para paliar estos efectos secundarios que podrían agravar su estado general, ya que en los casos de ingresos es habitual que esta sintomatología vaya asociada a otros procesos patológicos distintos o derivados de la propia enfermedad que requieran ingreso por la gravedad que presentan estos efectos no controlables en el domicilio. Tendremos a nuestro alcance los materiales y conocimientos adecuados para solventar la situación y que el paciente pueda retornar a su domicilio la

antes posible, para ello nos ayudaremos de la colaboración del médico que será el encargado de pautar medicación y de la auxiliar de enfermería como colaboradora en su bienestar físico mediante el aseo y ayuda en las ingestas.

En el ámbito familiar los cuidadores principales en muchas ocasiones ven mermada su capacidad de solventar estas situaciones por la carga de trabajo que puede suponer y por los roces que puedan presentarse con el enfermo encargado de su cuidado al ser ellos los encargados de dar las indicaciones a seguir, por lo que el refuerzo por parte de los profesionales contribuye a un mejor entendimiento entre ambas partes y un alivio para la familia.

5 Discusión-Conclusión

Para dar solución a este tipo de patología tan compleja se precisa de un equipo multidisciplinar formado por enfermera, médico y psicólogo o psiquiatra según el grado de afectación, ya que se trata de un proceso que afecta no solo a nivel físico sino también anímico y psicológico. Entre estos profesionales implicados son de vital importancia la categoría enfermera en ambos niveles, tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

De igual manera este personal es el encargado de interactuar no solo con el paciente sino con la familia o persona encargada de los cuidados para que tomen control de la situación que deben de afrontar.

6 Bibliografía

1. Shirley E. Otto. Enfermería Oncológica. Tercera Edición. Madrid, 1999.
2. Álvarez-Velásquez Santiago, Sanz-Valero Javier. Ventajas de la quimioterapia domiciliaria en los enfermos adultos con neoplasias, Alicante 2015.
3. Enfermería Clínica, Volume 24, Issue 1, 2014, pp. 51-62.
4. Belcher, A; Ph.D; R.N. Enfermería y Cáncer. Mosby/ Doyma; 1995.

Capítulo 73

ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA

REBECA GARCÍA PLAZA

PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ

ANA ANTEQUERA GÓMEZ

YOLANDA COLMENAR MARTÍN

1 Introducción

El Consejo de Europa define la situación de dependencia como: un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los que tienen que ver con el cuidado personal.

Por otra parte, la definición que aporta la OMS es la siguiente: la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana.

También establecen que la condición de dependencia implica factores internos y externos. Los factores internos están determinados por las condiciones de salud y

por el tipo de enfermedad de la persona. Los factores externos son representados como barreras y facilitadores en los ambientes.

La ayuda a la dependencia consigue que las personas cuidadoras puedan hacer uso de recursos y ayudas de tipo económico para poder enfrentarse mejor a la situación de cuidar.

La enfermera desempeña un papel importante en la atención a todos los niveles del paciente dependiente, a través de su seguimiento, bien por citas programadas, bien por citas a demanda por parte de la familia/ cuidador.

Su figura tiene como labor la identificación/atención de necesidades y riesgos del paciente, así como su red social, identificando al cuidador principal que será el interlocutor entre los servicios sanitarios y el paciente.

La intervención de enfermería en este tipo de casos persigue alcanzar los siguientes objetivos:

- Facilitar las condiciones para garantizar un mayor grado de autonomía de las personas en situación de dependencia, para que permanezcan en el entorno en el que desarrollan su vida siempre que sea posible.
- Ofrecer una atención integral, a través de medidas de prevención, rehabilitación, y ayuda psico-social.

2 Objetivos

Visibilizar y explicar el papel de la enfermería en la atención de las personas dependientes y la importancia de esta función

3 Metodología

Para este capítulo se ha recopilado y analizado información relevante y específica sobre el tema a desarrollar con el fin de actualizar o adquirir nuevos conocimientos mediante una revisión bibliográfica de literatura ya existente a través de protocolos estandarizados, guías de práctica clínica, vías clínicas y artículos relacionados. Las principales fuentes de búsqueda han sido en las siguientes bases de datos: Scielo, Cuiden, Pubmed y Medline.

4 Resultados

La situación de dependencia no es exclusiva de personas de avanzada edad, aunque si es el grupo más numeroso, ya que el nivel de dependencia aumenta

directamente proporcional con la edad, si atendemos al género, el sexo femenino es el predominante en cuanto a situación de dependencia, ya que las mujeres suelen ser más longevas que los hombres. Debido a esto se debe reconocer a las personas mayores frágiles como los principales subsidiarios de atención a la dependencia.

La OMS recomienda medir la salud en las personas mayores en términos de función, y más concretamente en términos de pérdida de función. Las personas mayores presentarán un mejor o peor nivel de salud en relación con la situación funcional, es decir, con el mayor o menor grado de discapacidad o de dependencia. Además de la edad, el estado de salud es una de las variables más fuertemente asociadas a la dependencia.

Si nos centramos en España, se presenta el índice más alto de envejecimiento no solo de Europa sino de todo el mundo.

En España se calcula que más de un millón de personas padecen algún tipo de dependencia (grave y/o severa) y de ellos el 80% alcanzan más de 65 años. Todo ello conlleva a la necesidad de al menos una persona para realizar las tareas imprescindibles de la vida diaria.

Además de la dependencia asociada a la edad existe una gran parte de la población con minusvalías derivadas de accidentes de tráfico, laborales, y patología degenerativa que implican un nivel de dependencia que se acrecienta con el paso del tiempo y que acarrea una mayor dependencia del cuidador que en la población anciana.

Los ámbitos en los que la enfermería está presente en el proceso de ayuda a la dependencia son los siguientes:

Comunicación con el paciente/familia: una comunicación adecuada tanto de la familia como del propio paciente con los sistemas sanitarios siendo la enfermería el primer nivel de contacto, va a repercutir en un mejor cuidado y vigilancia de posibles alteraciones futuras.

Ayuda burocrática y derivación a otras especialidades: la necesidad de ayudas externas para la persona con dependencia es muy habitual para minimizar efectos negativos propios del proceso, así como el impacto negativo que produce en la familia. Conocer las ayudas económicas, asociaciones, centros específicos de atención, reducen tiempos y facilitan el conocimiento de dichas entidades por parte tanto del cuidador como de la persona dependiente.

Rehabilitación, movilidad y transferencia: enseñanza de ejercicios más recomendables personalizados a cada paciente, así como de dispositivos para la movilidad en el caso de que sean necesarios.

Autonomía del paciente: necesidad de potenciar una conducta autónoma a través

de hábitos, refuerzos positivos en actividades básicas de la vida diaria como pueden ser la higiene el aseo y el arreglo personal.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermeras estamos capacitadas para el abordaje holístico de la atención a las personas en situación de dependencia.

Por ello nuestra presencia cada vez es mayor en más ámbitos profesionales de los cuidados asistenciales y preventivos para dicho colectivo de personas y sus familias, además de lo expuesto anteriormente, debemos formar parte de los equipos multidisciplinarios para definir los niveles de cuidados, así como para valorar las escalas de nivel de dependencia. Todo ello, no solo con objeto de centrarnos en la persona dependiente, sino con finalidad de ayudar y cuidar también al cuidador, pilar fundamental de la atención y detección de problemas reales y potenciales. Debemos subrayar el papel estratégico desempeñado por la enfermería entre el sistema público y el usuario; siendo una profesión de cuidados y pudiendo ofrecer nuestro servicio a la sociedad y aportando un trabajo que ofrece un valor sobreañadido en estas situaciones.

6 Bibliografía

1. Abades Porcel, M., & Rayón Valpuesta, E. (2012, diciembre). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Recuperado 2 de febrero de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002
2. Gala Fernández, B., Romeo López Alonso, S., & Pérez Hernández, R. M. (2006). La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención sociosanitaria a personas con dependencia. Recuperado 10 de febrero de 2021, de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/54/0709.php>

Capítulo 74

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO

FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA

REBECA GARCÍA PLAZA

PABLO VOZMEDIANO SÁNCHEZ

ANA ANTEQUERA GÓMEZ

YOLANDA COLMENAR MARTÍN

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la vejez es estimada como el período de la vida en el cual se verán deterioradas de manera fisiológica algunas de las funciones mentales y físicas, ya que va sucediendo paulatinamente y se origina una afectación evidente de las mismas siempre en comparación con períodos previos al avance de la edad.

En la actualidad Europa es un continente donde la natalidad se ha visto empujada y la población anciana ya supera en gran número al de nacimientos, obteniendo así una población en general envejecida. En España está sucediendo lo mismo e incluso en muchas de las regiones se ve superada la media europea de población anciana.

En España se ha sobrepasado el límite de los dos millones de personas mayores de 65 años que viven solos, de todos ellos 850.000 personas mayores de los 80 años, estamos ante un condicionante que indudablemente ayuda y favorece la depresión.

La soledad, en la mayoría de las veces, no es elegida, y esta puede venir derivada de la viudedad, o la ausencia de los hijos, o incluso de la marginación social.

Hay muchas enfermedades y en los trastornos coligados a la vejez, pero quizás la que pasa más desapercibida es la depresión, que por desgracia puede que sea la que más afecte en todos los contextos a la persona anciana.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir e indicar los síntomas depresivos en el anciano y su relación con otros síntomas sobrevenidos de diferentes patologías.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es necesario exponer el tema desde varios puntos de vista:

- Uno de ellos sería el problema clínico: concerniente con la salud de los ancianos, enfermedades más comunes, enfermedades concomitantes y del deterioro cognitivo.
- Así como el problema social: referente al aislamiento social y a la soledad en el anciano. La soledad de los ancianos institucionalizados y en situación de abandono.

La depresión no es apreciada solo como un sentimiento de tristeza o desgana, ya que conlleva una gran problemática asociada a toda la esfera biopsicosocial en el contexto holístico del individuo. Es una de las mayores problemáticas de salud

y por supuesto de mayor impacto en las personas mayores, además de afectar a sus familias.

Los individuos con depresión en la vejez tienen una mayor probabilidad de soportar otras enfermedades y por tanto, se podrán convertir en pacientes polimedicados, llegados a este punto se tendrá que tener un mayor control a nivel sanitario de los mismos. Ya que es un problema bidireccional.

Los problemas como el dolor pueden derivar en la depresión y esta, a su vez, puede originar el agravamiento de otras enfermedades como las cardiopatías, muy comunes en la vejez.

El deterioro cognitivo que presente en gran parte de la población anciana es acostumbrado que se dé en conjunto en ancianos con depresión, y a su vez esta patología puede ser condicionante de riesgo para el deterioro cognitivo. Además, desde el punto de vista social, la situación actual no ayuda al anciano.

Hay que tener en consideración a los ancianos institucionalizados, ya que tampoco se encuentran en unas situaciones idóneas por los siguientes condicionantes:

- Sentimiento de que le abandonan en la residencia.
- Limitaciones del uso del dinero.
- Sensaciones de desarraigo de su entorno habitual.
- Adaptación a los reglamentos que dan lugar a un sentimiento de minusvalía.

Como podemos ver nos enfrentamos a una problemática de primer orden que afecta y afectará a las generaciones futuras y que necesitará del apoyo y de la colaboración de toda la sociedad

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión y opinión a la que llegamos del trabajo es la necesidad de la colaboración entre médicos de familia y/o de las instituciones que acogen al anciano.

Es necesario la estimulación a los ancianos deprimidos, aunque del artículo extraemos que no es suficiente con recomendar actividad o ejercicio, ya que la depresión es una patología en la que puede presentarse anhedonia, rechazando realizar cambios en los hábitos de vida.

Es esencial usar la farmacoterapia y la psicoterapia como tratamiento. Cabe destacar que se debe saber identificar y reformular los pensamientos negativos, estar siempre alerta de posibles tendencias suicidas y evaluar el riesgo de una manera profesional.

La sociedad, cada vez más envejecida, debe involucrarse en proteger a su población anciana y en volcarse en un estudio integral de sus patologías, ya que la mayoría de las veces la depresión surge de forma silente y dificulta su identificación.

6 Bibliografía

1. Molés Julio María Pilar, Esteve Clavero Aurora, Lucas Miralles María Vicenta, Folch Ayora Ana. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 2022 Feb 03] ; 18(55): 58-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300003&lng=es. Epub 21-Oct-2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>.
2. Urbina Torija Juan Román, Flores Mayor José Miguel, García Salazar María Pilar, Torres Buisán Luis, Torrubias Fernández Rosa María. Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* [Internet]. 2007 Feb [citado 2022 Feb 03] ; 21(1): 37-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000100008&lng=es.
3. M.ABADES PORCEL, E.RAYÓN, VALPUESTA-GEROKOMOS 2012. "El envejecimiento en España ¿un reto o un problema social".
4. J.GENÉ-BADÍA, M.RUÍZ-SANCHEZ, N.OBIOLS-MASÓ. Atención Primaria, 2016 Elsevier. Aislamiento social y soledad ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria.
5. [HTTPS://WWW.GERIATRICARE.COM](https://www.geriatricare.com) Depresión y deterioro cognitivo en mayores.
6. INTRAMED. " Depresión en el anciano".

Capítulo 75

EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

TERESA ROVIRA CAÑIZARES

RUBÉN MARTÍNEZ PARRILLA

ANA ISABEL MONTERO LÓPEZ

MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES

NURIA GALLEGO DEL RÍO

1 Introducción

Los cuidados paliativos tienen como finalidad aliviar y prevenir los síntomas derivados de la enfermedad terminal que padece el paciente. No solo se centran en los cuidados físicos, sino que también tiene un abordaje biopsicosocial asociado, generando así una mejor calidad de vida del paciente y sus familias en estas situaciones.

Los cuidados paliativos no solo se centran en la fase final de la vida, sino que desde el principio del diagnóstico se comienza a trabajar con dichos pacientes. La enfermedad terminal, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, engloba varios elementos: enfermedad avanzada y progresiva e incurable, falta de

respuesta al tratamiento, presencia de varios síntomas multifactoriales y en constante cambio, gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico y finalmente un pronóstico de vida limitado.

Son distintas las áreas donde se proporcionan estos cuidados, no solo centrándose en el cáncer, sino que también se pueden ofrecer en otras enfermedades como la demencia, enfermedades cardiovasculares.

Son varios los profesionales que abordan este ámbito no solo médicos y enfermería, sino también psicólogos, capellanes, fisioterapeutas, nutricionistas. La enfermería cumple un importante trabajo en el cuidado de estos pacientes en el final de la vida, promoviendo el bienestar no solo del paciente sino también de la familia.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es definir enfermedad terminal y cuidados paliativos y conocer cuáles son los principales cuidados de enfermería en los pacientes terminales.

3 Metodología

Para la realización de este presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en artículos y en las principales base de datos como Pubmed y el buscador de Google con palabras clave, así como en los principales artículos.

4 Resultados

Cuidados principales que enfermería debe proporcionar:

- Cambios posturales cada dos horas debido a que la paciente es totalmente dependiente, para evitar así la formación de úlceras por presión. Proporcionar apoyos en prominencias óseas, cabeza apoyada. Sería adecuado el uso de colchón anti-escaras. Evitar la formación de arrugas en la ropa de cama, mantenerla siempre limpia y seca.
- Apoyo emocional a paciente y familia en esta situación.
- Control del dolor crónico: administrando analgésicos y controlando los factores que pueden disminuir o eliminar la experiencia del dolor.

- Vigilancia de la piel, pies (aplicando el uso de taloneras), higiene oral (puede haber efectos secundarios debido a los tratamientos de quimioterapia).

- Manejo ambiental, mejorar el confort de la paciente.

Durante un mes se realizaron visitas domiciliarias cada 3 días y a demanda de la familia. Hace dos días se inició la sedación con medicación subcutánea para el alivio de los síntomas de la paciente, quedando desde entonces tranquila y confortable. Esta misma mañana la paciente ha fallecido, acudimos al domicilio para el apoyo psicológico de la familia.

Los principales síntomas son:

- No alergias medicamentosas conocidas.

- Antecedentes personales: Hipertensión.

- No hábitos tóxicos conocidos.

- Medicación actual: parches de morfina 1 c/2 días por mala tolerancia vía oral.

- Constantes vitales en rango a excepción de la temperatura de 37,9 °C.

- Exploración física: Desorientación constantemente, piel deshidratada, encajada, completamente dependiente, linfedema en miembro superior derecho.

La enfermedad terminal, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) engloba varios elementos: enfermedad avanzada y progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento, presencia de varios síntomas multifactoriales y en constante cambio, gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico y finalmente un pronóstico de vida limitado.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos son a día de hoy un pilar fundamental para pacientes y familias, donde encuentran un apoyo importante para poder dar el mejor final de vida al paciente enfermo.

Existe un modelo de Cuidados Paliativos que tiene un pilar muy básico de la visión global del paciente, buscando el máximo bienestar a través de los cuidados paliativos proporcionados por la enfermería.

Como conclusión de este caso clínico expuesto anteriormente, debemos mencionar el papel importante de la enfermería en los pacientes terminales. La enfermería proporciona cuidados de calidad, mejorando la asistencia sanitaria, unificando y dando continuidad a los cuidados de estos pacientes.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Pubmed

Capítulo 76

EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

TERESA ROVIRA CAÑIZARES

RUBÉN MARTÍNEZ PARRILLA

ANA ISABEL MONTERO LÓPEZ

MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES

NURIA GALLEGO DEL RÍO

1 Introducción

El Síndrome de abstinencia neonatal hace referencia al conjunto de síntomas y manifestaciones provocados en el recién nacido tras la retirada de drogas con alto grado de adicción, consumidas por la madre durante el embarazo. Cursa con afectación nerviosa a nivel central y gastrointestinal, ocasionando en el recién nacido temblores, irritabilidad, fiebre, pérdida de peso excesiva, diarrea, vómitos, irregularidades en la conducta, etc. Suelen aparecer durante los primeros días de vida y afecta al 55-94% de los recién nacidos con madres consumidoras de opioides.

El consumo de drogas de la madre durante el embarazo, puede tener consecuencias para el recién nacido, siendo la manifestación más frecuente el síndrome de

abstinencia neonatal (SAN). Esto es debido al cese de dichas drogas en el momento del parto.

Para prevenir este problema y para cuidar al recién nacido los profesionales enfermeros de diferentes ámbitos como la atención primaria, servicios especiales o unidades de hospitalización pediátrica tienen una responsabilidad, y se encuentran en una posición privilegiada para realizarlo.

El preocupante aumento de la drogadicción en la sociedad actual no excluye a la mujer embarazada. El consumo y dependencia de sustancias adictivas se ha convertido en un serio problema de salud pública por la alta morbilidad materno-fetal. El consumo de sustancias tóxicas, tanto legales como ilegales, provoca una situación de riesgo para la salud de la madre, el feto y el recién nacido.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería que necesita el recién nacido con síndrome de abstinencia.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave “cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal”.

4 Resultados

El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) provoca un aumento de la estancia hospitalaria de los neonatos, resultando crucial el diagnóstico precoz de las gestantes consumidoras, así como la determinación del tipo de droga a la que se exponen tanto ellas como el feto, para minimizar los riesgos de mortalidad y morbilidad, los efectos secundarios en ambos y los costes económicos sanitarios. El síndrome de abstinencia neonatal es el conjunto de manifestaciones clínicas que sufre el recién nacido (RN) al ser expuesto de forma crónica a una serie de sustancias durante su gestación en el útero materno. Según la Asociación Española de Pediatría, tras el nacimiento el síndrome de abstinencia neonatal (SAN) aparece en el 70% de los bebés de madres consumidoras.

Los riesgos de estos recién nacidos comienzan inmediatamente tras el nacimiento, por lo que es fundamental disponer de personal sanitario cualificado y con experiencia capaz de detectar los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal (SAN) y proporcionar las medidas de confort necesarias.

Los cuidados específicos que precisará de enfermería para el recién nacido serán los siguientes:

- Vacunación e inmunoglobulinas de hepatitis B. (en el caso de madres con HBsAg +).
- Aislar en incubadora.
- Disminuir estímulos sensoriales: luz, ruidos y manipulaciones.
- Ropa holgada (pueden presentar abrasiones cutáneas).
- Casos graves: retrasar la alimentación oral.
- Tomas frecuentes y escasas a demanda, teniendo una necesidad calórica mayor en muchos casos.
- Acunar, inmovilizar, contacto piel con piel.
- Monitorización neurológica.
- Musicoterapia.
- Masaje de relajación muscular.
- Monitorización de líquidos.
- Vigilancia de la piel.

No obstante, el concepto de “síndrome de abstinencia neonatal” también incluye la exposición a otro tipo de sustancias como los barbitúricos, las benzodiacepinas, la cocaína, el alcohol o el tabaco. En la mayoría de los casos, el consumo de opioides va unido al policonsumo con otras sustancias.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería tiene un papel fundamental no solo en el cuidado de los recién nacidos con SAN, sino también en la educación sanitaria en madres consumidoras de drogas durante el embarazo, pudiendo evitar así, la aparición del SAN en los recién nacidos.

Para poder realizar unos cuidados de enfermería adecuados, es importante conocer previamente los signos y síntomas que caracterizan el síndrome de abstinencia neonatal (SAN), así como los diferentes métodos de valoración y diagnóstico (historia clínica materna, pruebas toxicológicas y escalas de valoración). El tratamiento farmacológico se iniciará en caso de que los cuidados de enfermería no sean suficientes.

6 Bibliografía

- https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685178/serrano_ferreiro_andreatfg.pdf
- <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42061/TFG-H1972.pdf?sequence=1>

Capítulo 77

EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

TERESA ROVIRA CAÑIZARES

RUBÉN MARTÍNEZ PARRILLA

ANA ISABEL MONTERO LÓPEZ

MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES

NURIA GALLEGO DEL RÍO

1 Introducción

Un donante vivo es quien de manera voluntaria decide a lo largo del trayecto de su vida ceder un órgano o parte de este a otra persona. Generalmente, se tratará de una donación no dirigida, también conocida como de “buen samaritano” en la que donante y receptor nunca llegarán a conocerse, es anónima. Pero este tipo de donaciones ofrece otras alternativas: si la donación va dirigida a un ser querido, no existe principio de anonimato y, en la llamada donación doble y cruzada, la donación se dirige a una persona determinada que previamente no se conocía. La donación se considera un acto personal en el que un individuo se solidariza con otro para mejorar su calidad de vida. Debe ser un gesto anónimo, voluntario y gratuito que se realiza únicamente para ayudar a los demás. Podemos ser un donante vivo o un donante fallecido, bien por muerte cerebral, bien por muerte por asistolia.

Del donante fallecido se extraerán los órganos por su voluntad anticipada o bajo autorización, siempre y cuando no conste la oposición de la persona en vida. Este hecho demuestra que la actitud poblacional hacia la donación será crucial, personas altruistas que mejoren las condiciones de quienes más lo necesitan. Gracias a ellos, pacientes que, con una situación muy complicada en sus vidas, sienten la muerte muy cerca por afecciones avanzadas, cambiarán sus expectativas al verse incluidos en la donación con esperanzas de un futuro mejor.

2 Objetivos

Averiguar la información de la población y profesionales sanitarios respecto a la donación.

- Reflexionar sobre la falta de conocimiento de los enfermeros en donación.
- Proponer una mejora de formación hacia los profesionales sanitarios.

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 “donación de órganos”.

4 Resultados

Tras encuestar a adolescentes del sureste de España, evidenciaron que su información acerca de la donación y trasplante era escasa, que no discutían el tema en medios sociales y que la mayoría tenía miedo a la mutilación.

En la comunidad de Murcia en el año 2005 se profundizó en la opinión de la población general. A través de una encuesta validada, pretende conocer las variables que influyen en las percepciones de la población mayor de 15 años, concluyendo que “el perfil desfavorable hacia la donación de órganos es un hombre o mujer, > 50 años, con estudios primarios inferiores, sin experiencia sobre el tema, que desconoce el concepto de muerte encefálica y la opinión de su pareja hacia la donación, que no ha obtenido información sobre donación a través de foros especializados, con opinión desfavorable hacia la donación de sangre y actividades prosociales y temeroso de la manipulación de su cadáver tras fallecer.

Desde atención primaria se promueve mayoritariamente la salud comunitaria, lo que incluye la donación. Así, Conesa C y Ríos A afirman que el 22% del personal de un centro de salud está en contra de la donación por falta de conocimiento sobre el concepto de muerte cerebral y por temor a la manipulación de la persona fallecida.

El estudio realizado por Montero Salinas A. en el año 2018, se centra en la opinión del personal sanitario de un hospital de tercer nivel y obtiene a través de un cuestionario ad hoc sobre aspectos psicosociales que solo un 35% de los encuestados están bien informados en donación. Además, aunque el 60% de los encuestados eran mujeres, el conocimiento es mayor en hombres.

Pattarini A, Llanos E, Suárez M (Buenos Aires-2004) realiza una investigación llamada: “Nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre Procuración de Órganos y Tejidos” cuyo fin era conocer el nivel de información en enfermería, concluyendo que el 70% de las enfermeras desconocía la posibilidad de donación con todas sus alternativas siendo necesario reforzar su capacitación en el tema.

5 Discusión-Conclusión

Diversos estudios han demostrado que no solo la población general presenta falta de información, sino que los profesionales sanitarios también son desconocedores de muchos temas referentes a la donación de órganos, lo que hace que no puedan participar como deberían en la educación poblacional.

Siendo Enfermería una carrera universitaria que permite a los estudiantes vivir experiencias cercanas con donantes y formarse en el ámbito de la donación, debería servir también como gran fuente de información y preparación.

Por lo tanto, sería de gran utilidad un mejor plan formativo en este aspecto tanto para los estudiantes como para profesionales sanitarios, elaborando protocolos que unifiquen los criterios y cualificándolos para la captación futura de órganos, ayudando con ello a muchas personas que lo necesitan.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed

Capítulo 78

CASO CLÍNICO: CÁNCER DE MAMA ESTADIO IV EN FASE TERMINAL

MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO

SARA VILLEGAS MENOR

ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres cuya mortalidad oscila las 500.000 muertes anuales en el mundo. No obstante, los nuevos tratamientos y las campañas de cribado han aumentado la supervivencia de esta enfermedad. Aun así, alrededor del 20% de las pacientes operadas, sufren recaídas metastásicas y fallecen por esta causa.

El diagnóstico precoz de la enfermedad mejora los resultados del tratamiento. Existen una serie de factores de riesgo que predisponen a padecer la enfermedad. Entre ellos encontramos:

- Edad superior a 45 años.
- Nivel socioeconómico y educacional alto.
- Primiparidad o embarazos poco numerosos o de riesgo (ejem: ser madre con más de 40 años).
- Estilo de vida sedentario y un alto IMC presentando sobrepeso u obesidad junto al consumo de alcohol.
- Factores hereditarios: presentar familiares de primer grado con la misma patología y ser portadora del gen BRCA aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama u ovario más del 60%.

- Presencia de lesiones mamarias tales como nódulos mamarios, retracción del pezón o cambios en la forma, edemas, eritemas y/o adenopatías axilares unilaterales.
- Terapia sustitutiva hormonal o radioterapia previa de mama.

El cáncer de mama se suele iniciar en los conductos mamarios dando lugar a un carcinoma intraductal. Esta patología no es maligna en sí, pero si no se trata puede transformarse en un tumor maligno e invasivo. Aquí es donde estaríamos hablando del cáncer de mama. Según su extensión, podemos clasificarlo en 4 estadios:

- Estadio I: tumores pequeños sin metástasis.
- Estadio II: tumores de un tamaño superior a 2cm o con metástasis moderada axilar.
- Estadio III: tumores de mayor tamaño con gran afectación axilar, de la piel o del músculo pectoral.
- Estadio IV: tumor con metástasis en órganos distantes (pulmón, hueso, cerebro...)

El pronóstico de la enfermedad disminuye en cuanto aumenta el estadio del cáncer siendo la supervivencia en 5 años menor en un cáncer estadio IV (25%) que un cáncer estadio I (95%).

Los signos y los síntomas de cáncer no suelen aparecer hasta que la enfermedad está desarrollada e instaurada en el organismo. De ahí la importancia de las mamografías asintomáticas y de los cribados siendo la posibilidad de curación en estos casos superior al 90%. Entre los signos y síntomas más comunes encontramos:

- Tumoración de mama.
- Cambios de coloración y consistencia de la mama (enrojecimiento, piel de naranja).
- Bultos axilares.
- Eccema del pezón.
- Retracción del pezón y secreción de sustancias anómalas.
- Linfedema del brazo.

Ante estos signos y síntomas, la mujer debe acudir de forma inmediata a su médico. La detección sintomática del cáncer de mama también puede ser curada, pero precisará de un tratamiento más específico y prolongado. Si tenemos sospecha de cáncer de mama, para confirmar el diagnóstico deben realizarse pruebas de imagen (mamografía, ecografía y resonancia magnética) y una biopsia

para identificar la naturaleza de las moléculas. Después, se determina la extensión del tumor siendo necesarias pruebas más específicas (TAC, gammagrafía ósea) en casos muy avanzados.

El tratamiento de esta enfermedad es diferente dependiendo del estadio en el que se encuentre. En los estadios I, II y III se incluyen, por un lado, el tratamiento local (cirugía + radioterapia) y tratamiento farmacológico complementario. El orden del tratamiento depende de la composición molecular del cáncer y debe ser consensuado y aprobado por un comité de expertos. Los objetivos del tratamiento son favorecer la recuperación de los pacientes evitando al máximo posible los efectos adversos que el tratamiento pueda producir. Por ello, se priorizará la cirugía conservadora de mama y la biopsia selectiva del ganglio centinela sobre la mastectomía y linfadenectomía axilar. En el estadio IV puede tratarse con tratamiento hormonal los primeros años y después optar por la quimioterapia.

2 Objetivos

Realizar un caso clínico sobre una paciente con cáncer de mama estadio IV que acude a urgencias por un deterioro generalizado.

3 Caso clínico

Se nos presenta una paciente de 55 años con un peso de 65 kg y talla de 1,70 (IMC = 22,49). No presenta alergias conocidas, es diabética tipo 1 y fumadora pasiva. Vive en Porzuna junto con su hija de 11 años y su marido. Ejerció de profesora de infantil hasta la detección del cáncer en 2014.

ANTECEDENTES:

- Personales: o Cáncer de mama en estado IV con metástasis cerebelosas y parietales. Tratada con quimioterapia y radioterapia en 2017. o Hepatitis C crónica. o Parálisis facial izquierda.
- Quirúrgicos: intervenida quirúrgicamente de cáncer de mama derecho y metástasis en cerebelo y parietal.
- Familiares: su abuela y su madre fallecieron por cáncer de mama. Padre diabético e hipertenso.

HISTORIA ACTUAL DEL PROBLEMA: La paciente acude a urgencias del Hospital General de Ciudad Real por un deterioro generalizado. Tras realizar pruebas de imagen, podemos afirmar que la paciente presenta una progresión de

cáncer de mama con metástasis óseas, cerebelosas, hepáticas suprarrenales y carcinoma peritoneal. Tras los datos obtenidos y la imposibilidad de recibir cuidados paliativos en el domicilio, el facultativo de urgencias determina su ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos.

El tratamiento actual de la paciente es el siguiente:

- Dexametasona 4mg intravenosa cada 8 horas
- Heparina de 40mg/0,4ml subcutánea a las 19 horas.
- Cloruro mórfico 5mg subcutánea S/P.
- Parche de fentanilo 12 mcg/h transdérmico cada 72 horas.
- Paracetamol de 1 g intravenoso cada 8 horas.
- Haloperidol 5mg/ml subcutáneo a las 17 horas y a las 23 horas.
- Midazolam 5mg/ml subcutánea cada 6 horas.
- Ondasetrom 4 mg/2ml intravenosa cada 8 horas.
- Pantoprazol 40 mg intravenoso a las 8 horas.

VALORACIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADOS NECESARIOS:

Comenzamos valorando la esfera cognitiva. La paciente presenta dificultad para comunicarse debido a la parálisis facial y al desconocimiento del idioma. Presenta delirios y episodios de desorientación. Muestra respuesta al dolor señalando con cierta dificultad, la parte del cuerpo de donde proviene dicho dolor. Precisa analgesia para su control.

En cuanto al estado de la piel, la paciente presenta buena coloración y no presenta heridas ni UPP. Tampoco presenta eritemas ni edemas en ninguno de sus miembros. La paciente presenta ojos secos, por lo que se recomienda poner un parche durante la noche en el ojo izquierdo.

Hemodinámicamente, la paciente presenta constantes inestables con una tensión tendente a la hipertensión (190/90) con 80 lpm. Presenta buena oxigenación, pero precisa de gases nasales a 3l para garantizarla. En cuanto a la temperatura, la paciente se encuentra afebril (36,5°). Presenta glucemias elevadas en comida (>200 mg/dl) que se corrigen con insulina rápida según pauta.

En cuanto a las necesidades digestivas, la paciente apenas ingiere alimentos por boca presentando grandes dificultades para la ingesta de sólidos y líquidos (disfagia). Actualmente, tiene una dieta especial con yogures y zumos para diabéticos. En las últimas ingestas, presenta mala tolerancia llegando incluso a vomitar la comida precisando de ayuda farmacológica para disminuir las náuseas y vómitos. Tras estos últimos eventos, se decide pasar a la paciente a dieta absoluta.

A nivel eliminatorio, la paciente es doble incontinente por lo que precisa pañal. Presenta alteraciones en el ritmo intestinal con alternancia de episodios de estreñimiento y diarrea. No es portadora de sonda vesical. Se lleva a cabo el control de la diuresis con una diuresis que oscila de entre 500-600 ml por día.

La paciente permanece encamada siendo totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Por sí misma, es incapaz de mantener un buen estado de salud precisando ayuda para alimentarse, vestirse, ducharse, etc. (Índice de Barthel < 20, dependencia total).

4 Discusión-Conclusión

Nuestra paciente presenta factores de riesgo que le predisponían a padecer cáncer de mama (sexo femenino, ser madre tardía y antecedentes familiares). A pesar de realizarse una mastectomía y ser tratada con quimio y radioterapia, la paciente presentó una recidiva de la enfermedad con un aumento de la afectación de órganos sistémicos que le imposibilita llevar su vida con normalidad. Ante esta situación, se han optado por medidas paliativas de confort donde todo el personal sanitario juega un papel esencial. Destacamos el trato empático con el paciente y sus familiares en esta fase de aceptación de cambios y de duelo ofreciendo un abordaje integral e individualizado en cada uno de los casos. La ayuda y seguimiento por parte del psicólogo es fundamental.

5 Bibliografía

1. Martín, M.; Herrero, A.; Echavarría, I.(2015). “El cáncer de mama”. Arbor, 191 (773): a234. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>
2. Cáncer de mama. MedlinePlus [Internet]. 2002 [citado el 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/breastcancer.html>
3. Ramírez ME. Cáncer de mama. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2’28 [citado el 23 de septiembre de 2022]; 2 (01):8-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81708>

Capítulo 79

ENFERMERÍA Y LA LEUCOPLASIA VERRUCOSA PROLIFERATIVA

SARA VILLEGAS MENOR

MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO

ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA

1 Introducción

La leucoplasia verrucosa proliferativa es una variante de la leucoplasia oral que se caracteriza por la aparición inicialmente de una única placa blanca de color blanco, con apariencia homogénea pero con tendencia a posteriori de ir ampliando la zona lesionada y presentar varios focos.

Se trata de una patología idiopática, tanto en el origen del inicio de la lesión como la causa desencadenante de su transformación maligna. Las causas desencadenantes que se plantean como posibles factores etiológicos de la enfermedad son el consumo de tabaco, los virus, fundamentalmente el virus del papiloma humano (VPH) y el virus de Epstein-Barr y las alteraciones genéticas, siendo atribuido básicamente a alteraciones del gen p53.

Prácticamente, la podemos localizar en la mayor parte de las estructuras de la cavidad oral, aunque manifiesta predilección por las mucosas yugales, la zona gingival y los procesos alveolares.

En cuanto a la prevalencia por sexos, es mucho más común en mujeres que en hombres, presentándose entre un 75-80% en mujeres. La edad media de aparición de la enfermedad se sitúa sobre los 70 años, aunque se trata de una patología que puede afectar a partir de la tercera década de la vida.

La sintomatología en el inicio del proceso suele pasar desapercibida pudiendo llegar a ser muy dolorosa en el caso de transformación maligna.

2 Objetivos

- Determinar el porcentaje de transformación en cáncer oral de la leucoplasia verrugosa proliferativa en la época actual.
- Profundizar en los conocimientos de la leucoplasia verrugosa proliferativa.
- Conocer la eficacia de los tratamientos de la patología

3 Metodología

El presente trabajo de investigación se ha realizado mediante el modelo de revisión bibliográfica de la literatura, utilizando la base de datos: Pubmed, restringiendo la búsqueda de información a las revisiones sistemáticas y los metaanálisis publicados en los últimos cinco años.

4 Resultados

Todos los estudios valorados coinciden en indicar que la leucoplasia verrucosa proliferativa presenta una tasa de malignización de aproximadamente un 50 %, siendo el carcinoma epidermoide basal el tipo de carcinoma más frecuente con un 60 % de los casos.

En casi la mitad de los pacientes en los que se ha producido la malignización, llegaron a presentar más de un tumor en la cavidad oral, en una localización distinta del tumor original.

La localización más frecuente donde se maligniza la Leucoplasia vellosa con casi el 40 % de los casos en la zona gingival.

En cuanto al sexo, las mujeres presentan una mayor tasa de malignización que los hombres

A nivel histológico, supone mayor riesgo de malignización un displasia celular moderada/severa que una displasia leve.

Por los datos obtenidos se descarta el tabaco como factor etiológico fundamental para la aparición de leucoplasia verrucosa proliferativa (a diferencia de leucoplasia oral), ya que no se ha encontrado una correlación significativa entre los pacientes que fumaban y los que desarrollaban la patología, al igual que ocurre con el consumo de alcohol de forma habitual.

En la actualidad, no disponemos todavía de ningún tipo de biomarcador que pueda ayudarnos a predecir la aparición de la enfermedad.

La tasa de supervivencia a los 4 años se sitúa en el 100 %.

Ninguna de las técnicas terapéuticas utilizadas en la actualidad parecen ser completamente efectivas contra la patología. Ni la cirugía convencional, ni la escisión de la lesión con láser de CO₂, ni la instauración de un tratamiento con fármacos (tratamiento quimioterápico con el uso de bleomicina tópica) para conseguir evitar la frecuente aparición de recurrencias, ya que estas se presentan casi en el 70

% de los casos y de una forma muy rápida.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy la leucoplasia verrucosa proliferativa es una gran desconocida tanto en lo referido a su etiología como en lo referente a su tratamiento efectivo.

En las consultas odontológicas debemos esforzarnos en realizar un examen lo mas riguroso de nuestros pacientes a fin de poder identificar los signos clínicos de la enfermedad con el objetivo de poder identificarlos lo más tempranamente posible.

Se necesitan muchos más estudios sobre el tema para poder llegar a conocer mejor la enfermedad y las posibles alternativas efectivas del tratamiento para llegar a poder prevenir tanto la aparición de la enfermedad, la malignización de la misma y las frecuentes recurrencias.

6 Bibliografía

1. Torrejón-Moya A, Jané-Salas E, López-López J. Clinical manifestations of oral proliferative verrucous leukoplakia: A systematic review. J Oral Pathol Med Off. Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol. mayo de 2020;49(5):404-8.
2. Ramos-García P, González-Moles MÁ, Mello FW, Bagan JV, Warnakulasuriya. S. Malignant transformation of oral proliferative verrucous leukoplakia: A systematic review and meta-analysis. Oral Dis. noviembre de 2021; 27 (8): 1896-907.

Capítulo 80

TERAPIA DE COMPRESIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERA VENOSA

LETICIA SANDOVAL VALLEJO

1 Introducción

Las úlceras venosas, también llamadas varicosas o de estasis, son, según estudios, las más frecuentes, hasta un 80-90% del total de las úlceras vasculares.

Son lesiones en las que hay pérdida de sustancia, localizadas, generalmente en la mitad inferior de la pierna, en el área perimaleolar y sobre todo en la zona supramaleolar interna.

Se las relaciona directamente, con insuficiencia venosa, y se podría decir que son el último grado de una insuficiencia venosa.

Van acompañadas, generalmente de diferentes lesiones en la piel, y signos habituales en situaciones de insuficiencia venosa, como edema, varículas, pigmentación.

La terapia compresiva se puede decir que es el método más eficaz en el tratamiento de estas úlceras, debido a que disminuye el edema, favorece el retorno venoso, mejora la circulación y, por tanto, interviene en el control de la hipertensión venosa.

Generalmente, a excepción de casos en los que pueda haber una arteriopatía periférica de moderada a grave, las lesiones en miembros inferiores, y sobre todo las úlceras venosas, se beneficiarían de este tratamiento.

La terapia compresiva es un tratamiento seguro, y efectivo en el manejo de las úlceras venosas, ya que reduce el edema, mejora el drenaje linfático, aumenta el

flujo sanguíneo y disminuye la acumulación venosa, tiene efecto antiinflamatorio, y mejora el flujo arterial. No obstante, antes de aplicar una terapia compresiva, debemos realizar una evaluación minuciosa del paciente, del miembro afectado y úlcera o herida. Realizaremos un índice tobillo-brazo (ITB) para descartar una posible arteriopatía.

2 Objetivos

Describir cómo identificar este tipo de úlceras o heridas crónicas, las cuales necesitan curas y cuidados, a veces diarios, ya que afectan negativamente a la calidad de vida de los pacientes que las padecen.

3 Caso clínico

ANTECEDENTES PERSONALES

NAMC

ANTECEDENTES PERSONALES

Sin interés para patología venosa.

ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer, 46 años. Fumadora esporádica. No bebedora habitual.

Trabaja como dependiente en centro comercial.

Qx: fractura de tibia/peroné izquierdos, luxación mandibular, Intervenido de varices en MID

Medicación previa : No tratamientos crónicos.

HISTORIA ACTUAL

EXPLORACIÓN FÍSICA : Pulsos distales conservados. Dermatitis ocre en cara interna de tobillo derecho. Cicatrices en maléolo externo e interno de MII secundarias a cirugía de fractura de tibia y peroné presentes. Varices en pantorrilla derecha y cara anterior de muslo.

RESUMEN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS : Ecodoppler MID: insuficiencia de cayado de safena externa (doble, hace un ojal) con salida por R3 infragenicular que no contacta con safena interna. Insuficiencia también de cayado de safena anterior

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS : Se realiza cirugía de varices en MID (ligadura de cayado de la VSE derecha + Flebectomía complementaria en pierna) La inter-

vención transcurre sin complicaciones. El paciente es alta con puntos y revisión en nuestras consultas.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL : Enfermedad venosa crónica con varices asociadas (CEAP grado 2)

TRATAMIENTO : Recomendaciones : Lavar heridas con agua y jabón Curas con Betadine líquido de heridas quirúrgicas. Media elástica de compresión fuerte en MID hasta raíz de muslo durante 3-4 semanas. Caminar diariamente, al menos una hora. Retirar puntos en su centro de salud en 8-10 días. Fármacos. hep 4500: una inyección subcutánea al día durante 10 días. Si dolor Paracetamol 1 gramo cada 8 horas.

OTRAS RECOMENDACIONES Solicitar revisión en Consultas Externas de C. Vascular para dentro de 2 meses. Acudirá mañana día a revisión a las 10: a Consultas Externas de Cirugía Vascular. Alta laboral en 2 semanas.

A los 6 meses de la IQ, coincidiendo con época de aumento de carga de trabajo, acude al centro de salud, con herida en región supramaleolar interna, que apareció hace unos días, que curó con betadine, pero que transcurridas ya 2 semanas, observa que no cicatriza, y aumenta de tamaño.

Estamos ante un caso de insuficiencia venosa crónica, en la cual, un desencadenante, posiblemente traumático, sobre una lesión preulcerosa, o incluso de forma espontánea, ha hecho que aparezca una úlcera venosa.

La paciente refiere un discreto prurito de la zona días previos a la aparición de la lesión.

Se trata de una lesión de forma oval, con bordes suaves, algo escavados, de color rojo violáceo brillante, fondo rojo por congestión, pulsos presentes y poco dolorosa. No se observan signos de infección actualmente.

4 Discusión-Conclusión

Estamos ante una úlcera venosa-varicosa, cuyo desencadenante ha podido ser un discreto traumatismo sobre una piel preulcerosa.

En estos casos, suele existir una flebostasis previa, debida a una insuficiencia válvulas de las venas, lo que contribuye a la aparición de la lesión con tendencia a recidiva y a cronificarse.

Es fundamental prevenir su aparición, principalmente, con un buen control de los factores de riesgo, como son, tabaquismo, hiperlipemia, diabetes, varices, síndrome postrombótico.

Es recomendable, evitar inmovilidad durante largos periodos de tiempo. Evitar ropas apretadas, como pantalones, o fajas, etc.), que dificultan el retorno venoso. Evitar traumatismos, y vigilar zona si se producen. Evitar exceso de peso, uso de tacones.

Deberemos evitar quemaduras solares y exposiciones prologadas, hidratando y protegiendo la piel y zona expuesta.

En el tiempo de reposo, realizarlo con piernas elevadas, así como elevar pies de la cama si es posible.

Hacer actividad de forma regular.

A la hora de pautar cuidados y tratar este tipo de lesiones, hay variabilidad, pero según estudios, la terapia compresiva es uno de los métodos mas eficaces en el tratamiento de estas úlceras.

Reduce el edema, y aumenta el retorno venoso.

Este método consiste en un vendaje compresivo (puede ser media, vendaje o vendaje multicapa), que ejerza una presión externa gradual, y mantenida sobre la extremidad afectada.

Este tratamiento disminuye el edema, el dolor, y la cantidad de exudado, favoreciendo la cicatrización, y así la calidad de vida, aliviando síntomas, y evitando curas a veces diarias.

5 Bibliografía

1. Torra JE. Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en medio ambiente húmedo. Madrid: Coloplast Productos Médicos; 1997.
- 2.- Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolos de Cuidados. Úlceras Vasculares, 2005, (consultado el 3 de febrero de 2008). Disponible en: http://www.hrc.es/pdf/asistencia/enfermeria/protocolos/prt_UlcerasVasculares.pdf
- 3.- Abejón A. Tratamiento local de las úlceras vasculares. Angiología. 2003;3:272-9.

Capítulo 81

BENEFICIO DEL FAST TRACK O RECUPERACIÓN RÁPIDA (RAPID RECOVERY) EN LA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA

MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS

RAQUEL ROCA ÁLVAREZ

SONIA RUIZ MAYORAL

ELISA VÁZQUEZ VALVERDE

MARTA ESPUELA NIETO

1 Introducción

Las artroplastias de rodillas son probablemente, junto con las artroplastias de cadera, las cirugías más frecuentes en las unidades de Traumatología y Ortopedia de todos los hospitales. Esto es debido al aumento de la esperanza de vida. La gonartrosis (desgaste de la articulación) suele ser la causa principal para indicar este tipo de cirugía, siempre y cuando el dolor, la limitación funcional y la disminución de la calidad de vida del paciente no hayan podido ser mejorados con analgésicos y rehabilitación.

Las artroplastias de rodillas son cirugías cuyas técnicas han mejorado mucho a lo largo de los últimos años, es por eso, que podríamos decir que son una de las

técnicas más satisfactorias y beneficiosas en el ámbito de la traumatología. No obstante, también son consideradas una de las cirugías que provocan un dolor catalogado de intensidad elevada, lo cual puede afectar negativamente a la recuperación del paciente, prolongando su estancia hospitalaria y retrasando dicha recuperación. Además se han caracterizado por ofrecer una escasa información preoperatoria al paciente.

Con el objetivo de reducir el estrés en el paciente y disminuir la estancia hospitalaria, surge el denominado fast track o recuperación rápida. Dicho programa se basa en la educación sanitaria del paciente, los nuevos métodos de analgesia y anestesia y la movilización precoz, todo ello llevado a cabo por un equipo multidisciplinar.

El Fast Track o Rapid Recovery, es un programa basado en la evidencia científica, sustituyendo las tradiciones. Este tipo de programas de recuperación rápida implica realizar cambios en los sistemas organizativos, principalmente basado en las personas, ya que a veces el reto reside en la resistencia al cambio. Por este motivo, la necesidad de un trabajo mediante un equipo multidisciplinar cohesionado con el objetivo de una mejora continua basada en la evidencia.

En el presente capítulo se desarrollarán los principios básicos del programa Fast Track en las artroplastias de rodilla, valorando las ventajas de dicho programa.

2 Objetivos

Explicar los principios en los que se basa el programa Fast Track en las artroplastias de rodilla.

Exponer las ventajas para el paciente y el Sistema Sanitario de la aplicación de los principios basados en la recuperación rápida.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una investigación mediante revisión bibliográfica de la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda de artículos en las principales bases de datos: The Cochrane, Medline, Google académico, Pubmed, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas entre los últimos ocho años.

4 Resultados

Tradicionalmente, las artroplastias de rodilla, se han caracterizado por ser cirugías en las que se proporcionaba poca información al paciente en el preoperatorio. La metodología, se basaba en una anestesia epidural, el paciente era portador de sondas, drenajes y vías periféricas, para administrar protocolos de analgesia, con opiáceos. En el acto quirúrgico, se realizaba una isquemia con torniquete, y en el postoperatorio, se utilizaba el artromotor para favorecer la movilización pasiva de la rodilla, y a partir de ahí se conseguía la deambulación y rehabilitación (tardía).

Recientes estudios indican que las artroplastias de rodillas son cirugías con un dolor de intensidad elevada, lo que afecta negativamente a la recuperación del paciente, pero que con una preparación preoperatoria, conseguirá disminuir la ansiedad y el miedo, lo que favorecerá el control del dolor.

En los últimos años, las artroplastias de rodilla y cadera se han convertido en procedimientos comunes en las unidades de traumatología y ortopedia. La implantación de sistemas multidisciplinares de recuperación rápida, permite una disminución de la estancia media hospitalaria, reducen las complicaciones tempranas y disminuyen los costes.

Estos programas surgieron en Europa en el año 2000, en el Hospital Reinier de Graaf, en los Países Bajos, y se han ido implantando en los diferentes hospitales para conseguir la reducción de la estancia hospitalaria del paciente, así como su temprana recuperación.

Para conseguir aplicar estos protocolos se requiere de un equipo multidisciplinar, formado por todos los sanitarios que intervienen en el proceso quirúrgico (traumatólogos, anestesistas, internistas, rehabilitadores, enfermeras, auxiliares, etc.) y del propio paciente que se somete a la cirugía.

El denominado Fast Track o Rapid Recovery (recuperación rápida) es un conjunto de medidas dentro del sistema asistencial. Su objetivo es disminuir la morbilidad y conseguir una cirugía sin dolor de bajo riesgo, reduciendo el número de días que el paciente debe permanecer en la unidad de hospitalización, sin olvidar la satisfacción del paciente. Para conseguir los objetivos, el Fast Track se basa en la movilización postquirúrgica temprana, mediante un enfoque multidisciplinar, con una intervención y una analgesia multimodales, con una limitación en el uso de opiáceos, y con la participación activa del propio paciente.

Los principios en los que se basa dicho protocolo son:

1.-La Educación del paciente

Previo a la cirugía, se realizarán unas sesiones grupales, dónde se explicará la cirugía que se va a realizar y posibles complicaciones. Resolviendo dudas que el paciente pueda presentar, acercándole a la patología que se enfrenta. También se llevará a cabo unas sesiones de fisioterapia, para que el paciente puede conocer y ejecutar los ejercicios de rehabilitación, que deberá realizar antes y después de la cirugía.

Las intervenciones de enfermería en esta fase hasta el alta del paciente, irán encaminadas a la información y educación de todo el proceso de hospitalización, reforzar los ejercicios de extensión/flexión de la rodilla, la enseñanza de ejercicios isométricos del cuádriceps y posturas adecuadas.

Se les explicará la forma de evaluar el dolor, por medio de la escala EVA (escala visual analógica del dolor).

En esta fase, se trata de que el paciente participe de forma activa, colaborando en su recuperación. Además es importante, el hecho de contar con una persona de referencia, que le acompañará a dichas sesiones y colaborará con el paciente durante el ingreso y en el domicilio.

2.- Equipo multidisciplinar

Debe ser un equipo multidisciplinar el que ejecute este tipo de protocolos: traumatólogos, anestelistas, rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeros, administrativos, admisión de pacientes, etc.

3.-Transfusiones

Para disminuir la necesidad de transfusiones, se realiza una preparación del paciente en el preoperatorio, mediante la identificación y tratamiento en dicho período de la anemia, para conseguir unos cifras de 13 mg/dl antes de la cirugía, introduciendo fármacos como el hierro o eritropoyetina. En el intraoperatorio, se usa ácido tranexámico para controlar el sangrado. Los pacientes cuyos controles analíticos a las 24 h de la cirugía estén por debajo de 12 g/dl, se les administrará hierro endovenoso.

4.-Protocolos quirúrgicos y anestesia

Durante el acto quirúrgico, se ha evitado la realización de la isquemia (al mínimo necesario) mediante el torniquete, que disminuye los eventos trombóticos. Se uti-

liza una anestesia raquídea con un bloqueo periférico del nervio safeno junto a la técnica de infiltración local (LIA) en el intraoperatorio, antes de proceder a la sutura de los tejidos blandos, así disminuirá la inflamación y el edema, favoreciendo que el paciente mantenga un dolor controlado las primeras 8-12 horas posteriores, permitiendo la movilización precoz.

Se administrará una anestesia regional, especialmente espinal, por la baja morbilidad y el bajo riesgo. Se administrará una analgesia multimodal tanto en intraoperatorio como en el postoperatorio, que estará protocolizada por el servicio de anestesia, lo que disminuirá los efectos secundarios como retención urinaria, bloqueo motor, hipotensión, náuseas y vómitos postoperatorios disminuyendo el uso de opiáceos, a los que se les puede asociar efectos indeseables.

Con los protocolos tradicionales, la medicación administrada era intravenosa, el paciente era portador de sondas y drenajes, limitando su estancia hospitalaria. Mediante el Fast Track, se apuesta por la medicación oral (utilizando antiinflamatorios, que han demostrado disminuir el uso de opioides), favoreciendo la rehabilitación temprana y disminuyendo la estancia hospitalaria.

Se aplicará frío local, ya desde reanimación y el paciente tendrá un vendaje compresivo.

La analgesia que se pautará serán AINES y tramadol, dejando el cloruro mórfico de rescate.

Existen ciertas variaciones según los servicios de anestesiología, pero básicamente la analgesia se administra de forma intravenosa hasta el segundo día postoperatorio que se pautará el tratamiento oral con el que se irán de alta a domicilio.

5.- Ingesta de alimentos

Se trata de evitar el ayuno prolongado tras la cirugía, debido a que favorece la recuperación funcional.

La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo nos indica que, las recomendaciones son, iniciar la ingesta de líquidos a partir de las 2-3 horas tras la cirugía, y de sólidos a las 4-6 horas.

6.-Movilización y rehabilitación precoz

Se requiere de la movilización activa y deambulación en carga del paciente durante las primeras 6-8 horas tras la cirugía, previo control radiológico en el postoperatorio. El día 1, movilización pasiva y activa, deambulación con ayudas. El día 2, se realizarán deambulaciones con ayudas, y el día 3, deambulación con andador y escaleras. Posteriormente, en domicilio, seguirá con la rehabilitación.

7.-Ingreso y planificación del alta

El paciente ingresará el mismo día de la cirugía a primera hora de la mañana, favoreciendo el descanso domiciliario el día anterior, evitando, al mismo tiempo, un día más de estancia hospitalaria.

La existencia de unos protocolos por parte del equipo de traumatólogos de los criterios al alta, ayudan en la decisión de cuándo el paciente está preparado para ser dado de alta a su domicilio.

Entre los criterios de alta, podemos destacar: EVA menor o igual a 4, que no existan signos de sangrado o infección de la herida. El paciente debe de haber tolerado correctamente. La deambulación en carga, con dos muletas y la capacidad para subir y bajar escaleras, es necesario para ser dado de alta.

Con todo ello, se observa una mejora en la satisfacción del paciente, porque se trata de un paciente que conoce todo el proceso, es un paciente informado, que colabora durante toda su recuperación. Además, es una cirugía con un mejor control del dolor y un inicio de deambulación precoz (a las pocas horas de la cirugía).

Son cirugías que disminuyen el número de transfusiones, y por todo ello, la estancia hospitalaria se reduce a 3-4 días.

De cara al alta, el paciente tendrá una guía con consejos y recomendaciones, tales como medidas higiénicas y crioterapia local, recomendaciones para el control de la herida quirúrgica, valoración de fiebre, ejercicios de movilización de la articulación y potenciación muscular de la extremidad operada, que será combinada con fisioterapia 2-3 veces por semana. Además de las revisiones en consulta externa pasados 15 días desde la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

- Los recursos del sistema sanitario son limitados, sin embargo el gasto es cada vez mayor, por lo que se trata de utilizar recursos humanos y materiales de forma eficiente (coste/ beneficio) para poder satisfacer las demandas de la población.

- Con el Rapid Recovery, se trata de sustituir las tradiciones por procedimientos basados en la evidencia científica.

La disminución de la estancia hospitalaria no es el objetivo principal del protocolo Fast Track, sino la consecuencia positiva del tratamiento efectivo y de la optimización logística.

- La información preoperatoria ayuda a disminuir la ansiedad y el estrés en el paciente, que conoce todo el proceso asistencial, implicándose en su propia recuperación, favoreciendo un mejor control del dolor, así como una pronta recuperación y una mayor satisfacción del paciente.
- El protocolo Fast Track de recuperación rápida, también reduce la duración de la rehabilitación, la tasa de complicaciones y la tasa de reingresos.
- Los pacientes sometidos a estos protocolos tienen una mejor evolución, reduciendo el daño fisiológico y el estrés quirúrgico.
- Para obtener buenos resultados, se necesita el compromiso de los distintos profesionales implicados, es decir, un trabajo multidisciplinar.
- Con la recuperación rápida, se ha demostrado una eficiencia en la reducción de costes al sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. Segarra Muñoz B, Soler Peiro M, Sevil de la Torre J, Cortés Tronch V, Ruiz Mil M, Ribes Iborra J. Comparación de los requerimientos de sangre y estancia hospitalaria tras la implantación del protocolo fast track en prótesis total de rodilla. Revista Española de Cirugía Osteoarticular Octubre-Diciembre 2018; n.º 276 vol. 53 : 131-134.
2. Castellanos González R, Jiménez García MJ, Morales Cayuela M, Alonso Ramos I. Creación de una “Escuela de Prótesis” dentro de un protocolo fast-track para artroplastia total de rodilla. Revista electrónica de AnestesiaR. Enero 2021.
3. Pérez-Moro O.S, Fernández-Cuadros M.E., Díez-Ramos F, Galvez- Rabadán A, Neira-Borrajo I, Llopis-Miró R. Efectividad y eficiencia de la vía clínica rápida (fast track) en prótesis total de rodilla y cadera (PTR y PTC): 11 años de experiencia. Validación de la vía clínica. Análisis de la estancia hospitalaria, tasa de revisiones y coste en un hospital público español. Rehabilitación (Madr). 2016.
4. Wilches c, Sulbarán J.D, Fernández J.E, Gisbert J.M, Bausili J.M, Pelfort X. Técnica de recuperación acelerada (fast track) aplicada a cirugía protésica primaria de rodilla y cadera. Análisis de costos y complicaciones. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2017; 6 (2):111-116.
5. Marina Fernández R, Ginés Mateos G, Arco Pérez M.^a C, Nuevo Gayoso M, Faura

Vendrell T. Gestión del dolor en pacientes del programa Rapid Recovery (RR) en artroplastia total de rodilla (ATR).Revista Rol Enfermería 2015;38 (6): 420-425.

6. Molina Pérez M, Segarra Muñoz B, Cortés Tronch V, Sánchez-Cortés A, Fernández García E. Evaluación del protocolo fast-track para artroplastia total de rodilla: impacto sobre estancia hospitalaria, visitas al servicio de urgencias e infección. Revista Española de Cirugía Osteoarticular Abril-Junio 2021. N.º 286 Vol.56.

7. Molko S, Combalia A. La cirugía de recuperación rápida en las artroplastias de rodilla y cadera. Una actualización. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2017; 61 (2): 130-138.

8. Aguado-Maestro I, Cebrián-Rodríguez E, Fraile-Castelao O, Rodríguez- López R.J, De Blas-Sanz I, Rizzo-Raza S, Vielma-Cabrera D, García Alonso M. Implantación de un protocolo de recuperación precoz en artroplastia total de rodilla. Ensayo clínico aleatorizado. Revista de Cirugía Ortopédica y Traumatología.Mayor 2021. RECOT-971.

9. García Sacramento A C, Garcés Fuertes P, García Velarte M, Barcelona Blasco C, García García L R, Millán Duarte Y . Monografía. Impacto del protocolo Fast-Track en artroplastia total de rodilla. Noviembre 2021. Enfermería([https: //revis-tasanitariadeinvestigación.com/category/enfermeria/](https://revis-tasanitariadeinvestigación.com/category/enfermeria/)).

Capítulo 82

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PORTADOR DE CATETER ARTERIAL

RAQUEL ROCA ÁLVAREZ

SONIA RUIZ MAYORAL

ELISA VÁZQUEZ VALVERDE

MARTA ESPUELA NIETO

MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es la planta destinada a la hospitalización de pacientes que se encuentran en estado crítico, y por tanto precisan de unos cuidados exhaustivos y especializados. Estos pacientes necesitan estar conectados de forma continua a un monitor que tome y registre sus constantes vitales de forma continuada, atención de enfermería y médica especializada las 24 horas, así como recursos específicos que solo suele manejarse en esta unidad, entre los cuales encontraremos la monitorización invasiva de la presión arterial (PAI). Los criterios para el ingreso en UCI están relacionados con que las condiciones médicas del paciente sean posiblemente reversibles y razonables de recuperación.

Cuando canalizamos un catéter arterial para la monitorización continua de la presión arterial invasiva, podemos, no solo tener un registro exhaustivo de estos datos, sino que también nos permite la extracción constante y atraumática de muestras de sangre arterial para su medición en laboratorio, con esto conseguimos obtener datos sobre las constantes vitales del paciente de forma continua, y además reducir el número de punciones a las que tiene que someterse el paciente.

Se trata de una técnica que cada vez es más extendida como competencia de enfermería, y es por ello que se necesitan unas pautas a seguir.

2 Objetivos

Definir la técnica de canalización de catéter arterial y la utilidad de la misma. Concretar cuáles son las intervenciones y cuidados de enfermería en el manejo del catéter arterial en la medición de la Presión Arterial Invasiva.

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 tales como MedlinePlus y Medical Encyclopedia.

Palabras clave que hemos utilizado: catéter arterial, cuidados, enfermería, complicaciones.

4 Resultados

La canalización de un catéter arterial es una técnica que está pasando a ser exclusiva del personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos. No es una técnica complicada, pero como toda actuación enfermera, necesitamos contar con los conocimientos y habilidades basados en la evidencia, que nos permita, en primer lugar, realizar una correcta inserción del mismo, así como procurar unos cuidados de calidad antes, durante y después del procedimiento.

Así como dotarnos de los conocimientos necesarios para actuar lo más rápido posible antes las posibles complicaciones que derivan del uso de este catéter. 2

Una correcta canalización de la arteria permite obtener datos objetivos y fiables de la situación hemodinámica del paciente (Con el monitoreo constante de la PAI) así como minimizar las punciones de repetición al paciente.

La localización que más se emplea para colocar el catéter arterial es en la arteria radial, como segunda elección nos encontraríamos con la arteria pedia dorsal. 3 Para colocar el catéter en la arteria radial es necesario realizar el Test de Allen, que es una prueba diagnóstica que valora la circulación colateral de la mano, aunque en los últimos tiempos existe controversia a cerca de la fiabilidad de esta prueba si no está respaldada por una prueba de imagen. 4

Como toda técnica de enfermería, lo primero que debemos hacer es confirmar que el paciente al que vamos a realizar la técnica es el que tiene la prescripción médica, posteriormente procederemos a explicar al paciente las acciones que vamos a realizar, las posibles complicaciones de la misma, preguntaremos si tiene alguna duda y una vez estén todas resueltas procederemos a preparar el material para la canalización.

El material que necesitaremos para llevar a cabo la técnica de canalización del catéter arterial mediante la realización de la técnica de Seldinger será: 2,3,4,5

- Empapador debajo del brazo por si se produce sangrado no manchar las sábanas de la cama.
- Antiséptico con el que desinfectaremos la zona con la que vamos a trabajar.
- Gorro y mascarilla para las personas que vayan a estar presentes durante la técnica.
- Lavado de manos antes y después. Se trata de una técnica aséptica. Bata, guantes y gasas estériles.
- Solución de lavado, puede ser suero fisiológico con heparina sódica en una proporción de 1 o 2 UI/ml o directamente con suero fisiológico, ya que hay estudios que demuestran que la permeabilidad no varía independientemente de la solución siempre que sea en arteria radial.
- Preparar el infusor de presión para la solución de lavado.
- Equipo de gotero con transductor de presión.
- Cable de presión que transmite la información desde el transductor al monitor.
- Set de catéter arterial Seldinger

La técnica que realizaremos consta de los siguientes pasos: 2,3,4,5

- Desinfección de la zona de punción.
- Administrar anestesia según necesidades del paciente.
- Colocarnos gorro y mascarilla y proceder al lavado de manos. Posteriormente, nos colocaremos la bata y guantes estériles.
- Se prepara el campo estéril con todo el material necesario.
- Palpamos la arteria de elección para localizarla. Y procedemos a realizar la punción con la aguja, con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 30-45° hasta que la sangre refluya,

- Introduciremos la guía a través de la aguja, extraemos la aguja, utilizaremos la guía para introducir el catéter definitivo y una vez colocado extraemos la guía.
- Conectaremos el extremo distal del sistema con transductor al catéter.
- Fijamos el catéter con sutura a la piel del paciente, y cubrimos con un apósito estéril transparente que permita ver el punto de punción.

Montaje del sistema: 2,3,4,5

- Conectamos el equipo de goteo a la bolsa de solución de lavado para purgar el sistema.
- Se coloca el infusor de presión sobre la bolsa de solución con una presión de 300 mm Hg para asegurar un flujo constante de 2 a 4 ml/h y evitar posibles microtrombos.

- Conectamos el cable de presión al transductor y al monitor.

Colocaremos el transductor a nivel de la aurícula derecha para hacer el 0 en el monitor, abriendo el transductor a la atmosfera.

- Comprobar que aparezca onda de presión en el monitor.
- Establecer los límites de las alarmas en el monitor.

Cuidados y precauciones que el personal de enfermería debe tener con los pacientes portadores de vía arterial: 4,5

- Vigilaremos tanto la coloración como la temperatura y la perfusión distal de la extremidad portadora del catéter, al menos una vez por turno.
- Antes de manipular el catéter realizaremos un lavado de manos exhaustivo y emplearemos guantes para conseguir realizar una técnica lo más higiénica posibles, intentaremos además reducir las manipulaciones al mínimo de veces posibles y cambiar el tapón por uno nuevo estéril para reducir el riesgo de infecciones.
- Se realizará un 0 por turno, después de cada extracción y siempre que dudemos de que la lectura pueda ser errónea.
- Realizar un correcto lavado del sistema después de cada toma de muestra.
- Evitaremos que el sistema esté muy tirante o se formen nudos o dobleces en el mismo.
- Se realizará cura del punto de inserción cada 48 h o antes si es necesario por mal estado del apósito.
- El equipo del transductor lo cambiaremos cada 96 h.

5 Discusión-Conclusión

La canalización del catéter arterial es una de las técnicas más utilizadas en las unidades de críticos, y fundamental para aquellos pacientes que precisen de mon-

itorización continua de la presión arterial invasiva, así como aquellos que puedan precisar extracciones seriadas de muestras para control con gasometría arterial. El conocimiento por parte del personal de enfermería de la técnica correcta de canalización de un catéter arterial, su conexión para la monitorización y los cuidados y precauciones que debe tener una vez se coloca, minimiza los posibles riesgos y complicaciones para el paciente, derivados de la realización de este procedimiento. Además nos asegura unos cuidados de enfermería de calidad, basados en evidencia científica.

Existe controversia a cerca de la idoneidad del test de Allen como única técnica para valorar la circulación colateral de la mano. Diversos estudios apoyan que esta técnica, es útil siempre y cuando se apoye en otra prueba de imagen más fiable, como podría ser el eco-doppler.

6 Bibliografía

1. Ochagavía A, Baigorri F, Mesquida J, Ayuela J, Ferrándiz A, García X et al. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Medicina Intensiva [Internet]. 2014 [citado 15 de Septiembre 2022];38(3):154-169. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/monitorizacion-hemodinamica-el-pacientecritico-/articulo/S0210569113002234/>
2. Zamorano Antonio R, Camacho Reyes A, Ruiz Calzado. M. Canalización de la arteria radial. Técnica enfermera [Internet]. Revista Médica Electrónica. 2018 [citado 19 de Septiembre 2022]. Disponible en : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/canalizacion-arteria-radial-tecnica-enfermera/>
3. Aguado Ullate C, Pérez de ZabalzaPolite A, Salinas Bazán R. Catéter arterial radial: técnica de inserción y monitorización. [Internet]. 5feb.2021 [citado 19 de Septiembre 2022];4(11):28-1. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/132>
4. Aguado Ullate C, Pérez de ZabalzaPolite A, Salinas Bazán R. Catéter arterial radial: técnica de inserción y monitorización. [Internet]. 5feb.2021 [citado 19 Septiembre]

2022];4(11):28-1. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/132>

5. ROMEU BORDAS, O.Ballesteros Peña, S. Validez y fiabilidad del test modificado de

Allen: una revisión sistemática y metanálisis.[Internet]. 2017 Emergencias (St. VicençdelsHorts). 29(2):126-135. [PubMed]

Capítulo 83

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PORT A CATH

RAQUEL ROCA ÁLVAREZ

SONIA RUIZ MAYORAL

ELISA VÁZQUEZ VALVERDE

MARTA ESPUELA NIETO

MARÍA ARÁNZAZU RAMOS CASILLAS

1 Introducción

El Port-a-Cath se trata de un reservorio venoso subcutáneo que facilita un acceso central, interno y en condiciones asépticas y que puede ser empleado tanto para la extracción de muestras de sangre como en la administración de fluidoterapia, medicación, hemoderivados, nutrición parenteral y quimioterapia, entre otros. 1 Está formado por un catéter venoso central totalmente implantado unido a un puerto de plástico o de metal, que se inserta en una vena central y después se sutura en un bolsillo subcutáneo creado quirúrgicamente.

El catéter intravenoso data del siglo XX, Broviac, en 1973, desarrolla un catéter tunelizado que se emplea para administrar fármacos, y que posteriormente fue mejorado por Hickman, permitiendo una infusión permanente de fármacos, que permitía disminuir las venopunciones repetidas en niños en tratamiento quimioterápico o con nutrición parenteral. 2,3,4

Niederhuber, en 1982, emplea el primer sistema que se implantaba en su totalidad debajo de la piel del paciente, quedan totalmente cubiertos, naciendo así lo que conocemos como reservorio subcutáneo venoso. 2,3,4

Este tipo de catéter precisa una correcta manipulación por parte del equipo de enfermería, y es por ello que se necesita una serie de pautas y protocolos que aseguren un correcto manejo, que garantice el buen estado del mismo, así como que se reduzcan las posibles complicaciones derivadas de una mala manipulación.

1

Un profesional capacitado y bien formado es sinónimo de una buena práctica clínica, y en consecuencia, de una reducción de la ansiedad por parte del paciente, y una mejora de la calidad de los cuidados que se ofrecen.

El personal de enfermería juega un papel muy importante, tanto en la implantación del reservorio como en sus cuidados posteriores. Así pues, con el fin de reducir las posibles complicaciones relacionadas con malas actuaciones en su manipulación y mantenimiento por desconocimiento por parte de enfermería, hemos procedido a realizar una revisión de la bibliografía existente más reciente.

2 Objetivos

Revisar la evidencia científica en la que se detalla la forma más adecuada para la realización de los cuidados de enfermería a pacientes portadores de Port-a-cath. Proporcionar los conocimientos necesarios para extraer el manejo de este tipo de catéter.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo 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.

Palabras clave utilizadas: Port-a-cath, enfermería, cuidados, protocolo, complicaciones, ventajas.

4 Resultados

El port-a cath es un dispositivo que se debe colocar y retirar bajo anestesia local en los adultos, y general en los niños, ya que el reservorio o cámara que

posteriormente empleamos para su punción, permanece implantado en el tejido subcutáneo, siempre sobre el plano muscular, y generalmente durante un largo periodo de tiempo.

Se suele implantar en la parte anterior del hemitórax, aunque puede situarse en otras localizaciones anatómicas si es preciso. Se implanta mediante una técnica quirúrgica de abordaje de la vena subclavia siguiendo la técnica de Seldinger, aunque no hemos encontrado estudios que evidencien que esta sea la más idónea, sin embargo, si es la que más se emplea.

Consiste en una pequeña cámara de titanio con una membrana que se conecta a un catéter y que llega a través de la vena subclavia hasta la aurícula derecha. Este tipo de catéteres están indicados en tratamientos de larga duración y en determinados tipos de medicación como citotóxicos, antibióticos, perfusiones analgésicas, administración de hemoderivados, así como administración de nutrición parenteral. Tras su implantación, debe realizarse un control radiológico que nos asegure su correcto posicionamiento.

Están contraindicados, igual que cualquier otra técnica quirúrgica, en pacientes con fiebre de origen desconocido, trombosis profunda o neutropenia.

Aunque la implantación sea quirúrgica, su manejo y mantenimiento puede realizarse en los centros de salud. Se trata de un dispositivo fácil de usar, y con muchas ventajas, tales como la reducción de posibles complicaciones que se producen con la utilización de vías periféricas, como por ejemplo la irritación o esclerosis vascular o la flebitis.

Otras ventajas que aporta al paciente es que, al estar completamente implantado debajo de la piel, no precisa hospitalización y puede mantener su actividad cotidiana acudiendo, puntualmente, a su centro de salud.

Existen ciertas limitaciones para el uso de este dispositivo, como por ejemplo que se necesita una aguja especial para su punción, así como las complicaciones típicas de los dispositivos que se implantarán para largos periodos de tiempo, entre ellos cabe destacar: rechazo, infección, arritmias, migración, etc.

Su uso mayoritario es en pacientes oncológicos que precisan administración de soluciones de quimioterapia, que son muy agresivas si se administran por vía venosa periférica, aunque también se emplea en pacientes que precisan realizaciones repetitivas de extracción o infusión de sangre, así como aquellos que precisen tratamientos endovenosos crónicos o nutrición parenteral.

Como profesionales de enfermería, existen una serie de nociones básicas que debemos conocer con el fin de realizar un uso adecuado de este catéter subcutáneo.

Cualquier tratamiento que se administre, debe estar previamente prescrito,

además debemos anotar cualquier incidencia tanto en la administración como en la manipulación que pudiera precisar la retirada del sistema.

Con una correcta formación por parte del personal de enfermería, que es el encargado principal de la manipulación de este tipo de catéter, conseguiremos reducir las complicaciones, evitar la obstrucción de este por un mal sellado o mal uso, y con ello evitaremos desplazamientos innecesarios de los pacientes al hospital, mejorando así su calidad de vida.

Dentro de las complicaciones, la más común, sin lugar a dudas, es la infección del catéter, el personal de enfermería debe estar especialmente alerta ante la aparición de fiebre sin foco aparente en pacientes portadores de este reservorio.

Es necesario unificar e implantar un protocolo de actuación basado en la evidencia, en el que se detallen las actuaciones a llevar a cabo con el fin de prevenir complicaciones, así como reseñar los signos de alarma más comunes y las pautas de actuación para un correcto manejo. Educar al personal de enfermería supone una inversión en calidad de vida de los pacientes, ya que facilitamos que sus actuaciones sean correctas y con ello se minimizan las complicaciones derivadas de una mala manipulación debido al desconocimiento de las técnicas adecuadas de manipulación y mantenimiento.

La infección de un catéter puede suponer la retirada del mismo, por eso es tan importante conocer todas las medidas que se pueden tomar para reducir al máximo el riesgo. Ante un riesgo extremo de infección, y siempre tras prescripción médica, se realizará un sellado del catéter con solución antibiótica, si bien no existe un consenso que especifique la concentración ideal de antibiótico a emplear, ya que en altas concentraciones puede producir que la heparina se precipite.

Ha quedado ampliamente demostrado que el catéter venoso subcutáneo supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes, ya que facilita un acceso venoso permanente, estable y seguro, disminuyendo las venopunciones repetitivas, y con ellos, el sufrimiento del paciente.

Además, al poder ser manejado de forma ambulatoria y domiciliaria, reducimos las estancias hospitalarias, y proveemos al paciente de mayor libertad, pues puede continuar realizando sus actividades de la vida cotidiana durante su tratamiento sin tener que permanecer en el hospital.

Con este dispositivo implantado, el paciente puede realizar su vida con normalidad, actividad física y de ocio, teniendo solo que acudir a su centro de salud para las curas según el procedimiento.

Debemos conocer también la existencia de guías específicas destinadas a los pacientes, con indicaciones sobre su cuidado y signos de alerta por los que deben acudir a valoración por parte del personal sanitario, también explican medidas

de higiene y pautas para la integración de estos sistemas en su vida cotidiana. Estos protocolos, por supuesto, deberán estar basados en la evidencia científica, con el fin de no duplicar criterios y unificar indicaciones a seguir.

A continuación, se desarrollarán los cuidados de enfermería a pacientes con este reservorio implantado, centrándonos en su uso, mantenimiento sellado, así como en la gestión de las complicaciones y las recomendaciones que daremos al paciente.

Material necesario para manipular el reservorio:

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Paño estéril.
- Antiséptico.
- Jeringas de 10 cc.
- Aguja de carga.
- Aguja Gripper.
- Suero salino fisiológico (SSF).
- Solución de heparina sódica.
- Apósito estéril.
- Tubo de analítica (si precisa).
- Sistema de perfusión.
- Llaves de tres pasos u obturadores.

En primer lugar, informaremos la paciente de la técnica que vamos a realizar, posteriormente, prepararemos todo el material y procederemos al lavado adecuado de manos.

Colocaremos al paciente en una posición cómoda y con la zona de punción al descubierto, y montaremos nuestro campo estéril con el material.

Al ser la infección la complicación más común, debemos hacer hincapié en la necesidad de realizar esta técnica con la debida asepsia y antisepsia, para ello, aparte de un correcto lavado de manos, y uso de guantes y compresas estériles, desinfectaremos la zona de punción y la zona circundante con clorhexidina al 2%, que ha demostrado mayor protección a corto plazo contra las infecciones que la povidona yodada. 7

Una vez desinfectada la zona, procedemos a colocarnos los guantes estériles para proceder a la punción del catéter. A continuación, purgaremos el sistema de la aguja Gripper, inmovilizamos el reservorio con la mano no dominante, y procedemos a realizar la punción con la aguja perpendicular al reservorio, hasta que notemos que la punta de la aguja topa con el fondo, comprobaremos si está permeable, y si es así introduciremos 10 ml de solución heparinizada. 9

Es importante que el personal de enfermería esté correctamente instruido en el manejo y en la técnica de sellado del mismo, que se realizará con una solución heparinizada, bien ya comercializada para este uso, o introduciendo 10 ml de una disolución compuesta por 1 ml de heparina al 5% y 9 ml de suero fisiológico al 0.9%. 8

Una vez introducida la solución procederemos a colocar una llave de 3 pasos o un obturador según la necesidad. Y procederemos a fijar la aguja con un apósito estéril, una vez fijado, conectaremos si procede el sistema de infusión, que irá regulado con una bomba de infusión para prevenir obstrucciones siempre que sea posible. 9

Después de cada uso, clamparemos el sistema de infusión, que retiraremos sustituyéndolo por un obturador, posteriormente se procede a sellar el catéter, introduciendo 5 ml de SSF y 10 ml de disolución heparinizada, con el fin de mantener la permeabilidad del catéter, además, debemos clampar a la vez que administramos los últimos 0.5 ml, consiguiendo así una barrera de heparina por la presión positiva generada. 9

El sistema siempre debe mantenerse clampado cuando no esté infundiéndose ninguna solución.

Cura:

- Si colocamos apósito hidropereable las realizaremos cada 5-7 días
- Si colocamos gasa se realizarán curas diarias
- La aguja debe cambiarse semanalmente

La aguja permanecerá insertada únicamente si se está haciendo uso de la misma, en periodos de descanso de tratamiento, no mantendremos la aguja y explicaremos al paciente que debe evitar manipular la zona en la que está insertado el reservorio. 1,7

Si se produce una obstrucción parcial, es decir, podemos infundir líquido, pero no sacar sangre, animaremos al paciente a realizar técnicas que aumenten la presión dentro del tórax, tales como toser o respirar profundamente, además administraremos una solución heparinizada, sin forzar y aspiraremos para crear presión negativa. En caso de que la obstrucción sea total, no podremos infundir ni extraer líquido, en este caso, pediremos al paciente que cambie de posición girando la cabeza al lado contrario y le indicaremos que realice maniobras de mansalva, si después de esto sigue sin ser permeable, avisaremos de la incidencia al médico encargado de dicho paciente. 7,8

En el caso de extravasación actuaremos según el procedimiento del Servicio de Farmacia del hospital o centro sanitario correspondiente. 8

A los pacientes portadores de estos reservorios debemos explicarles una serie de

recomendaciones y cuidados:

- El Port-a-Cath es un acceso rápido y seguro a una vena de gran calibre, consiguiendo que los medicamentos y tratamiento no dañen sus venas.
- Explicaremos el procedimiento para la punción del reservorio.
- La duración de este catéter puede extenderse varios años, siempre y cuando se realice una correcta manipulación y cuidado del mismo.
- Cuando vista su ropa habitual, el catéter no será visible y podrá hacer vida normal.
- Se entregará la hoja de cuidados para el mantenimiento en papel para que pueda consultarlo en todo momento.
- Evitar ejercicio intenso los primeros días tras la implantación, posteriormente, siga las indicaciones de su médico.
- Los primeros días puede notar hinchazón y dolor en la zona, que irá desapareciendo en los siguientes días.
- Se puede duchar a las 48/72 h de la inserción. Hágalo coincidir cuando le toque el cambio de apósito.
- Una vez retiradas las suturas, no hace falta cubrir el apósito, y se podrá duchar con normalidad, así como la actividad deportiva que su condición física le permita.
- Evitar baños cuando el catéter esté pinchado.
- Evitar contusiones sobre la zona del reservorio, y actividades que entrañen riesgo de contusión en dicha zona.
- Evitar el cinturón de seguridad encima del reservorio.
- Llevar siempre la tarjeta identificativa del reservorio

5 Discusión-Conclusión

Existe una amplia gama de reservorios venosos de larga duración, pero el Port-a-cath es uno de los más utilizados, sobre todo en pacientes oncológicos que precisan tratamientos prolongados.

Se hace fundamental la existencia de una guía unificada y basada en la evidencia, accesible a todos los profesionales que trabajan con estos dispositivos, que permitan que el personal esté correctamente formado, lo que supone una importante mejora en la calidad de vida de los pacientes, así como una reducción de las posibles complicaciones derivadas de una mala manipulación y mantenimiento. Se debe fomentar, facilitar y proporcionar formación al personal de forma continua, en especial, este caso, a las enfermeras de atención primaria, que permita

que estén al día de la información científica existente, y con ello se optimicen los cuidados por su parte.

6 Bibliografía

1. García Suárez M, Méndez Martínez C, Pan Rossi M, Palanca de la Varga JM, Abella Álvarez S, Zuazua González P. Canalización y manejo de catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial. *Tiempos de Enfermería y Salud*. 2017; 2(1): 39-43.
2. Urien Pérez MZ, Rodríguez García B, Velayos Velayos A, Galán Martín N, García García MB. Cuidados de Enfermería dirigidos a pacientes portadores de reservorio venoso subcutáneo (Port -a- Cath®) en atención primaria. *Revisión bibliográfica. Enferm glob* [Internet]. 2017;9(1):19–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344611>
3. Ávila Pinillos S, Arias Ruiz MJ, Fera Tavira MA. Manejo de accesos venosos centrales subcutáneos. Procedimiento operativo estandarizado. Hospital Universitario Reina Sofía. 2016. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzde_salud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_Enfermería/Enfermería/procedimientos/cuidados_reservorio_subcutaneo.pdf
4. Tierz Vélez L, Agustín Oliva S, Martínez Martínez E, Claver Laliena E, Morlán Pociello S, Garcés Sanagustín MC. Manejo y cuidados del reservorio venoso subcutáneo para Enfermería. *Rev Electrónica PortalesMedicos.com* [Internet]. 2017; Disponible en: <https://www.revista-33portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-cuidados-reservoriovenoso-subcutaneo/>
5. Swearingen, P. Manual de enfermería médicoquirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª ed. Elsevier Mosby.
6. Pernia A. Accesos Venosos (Port-a-cath). En: Torres LM, Neira F, Ortega JL, Echevarría M. Actualizaciones de anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. Cádiz: A.A.E.A.R.; 2014.p.548-550

7. Cotilla JM, Prieto J, Frigolet P. Protocolo de uso y mantenimiento del reservorio venosos subcutáneo. *Enfermería Global* [internet]. 2008 [citado 24 Ago 2022]; 7(2):1-8.

Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/19601/18971>

8. Nailon R, Rupp ME. A community collaborative to develop consensus guidelines to standardize out-of-hospital maintenance care of central venous catheters. *J Infus Nurs*. 2015 Mar-Apr; 38(2):115-21.

9. Martínez Reche I, Rojo Cánovas MI. Manipulación y sellado de catéter Port a Cath en unidad de urgencias. *Ciber Rev* [Internet]. 2022; 44. Disponible en: <http://www.Enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2015/pagina15.html>

Capítulo 84

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA: ENFERMEDAD DE PARKINSON

AGUSTIN MORALES RUIZ

LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA

ÁLVARO MARTOS BELLIDO

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson tras la demencia es el segundo trastorno neurodegenerativo más común, siendo habitualmente la media de edad del comienzo de la enfermedad a partir de los 60 años.

El Parkinson es el síndrome definido mediante akinesia (falta de movimientos espontáneos), bradikinesia (movimientos lentos), rigidez (resistencia involuntaria al desplazamiento pasivo de una parte del cuerpo) y a veces con temblor en reposo (oscilaciones involuntarias de diversos miembros del cuerpo cuando se encuentran en estado de reposo y sin estar en contra a la gravedad). Este conjunto de signos y síntomas es causado por la pérdida de la función de la proyección dopaminérgica desde la sustancia negra del mesencéfalo al núcleo caudal y putamen de los ganglios basales.

Además, de las características anteriormente mencionadas causadas por esa disminución de la proyección dopaminérgica, las características no motoras que

acarrear esta enfermedad son tan negativas que impiden la capacidad de poder realizar una vida rutinaria adecuada, aquellas características mas comunes son dolores generalizados sin saber su causa, disartria, ansiedad y depresión, demencia y psicosis o alucinaciones. Los mecanismos patogénicos que hacen que la enfermedad sea un continuo y de momento, no se paralice, como el estrés oxidativo, la producción de especies reactivas, los radicales libres, la disfunción mitocondrial, el aumento de calcio libre intracelular, la agregación proteica y la inflamación sistémica hacen que esas conexiones se vayan deteriorando de manera progresiva, por eso se conoce como enfermedad neurodegenerativa, ya que es un progreso que va degenerando el sistema nervioso. El tratamiento fármaco-médico actual sugiere un enlentecimiento de la progresión, por lo que en la actualidad no se ha conseguido aún frenar el aumento gradual de pérdida de sustancia, siendo los objetivos en investigación de esta enfermedad conseguir detener la progresión.

No existe un método específico general para llevar a cabo un plan de cuidados enfermeros para la enfermedad de Parkinson, sino que cada intervención se adapta a los síntomas de cada individuo, a la progresión de la enfermedad, el estilo de vida y el grado de tolerancia a la actividad. El tratamiento farmacológico descrito con anterioridad va a ayudar a aliviar los síntomas, sin embargo, el paciente va a experimentar cambios que le van a llevar a tener una serie de necesidades que desde el punto de enfermería se van a explotar al máximo para la mejoría del paciente, ya sea ayudando a la no progresión o evitando lesiones asociadas a la propia enfermedad y mejorando de esta manera su calidad de vida.

2 Objetivos

- Establecer un plan de cuidados con respecto la enfermedad de parkinson ya diagnosticada previamente. –Establecer diagnóstico enfermero, objetivos y actividades a realizar.
- Plantear los patrones funcionales de Magory Gordon alterados.

3 Caso clínico

Resumen de la historia clínica:

Paciente de 91 años precisa de atención domiciliaria por encontrarse encamada tras una enfermedad de parkinson.

- Antecedentes familiares: ca de mama en madre
- Antecedentes personales: HTA, fractura de la mano izquierda, colecistectomía.

-Tratamiento habitual: antiHTA y analgésicos además de medicación específica de enfermedad de parkinson. Realizado a partir de la recogida de datos y la valoración de los 11 patrones funcionales según Marjory Gordon.

- Patrón 1: percepción-manejo de la salud. Alterado.

La paciente se encuentra demenciada y no atiende a estímulos verbales ni gesticula.

- Patrón 2: nutricional metabólico. Alterado.

Precisa de ayuda a la alimentación por parte de sus hijos

- Patrón 3: eliminación. Alterado.

Eliminación urinaria: no controla esfínteres y necesita pañal.

Eliminación intestinal: ante su imposibilidad para levantarse al baño necesita pañal. Padece estreñimiento secundario a medicación e inmovilización en cama.

Requiere enemas.

- Patrón 4: actividad-ejercicio. Alterado

La paciente se encuentra encamada porque debe guardar reposo

- Patrón 5: sueño descanso. No alterado

La paciente conserva sus rutinas e higiene del sueño.

- Patrón 6: cognitivo-perceptivo. Alterado.

La paciente no reconoce su situación.

- Patrón 7: autopercepción-autoconcepto. Alterado

La paciente no se reconoce y con la progresión de la enfermedad ha perdido habilidades y destrezas y no puede movilizarse bien.

- Patrón 8: rol-relaciones. Alterado.

Vive con sus hijos ya que es completamente dependiente de terceras personas.

- Patrón 9: sexualidad y reproducción. Alterado.

La paciente lleva dos años encamada sin ningún tipo de estímulo sexual.

- Patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés.

La paciente se altera en ocasiones ya que se desorienta y no reconoce estímulos cotidianos.

- Patrón 11: valores y creencias.

La paciente no parece tener en cuenta la religión.

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

• Definición: deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

• Características definitorias: o Deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse las prendas de ropa necesarias. o Incapacidad para ponerse los zapatos.

• Factores relacionados: o Debilidad o cansancio. o Deterioro neuromuscular.

NOC: Resultados de enfermería.

1. Cuidados personales: actividades de la vida diaria.

2. Cuidados personales: Vestir.

NIC: Intervenciones de enfermería.

☒ Ayuda con los autocuidados. o Estar disponible para ayudar en el vestir o Ayudar con los cordones, botones, cremalleras si es necesario.

☒ Apoyo al cuidador principal. o Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad si es el caso. o Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

Patrón 2: Nutricional-metabólico.

Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea.

- Definición: Alteración de la epidermis y/o de la dermis..

- Características definitorias: o Alteración de la integridad de la piel. o Área localizada caliente al tacto. o Dolor agudo. o Enrojecimiento. o Sangrado

- Factores relacionados: o Humedad. o Presión sobre la prominencia ósea. o Hidratación. o Alteración del volumen de líquidos. o Secreciones.

NOC: Resultados de enfermería.

1. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

2. Curación de la herida: por segunda intención.

NIC: Intervenciones de enfermería.

☒ Cuidado de las úlceras por presión. o Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio, posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. o Observar signos y síntomas de la infección de la herida.

☒ Cuidado de la piel: tratamiento tópico. o Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera. o Utilizar dispositivos en la cama que protejan la piel del paciente.

Diagnóstico: Deterioro de la deglución.

- Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

- Características definitorias: o Sialorrea . o Falta de masticación.

- Factores relacionados: o Anomalías de la vía aérea superior. o Obstrucción mecánica (tubo de traqueostomía)

NOC: Resultados de enfermería.

3. Estado de la deglución: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

4. Autocuidados: comer: Acciones personales para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

NIC: Intervenciones de enfermería.

☒ Manejo del vómito. o Utilizar higiene oral para limpiar la boca o Fomentar el descanso

☒ Precauciones para evitar la aspiración. o Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. o Mantener elevado el cabecero de la cama, después de la alimentación, de 30 a 45 minutos

Patrón 3: Eliminación.

Diagnóstico: Estreñimiento

- Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas

- Características definitorias: o Defecación dificultosa. o Disminución de la frecuencia.

- Factores relacionados: o Debilidad de los músculos abdominales. o Actividad física insuficiente.

NOC: Resultados de enfermería.

1. Eliminación intestinal: Formación y evacuación de heces.

2. Eliminación urinaria: recogida y eliminación de la orina

NIC: Intervenciones de enfermería.

☒ Manejo de líquidos: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados. o Realizar un registro preciso de entradas y salidas o Administrar líquidos según corresponda.

☒ Manejo de la nutrición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes. o Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. o Derivar al paciente a los servicios necesarios.

Patrón 4: Actividad-ejercicio.

Diagnóstico: deterioro de la deambulación.

- Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno

- Características definitorias: o Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas. o Sortear los obstáculos.

- Factores relacionados: o Deterioro del equilibrio. o Temor a las caídas.

NOC: Resultados de enfermería.

1. Ambular: Acciones personales para caminar independientemente de un lugar a otro con o sin dispositivos de ayuda.

2. Capacidad para mantener el equilibrio del cuerpo.

NIC: Intervenciones de enfermería.

☒ Cambio de posición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico o Animar al paciente a

participar en los cambios de posición, según corresponda o Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados

☒ Manejo de la energía: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones o Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. o Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto.

Diagnóstico: Baja autoestima situacional.

- Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual

- Características definitorias: o Conducta indecisa, no asertiva. o Expresiones de desesperanza o inutilidad.

- Factores relacionados: o Alteración de la imagen corporal. o Deterioro funcional.

NOC: Resultados de enfermería.

1. Autoestima: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

2. Recuperación del abandono: Curación física, emocional y espiritual tras la interrupción de los cuidados mínimos.

NIC: Intervenciones de enfermería.

☒ Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. o Comentar la experiencia emocional con el paciente. o Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.

☒ Mejora de la imagen corporal: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo o Enseñar al paciente los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento, según corresponda. o Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.

Patrón 8: Rol-relaciones.

Diagnóstico: Cansancio del rol del cuidador

- Definición: dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia

- Características definitorias: o Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla. o Falta de tiempo para las necesidades personales

- Factores relacionados: o Estado de salud del receptor de los cuidados: crecientes necesidades de cuidados o dependencia. o Actividades del cuidador: responsabilidad de cuidados las 24 horas

NOC: Resultados de enfermería.

1. Alteración del estilo de vida del cuidador familiar: Gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador.
2. Factores estresantes del cuidador familiar: Gravedad de la presión biopsicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un extenso período de tiempo.

NIC: Intervenciones de enfermería.

☒ Asesoramiento: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. o Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. o Demostrar empatía, calidez y sinceridad

☒ Apoyo al cuidador principal: Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario. o Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. o Determinar la aceptación del cuidador de su papel

Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés

Diagnóstico: Síndrome postraumático:

- Definición: Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.
- Características definitorias: o Alteración del estado de humor. o Ansiedad.
- Factores relacionados: o Amenaza o lesión grave a uno mismo o a personas queridas.

NOC: Resultados de enfermería.

1. Afrontamiento de problemas: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.
2. Nivel de ansiedad: : Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

NIC: Intervenciones de enfermería.

☒ Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto. o Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad o Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico

☒ Fomento del ejercicio: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud o Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados. o Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.

4 Discusión-Conclusión

No existe un método específico general para llevar a cabo un plan de cuidados enfermeros para la enfermedad de Parkinson, sino que cada intervención se adapta a los síntomas de cada individuo, a la progresión de la enfermedad, el estilo de vida y el grado de tolerancia a la actividad. El tratamiento farmacológico descrito con anterioridad va a ayudar a aliviar los síntomas, sin embargo, el paciente va a experimentar cambios que le van a llevar a tener una serie de necesidades que desde el punto de enfermería se van a explotar al máximo para la mejoría del paciente, ya sea ayudando a la no progresión o evitando lesiones asociadas a la propia enfermedad y mejorando de esta manera su calidad de vida.

5 Bibliografía

1. Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2019). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2018-2020. Elsevier.
2. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (Eds.). (2018). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. Elsevier.
3. Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier.
4. Miller-Patterson, C., Krobot, K.E., Burton, E.A., Smith, L.J. (2020). Parkinson-Plus Syndromes. In: Weissbrod, P., Francis, D. (eds) Neurologic and Neurodegenerative Diseases of the Larynx. Springer, Cham.
5. García, F. C. (2019). Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(73), 4273-4284.

Capítulo 85

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON NEUMOTORAX ESPONTÁNEO

GEMA MAGÁN CANO

ANA PÉREZ PLAZA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

1 Introducción

El neumotórax espontáneo (NE) se define como una acumulación de aire o gas en el espacio pleural de los pulmones, siendo más habitual en pacientes varones. Este tipo de neumotórax se caracteriza por aparecer sin causa aparente.

Se pueden distinguir dos tipos de NE:

NE primario, que se presenta cuando el paciente no ha desarrollado ninguna enfermedad pulmonar, y este es causado por la ruptura de la flictena o bulla pulmonar. Es más frecuente en hombres altos y generalmente delgados de mediana edad (20-40 años), sus causas podrían deberse al hábito tabáquico y a factores genéticos predisponentes.

El NE secundario se produce cuando el paciente presenta una complicación en una enfermedad pulmonar subyacente como enfermedad obstructiva crónica (EPOC), fibrosis quística, asma, tuberculosis...

Las causas más comunes para este tipo de neumotórax son infecciones como neumonías, la obstrucción de vías aéreas, causas intersticiales como sarcoidosis, enfermedades del tejido conectivo como artritis reumatoide y neoplasias.

La sintomatología que puede tener el NE es dolor agudo en tórax que aumenta con la tos o inspiración profunda, disnea, taquicardia, cianosis, fatiga ansiedad e hipotensión.

Siendo el dolor y la disnea la clínica predominante.

El objetivo del tratamiento suele ser retirar el aire de la pleura pulmonar mediante la realización de la toracocentesis, para que el pulmón se vuelve a expandir.

2 Objetivos

Exponer un plan de cuidados para el paciente con neumotórax espontaneo.

Conocer cómo deben actuar los profesionales sanitarios ante la aparición del NE.

3 Caso clínico

Paciente varón de 15 años, procedente de urgencias donde presenta dolor pleurítico, fatiga y ansiedad.

Posteriormente, se le diagnostica neumotórax espontáneo izquierdo. Ingresa en la planta de cirugía torácica. El paciente vive con su familia y es totalmente independiente.

ANTECEDENTES PERSONALES o Alergias no conocidas, no hábitos tóxicos.
o Neumotórax espontáneo derecho el 07/09/2018. o No reacciones adversas a medicamentos (No RAM). o No hipertensión arterial (HTA). o Resfriado tratado.
o Hernia umbilical. o No Diabetes Mellitus.

VALORACIÓN

1. RESPIRACIÓN NECESIDAD ALTERADA

El paciente es portador de Tubo de tórax + Pleur-evac con aspiración a -20 centímetros de agua. Eupneico en reposo. Precisa oxigenoterapia con gafas nasales (3lx'), con buenas saturaciones. Normalmente, presenta tos con expectoración y refiere que esta no remitió desde su último ingreso. Tiene vías respiratorias permeables, pero precisa nebulizaciones de Bromuro de Ipratropio para ayudar a la respiración. En cuanto al sistema circulatorio está sin alteraciones. No fumador.

2. ALIMENTACIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente tiene un peso de 60 kilogramos (Kg), y una talla de 1,9 metros (m), por lo que su IMC es de 16,6 (Bajo peso). Es totalmente independiente para comer. Lleva una dieta basal normal. No lleva ninguna prótesis dental y no tiene dificultad al masticar ni al deglutir. No tiene intolerancias alimentarias y tolera bien la comida del hospital.

3. ELIMINACIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente no precisa sonda vesical, es continente para las deposiciones fecales y para la micción. Ritmo intestinal normal. Es totalmente independiente para ir al aseo.

4. MOVILIZACIÓN NECESIDAD ALTERADA

El paciente deambula normalmente por las plantas del hospital con ayuda de su madre, se transporta con lentitud por el dolor torácico. Tiene un poco de dificultad para realizar algunos movimientos. Alineación corporal correcta.

5. REPOSO Y SUEÑO NECESIDAD ALTERADA

El paciente refiere no dormir muy bien. No se le pone medicación para conciliar el sueño.

6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE NECESIDAD NO ALTERADA

Es independiente para vestirse y desvestirse, aunque en algunas situaciones requiere un poco de ayuda, ya que refiere dolor en el área cercana al tubo de tórax.

7. TEMPERATURA NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente es normalmente afebril, presenta temperaturas entre 36.5 y 37, hemodinamicamente estable.

8. HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL NECESIDAD ALTERADA

El paciente requiere ayuda parcial para asearse. Presenta aspecto cuidado e hidratado. Higiene corporal y bucodental aparentemente correcta. Presenta herida en el tórax al ponerle el tubo para drenaje pleur-evac. Portador de vía periférica corta.

9. SEGURIDAD NECESIDAD NO ALTERADA

Consciente y orientado. Es colaborador, no tiene caídas previas. Atiende a las recomendaciones tanto de la enfermera como del médico, a pesar de que algunas veces parece un poco angustiado, adopta una actitud buena ante el tratamiento. No precisa barandillas en cama. Gestión eficaz de la propia salud.

10. COMUNICACIÓN/RELACIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos. Se comunica con normalidad y facilidad con sus familiares, con las enfermeras, médicos y compañeros de habitación. No es muy hablador, a veces se muestra introvertido.

11. CREENCIAS/ RELIGIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente no solicita servicios religiosos.

12. AUTORREALIZACIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

Estudia en el instituto la ESO (estudio secundario obligatorio). El paciente refiere que era deportista de atletismo y realiza también otros deportes como el fútbol.

13. OCIO NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente en su tiempo libre queda con sus amigos y le gusta mucho jugar al fútbol con ellos. Su madre refiere que a él le gusta mucho hacer cualquier tipo de deporte.

14. APRENDIZAJE NECESIDAD NO ALTERADA

Capacidad de comprensión normal. Se encuentra al tanto de la medicación que se le administra. Se presenta receptivo a la información que se le da. Sin problemas psicológicos.

4 Discusión-Conclusión

El neumotórax espontáneo es una enfermedad poco frecuente, con incidencia baja. Cuando es más leve se realiza seguimiento radiológico y reposo. En casos más complejos la toracotomía con tubo de tórax es el tratamiento más frecuente y exitoso en la mayoría de los casos, también se podría recurrir al tratamiento quirúrgico en casos recurrentes.

Desde la individualización de este caso clínico se proponen y establecen unas pautas sobre los cuidados de enfermería que se deben realizar.

La enfermera hará un control de episodios de taquipnea y un control de la oxigenoterapia (pulsioxímetro).

-Se pondrá al paciente en posición fowler.

-La enfermera controlará el drenaje pleur-evac.

-Se le suministrará oxígeno mediante gafas nasales y medicación broncodilatadora si precisa.

-El paciente realizará ejercicios con el inspirómetro incentivo para lograr expansión pulmonar.

- Se fomentará la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

-La enfermera le facilitará la analgesia que precise si refiere dolor.

-Se creará un ambiente propio para su descanso (luz, ruido, temperatura adecuada).

-La enfermera le facilitará medicación para la ansiedad y/o para conciliar el sueño si es preciso.

-La enfermera realizará la cura de la incisión del drenaje según el procedimiento, manteniendo la intimidad del paciente.

- Se le informará a la paciente acerca del estado de la incisión, del progreso, de las pautas y horas de curación, también se le informará a la familia.
- Se le enseñará a valorar signos y síntomas de infección

5 Bibliografía

1. Hermida-Pérez JA, Hernández-Guerra JS, Guerra-Abrante P. Neumotórax espontáneo. A propósito de un caso clínico. Semergen [Internet]. 2008 [citado el 28 de septiembre de 2022];34(10):507–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-neumotorax-espontaneo-a-proposito-un-13130329>.
2. <https://www.diagnosticsnanda.com>

Capítulo 86

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

GEMA MAGÁN CANO

ANA PÉREZ PLAZA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

1 Introducción

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica en la que el corazón no tiene la capacidad de realizar eficazmente el bombeo de sangre oxigenada hacia los diferentes órganos.

Según su manifestación, se puede englobar:

- Insuficiencia cardiaca crónica: es la más frecuente, se debe a un desgaste progresivo a nivel cardiaco, que se va manifestando gradualmente y sus síntomas empeoran en el tiempo.
- Insuficiencia cardiaca aguda: los síntomas aparecen de manera inesperada y suelen ser graves al principio. Los pacientes pueden mejorar de forma rápida con el tratamiento específico.

La principal causa es que debido a un menor gasto cardiaco hay una disminución en el aporte de oxígeno a los diferentes tejidos del organismo. El cuerpo tiende a aumentar las presiones intravasculares por lo que provocan síntomas de congestión.

Los principales síntomas de esta patología son:

- Cansancio o fatiga, ya que la sangre no llega correctamente a los músculos. Poca tolerancia al ejercicio.
- Disnea por retención de líquidos en los alveolos pulmonares. También en algunos casos puede acompañar la tos seca.
- Falta de apetito (plenitud abdominal).
- Mareos, síncope.
- Retención de líquidos, ya que no llega el correcto flujo de sangre a los riñones, lo que provoca edemas en miembros inferiores.
- Taquicardias y palpitaciones.

2 Objetivos

Explicar el proceso de atención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva.

Conocer los cuidados propios de enfermería ante esta enfermedad.

Exponer factores de prevención para esta enfermedad.

3 Caso clínico

Paciente varón de 86 años, procedente de urgencias donde presenta disnea, tos expectorante y fiebre. Posteriormente, se le diagnostica insuficiencia cardiaca congestiva en anasarca. Ingresa en la planta de medicina interna.

ANTECEDENTES PERSONALES o Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes Mellitus tipo II (DMII). o Fibrilación auricular paroxística detectada en julio de 2015. o Adenocarcinoma de próstata. o Insuficiencia cardiaca descompensada secundaria a taquiarritmia. o Insuficiencia respiratoria global secundaria. o Anemia por déficit de vitamina B12. o Asma bronquial y bronquiectasias, con antecedente de infección por H. influenzae y Pseudomonas Aeruginosa.

VALORACIÓN SEGÚN NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. RESPIRACIÓN NECESIDAD ALTERADA

El paciente presenta disnea en reposo, tos con expectoración y ortopnea. Al ingreso presenta oxigenoterapia con gafas nasales a 2.5 litros por minuto, a pesar

de ello, las saturaciones de oxígeno son bajas (<90%), por lo que se cambia a oxigenoterapia con mascarilla tipo venturi a 10 litros por minuto (40%) obteniendo buenas saturaciones.

Precisa bromuro de ipratropio para mantener las vías aéreas permeables y mejorar la respiración. El paciente tiene alteración de la circulación vascular, por lo que presenta edemas en los MMII. No lleva traqueostomía y es no fumador.

2. ALIMENTACIÓN NECESIDAD ALTERADA

El paciente tiene un IMC entre 19 Y 20,9 (normopeso). Lleva una dieta oral blanda, ya que presenta disfagia con los alimentos duros, sobre todo con la carne. El paciente necesita ayuda para comer, es ayudado por sus hijos. En el índice de Barthel presenta dependencia moderada (40-45 puntos). El paciente come de 4 a 5 veces al día, pocas cantidades de comida. Él refiere que ha estado comiendo menos, ya que tiene disminuido el apetito, aun así, no ha habido pérdida de peso recientemente. En la cavidad bucal le faltan algunas piezas dentales y tiene dificultad en la masticación. Se encuentra bien hidratado. El paciente es diabético, pero sus cifras de glucemia están en rango normal. No presenta alergias a alimentos y tolera bien la comida del hospital.

No refiere náuseas ni vómitos. No precisa sueroterapia.

3. ELIMINACIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente es continente para la micción y para las deposiciones fecales, tiene buen tránsito intestinal, ya que hace deposiciones a diario. No presenta dolor ni en la micción ni en la defecación. No precisa enemas. Es dependiente para ir al aseo.

4. MOVILIZACIÓN NECESIDAD ALTERADA

El paciente sale a deambular por el pasillo de la planta a diario con ayuda de su hijo

(generalmente por las mañanas). Se muestra inseguro sin ayuda, ya que tiene alteración en el equilibrio y tuvo una caída previa en el último año (abril/2018). Fuera del hospital deambula con ayuda mecánica (bastón). Necesita gran ayuda para trasladarse, subir y bajar escalones. Es dependiente para las actividades habituales de la vida diaria. En la escala J.H. Downton presenta alto riesgo de caídas (6 puntos).

5. REPOSO Y SUEÑO NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente refiere no tener problemas para conciliar el sueño, se levanta descansado y no necesita medicación para dormir. Refiere que no suele tener interrupciones del sueño, a no ser que haya un sonido fuerte. El paciente refiere que se suele despertar sobre las 7:00h. No presenta ronquidos ni sonambulismo. Se echa la siesta todos los días después de comer.

6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE NECESIDAD ALTERADA

El paciente tiene deterioro de la capacidad para ponerse/quitar la ropa en la parte superior e inferior del cuerpo, para ponerse/quitar calcetines y calzado. El paciente es capaz de abrocharse los botones del pijama. Mantiene su aspecto a nivel satisfactorio con la ayuda de sus hijos y el personal de enfermería.

7. TEMPERATURA NECESIDAD ALTERADA

Al ingreso el paciente se presenta febril con una temperatura de 38.3°C. La temperatura va disminuyendo con los antibióticos administrados, en el resto de la hospitalización no presenta alteración en la temperatura corporal, se muestra afebril con temperaturas entre 35.5°C y 36.5°C.

8. HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL NECESIDAD ALTERADA

La higiene personal del paciente es correcta, es dependiente para ducharse y afeitarse.

La higiene bucodental es deficiente, ya que no suele lavarse la cavidad bucal todos los días. No presenta halitosis. El paciente presenta ligera palidez cutánea. A causa de llevar la máscara tipo venturi a diario, presenta una pequeña herida por rozamiento en la parte superior de la nariz.

En la escala de Braden presenta bajo riesgo de úlceras por presión (20 puntos).

9. SEGURIDAD NECESIDAD ALTERADA

El paciente está consciente y orientado. Es colaborador a lo que se le pide y tiene buena adherencia terapéutica. Ha tenido dos ingresos hospitalarios más durante este año, por infección de gripe B y por insuficiencia cardiaca descompensada secundaria a taquiarritmia. No tiene hábitos tóxicos. El paciente presenta alteración del equilibrio y deambula inseguro con o sin ayuda humana/mecánica y presenta una caída previa

(abril/2018). Precisa barandillas en cama. La percepción sensorial es deficiente (oído, no oye correctamente).

10. COMUNICACIÓN/RELACIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente no tiene ningún problema con el lenguaje, se comunica con normalidad y facilidad con sus familiares, personal de enfermería, médicos y compañeros de habitación, no tiene problemas en expresar sus ideas. El paciente vive en familia (con sus hijos y su mujer) y se siente bien junto a ellos. Es una persona bastante tranquila, y es asertivo cuando le transmitimos información.

11. CREENCIAS/ RELIGIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente no solicita servicios religiosos, aunque es católico.

12. AUTORREALIZACIÓN NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente vive en familia en Villamalea, está jubilado y se dedicaba a trabajar el campo.

13. OCIO NECESIDAD NO ALTERADA

El paciente sale a veces a deambular por la calle con el bastón, con su mujer o con amigos, pero se cansa con facilidad. Le gusta ver la televisión y escuchar la radio. El paciente refiere que de joven tenía la afición de montar en bicicleta. Normalmente, no realiza ningún tipo de ejercicio.

4 Discusión-Conclusión

La ICC es una enfermedad crónica, es el síndrome final de algunas patologías muy prevalentes en la sociedad, como la hipertensión arterial. Debe ser muy importante su prevención y el control de los síntomas.

Podemos realizar cambios en el estilo de vida para prevenir o ralentizar los síntomas propios de la enfermedad, como no fumar, controlar la tensión arterial, evitar el sedentarismo, consumir alimentos saludables y mantener un peso adecuado.

En particular, se deben realizar una serie de cuidados adecuados para nuestro caso:

Se mantendrá el equilibrio de líquidos administrando líquidos intravenosos o diuréticos, según el caso y si es necesario monitorizará el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario).

Se determinará el estado de volumen de sangre del paciente (si el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia o normovolemia) y si precisa trasfusión sanguínea.

Se mantendrá elevada la cama del paciente con un ángulo de 45° (posición fowler para mejorar la respiración cuando presente ortopnea o disnea).

Se administrará oxigenoterapia y si precisa fármacos para la actividad cardiaca.

La enfermera realizará una valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).

Se le enseñará al paciente los síntomas de alerta con relación a su enfermedad p.ej., disnea, ortopnea, fatiga intensa, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, ganancia repentina de peso.

Se animará al paciente a mejorar su movilidad, animándole a realizar las actividades de la vida diaria que sean posibles y a que acepte las necesidades de dependencia.

Se le animará a realizar lo que pueda de manera independiente (vestirse, asearse).

5 Bibliografía

1. Insuficiencia cardíaca [Internet]. Mayoclinic.org. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-failure/symptoms-causes/syc-20373142>
2. Listado Diagnósticos Enfermeros NANDA [2021 - 2023][Internet]. Diagnosticos Nanda. 2020 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/>

Capítulo 87

PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE INSTITUCIONALIZADO GETRIÁTRICO

GEMA MAGÁN CANO

ANA PÉREZ PLAZA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

1 Introducción

Por paciente geriátrico se entiende como aquel sujeto de avanzada edad, generalmente mayor de 65 años, que lleva asociada una pluripatología y que a pesar de eso también presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

Suele acompañar con problemas cognitivos y afectivos y la necesidad de recursos sociosanitarios.

Los pacientes geriátricos tienen una estancia más larga a nivel hospitalario que un adulto, y por consiguiente más reingresos.

Los adultos mayores institucionalizados son personas geriátricas que residen en instituciones residenciales, ya sean públicas o privadas, dónde se coordina la asistencia sanitaria y psicosocial del anciano.

La alta prevalencia de enfermedades, el incremento de ancianidad, la dependencia y la limitación de la asistencia/sostén familiar conlleva a elegir en bastantes ocasiones la residencia como recurso.

”El plan de cuidados es la organización y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

Se usa como instrumento para documentar la situación de un paciente, las estrategias que se han de seguir, las intervenciones y los resultados de lo que se espera abarcando al individuo de una forma integral.

El plan de cuidados es esencial para mejorar el cuidado asistencial del paciente, conseguir el máximo nivel de salud.

2 Objetivos

Dar a conocer el plan de cuidados de un anciano institucionalizado en residencia. Exponer las intervenciones de enfermería para mejorar la calidad de vida del anciano y su independencia.

3 Caso clínico

Mujer viuda de 91 años, nacida en Albacete. Ingresó en la residencia de ancianos, ya que sus hijas no podían prestarle los cuidados necesarios. Anteriormente, residía en casa con su marido y ella se hacía cargo de él. Existe una buena situación familiar, y ella recibe el apoyo de sus hijas, en función de su disponibilidad familiar y laboral.

Antecedentes personales:

ITU de repetición

Diabetes Mellitus tipo II, insulín dependiente,

Miocarditis conservada anticoagulada,

Hipertensión arterial,

Hernia de hiato, déficit de vitamina B12,

Poliartrosis, lesión vértebras lumbares postraumática.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

1-RESPIRACIÓN, NECESIDAD NO ALTERADA

No fumadora.

2-ALIMENTACIÓN, NECESIDAD NO ALTERADA

Solo precisa ayuda para cortar los alimentos, para comer es independiente, Lleva una dieta diabética normal, Tiene su dentadura natural, por lo que no lleva prótesis dental.

No consta de dificultad en la masticación y tolera bien la comida de la residencia.

3-ELIMINACIÓN, NECESIDAD ALTERADA

No precisa sonda vesical, es continente para las deposiciones, pero lleva pañal, ya que tiene incontinencia urinaria funcional, necesita ayuda para ir al baño.

4-MOVILIZACIÓN, NECESIDAD ALTERADA

Va en silla de ruedas, precisa ayuda para su traslado y también para moverse de la cama al sillón. Admite cortos periodos de tiempo en bipedestación.

5-REPOSO Y SUEÑO, NECESIDAD ALTERADA

Duerme correctamente, pero con ayuda de medicación antes de acostarse.

6-VESTIRSE Y DESVESTIRSE, NECESIDAD ALTERADA

Es capaz de elegir su ropa, pero precisa ayuda para vestirse y desvestirse.

7-TEMPERATURA, NECESIDAD NO ALTERADA

Normalmente afebril.

8-HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL, NECESIDAD ALTERADA

Presenta aspecto cuidado e hidratado. Baño 2 veces a la semana e higiene bucal aparentemente correcta. Presenta una úlcera por presión en el trocánter derecho.

9-SEGURIDAD, NECESIDAD ALTERADA

Consciente y normalmente orientada, colaboradora. Atiende a recomendaciones tanto de enfermería como del médico. Barreras arquitectónicas controladas, precisa barandillas en cama. Gestión eficaz de la propia salud.

10-COMUNICACIÓN/RELACIÓN, NECESIDAD NO ALTERADA

No alteración significativa, conserva los 5 sentidos con excepción de la pérdida de visión. Se comunica con normalidad con sus compañeros, enfermeras, etc.

11-CREENCIAS/RELIGIÓN, NECESIDAD NO ALTERADA

Es católica, ejerció de catequista en la parroquia.

12-APRENDIZAJE, NECESIDAD NO ALTERADA

Capacidad de comprensión normal, sabe ponerse insulina así misma (pero no puede). Sabe acerca de su medicación. Se presenta receptiva a la información que se le da.

13-AUTORREALIZACIÓN, NECESIDAD NO ALTERADA

Fue ama de casa, ha participado en el movimiento asociativo de un barrio de la ciudad. Ha colaborado mucho con su parroquia como catequista. Los últimos años en los que vivía en casa ha estado cuidando de su marido.

14-OCIO, NECESIDAD NO ALTERADA

Como aficiones le gusta leer e ir al cine. En la residencia le gusta hacer manualidades o hablar con otras compañeras.

4 Discusión-Conclusión

La importancia del proceso de atención de enfermería o plan de cuidados es que enfermería necesita registrar las intervenciones para que puedan ser analizadas. Nos proporciona una mayor autonomía en nuestro ámbito de trabajo y una continuidad de cuidados para el paciente.

Ante nuestro caso particular, las actuaciones que deben darse son:

La paciente será consciente de su incontinencia, y tendrá la zona genital limpia.

Se le ayudará a trasladarse para ir al aseo, y con la higiene.

Se le animará a realizar las actividades que pueda de manera independiente.

Se creará un ambiente propio para su descanso, y se le dará medicación si precisa para conciliar el sueño.

La paciente se mantendrá lo más activa posible. Irá al fisioterapeuta.

Se realizarán curas óptimas para su úlcera por presión.

Llevará control sobre la medicación que toma.

Se le facilitará realizar actividades con sus compañeros.

5 Bibliografía

1. Pisonero MF. Atención institucionalizada y gerontología [Internet]. canalSALUD. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/gerontologia/atencion-institucionalizada/>
2. Martín-Sánchez FJ, Fernández Alonso C, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010 [citado el 28 de septiembre de 2022];33:163–72. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017
3. Listado Diagnósticos Enfermeros NANDA 2021 - 2023 [Internet]. Diagnósticos Nanda. 2020 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/>

Capítulo 88

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LOS CUIDADOS QUE ELLOS QUIEREN AL FINAL DE LA VIDA SEGÚN SU EXPERIENCIA PROFESIONAL CON PACIENTES TERMINALES

DÉBORA DÍAZ BROCEÑO

RUBÉN ROJAS LAGUNA

FABRIZIO JOSUE COLAMARCO

LUCÍA RUIZ-VALDEPEÑAS ALMANSA

RAQUEL MERCADO RAMÍREZ

1 Introducción

El proceso de morir es común a todos los seres humanos desde el momento en que nacemos. Pero sin duda, para la mayoría de las personas, la muerte es un proceso trágico, que debe tratarse con profundo respeto, asegurando la intimidad y seguridad de las personas en este momento considerado tan vulnerable.

Los profesionales sanitarios, a lo largo de su recorrido profesional se encuentran

cara a cara con la muerte en numerosas ocasiones y se considera la muerte como un proceso natural.

Por lo tanto, muerte es un proceso biológico y universal; pero hoy en día vivimos en una cultura que niega y rechaza la muerte y no enseña cómo debemos afrontarla. Esto dificulta que las personas puedan hacerle frente de una forma adaptativa. "Ante la muerte, el ser humano evoca respuestas emocionales de temor, ansiedad y preocupación. Dependiendo de la experiencia propia, las personas pueden asumir distintas actitudes, por ejemplo, se pueden generar actitudes de aceptación, de negación y/o de evitación" (1).

El deseo de poder aliviar el sufrimiento en los pacientes terminales, es la principal motivación de los profesionales sanitarios que brindan los cuidados al final de la vida (2). Pero, incluso cuando la sintomatología está bien manejada, las pérdidas que acompañan a un proceso terminal, y la comprensión de que pronto morirá, puede producir sufrimiento (3).

Los profesionales sanitarios que tienen como campo asistencial los cuidados de pacientes terminales se verán expuestos a situaciones que les pueden generar conflictos, y su actitud profesional quedará determinada por las experiencias que vayan adquiriendo (4).

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es conocer las actitudes de los profesionales sanitarios sobre los cuidados que ellos mismos quieren para el final de sus vidas en base a su experiencia profesional.

3 Metodología

Estudio descriptivo transversal y prospectivo realizado en profesionales sanitarios durante el mes de diciembre de 2021.

La población de estudio fueron profesionales sanitarios ya graduados y que ejercen su profesión, con residencia en territorio español. Todos los participantes cumplieron con el requisito de participar de forma voluntaria.

Se realizó una búsqueda bibliográfica y se diseñó una herramienta de recogida de datos; a través de una encuesta con diferentes variables.

La encuesta se elaboró con la plataforma de formularios de Google y se difundió vía redes sociales como WhatsApp, Instagram, Twitter y Hotmail.

A cada participante se le asignó un código que solo conocía el investigador principal, y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 24.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango intercuartílico. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado o, en las tablas de 2x2, con el test exacto de Fisher cuando el número de efectivos calculados fue inferior a 5. Las variables cuantitativas se compararon mediante la t de Student o, alternativamente, mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney si se vulneraba el principio de normalidad, el cual se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica y a la Declaración de Helsinki. Los datos de los participantes fueron tratados con la máxima confidencialidad, cumpliéndose la LOPD 12/2018, en relación con la protección de datos de las personas participantes en el estudio.

4 Resultados

En el estudio participaron 559 profesionales de la salud de toda España, los cuales conforman la muestra.

Los participantes presentaron una edad media de 31 años DE 9,4. La edad de los participantes del sexo masculino fue menor que la del sexo femenino $p=0,04$.

Los datos correspondientes a la categoría profesional de los participantes se pueden ver en el gráfico 1. El 72,1% (403) de los encuestados son enfermeras, el 25% (142), TCAE y el 3% (14), médicos.

En relación a la edad y la categoría profesional, la edad de los médicos fue superior a la de las enfermeras y a la de las TCAE $P=0,007$ y $P=0,001$, respectivamente. Los resultados se recogen en la tabla 1.

En cuanto al tiempo de ejercicio de la profesión, el 49,6% (277) llevaba menos de 5 años, el 21,5% (120) entre 5 y 10 años y el 29% (162), más de 10 años.

Respecto a lugar de residencia, un 80,7% (451) lo hace en un núcleo urbano y el 19,3% (108) restante lo hace en un núcleo rural.

Respecto a si los profesionales de la salud han reflexionado sobre los cuidados que ellos mismos quieren al final de su vida el 61,7% (190) de los encuestados ha pensado algunas veces sobre cómo le gustaría ser tratado al final de la vida, mientras que el 4,3% (24), no lo ha pensado nunca.

El 79,2% (443) hablaría con su familia sobre el proceso final de la vida.

El 69,1% (386) de los profesionales encuestados ha hablado con su familia acerca de los cuidados al final de la vida, mientras que el 30,9% (173) restante no lo ha hecho.

El 46,7% (261) de los profesionales de la salud designaría a su familia o pareja para que se cumpliesen sus deseos al final de la vida, mientras que tan solo un 0,4% (2) lo haría a través del documento de últimas voluntades.

Con respecto a si les gustaría estar acompañados por sus familiares más allegados en los momentos cercanos a la muerte, el 98,9% (553) respondió afirmativamente.

5 Discusión-Conclusión

Es una evidencia que el proceso de morir constituye una certeza que todos los seres humanos desde el mismo momento en que nacemos deberíamos asumir. No cabe duda de que para la mayoría de los seres humanos morir es un proceso trágico, por lo que se debe mantener un profundo respeto a las voluntades de las personas, asegurando su intimidad y seguridad ante este proceso.

En nuestro estudio seis de cada diez profesionales han reflexionado sobre los cuidados que desearían al final de la vida y donde la familia sería el pilar de apoyo fundamental si se diera esta situación. Esto coincide con investigaciones realizadas en pacientes donde muchos enfermos expresan su deseo de morir en casa y donde los miembros de la familia tienen una considerable importancia en la prestación de cuidados (5).

Es primordial mantener una comunicación abierta con los familiares acerca de las situaciones que puedan ocurrir durante el proceso de la muerte. En el estudio siete de cada diez profesionales ya han hablado con la familia sobre los cuidados que quieren al final de la vida, situación que coincide con la de otros autores (6).

Los documentos de voluntades anticipadas (DVA) constituyen un conjunto de documentos en los que los interesados pueden dejar constancia de cómo desean

ser tratados al final de su vida, con el fin de que su voluntad sea respetada (20). Hay que destacar que los profesionales entrevistados en el presente estudio utilizarían mínimamente este mecanismo para indicar sus preferencias de cuidados al final de la vida. Esta infrautilización podría estar relacionada por un desconocimiento o conocimiento insuficiente del DVA como ya han mostrado otras investigaciones (7,8)

En relación a si los profesionales sanitarios han reflexionado sobre los cuidados que ellos mismos quieren al final de su vida, se ha encontrado que más de la mitad de los profesionales sí lo han hecho y, además, designan generalmente a la familia como principal apoyo en esa situación.

6 Bibliografía

1. Bermejo JC, Villaceros M, Hassoun H. Attitudes towards end-of-life patient care and fear of death in a healthcare student sample. *Med Paliativa*. 2018 Jul 1;25(3):168–74.
2. Pesut B, Wright DK, Thorne S, Hall MI, Puurveen G, Storch J, et al. What's suffering got to do with it? A qualitative study of suffering in the context of Medical Assistance in Dying (MAID). *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Dec 31];20(1):1–15. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12904-021-00869-1>
3. Krikorian A, Limonero JT, Maté J. Suffering and distress at the end-of-life. *Psychooncology* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2021 Dec 31];21(8):799–808. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.2087>
4. Galiana L, Oliver A, Sansó N, Pades A, Benito E. Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Med Paliativa* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Dec 31];24(3):126–35. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-validacion-confirmatoria-escala-afrontamiento-muerte-S1134248X15000476>
5. Zarit SH. Family care and burden at the end of life. *C Can Med Assoc J* [Internet]. 2004 Jun 8 [cited 2022 Apr 3];170(12):1811. Available from: </pmc/articles/PMC419769/>
6. Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: “they don’t know what they don’t know.” *JAMA* [Internet]. 2004 Jan 28 [cited 2022 Apr 3];291(4):483–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14747506/>
7. Toro Flores R, Silva Mato A, Piga Rivero A, Alfonso Galán MT. Conocimientos y

actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria*. 2013;45(8):404–8.

8. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid [Rev Clínic Esp.2011]-Medes [Internet]. [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://medes.com/publication/68925>

Capítulo 89

PLAN DE CUIDADOS DE LA QUERATITIS INFECCIOSA COMO COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA REFRACTIVA

NURIA MENA PEDRAZA

ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS

VERONICA ALVAREZ CANO

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

1 Introducción

La cirugía refractiva corneal con láser es el procedimiento de elección para la corrección de los defectos de refracción para evitar la dependencia de gafas o lentes de contacto.

Dentro de los procedimientos de cirugía refractiva, destacamos dos técnicas, la del LASIK (laser assisted in situ keratomileusis), técnica preferida por los oftalmólogos, debido a la rápida rehabilitación visual y su baja tasa de complicaciones y la técnica de ablación de superficie -fotoqueratectomía refractiva (PRK), que tiene ausencias de complicaciones con el lentículo, alta eficacia y seguridad y que está reservada para casos concretos como los pacientes con ojo seco en los

que englobamos a los usuarios que no toleran más las lentillas, los pacientes con córneas delgadas y aquellos pacientes que practican deportes de contacto o tienen trabajos en los que podrían darse algún golpe en el ojo, ya que, si se les hiciera la otra técnica mencionada con anterioridad (LASIK) en la que se levanta el lentículo, este podría desplazarse al darse un golpe. A pesar de ser una técnica de probada eficacia y seguridad, como en toda cirugía existe la posibilidad de complicaciones como la queratitis que, aunque rara, es una complicación posible y potencialmente grave.

La queratitis es una inflamación de la córnea que puede estar o no puede estar asociado con infección. En caso de ser infecciosa esta podría ser bacteriana (estafilococo aereus, pneumococo, streptococo y pseudomona), vírica (virus Herpes Simple tipo I), micóticas (cándida albicans y aspergillus) o por acanthamoeba.

2 Objetivos

Exponer un plan de cuidados para el tratamiento de la queratitis infecciosa

3 Caso clínico

Mujer de 63 años, pseudofáquica, intervenida de cirugía láser corneal previa PRK en ambos ojos, acude a consulta con el ojo izquierdo rojo doloroso de dos días de evolución. Presenta agudeza visual de cuenta dedos. En la exploración, se observa edema palpebral blando, hiperemia ciliar y absceso corneal paracentral de 3mm, epitelio edematoso y friable, edema estromal central con pliegues desceméticos. Se realiza desbridamiento epitelial, tomando muestras para cultivo bacteriológico y hongos (negativo).

Se aplica y pauta tratamiento con amikazina, moxifloxacino, ciclopléjico, minociclina 100mg y lágrima artificial.

Ante la lenta evolución del cuadro inflamatorio, se sustituye el tratamiento antibiótico previo por ceftazidima y ciprofloxacino, se pauta fluormetolona para disminuir la reacción inflamatoria.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

1. Explicar el procedimiento de la intervención al paciente.
2. Preparar y disponer el campo estéril para el Oftalmólogo con todo el material quirúrgico.
3. Realizar el lavado de manos aséptico y la colocación de bata y guantes estériles.

4. Limpiar la herida con suero fisiológico, para arrastrar residuos sin dañar el tejido, secando con hemostetas estériles a toques sin arrastrar, y posteriormente, el tratamiento anteriormente citado. (Foto 2).
5. Recomendar el uso de gafas de protección solar y ocular, para evitar la entrada de cualquier partícula de polvo o riesgo mecánico.

NANDA; 00044 Deterioro De La Integridad Tisular

NOC;

1103 Curación de la herida: 1o, 2o intención

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC;

1650 Cuidados de los ojos

3590 Vigilancia de la piel

NANDA; 00132 Dolor Agudo

NOC;

1605 Control del dolor

02102 Nivel del dolor

3001 Satisfacción del paciente: cuidados

NIC;

2310 Administración de medicación: oftálmica

NANDA; 00126 Conocimientos Deficientes

NOC;

1808 Conocimiento: proceso de la enfermedad

1808 Conocimiento: medicación

NIC;

2380 Manejo de la medicación

2300 Administración de medicación

NANDA; 00161 Disposición Para Mejorar Los Conocimientos

NOC; 1823 Conocimiento: fomento de la salud

NIC;

5602 Enseñanza del proceso de enfermedad

5618 Enseñanza del procedimiento o tratamiento

5606 Enseñanza individual

5607 Asesoramiento

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

4 Discusión-Conclusión

Dos semanas tras el inicio del cuadro, la paciente presenta mínima hiperemia, desaparición del edema corneal, infiltrado estéril y sin reacción inflamatoria en cámara anterior.

Actualmente, se encuentra en tratamiento con ciprofloxacino y fluorometolono hasta resolución del infiltrado corneal, con agudeza visual de 0,2 (escala decimal). Dado que la queratitis es una complicación con consecuencias visuales graves, se recomienda la quimioprofilaxis con antibióticos tópicos en el postoperatorio para evitarla, así como las revisiones postoperatorias adecuadas para asegurarse que los pacientes vean lo mejor posible y además se realicen exámenes regulares para prevenir signos de enfermedad ocular o afecciones que pueden afectar no solo a la salud visual sino a la salud en general. Por lo tanto, la visión y salud ocular es una parte muy importante para el desarrollo y aprendizaje, por lo cual, estas revisiones son recomendables tanto para pacientes con antecedentes de enfermedad visual como para bebés y niños.

5 Bibliografía

1. Duré, C. Utilidad diagnóstica de la coloración de Gram para las queratitis infecciosas. Revista Científica de la UCSA, 4(3), 12-19. [https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004\(03\)012-019](https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004(03)012-019)
2. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.a edición <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/keratitis/diagnosis-treatment/drc-20374114>
3. Castro Cárdenas Karyna, López Hernández Silvia María, Rodríguez Rivero Darlen, Tápanes Fernández Thelma, Hormigó Puertas Iraisly, Perea Carlos Alberto. Características clínicas y epidemiológicas de la queratitis infecciosa en operados de queratoplastia penetrante óptica. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Mayo 29] ; 26(3): 379-389. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762013000300004&lng=es.

Capítulo 90

PLAN DE CUIDADOS PARA FRACTURAS DE TOBILLO

NURIA MENA PEDRAZA

ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS

VERONICA ALVAREZ CANO

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

1 Introducción

El plan de cuidados es la organización de los cuidados de enfermería los cuales están orientados a la promoción, recuperación, mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

Estos planes de cuidado deben tener una valoración integral de la que aparecen diagnósticos de enfermería. A estos diagnósticos se les seleccionan objetivos que deseamos y una serie de intervenciones que llevaremos a cabo para conseguir esos objetivos. En el caso de enfermería se utiliza la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

En este caso se analiza y planifican unos cuidados estandarizados de las fracturas de tobillo mediante la normalización de la actividad enfermera mediante un lenguaje común. Estas fracturas son una de las lesiones más frecuentes del sistema musculoesquelético y cuyo tratamiento más común es el quirúrgico.

Según la clasificación de Weber, las fracturas de tobillo se dividen en tres grupos dependiendo del nivel del peroné al que la fractura afecte. De esta manera se decide la manera de tratarla.

En el tipo A está roto el peroné de forma distal a la sin-desmosis tibioperonea y el maléolo interno tibial puede o no tener alguna fractura vertical.

El tipo B caracterizado por una fractura del peroné oblicua a la altura de la sin-desmosis tibioperonea (pueden extenderse de forma proximal). A su vez, el liga-mento deltoideo o el maléolo interno pueden también estar rotos.

En el tipo C la fractura queda por encima de la sin-desmosis tibioperonea y la gran mayoría de las veces suele ser una fractura transversa o una fractura oblicua corta.

2 Objetivos

- Elaborar un Plan de Cuidados de enfermería para pacientes con fractura de tobillo.
- Identificar las necesidades alteradas partiendo de un caso clínico.

3 Caso clínico

Varón de 45 años, que es remitido al servicio de urgencias hospitalario por el médico de familia tras sufrir una caída por escaleras mientras trabajaba con traumatismo en miembro inferior derecho. En urgencias se le diagnostica una fractura de pilón tibial desplazada y fractura de peroné, las cuales precisan tratamiento quirúrgico y ortopédico con férula de yeso.

PLAN DE CUIDADOS

Se elaboró un plan de cuidados para pacientes con el diagnóstico de fractura de tobillo relacionando este, con los diagnósticos NANDA, los objetivos NOC y las intervenciones NIC para facilitar de esta manera los cuidados a estos pacientes.

Principales necesidades alteradas. Valoración inicial:

- Movilización
- Higiene/piel
- Seguridad
- Aprender

POSIBLES DIAGNOSTICOS ENFERMEROS REALES

NANDA; 00085 Deterioro en la movilidad física

NOC; 0208 Nivel de movilidad

NIC;

- 0910 inmovilización.
- 0762 cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
- 3590 vigilancia de la piel
- NANDA; 00132 Dolor agudo
- NOC; 1605 control del dolor
- NIC;
- 1400 Manejo del dolor
- 2300 administración de medicación
- 2380 manejo de la medicación

NANDA; 00046 Deterioro de la integridad cutánea
NOC;

- 1102 curación de la herida; 1º intención.
- 1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- NIC; 3660 cuidados de las heridas.

NANDA; 00108 Déficit del autocuidado: baño e higiene
NOC; 0300 cuidados personales (actividades de la vida diaria)
NIC; 1800 Ayuda al autocuidado

NANDA; 0088 Deterioro de la deambulación
NOC; 0200 deambulación: caminata
NIC; 0200 fomento del ejercicio

NANDA; 00126 conocimientos deficientes (tratamiento/proceso de enfermedad)
NOC; 1803 Conocimiento: Proceso de enfermedad
NIC;

- 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad
- 5612 Enseñanza: actividad del ejercicio prescrito

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DE RIESGO

NANDA; 00155 riesgo de caídas
NOC; 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas
NIC; 6490 Prevención de caídas

NANDA; 0004 Riesgo de infección
NOC; 1807 conocimiento: control de la infección
NIC; 6540 control de las infecciones

NANDA; 00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica
NOC; 0407 perfusión tisular: periférica

4 Discusión-Conclusión

Como podemos observar la realización de un Plan de Cuidados facilita el trabajo y favorece el trato personalizado consiguiendo así una mayor calidad asistencial facilitando la toma de decisiones, aumentando la comunicación, participación y calidad de los cuidados permitiendo poder trabajar de manera autónoma potenciando así el rol enfermero. Con la realización de la valoración podemos observar las necesidades que están alteradas y las medidas que se necesitan para restablecerlas. En este caso las principales necesidades alteradas son; movilización, higiene/piel y seguridad.

Con la elaboración de un plan de cuidados como el realizado, la enfermería puede enumerar las actividades que dicha persona necesita para volver a recuperar su salud biopsicosocial. Dicho plan debe ser individualizado debido a que aunque varias personas tengan la misma enfermedad, no precisan de los mismos cuidados.

5 Bibliografía

1. El blog de Salusplay. 2020. Qué Es Plan De Cuidados | Diccionario Enfermería. [online] [acceso 1 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.salusplay.com>
2. Copa, M. and Marcos, S., 2012. Planes De Cuidado Según Taxonomías NANDA NIC Y NOC. [ebook] pp.1-10. [acceso 1 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar>
2. Internacional N.Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. 2015th ed. Herdman TH, editor. Barcelona: Elsevier; 2015
3. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 6th ed. Madrid: Elsevier; 2014.
4. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y la clasificación Herdman HT. 2012-2014. 9aed. Barcelona. Elsevier; 2013.
5. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a ed. Barcelona: Elsevier; Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swason E. 2013.
6. Sierra-Martínez O, Saucedo-Valencia J, Saldívar-Moreno A. Funcionalidad y la estabilidad del tratamiento de las fracturas de tobillo. B de Weber con lesión deltoidea a nivel sindesmal dependiendo del nivel de la colocación del tornillo transindesmal (2.0 y 3.5 cm). Acta ortop. mex [revista en la Internet]. 2017 Dic;

31(6): 264-268. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022017000600264&lng=es.

Capítulo 91

INVESTIGACIÓN EN HUMANOS: ¿RETO O LÍMITE?

SARA ZARCO REILLO

SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS

ALVARO VAQUERO COMINO

1 Introducción

Este capítulo trata sobre la Investigación en humanos teniendo en cuenta las legislaciones que lo regulan y las connotaciones éticas derivadas de este dilema ético.

Con respecto al concepto de biomedicina, la definición más adecuada es dada por Webster's II New Riverside University Dictionary, que considera que la biomedicina es la "rama de la medicina relacionada con la supervivencia humana y su funcionamiento en ambientes anormales y con los aspectos médicos de protección contra ambientes adversos". Su objetivo principal es investigar y comprender los procesos moleculares, celulares y genéticos para desarrollar nuevos tratamientos, pudiendo obtener nuevos conocimientos que permitan prevenir y solucionar los problemas de la salud de las personas.

La investigación científica ha pasado por una serie de etapas históricas que permitieron establecer los requisitos éticos que se deben cumplir: 1

- Primer período (hasta 1900). Se defendía que toda acción médica iba encaminada a curar al paciente y satisfacer sus necesidades, solo se investigaría con animales si ocurriera un accidente, pero nunca se haría con personas.

- Segundo período (1900 – 1947). Se justificaba la experimentación en aquellos casos donde se obtuvieran beneficios, así la medicina pasó de basarse en la intención a la evidencia. Destaca el principio de autonomía de la persona para dar libremente el consentimiento voluntario.

- Tercer período (1947 - hasta hoy). Se comprobó que era necesaria una regulación de la investigación para acabar con la violación de los derechos fundamentales. En este contexto surgió el Código de Nuremberg que proponía una regulación que permitiera que se cumplieran los derechos humanos. De esta manera, la nueva investigación estaba condicionada por tres aspectos: la autonomía (consentimiento voluntario del paciente), beneficencia (relación riesgo/beneficio) y justicia (selección equitativa de los participantes).¹

Pero, ¿por qué se considera un dilema ético? La investigación clínica, en su recorrido histórico, ha generado grandes problemas debido a que no siempre han sido respetados las normas éticas y los derechos estandarizados con respecto al paciente, a pesar de los distintos códigos y leyes vigentes. Por ello se han desarrollado una serie de requisitos que ha de cumplir la investigación clínica, y cuyo conocimiento y aplicación es deber del profesional sanitario. Otros de sus deberes son participar en Comités Éticos de Investigación para así informar al paciente y que este de su consentimiento informado, proporcionando una mejor calidad asistencial.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es debatir y estudiar el dilema que supone la investigación en humanos, se tratarán sus límites legales (marco legal actual), los sesgos en la investigación, las posturas a favor y en contra y la actuación del profesional enfermeros ante un dilema ético.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos con el fin de obtener información actualizada y precisa con la que desarrollar el siguiente capítulo. Algunas bases son: Scielo, Dialnet y Boletín oficial del Estado.

Las palabras clave empleadas para la búsqueda fueron las siguientes: investigación humana, placebos, dilema ético, legislación y derechos.

4 Resultados

A lo largo de la historia de la investigación científica han ido surgiendo numerosas restricciones por parte de la Ética que marcan las limitaciones de la investigación científica en dos aspectos: la importancia de respetar los derechos de los seres vivos ante la ciencia y la resolución de los problemas mediante el método científico.

Marco jurídico de la investigación en humanos internacional

☒ Código de Nuremberg, (1947) como consecuencia del juicio a los médicos que habían dirigido experimentos atroces en prisioneros y detenidos, sin su consentimiento, durante la segunda guerra mundial. Fue diseñado para proteger la integridad del sujeto de investigación y establecer condiciones para la conducta ética de la investigación en seres humanos, destacando su consentimiento voluntario para la investigación.

☒ Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), reforzado por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1996). A través de esta declaración, la sociedad expresa el valor humano fundamental considerado para guiar toda investigación en seres humanos: la protección de los derechos y bienestar de todos los sujetos humanos en la experimentación científica.

☒ Declaración de Helsinki (1964, revisada en 1975). Es el documento internacional fundamental en el campo de la ética de la investigación biomédica y ha influido en la legislación y códigos de conducta internacionales, regionales y nacionales. Es una formulación integral sobre ética de la investigación en seres humanos y establece pautas éticas para los médicos involucrados en investigación biomédica, tanto clínica como no clínica.

☒ Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos de 1982 (actualizadas en el 2002). Propuestas por la CIOMS y actualizada varias veces, con su manifiesta preocupación por aplicar la Declaración de Helsinki en los países en desarrollo, reflejan necesariamente las condiciones y las necesidades de la investigación biomédica en estos países y las implicaciones de la investigación multinacional en que ellos podrían ser partícipes. También se recogen apéndices donde se especifican los elementos que deben ser incluidos en un protocolo de investigación biomédica en seres humanos. Las pautas son:

Pauta 1; consentimiento informado, pauta 2; dar la información esencial a los posibles participantes, pauta 3; los investigadores tienen la obligación de informar al sujeto para que este pueda dar su consentimiento, pauta 4; incentivos por partic-

ipar, pauta 5; los niños no participarán en las investigaciones pudiendo hacerlo los adultos, pauta 6; no participarán en la investigación personas con trastornos mentales o conductuales pudiendo hacerlo otras con todas las facultades mentales, pauta 7; se permite que los presos gravemente enfermos participen en investigaciones, pauta 8; las normas éticas de la investigación serán las mismas sea cual sea el lugar en que se realice la misma, pauta 9; distribución equitativa de los costos y los beneficios, pauta 10; las mujeres embarazadas no deben participar en investigaciones a no ser que exista un riesgo mínimo para el feto, pauta 11; protección de los derechos de los individuos que participen en ella y pauta 12; las investigaciones deben estar evaluadas y aprobadas por los Comités de Ética.

☒ Organizaciones internacionales han formulado pautas éticas para ensayos clínicos, como por ejemplo, Pautas para Buenas Prácticas Clínicas en Ensayos de Productos Farmacéuticos, en 1995, de la Organización Mundial de la Salud, y Pautas para una Buena Práctica Clínica, en 1996, de la Conferencia Internacional sobre Armonización de los Requerimientos Técnicos para el Registro de Fármacos para Uso Humano (ICH), diseñadas para asegurar que los datos generados por los ensayos clínicos sean mutuamente aceptables por las autoridades reguladoras de la Unión Europea, Japón y Estados Unidos.

☒ Convenio de Oviedo, 1997. Se establecen una serie de principios y cuestiones para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano en todas las aplicaciones médicas y biológicas, con un acceso igualitario a los beneficios de la sanidad para todos y se debe proteger a los más vulnerables.

☒ Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. En el 2005 aprueban unas disposiciones generales sobre cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas en los seres humanos. En la declaración, se recoge en artículos que se deberá respetar la dignidad humana, derechos y libertades; toda investigación científica se realizará previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada, pudiendo revocar su consentimiento. Se debe conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento y personas vulnerables respetando su integridad personal. Y que los beneficios obtenidos, se deben compartir sobre todo con los países en desarrollo.

A modo de conclusión, desde la experiencia de Núremberg, las normas jurídicas sobre derechos humanos se han ampliado para incluir la protección de mujeres (Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer) y niños (Convención Sobre los Derechos del Niño). Todos ellos respaldan, en términos de derechos humanos, los principios éticos generales que subyacen a las pautas éticas internacionales de CIOMS.

Marco jurídico nacional de la investigación en humanos

Como leyes principales en el estado español tenemos las dos siguientes:

☒ Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. En ella se promueve la investigación científica en algunos ámbitos de la biomedicina y se pretende garantizar que se respete los derechos fundamentales y libertades de las personas, y de algunos bienes que pueden verse comprometidos en el estudio. También regula el consentimiento informado por parte del sujeto de investigación.

☒ Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero. Establece los requisitos para la realización de ensayos con medicamentos en humanos, teniendo en cuenta los principios básicos basados en la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a la Declaración de Helsinki y en el Convenio de Oviedo. También esta ley reconoce el derecho del consentimiento informado.

☒ Orden ECC/1404/2013, de 28 de junio. Es la legislación más actual en investigación en humanos. Establece los mínimos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos para la investigación biomédica y el tratamiento de muestras biológicas de origen humano, además de regular el funcionamiento del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica.

☒ También contamos otras leyes como Real Decreto 65/2006 de 30 de enero, por el que se establecen requisitos especiales para la importación y exportación de muestras biológicas humanas para la investigación y realización de diagnósticos; Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, en el que se establecen unos mínimos requisitos de calidad y preservación de muestras, células y tejidos humanos y donaciones humanas, además también da una serie de reglas para su y su en humanos; y la Ley 14/2006, de 26 de mayo, que regula las distintas técnicas de reproducción asistida en humanos tales como la fecundación in vitro.

3. CONSIDERACIONES ÉTICAS ENTORNO AL TEMA

3.1. Medidas que debe cumplir una investigación para ser ética

El ejercicio de la investigación científica y el uso de conocimiento producido por la ciencia demandan conductas éticas en el investigador y en el maestro. Una conducta no ética carece de lugar en la investigación científica, con lo que debe ser señalada y eliminada. Si por intereses particulares se desprecia la ética en una investigación, se corrompe a la ciencia y a sus productos y se corrompe el propio investigador.

La Declaración de Helsinkipropone una serie de principios éticos que sirvan a los médicos y a otras personas que realizan investigaciones en seres humanos. La investigación en seres humanos incluye la investigación del material genético.

Los principios básicos para toda investigación son los siguientes:

- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la

intimidad y la dignidad del ser humano.

- Al investigar, hay que cuidar el medio ambiente. También se debe cuidar el bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
- Para que los individuos participen en una investigación deben hacerlo de forma voluntaria y deben estar adecuadamente informados.
- Al publicar los resultados de la investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultado. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público.¹⁴

3.2. Contextualización del dilema ético

“La ciencia es un sistema de ideas establecidas provisionalmente (conocimiento científico), y... una actividad productora de nuevas ideas” (Bunge). De esta definición de ciencia propuesta por Bunge se obtienen dos conclusiones: las ideas científicas son verdaderas hasta que no se demuestre lo contrario, por ello son temporales y cambiantes; y la verificación y contrastación de ideas se debe llevar a cabo a través de la investigación científica. Por tanto, la investigación científica es sistemática, controlada y empírica.

En España, el crecimiento de publicaciones científicas es alto, pero no alcanza la media internacional y se encuentra en una posición inferior a los países europeos. Los avances científicos y tecnológicos conllevan en sí numerosos beneficios tanto para personas sanas como para enfermas, a pesar de que puedan ser perjudiciales en algunas situaciones relacionadas con el ámbito ético. Se puede afirmar que la investigación biomédica pretende conseguir numerosos aspectos: reducir el coste sanitario y los recursos, una mejor calidad asistencial y sobre todo contribuir a la mejora de la salud de las personas.

Este tema se puede considerar un dilema ético cuando los investigadores científicos y tecnológicos no cumplen las normas, códigos o reglamentación en la investigación experimental, aunque su objetivo principal sea apoyar el entendimiento de las patologías, proporcionando numerosos procedimientos. Al no cumplir estas normas se está atacando a los derechos fundamentales que posee todo ser humano, como la dignidad, la integridad de la persona y la vida privada. Entonces no se está siguiendo los principios bioéticos: principio de autonomía, principio de beneficencia (en él se recoge los hechos de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos que pueda suponer el experimento), principio de no-maleficencia (“no dañar al paciente al minimizar los riesgos”) y principio de justicia (en él se recoge que lo justo es lo correcto y lo bueno).

Posturas a favor y en contra del dilema ético

Hablar de “Investigación en humanos” incita a hablar de “beneficios” y de “dile-

mas”, pues todos sabemos que la investigación, a lo largo de la historia, ha traído grandes avances gracias a los cuales hemos conseguido superar muchos obstáculos en el mundo de la sanidad. Sin embargo, no podemos obviar todos los riesgos que ha traído consigo.

Por un lado, la investigación es necesaria tanto en países empobrecidos como en países desarrollados porque existen enfermedades en los países tropicales que no se hallan en el Norte, por ejemplo, la malaria, dengue, schistosomiasis y muchas otras. Si no se llevan a cabo investigaciones en las regiones en las que se presentan estas enfermedades, no sería posible encontrar una cura o una vacuna preventiva.¹ Además contribuye en la sociedad en numerosos aspectos sociales como la mejora de la calidad y de la esperanza de vida, así como promover la innovación de medicamentos, el empleo y el progreso del ámbito sanitario.

Por otro lado, nos enfrentamos con los problemas y dilemas que plantea debido a sus carencias en cuanto a la función de evaluación ética y científica:

1. Sabemos que toda investigación debe cumplir los principios de “justicia distributiva” y “justicia como reciprocidad”, esto es, que tanto los riesgos como los beneficios sean repartidos equitativamente entre todas las personas y grupos sociales y que los sujetos de investigación reciban beneficios por el hecho de participar. Sin embargo, existe explotación cuando las personas o las agencias ricas se aprovechan de la pobreza y debilidad de otros, usándolos para alcanzar sus propias metas (las de los ricos o poderosos) sin beneficios adecuados para compensar a los individuos o los grupos que son dependientes o menos poderosos.
2. A veces, los resultados de un estudio pueden resultar “no convenientes” para algunas personas o grandes empresas que financian ensayos clínicos y se ocultan los resultados a la sociedad, por lo que nos encontramos ante una investigación no veraz, consistente ni justa.¹⁷
3. El control ético de los estudios no es entendido o valorado por la mayoría de los investigadores.
4. Falta de financiación y capacidad administrativa para llevar a cabo las actividades que deben realizar los comités de evaluación ética.

3.4. Sesgos de investigación

Son tres las bases de la investigación discutidas: los placebos, la sub – medicación y la equiponderación (= equipoise).

El término placebo se utiliza erróneamente en los ensayos clínicos porque no se trata de una sustancia inerte, sino que crea la confusión del doble ciego o doble enmascarado, que consiste en que los pacientes desconocen si están tomando la sustancia estudiada o un sustituto inerte.¹⁹

El uso de los placebos conlleva un riesgo doble: en un ensayo clínico no terapéu-

tico, los pacientes que tomen la sustancia estudiada estarán expuestos a interacciones desconocidas entre dicha sustancia y la enfermedad que padezcan, o entre esta y la medicación prescrita. En un ensayo terapéutico, el grupo control no probará los efectos beneficiosos de la nueva droga. Los países desarrollados no aprueban el uso de los placebos en sus territorios, pero sí que lo hacen y utilizan en los países empobrecidos. La Asociación Médica Mundial, contempla el uso de placebos en situaciones en las que no haya riesgos mayores o daños irreversibles para los pacientes, o en aquellas situaciones en las que encontramos motivos científicos sólidos que refuten el uso de estas sustancias.

Levine Rothman afirma que “cuando el resultado no es la muerte ni una discapacidad, el uso de placebos u otras formas de control no terapéutico puede justificarse en base a su eficiencia”.

Una cuestión que es éticamente cuestionable es la inversión de recursos en estudios triviales que suponen riesgos para los pacientes, los cuales ya acarrearán determinados riesgos derivados de su enfermedad.

Es mentira afirmar que los placebos son muy útiles porque reducen el tiempo de los estudios y los riesgos para los pacientes.

La sub – medicación conlleva que los pacientes sean sometidos a todos los efectos negativos de terapias no concluyentes, como puede ser la tendencia a la recidiva, la resistencia del agente causal, etc. Esto ha provocado que dicha técnica de investigación sea rechazada por Helsinki. Uno de los estudios más criticados fue el de Mombasa (Kenya) en el que personas VIH positivo no recibieron tratamiento antiviral.

El concepto de equiponderación fue introducido por Fried para la protección de pacientes de investigaciones redundantes. La situación de equiponderación se da en terapias alternativas en apariencia equivalentes o donde hay dudas acerca del valor de una sobre otras y consiste en la justificación o en el requerimiento de un estudio para decidir la mejor opción médica. Freeman utilizó el término equiponderación clínica para el apoyo de estudios adicionales en el caso de que la comunidad médica discrepara en la lectura o interpretación de los resultados. El conflicto actual tiene dos vertientes: quienes consideran conjuntas la ética clínica y la ética de investigación, y quienes solo contemplan la ética de investigación. Dentro del concepto de equiponderación hay que distinguir entre la equiponderación sustentable, equiponderación intolerable o insostenible y la equiponderación inestable.

5 Discusión-Conclusión

Actuación de la enfermera ante un dilema ético

El profesional de enfermería debe adquirir los conocimientos científicos, las obligaciones y los deberes que existen en el área de investigación, teniendo en cuenta las normas morales que rigen su profesión. Para ello tiene que realizar numerosas acciones: participar en los Comités Internacionales de Ética, diseñar investigaciones experimentales, crear documentos que recojan la información necesaria para que el paciente comprenda la investigación y apruebe su consentimiento, crear herramientas para evaluar y seguir los protocolos, y transmitir sus resultados a través de un informe. Con todas estas acciones por parte de la enfermera, la investigación científica progresará adecuadamente, pudiendo proporcionar a los pacientes una mejor calidad asistencial.

Hay ocasiones en las que la enfermera frecuente dilemas de carácter moral debido a su alta participación en la investigación. Por ello, el CIE creó un código de ética de investigación basándose en el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, cuyos principios son: beneficencia, no maleficencia, fidelidad, justicia, veracidad y confidencialidad.

Muchos de estos problemas bioéticos surgen por las siguientes cuestiones:

1. Desconocimiento de los aspectos éticos y laborales entre un 70%- 80% de enfermeras que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos.
2. Escasa difusión de la bioética en enfermería.
3. No todas las escuelas de enfermería incorporan la asignatura de bioética en su plan curricular.

Con respecto al ámbito profesional, una buena enfermera debe guiarse por estos principios para poder proporcionar a los pacientes una buena calidad asistencial, pero tiene que tener cuidado con el principio de beneficencia y no caer en el error de no respetar la autonomía y libre decisión del paciente. Además, la enfermera debe respetar los derechos, los valores y las costumbres de los pacientes, y promover que sus compañeros profesionales los respeten. Es muy importante que se tenga muy en cuenta el Código Deontológico que establece las normas que rigen la profesión de enfermería. Por último, hay que destacar el secreto profesional o confidencialidad que debe de cumplir el profesional de enfermería, respetando así la dignidad de los pacientes y su integridad.

6 Bibliografía

- 1 García Tomero A. La evaluación de la investigación biomédica. Situación actual y perspectivas de futuro. Medicina Clínica [online]; 2008. 131. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-evaluacion-del-impacto-investigacion-13134413>
- 2 Lolás Stepke F. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002.
- 3 Convenio de Oviedo. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado, núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830.
- 4 Council of International Organizations of Medical Science. Human Experimentation and Medical Ethics. Informe de Z. Bankowski, N. Howard-Jones de CIOMS. Chile: CIOMS; 1982: Publication about Bioethics and Health Policy: 9290360097
- 5 UNESCO.ORG [sede Web]. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2005 [Acceso: 18 de marzo de 2016]. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- 6 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 41/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (04-07-2007).
- 7 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero. Boletín Oficial del Estado, nº 33, (07-02-2004).
- 8 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Orden ECC/1404/ 2013 de 28 de junio. Boletín Oficial del Estado, nº 177, (25-07-2013).
- 9 Miyahira Arakaki, J. Problemas éticos en la autoría y en la divulgación de los resultados de la investigación biomédica. Rev Med Hered [online]. 2000, vol.11, n.1, p.22-33. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2000000100005&script=sci_arttext&tlng=en
- 10 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Real Decreto 65/2006, de 30 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 32, (07-02-2006).
- 11 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 270, (11-11-2006).
- 12 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 14/2006 de 26 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 126, (27-05-2006).
- 13 González Ávila M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Revista Iberoamericana de Educación [revista en Internet] 2002 mayo-agosto [acceso 2

- de marzo de 2016]; 1 (29). Disponible en: <http://rieoei.org/index.php>
- 14 Manzini JL. Análisis de la 5ª reforma, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre del año 2000, en Edimburgo, respecto del texto aprobado en Somerset West (Sudáfrica) en octubre de 1996. *Revista Acta Bioethica* [revista en Internet] 2000 diciembre [acceso 2 de marzo de 2016] 6 (2). Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/AB>
- 15 Acevedo Pérez I. Aspectos Éticos en la Investigación Científica. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2002 Jun [citado 2016 Feb 25]; 8 (1): 15-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100003&lng=es
- 16 Macklin R. Ética de la investigación internacional: el problema de la justicia hacia los países menos desarrollados. *Acta bioeth.* [Internet]. 2004 [acceso 2 de marzo de 2016]; 10(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100004&lng=es
- 17 Fernández Garrote LM, Llanes Fernández L, Llanes Llanes E. Reflexiones sobre la ética en la investigación clínica y epidemiológica. *Rev. Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2004 [acceso 2 de marzo de 2016]; 30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300011&lng=es
- 18 Rodríguez Yunta E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta bioeth.* [Internet]. 2004 [acceso 2 de marzo de 2016]; 10(1) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005&lng=es
- 19 Kottow MH. Conflictos en ética de investigación con seres humanos. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2005 mayo – junio [acceso el 24 y el 25 de febrero de 2016]; 21 (3): 862 – 869. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n3/20.pdf>
- 20 Águila Abarca, A. Álvarez Díaz J, Barrantes Monge M. Investigación en salud. Dimensión ética. Chile; marzo 2006. Disponible en: <file:///C:/Users/Juan/Downloads/investigacion%20en%20salud%20dimension%20etica.pdf>
- 21 Poblete Troncoso M, Sanhueza Alvarado, O. Principios bioéticos para la práctica de investigación de enfermería. *Rev. enferm.* 2005 [acceso 21 de febrero de 2016]; 13(3): 161-165. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053g.pdf>

Capítulo 92

EL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS EN EL ÁREA DE URGENCIAS

TERESA GALIANO LOPEZ

ANA PALOMO GARCÍA

IRENE PÉREZ PÉREZ

MARIA GARCÍA VALENCIA

LUZ GARCÍA VALENCIA

1 Introducción

A continuación, vamos a mencionar diversas ideas que nos situarán el papel del personal de enfermería en el área de urgencias. En el desarrollo de este texto vamos a visualizar también cuestiones diversas como, por ejemplo, la actividad en muchos casos frenética, que se da en un hospital en el área de urgencias. En el espacio de urgencias cobra especial importancia algunas funciones de los distintos trabajadores en dicho espacio que va a determinar que se actúe con varias premisas que vamos a mencionar en el siguiente apartado de resultados. Mencionar también que en urgencias se encuentran una gran variedad de profesionales sanitarios que van relacionados con la medicina general y con la específica, conformando así un cuerpo de trabajo completo. La finalidad es cubrir de manera conjunta las necesidades de los pacientes que tienen ingresos en urgencias. Los mismos entran en esta área hospitalaria por muy diversas cuestiones de urgencias, es por esto por lo que la coordinación entre los distintos profesionales debe

de ser la adecuada. La finalidad última es velar por la salud del paciente en todo momento y por hacer todo lo posible porque la salud del mismo permanezca lo más estable posible en todo momento.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general el trabajo que se realiza en las urgencias de un hospital.

Relacionar dicho espacio de trabajo con las funciones que ejerce el personal de enfermería en el espacio hospitalario.

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

Para comenzar este estudio en el apartado de resultados nos ha parecido fundamental definir el área de urgencias de un hospital, ya que esta definición nos va a orientar y nos va a dar unas pautas de qué cuestiones debemos de contemplar a lo largo de la exposición en este apartado de resultados. El área de urgencias es un espacio dónde van a ser atendidos los pacientes que tienen patologías urgentes de cualquier tipo. Esto nos abre desde el inicio una gran cantidad de posibilidades a la hora de tratar al paciente en urgencias, por tanto, vamos a visualizar muchos tipos y patologías sobre el paciente. Esto no es frecuente que ocurra en el resto del hospital donde las especialidades están ordenadas y sistematizadas. Si nos centramos expresamente en atender al personal de enfermería, sus funciones son igualmente muy diversas y especialmente en este lugar de urgencias donde muchos casos que llegan se encuentran con una patología que atender lo antes posible. Los enfermeros respecto a sus funciones en este espacio deben evaluar la situación en la que les llega el paciente y deben de priorizar ante todo

aquellos pacientes en los que peligran las funciones vitales, como por ejemplo los que tengan obstruidas la vía aérea. Los enfermeros trabajando en el área de urgencias son responsables de aquellas tareas que les encomienden los médicos, por ejemplo, relacionadas con las prescripciones que se le han hecho a los enfermos. Valorar también por parte de los enfermeros que los pacientes que entran por urgencias lo hacen sin cita previa y por tanto a veces pueden estar colapsadas, contemplando así los enfermeros su función y capacidad de priorizar las funciones vitales del paciente si estas estuvieran en peligro.

5 Discusión-Conclusión

En el apartado de conclusiones por un lado vamos a determinar que el área de trabajo en urgencias presenta pacientes con muy distintas patologías de ingresos. Es por tanto, un área en el que los distintos profesionales deben de estar muy bien coordinados y apoyarse los unos en los otros para que la unidad discurra de manera adecuada. Por otro lado, concluimos que el personal de enfermería forma parte de los sanitarios que hacen una labor imprescindible en el área de urgencias. Esta labor imprescindible la materializamos diciendo que sus funciones principales cubren una parte fundamental del trabajo en este espacio. También determinamos que el personal de enfermería es un apoyo de suma relevancia para los facultativos, ya que ellos delegan la administración de los tratamientos en estos sanitarios.

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 Books

Capítulo 93

HABILIDADES DE DIRECCIÓN DE GRUPOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA

TERESA GALIANO LOPEZ

LUZ GARCÍA VALENCIA

MARIA GARCÍA VALENCIA

IRENE PÉREZ PÉREZ

ANA PALOMO GARCÍA

1 Introducción

El apartado introductorio nos va a servir para poner de manifiesto la importancia de los grupos de trabajo en el sistema sanitario público. A partir de reconocer la importancia de dichos grupos y la cohesión entre ellos, vamos a mencionar determinadas habilidades de la dirección de los grupos de trabajo y la relación que estos tienen con el personal de enfermería. Cabe también aludir a que en los equipos de trabajo hay una serie de características que normalmente deben reunir todos los grupos de manera general, entre otras, la capacidad de los líderes para llevar la Jefatura o el mando de la organización del mismo. La relación del personal de enfermería con los grupos de trabajo en la sanidad pública está relacionada con la función que los enfermeros ejercen dentro del sistema sanitario. No obstante, valoraremos cuestiones comunes de prácticas en grupo de trabajo,

independientemente de la categoría profesional sanitaria de la que partan. Cuestiones que vamos a tener en cuenta es que cualquier organización cuando alberga una variedad de profesionales debe de unirse en grupo para así aunar las fuerzas con un fin común, en este caso atender todas las necesidades del paciente de manera conjunta en nuestro sistema sanitario público.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general las características y algunas habilidades que deben de tener los grupos de trabajo en la sanidad.

Relacionar dicho espacio de trabajo con las funciones que ejerce el personal de enfermería en el espacio hospitalario.

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 el apartado de resultados vamos a dar algunas características acerca del trabajo en grupo en la sanidad y vamos a exponer las habilidades que debemos tener para dirigir los grupos de trabajo. Mencionar que en el sistema sanitario son fundamentales los grupos de trabajo, ya que albergan una variedad amplia de profesionales que se apoyan entre ellos y desarrollan el trabajo en común para velar por el bienestar del paciente. Poner de manifiesto que una sola categoría profesional trabajando de manera independiente no son las condiciones deseables en los hospitales. Las condiciones óptimas que debe de reunir un equipo o habilidades las vemos a continuación. La primera de ellas es fundamental, son objetivos y tareas en las que todas las categorías profesionales deben de tener un compromiso y que así mismo se presten a la cooperación conjunta. Esta característica general la vamos a pasar a la específica de los enfermeros y es que,

los mismos deben de tener a su vez un compromiso común entre los propios miembros de enfermería para una buena actividad en equipo. Dicho equipo de enfermeros debe de tener una comunicación abierta, concreta y eficaz para así poder desarrollar sus tareas de la manera más efectiva e ir acorde con el grupo de trabajo. Deben de tener confianza, aceptación y apoyo los unos en los otros para así poder rendir de la mejor manera posible. Para todo ello hay que tener en cuenta el aprovechamiento de las capacidades, los conocimientos y la experiencia de cada uno de ellos es otro de los puntos fuertes en estas habilidades del grupo. No obstante, hay que mencionar que para alcanzar los objetivos marcados, el líder debe de llevar también a cabo una coordinación y una serie de habilidades que fomente la cooperación en dicho grupo y elimine la discriminación y ayude a la cooperación entre todos.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones vamos a determinar por un lado la importancia de los grupos de trabajo en la sanidad pública. Dado que existen distintas categorías de profesionales en los hospitales, consideramos fundamental que las mismas se encuentren coordinadas y la mejor manera para ello es en equipo. Por otro lado, y con las habilidades que debe de tener dicho grupo y que hemos mencionado anteriormente, concluimos que deben de ser una variedad de ellas actuando en conjunto y todas nos deben de dar un buen equipo de trabajo. La importancia en estos grupos de trabajo de los enfermeros es fundamental dado que realizan una labor importante en la sanidad y por tanto en los mencionados grupos de trabajo.

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 Books

Capítulo 94

LOS ENFERMEROS Y LOS CONOCIMIENTOS DE LOS RECURSOS TÉCNICOS EN LA SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL

TERESA GALIANO LOPEZ

ANA PALOMO GARCÍA

IRENE PÉREZ PÉREZ

MARIA GARCÍA VALENCIA

LUZ GARCÍA VALENCIA

1 Introducción

En este apartado de introducción es importante proporcionar una visión general de los elementos más habituales que nos podemos encontrar en la sala de operaciones de un hospital. Una cuestión importante que debe de saber el personal de enfermería es que independientemente de que el material que nos encontramos en el quirófano lo usen los enfermeros u otro sanitario, deben de conocer qué tipo de material se usa en este espacio de trabajo. Igualmente, conocer cuáles son los elementos más habituales de la mesa de operaciones con los que va a trabajar el cirujano y qué características principales presentan. Para ello debemos de saber que existe una serie de elementos e instrumentos, siendo todos ellos los

que componen el equipo quirúrgico del hospital. Dicho equipo quirúrgico que atiende al paciente durante el periodo de operación se divide en varias de las categorías, pero no las vamos a mencionar en este trabajo de investigación porque no forma parte de nuestro cometido. En ese trabajo nos interesa fomentar aquellos elementos que son los más habituales en la sala de operaciones y con todo ello determinar la amplitud de conocimientos que debe de tener el personal de enfermería en el hospital para determinar así el alcance de la responsabilidad en cuanto a la formación del personal de enfermería.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general las características y los elementos principales de los recursos técnicos de la sala de operaciones del hospital.

Relacionar dicho espacio de trabajo con las funciones que ejerce el personal de enfermería en el espacio hospitalario.

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 valorar y a exponer diversas cuestiones que están relacionadas con los conocimientos que los enfermeros deben de tener, de los recursos técnicos, instrumental y material en general que alberga una sala de operaciones. En este espacio quirúrgico debemos de mencionar que es un espacio con unas características concretas y especiales de trabajo. Partimos de que se diferencia del resto de los espacios y así mismo se compone de un grupo de instalaciones que están acondicionadas para poner atender al paciente en las operaciones o intervenciones quirúrgicas. El espacio debe de estar acondicionado con las mayores garantías para realizar las operaciones de manera eficiente y

correcta. La relación con el personal de enfermería es estrecha, por tanto, debe de conocer los elementos que alberga este espacio de trabajo. Por un lado, tenemos la mesa quirúrgica donde se coloca el enfermo para que sea operado. El enfermero debe de saber cómo articular y qué accesorios tiene dicha cama a la hora de poner al paciente para operarlo. Tenemos en dicho espacio otro de los elementos importantes que es la lámpara quirúrgica que se encuentra suspendida en el techo y nos aporta la luz que el cirujano necesita para trabajar sin generar sombras. Existe también una lámpara supletoria y otras auxiliares. Luego hay otros aparatos que son directamente de uso del cirujano, pero que los enfermeros deben de conocer, al menos de manera general, por si tienen que ayudar al facultativo. Nos referimos al sistema de aspiración o el aparato de anestesia. Por último, mencionar que todos los elementos importantes en este espacio de trabajo, deben de conocerlos los enfermeros. Esto es especialmente importante con la mesa de instrumentación que está provista de ruedas y en este caso el enfermero instrumentalista coloca el instrumento quirúrgico necesario para intervención. En esta tarea sí intervienen directamente los enfermeros teniendo la categoría de enfermeros instrumentalista.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de la discusión vamos a determinar por un lado que es importante conocer a grandes rasgos las características generales de la sala de operaciones. Dicha importancia es porque el personal que trabaja en este espacio debe de saber qué tipo de área es en la que está trabajando, así como sus características básicas. Por otro lado, determinar que el personal sanitario de enfermería debe de conocer los distintos recursos técnicos que se encuentran en este espacio, ya que va a trabajar en él de manera habitual. Es por tanto determinante que los enfermeros conozcan tanto el espacio o área de operaciones cómo el material que alberga para así poder realizar sus funciones de manera correcta.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1.

Capítulo 95

INVESTIGACIÓN SOBRE EL LUPUS ERITEMATOSO

LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ

EVA MARIA GRACIA PEREZ

MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El Lupus Eritematoso Sistémico consiste en una enfermedad de tipo autoinmune, crónica y sistémica donde el propio sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido y las células sanas, afectando al estado de salud en diferentes ámbitos y órganos. Al tratarse de una respuesta inmunitaria se producen diferentes reacciones acompañadas de inflamación que a nivel sistémico y junto con los depósitos de inmunocomplejos serán responsables de diversas alteraciones clínicas. Esta enfermedad cuenta con épocas de mayor intensidad o brotes y por otras épocas donde la actividad es menor.

Es muy importante formar en educación para la salud a las personas que sufren el Lupus Eritematoso Sistémico y también a sus familiares y cuidadores con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y poder prevenir posibles complicaciones que puedan surgir. De igual forma, los profesionales de enfermería deben tener un buen conocimiento sobre esta enfermedad acerca de sus síntomas y tratamiento para poder prestar la mejor atención posible y así poder orientar también a los pacientes y su entorno.

Es una enfermedad crónica de evolución larga en la que se pueden dar diferentes complicaciones, de ahí la importancia de conocer las actuaciones y procedimientos a seguir con el fin de ayudar y tratar al paciente lo mejor posible.

2 Objetivos

Conocer los cuidados generales que se tienen que llevar a cabo tanto los pacientes como los familiares para incrementar o mejorar su calidad de vida a través de las intervenciones de enfermería.

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 investigación sobre el lupus eritematoso. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: Systemic Lupus Erythematosus, autoimmune, systemic disease, the nursing interventions.

4 Resultados

El diagnóstico clínico de cada paciente enfermo de Lupus Eritematoso Sistémico es diferente y está muy ligado a su formación de anticuerpos e inmunocomplejos. Durante los periodos de mayor actividad es donde se pueden observar mejor los síntomas de esta enfermedad, que luego disminuyen durante el periodo de remisión donde el paciente es prácticamente asintomático. Sus principales síntomas son:

- Astenia: se da entre el 80 y el 100% de los pacientes. Aparece un cansancio generalizado que debilita mucho el cuerpo, haciendo que la persona no pueda realizar sus actividades diarias, desembocando generalmente en depresión y ansiedad.
- Pérdida de peso: aparece en los pacientes en menor medida, entre el 20 y el 60% de los casos.
- Fiebre elevada: de nuevo la prevalencia se eleva hasta los 80 y 97% de los pacientes, alcanzando temperaturas de 39 °C. Principalmente aparece en las épocas de mayor actividad y su origen se puede considerar infeccioso.
- Hay que tener en cuenta la aparición de otros posibles síntomas tanto al inicio como durante el proceso evolutivo de la enfermedad como la afectación muscular (alrededor del 50% de los casos), la fibromialgia ligada a dolor crónico, la mialgia

causante de dolor y debilidad muscular, la miositis inflamatoria produciendo dolor y debilidad en la musculatura proximal y la osteonecrosis que es causante de problemas ortopédicos y la alteración del pulso arterial aunque se trata de un síntoma menos frecuente.

Para realizar un correcto diagnóstico es necesario tener en cuenta el historial clínico del paciente, su exploración física y las diferentes pruebas y análisis correspondientes. Para medir la cantidad de daño causado o la intensidad de la actividad se utilizan diferentes indicadores como SLEDAI, ECLAM y SDI entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha mencionado anteriormente, el lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que afecta a gran parte de la población tanto a nivel nacional como a nivel mundial, especialmente más a mujeres. Cuenta con una amplia sintomatología que puede ser común con otro tipo de enfermedad.

Es muy importante realizar un diagnóstico desde el primer momento en que la persona presente alguno de los síntomas mencionados para poder administrarle un tratamiento, persiguiendo la mejoría del paciente y su calidad de vida. Gracias a los estudios y la realización de nuevas pruebas diagnósticas, se puede observar de manera más precoz, pudiendo evitar así su agravamiento.

6 Bibliografía

1. Giménez S. La mayoría de afectados de lupus tiene una esperanza de vida normal. Medicina21 [Internet]. 2012.
2. Ruiz- Irastorza G, danza A, Khamashta M. Tratamiento del lupus eritematoso sistémico: mitos, certezas y dudas. Med Clin (Barc). 2013.
3. Acosta Colmán I, et al. Manifestaciones clínicas y laboratoriales en el Lupus Eritematoso SistémicoLES. Mem Inst Investig Cienc Salval. 2016; 14(1): 94-109.
4. FELUPUS: Federación Española de Lupus [Internet]. Madrid: FELUPUS; 2015.

Capítulo 96

APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO EN EL APARATO LOCOMOTOR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

VERONICA ALVAREZ CANO

ROCÍO JIMÉNEZ BURGOS

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

NURIA MENA PEDRAZA

1 Introducción

Los factores de crecimiento es un suero concentrado que se obtiene a partir del plasma rico en plaquetas.

Este plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) se puede aplicar en un amplio campo de la medicina, desde la medicina estética, oftalmológica, odontológica, traumatológica, etc.

Su uso está siendo muy exitoso en la medicina regenerativa.

A nivel del aparato locomotor se puede tratar lesiones tendinosas, de ligamentos, musculares y de cartílago infiltrando el producto en el sitio de la lesión.

Las aplicaciones del plasma rico en factores de crecimiento se centran en cuatro tejidos: tendón, articulación sinovial y cartílago, músculo, y neuropatía periférica.

Es un tratamiento destinado a disminuir el dolor, siendo más eficaz en estadios iniciales de la enfermedad. Se ha visto que mejora y disminuye el tiempo de recuperación del paciente tras una lesión.

Se utiliza conjuntamente en procedimientos artroscópicos.

Este plasma rico en factores de crecimiento es un recurso biológico que se obtiene a través de una muestra de sangre del paciente.

El proceso consta de cuatro pasos: extracción de la sangre, centrifugación de la misma, fraccionamiento del plasma y activación del mismo.

Dependiendo del tratamiento final que necesite cada paciente, el plasma rico en factores de crecimiento puede obtener una presentación líquida, en forma de coágulo, injerto o membrana fibrina.

2 Objetivos

Conocer la técnica del plasma rico en factores del crecimiento por parte del profesional enfermero, los materiales necesarios y el proceso a seguir para que esta técnica sea efectiva.

Exponer los beneficios del tratamiento que mejorará la patología del paciente y aliviará su dolor, tanto por parte de los profesionales de salud como por los pacientes a los que se les realice dicha técnica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal de enfermería es el encargado en confirmar la identidad correcta del paciente, al cual se le va a realizar el tratamiento de la técnica del plasma rico en factores de crecimiento (PRGF).

Se encarga de la extracción de una muestra de sangre del paciente en las condiciones de asepsia adecuadas. Se le extraen 4 tubos de coagulación de 9 ml a través de una palomilla.

Después, se realiza la centrifugación de la muestra en la centrifugadora, colocando los tubos de forma equilibrada en los compartimentos adecuados. Este proceso dura 8 minutos.

Tras la centrifugación, la muestra de sangre queda separada en los componentes oportunos, quedando unas concentraciones de plaquetas, leucocitos, eritrocitos y factores de crecimiento.

Debemos rotular cada tubo de coagulación para marcar el límite de la capa de leucocitos y conseguir el plasma deseado en la muestra venosa centrifugada, la cual se debe aspirar, mediante una pipeta, en dos tubos, en uno de los cuales se aspirará una fracción de plasma F1 y en el otro la fracción de plasma F2.

A continuación, activaremos el plasma con el plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) activador, a 1 ml de plasma se le aplicará 2 unidades de este activador mediante una jeringa.

Se le infiltrará al paciente una formulación líquida antes de los 10 minutos posteriores de añadirle el activador a la fracción de plasma F2.

Si se desea aplicar un coágulo de la F2 se deberá esperar entre 10 y 15 minutos tras la activación.

Y si se desea aplicar una membrana de fibrina de la F1 se esperará entre 30 y 40 minutos tras la activación.

Tras la realización de este proceso, el paciente podrá:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con la aplicación del plasma rico en factores de crecimiento.
- Mejorar la patología del paciente, como, por ejemplo, la artrosis.
- Aliviar el dolor crónico que sufra el paciente.

Es necesario dar a conocer este tipo de tratamiento por parte de los profesionales sanitarios para aumentar su aplicación, ya que se han visto que se obtienen grandes beneficios en nuestros pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería realiza un papel fundamental en el proceso de realizar esta técnica, ya que es el encargado de identificar al paciente, extraerle la muestra de sangre y mantener todas las medidas necesarias y adecuadas de asepsia y

esterilidad, consiguiendo que la implantación del producto final en el paciente sea efectiva y segura.

Además, se ha comprobado, que dichos factores de crecimiento aceleran los procesos de curación de los tejidos, favorecen la regeneración tisular.

También, estos factores de crecimiento imitan y optimizan los mecanismos fisiológicos de reparación que se ponen en marcha espontáneamente en todos los tejidos tras una lesión.

El uso de los factores de crecimiento se pueden aplicar en un campo amplio de situaciones, ya sean en intervenciones quirúrgicas, en lesiones deportivas, en enfermedades degenerativas articulares.

6 Bibliografía

1. Bti. Human Technology. Traumatología, endoret (PRGF). Disponible en: <https://bti-biotechnologyinstitute.com/es/soluciones/medicina-regenerativa/traumatologia>

[Consultado el 30 de mayo 2022]

2. Isanidad. Dr. Eduardo Anitua: El plasma rico en factores de crecimiento, clave para el presente y futuro de la medicina. Disponible en: <https://isanidad.com/HYPERLINK> "https://isanidad.com/188685/dr-eduardo-anitua-el-plasma-rico-en-factores-de-crecimiento-clave-para-el-presente-y-futuro-de-la-medicina/"[Consultado

el 30 de mayo 2022]

3. Clínica Fivasa. ¿Qué es el plasma rico en factores de crecimiento (PRGF)?. Disponible en: <https://www.clinica-fivasa.com/plasma-rico-en-plaquetas-traumatologia/>

[Consultado el 30 de mayo 2022]

4. Moreno, Raquel et al. Técnicas de obtención del plasma rico en plaquetas y su empleo en terapéutica osteoinductora. Farm Hosp. [online]. 2015, vol.39, n.3, pp.130-136. ISSN 2171-8695. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7399/fh.2015.39.3.7998>

[Consultado el 31 de mayo 2022]

Capítulo 97

MANEJO DE PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICAS

EVA MARIA GRACIA PEREZ

LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ

MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria de la vía aérea de carácter crónico que está asociada a hiperreactividad, limitación reversible del flujo aéreo y dificultades respiratorias. Es una de las patologías crónicas más comunes durante la infancia con una presencia entre alrededor del 5 y el 20% de los menores según diferentes estudios.

La presencia de asma aguda es un motivo muy frecuente en la visita a los servicios de urgencias y emergencias, siendo los adolescentes y los adultos jóvenes donde se observa una mayor prevalencia, también suele ser más común en mujeres. Algunos estudios afirmaron que durante los últimos años entre el 4 y el 7% de los pacientes que sufrían asma tuvieron que ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Como dato curioso, en Estados Unidos los costes económicos para combatir el asma suman la cantidad de 6 billones de dólares anuales.

Son muchos los factores que pueden desembocar en una crisis de asma con síntomas como inflamación de la vía aérea y espasmos a lo largo del músculo liso bronquial. Estar expuesto a agentes alérgenos, la contaminación atmosférica, la

polución del aire y diversas infecciones respiratorias son algunos de los principales motivos de la aparición de esta enfermedad.

2 Objetivos

Describir cómo mejorar la oxigenación del paciente y disminuir la obstrucción de la vía aérea proporcionando al paciente una sensación de mejora en la respiración.

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 investigación sobre el manejo de pacientes con crisis asmáticas. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: acute asthma, albuterol, evaluation, peak expiratory flow, albuterol, ipratropium bromide, inhaled steroids and oxygen therapy.

4 Resultados

A lo largo de los últimos años se han desarrollado sistemas que puedan medir la intensidad del asma en el ámbito pediátrico, siendo uno de los más importantes el sistema canadiense en el que se contemplan varios niveles dependiendo de la gravedad. Este sistema incluye como medida primordial el triángulo de evaluación pediátrico (TEP), siendo el punto inicial en la valoración del paciente. Durante el diagnóstico clínico, los niños con crisis asmáticas suelen presentar un TEP alterado unido a dificultades para respirar. La presencia del fallo respiratorio y del fallo cardiorrespiratorio no suele ser frecuente en estos casos, por lo que si se observan constituye un indicador de alta gravedad. Los diferentes niveles de gravedad según esta escala son los siguientes:

- Nivel I: resucitación. Si hay presencia de fallo cardiorrespiratorio se ha de actuar de inmediato.
- Nivel II: emergencia. Fallo respiratorio con una demora máxima de 15 minutos.
- Nivel III: dificultad respiratoria con una demora máxima de 30 minutos.
- Nivel IV: estable: síntomas respiratorios comunes (tos, sibilancias) pero con ausencia de dificultad respiratoria con una demora máxima de 1 a 2 horas.

Durante la exploración física de estos pacientes se deben focalizar los siguientes síntomas potencialmente graves:

- Dificultades para hablar, somnolencia e irritabilidad.
- Prefiere mantenerse sentado que de pie.
- Taquipnea y retracciones intensas.
- Dificultad para respirar o respiración lenta que demuestre hipoventilación grave por auscultación.

Es importante realizar una estimación de la gravedad de la exacerbación durante la valoración del paciente con el objetivo de determinar un plan de cuidados eficiente. La espirometría constituye el mejor método para valorar la gravedad de una crisis aunque precisa la colaboración del paciente.

El papel de la enfermería es muy importante a la hora de tranquilizar al paciente y disminuir su nivel de ansiedad ante esta situación.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las crisis de carácter leve en los centros educativos son resueltas por la enfermera del propio centro en el caso que esté disponible. Se hace necesario que los centros educativos cuenten con un pulsioxímetro y cámaras espaciadoras, por otro lado, sería muy beneficioso que también contaran con oxígeno.

Es necesario contar con personal especializado en la materia que pueda inculcar a los pacientes con asma una educación centrada en realizar correctamente las técnicas de inhalación, adiestramiento y automanejo, conocimiento correcto de la enfermedad, cómo actuar ante la presencia de una crisis, adhesión terapéutica y tener al alcance un plan de acción a seguir.

6 Bibliografía

1. Comunidad de Madrid. Guía de autocuidados para el asma. Conserjería de Sanidad y Consumo. 2007.
2. Echevarria Olavarria F, Pérez Lescue Pizarro FJ. Tratamiento de la crisis asmática. Rev. Pediatría de Atención Primaria.2005. Vol VII; N° 2; 107-125.
3. Benito Fernández FJ, González Balenciaga M. Diagnostico y tratamiento de la crisis asmática En: Benito J, Mintegui S, Sánchez J. Urgencias Pediátricas.

4. Equipo Respira. Colegios Saludables para Niños con Asma, (consultado el 30 de Mayo de 2012).

Capítulo 98

SONDAJE VESICAL

MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

LAURA CORROCHANO RODRIGUEZ

EVA MARIA GRACIA PEREZ

1 Introducción

El sondaje vesical se basa en introducir un catéter por la uretra de la persona para que quede ubicado en vejiga y de esta manera enviar desde esta la orina hacia una bolsa colectora. Esta técnica tiene que llevarse a cabo de forma estéril. Por este motivo, es necesario que lo lleve a cabo un profesional sanitario que tenga los conocimientos adecuados. El paciente que necesite ponerse sonda vesical en su casa, necesitará unos cuidados adecuados que estén enfocados en impedir posibles infecciones, además de otras complicaciones procedentes del sondaje.

Para impedir alguna lesión relacionada con un tirón ocasional de la sonda, es primordial sujetarla a la pierna del paciente con micropore. Hay que ser extremadamente delicado en el momento en el que el paciente con la sonda se incorpore, ande o realice movimientos en la cama. Hay bolsas de pierna que se usan a lo largo del día de manera cómoda debajo de la ropa. Por la noche es necesario utilizar una bolsa con una elevada capacidad para no perjudicar el sueño de la persona teniendo que incorporarse para ir al baño.

La sonda contiene un balón, el cual, se infla mediante agua destilada y se utiliza para impedir que se salga el pis. Además, dar un tirón de la sonda puede ocasionar que el balón se rompa y provocar una lesión de la zona de alrededor de la sonda de la persona.

2 Objetivos

Conocer la técnica y cuidados adecuados para la aplicación del sondaje vesical con el fin de prevenir la infección urinaria a los pacientes.

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 sondaje vesical. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: Health education, hospital discharge, urinary catheter and self-care.

4 Resultados

En la actualidad, la mayoría de las sondas vesicales son de silicona, para impedir probables reacciones alérgicas al látex y porque son las que tienen una larga duración. El diámetro de la sonda vesical se diferencia por los diferentes colores que se observan en esta. Para medir la sonda vesical se mira mediante la escala francesa (Fr).

A continuación se explican los diferentes tipos de sonda que existen:

- Sondas tipo Foley: Son de látex y de color amarillo. No se debe usar en personas sensibles al látex. Este tipo puede estar colocada hasta 21 días.
- Sondas de silicona: este tipo presenta mayor resistencia. Pueden permanecer colocadas unos tres meses. Son las mejores para el mantenimiento de un paciente con un sondaje vesical en casa.
- Sondas de lavado: hay de silicona o de látex. Presenta una conexión a la bolsa, otra al globo y otra conexión más para llevar a cabo los lavados vesicales.
- Bolsas de diuresis horaria: Se usan en el hospital. Se utilizan para tener un control riguroso de la diuresis. Dispone de un contenedor de plástico que se elimina cada hora en la bolsa de mayor extensión y así poder realizar un balance total.
- Bolsas de pierna: Se utiliza para personas que llevan sonda y que son independientes y pueden llevar a cabo sus tareas de la vida diaria con normalidad. Se ponen debajo del pantalón y disponen de un grifo para poder vaciarlas de manera más confortable.
- Bolsas convencionales: existen de distintas capacidades (2 o 4 litros). Pueden disponer de un grifo para verterlo.

Es imprescindible llevar a cabo las normas de higiene tanto del catéter como de la piel aproximada a esta para impedir de esta manera probables complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

La educación para la salud la lleva a cabo el personal de enfermería para promover y evitar probables infecciones. Además, facilitan unos conocimientos correctos para el mantenimiento de la sonda vesical.

El profesional de enfermería desea fomentar el autocuidado a través de diferentes tareas educativas para evitar así las complicaciones al recibir el alta hospitalaria, además de ayudarles a solventar cualquier problema y que puedan enfrentarse a un nuevo acontecimiento de la mejor manera.

Es fundamental registrar en la historia de la persona el tipo de sonda y calibre, cuando se ha puesto, fecha aconsejada por el fabricante para cambiar o quitar la sonda, además del agua destilada introducida en el globo y del volumen de orina.

Finalmente, los enfermeros no deben realizar los sondajes que no sean necesarios.

6 Bibliografía

1. Pérez-Pérez L, Villa-Campos Z, Domínguez-Campos M. Educación enfermera al paciente portador de sonda vesical. Rev. Electrón. PortalesMédicos.com. 2017.
2. Inman DM, Jacobson TM, Maxson PM, Wang H, Lohse CM. Efectos de la educación sobre el catéter urinario para pacientes sometidos a prostatectomía. Enfermería del Urol. 2013; 33(6): 289-98.
3. Hernández-Díaz J, Paredes-Carbonel JJ, Marín-Torrens R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. Atención Primaria. 2014; 46 (1): 40-7.
4. Esquinas C, Arance I, Pamplona J, Moraga A, Dorado JF, Angulo C. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo tras prostatectomía con el sistema masculino transobturador ajustable con puerto escrotal premontado. Actas urol. esp. 2018; 42(7): 473-82.

Capítulo 99

ÚLCERAS POR PRESIÓN. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

ELENA LÓPEZ PEÑALVER

ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ

PALOMA MORALES MORALEDA

1 Introducción

La presente búsqueda bibliográfica trata de un tema que está muy presente en nuestro día a día, sobre todo en el ámbito hospitalario / sanitario.

Hay muchas definiciones de úlceras por presión (UPP). La que se describe a continuación ha sido creada por la GNEAUPP que es el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas.

La GNEAUPP afirma que las UPP son un problema de salud totalmente evitable y, por lo tanto, nos encontramos con un problema de gran relevancia e importancia a nivel mundial.

Con el presente trabajo tenemos el propósito de analizar la literatura existente acerca de úlceras por presión, su tratamiento y sobre todo su prevención para así poder mejorar en la atención a los pacientes hospitalizados /encamados.

Las úlceras por presión suponen un problema de salud con una incidencia muy alta. En los últimos años, se ha mantenido o incluso ha aumentado su prevalencia sobre todo en los centros sociosanitarios.

Esto nos hace ver que no solo no hemos reducido su aparición, sino que ha aumentado la incidencia. Por lo tanto, este trabajo nos permitirá analizar las causas y así poder atajarlas en la medida de lo posible.

Según afirman diversos autores de los artículos analizados, las úlceras por presión suponen hoy en día en nuestro país un alto coste económico para la sanidad. No obstante, el coste económico depende mucho del estadio de las úlceras, por lo que es de suma importancia prevenirlas o dada ya su aparición, atajarlas cuanto antes.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente sobre el tratamiento y prevención de úlceras por presión.
- Conocer el papel de enfermería en la prevención de úlceras por presión.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como: PubMed, Cochrane, Cuiden Plus, Scielo, etc.

Se han utilizado como criterios de inclusión: artículos en español e inglés, literatura reciente y libre de pago.

Como criterios de exclusión hemos tenido en cuenta artículos muy antiguos, de pago y otros idiomas fuera de los criterios de inclusión.

4 Resultados

En la búsqueda bibliográfica realizada nos hemos encontrado con un gran número de artículos que hacen referencia a los objetivos que nos planteábamos al inicio.

No obstante, la información que se va a desarrollar a continuación es la más repetida y contrastada.

En primer lugar, para tratar las úlceras por presión tipo I y con una evidencia científica media – alta son los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO). Estos sirven tanto para prevenir las úlceras como para retardar su aparición de 5 a 7 días. En caso de no poder prevenirla, también son útiles para estadios iniciales grado I.

Para tener en cuenta es la concentración de los AGHO en sus diferentes marchas comerciales en el mercado.

También, cabe destacar que los AGHO no servirían para otro tipo de úlceras como pueden ser UPP de estadios II, III y IV, úlceras vasculares o de pie diabético.

En cuanto a los apósitos, existe en el mercado una gran variedad de ellos. Lo más importante para decidirse por uno u otro es observar las características de la herida como son la piel perilesional, exudado, grado, zona de la úlcera, olor, etc.

Últimamente, está en auge la cura en ambiente húmedo, pero hay que tener especial precaución en el caso de úlceras muy exudativas. Debemos utilizar aquellos apósitos que permitan absorber gran cantidad de exudados como por ejemplo los apósitos de alginato y así permitir ambiente húmedo, pero evitando excesiva humedad y permitiendo una buena transpiración.

Otro beneficio del uso correcto de apósitos es permitir una temperatura adecuada para favorecer la cicatrización de dichas úlceras.

También cabe destacar el uso de apósitos antimicrobianos como son los de plata. Según la bibliografía revisada tiene su eficacia en úlceras con signos de infección. Sin embargo, su uso en úlceras no infectadas como profilaxis pueden favorecer el retraso en la cicatrización o incluso la aparición de infecciones. Esto supondría un aumento del costo sanitario tanto al utilizar incorrectamente apósitos no necesarios como el retraso en la cicatrización y necesitando estas úlceras más tiempo para su curación.

Por último, casi todos los artículos analizados destacan la utilidad de escalas tanto al inicio de la hospitalización como al final para analizar y prevenir úlceras por presión. Las escalas de más suma importancia y más repetidas en todos los artículos son la de Norton y la de Braden.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a las conclusiones de esta búsqueda bibliográfica podemos analizar si hemos llegado a completar los objetivos planteados al inicio del estudio.

- En primer lugar, debido a la repetición en numerosos artículos podemos afirmar que el uso de AGHO sirve para prevenir UPP. Sin embargo, se echan en falta más estudios sobre todo experimentales en los que se demuestren los resultados de utilizar AGHO para el tratamiento de úlceras y no sólo como prevención de estas.

- También existe una falta en el consenso de curas de UPP así que podemos decir que vemos la necesidad de crear protocolos que integren los materiales anteriormente citados como medida de prevención y tratamiento de úlceras. Esto pienso que podría suponer un mayor bienestar para el paciente y así mismo la reducción de costes que suponen la aparición de estas úlceras.
- Las UPP afectan a muchas personas, en su mayoría a personas mayores de 65 años ingresadas en residencias u hospitales y con una disminución de la movilidad física y con un deterioro de su calidad de vida.
- Utilizando correctamente las escalas como Norton o Braden puede alertar a la enfermera para la prevención de UPP.

6 Bibliografía

1. Piatkowski A, Ulrich D, Seidel D, Abel M, Pallua N, Andriessen A. Randomised, controlled pilot to compare collagen and foam in stagnating pressure ulcers. *Journal of Wound Care*. 2012;21(10):505-11.
2. García Garrido Á. Úlcera tratada con apósito antimicrobiano con plata. *Documentos enfermería*. 2015; 56:5-9.
3. Nakagami G, Sanada H, Konya C, Kitagawa A, Tadaka E, Matsuyama Y. Evaluation of a new pressure ulcer preventive dressing containing ceramide 2 with low frictional outer layer. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;59(5):520-9.
4. Samaniego-Ruiz María-Jesús, Llatas Federico Palomar, Jiménez Onofre Sanmartín. Valoración de las heridas crónicas en el adulto: una revisión integrativa. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018 [citado 25 de enero 2021]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-
5. Enric Torra-Bou J, García-Fernández FP, Pérez-Acevedo G, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Javier Soldevilla-Ágreda J, et al. El impacto económico de las lesiones por presión. Revisión bibliográfica integrativa. [Internet]. 2017 [citado 25 de enero 2021]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200083#t7
6. Barón Burgos MM, Benítez Ramírez MM, Caparrós Cervantes A, Escarvajal López ME, Martín Espinosa MT, et al. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas [Internet]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional; 2015 [citado 7 de mayo 2021]. Disponible en: https://gneaupp.info/wpcontent/uploads/2015/10/Guia_Preencion_UPP.pdf
7. . Pancorbo-Hidalgo, PL; García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García,

C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.

8. Han G, Ceilley R. Chronic Wound Healing: A Review of Current Management and Treatments [Internet]. Vol. 34, Advances in Therapy. Springer Healthcare; 2017 [citado 24 de enero 2021]. p. 599–610. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350204/>

9. Jara Sagñay MA, García Silva DA, Loja Muzha FD, Vasconez Chusino AI. Prevención de las úlceras por presión (UPP) [Internet]. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2019 Sep 30;3(3):47–67 [citado 25 enero 2021]. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/510>.

Capítulo 100

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CORDÓN UMBILICAL

CARLOS PANADERO MORENO

ALEJANDRO RUIZ PARADA

OMAR NAVÍO CAÑADA

MARTA RUIZ PARADA

PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR

1 Introducción

El cordón umbilical es la parte de tejido que une al bebé a su madre a lo largo del embarazo y se encuentra uniendo el ombligo del feto a la placenta de la madre. Dentro de este podemos encontrar entre otras estructuras vasos sanguíneos que tienen como función intercambiar sustancias entre la mamá y el feto.

Mediante el cordón umbilical el feto obtiene el alimento junto con el oxígeno necesario. El cuidado del cordón umbilical se inicia en el mismo momento del nacimiento. Una vez finalizado el parto se pinza el cordón y se realiza el corte del mismo. Desuniendo al feto de la mamá. El tejido desvitalizado, llamado muñón, presenta gran facilidad para que proliferen bacterias, las mismas bacterias de nuestra piel, principalmente *S. Aureus* bacterias o del canal del parto, llegando a infectarse, a esa infección del cordón umbilical o muñón lo llamamos onfalitis.

La onfalitis puede complicarse poniendo en riesgo la vida del bebé. No obstante, la onfalitis en países con buena atención pediátrica Varía entre 0,1-2%. Este

muñón debe de secarse, momificar y caer en un intervalo de 10-15 días. Referente a los cuidados hay gran cantidad de recomendaciones, no llegando a conclusiones con evidencias, por lo que la cura seca, de momento es la opción más recomendada y estandarizada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los cuidados estándar del cordón umbilical.

Objetivos secundarios:

- Promover la educación de la salud a la comunidad.

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

Se conoce la importancia que le da la madre y la familia al inicio de la maternidad tener al recién nacido con un muñón umbilical, las preocupaciones, miedos y sensación de falta de conocimientos que les genera.

La caída del cordón umbilical se relaciona con el grosor de este y suele suceder entre la primera y segunda semana de vida. Teniendo en cuenta que puede retrasarse si hay mucha humedad, si no se realizan bien los cuidados o si existe la presencia de infección. Esta caída se produce mediante dos procesos de forma natural, se deshidrata, por lo tanto, se momifica y se pudre a través de unas bacterias. Después de la caída se produce la cicatrización durante la semana siguiente. A lo largo de los años se han ido recomendando numerosos productos para el cuidado/cura del cordón. Hoy en día se recomienda la cura seca, que se trata de curar con agua y jabón y después secar con una gasa, los antisépticos o pomadas antibióticas solo se recomiendan en casos en los que por la situación en particular los cuidados o higiene sean mínimos.

Recomendaciones:

- Antes de manipular nada lavarse bien las manos con agua y jabón.

- Limpiar el tejido del cordón con agua y jabón neutro.
 - Secar con gasa limpia.
 - Mantenerlo seco con una nueva gasa limpia y seca envolviéndolo y cambiando la gasa con los cambios de pañal en caso de que se ensucie o se humedezca.
 - En cada cambio de pañal (se recomienda frecuentemente) se observará el estado de la gasa y se tendrá especial cuidado con enganchones o demasiada presión al ajustar el pañal.
- No se conoce que el uso de antisépticos o antibióticos tópicos frente a lavar con agua y jabón y secar den mejores resultados, hablando siempre en países desarrollados donde existe una buena higiene y buena atención pediátrica, de hecho, si está demostrado que pueden llegar a interferir en la cicatrización natural por lo que retrasaría la caída del mismo. Si se observan los siguientes detalles debemos acudir a un profesional:
- Inflamación o color rojizo en la zona del cordón.
 - Aparición de secreción amarilla o maloliente.
 - Sangrado abundante. Se considera normal si vemos un pequeño sangrado con la caída o del roce del cordón con el pañal.
 - Retraso de más de 20 días en la caída del cordón.
 - Debemos observar que no haya presencia de ampollas, color rojizo, inflamación, alta temperatura, secreciones, mal olor en el cordón o en la zona de alrededor.

5 Discusión-Conclusión

Después de consultar bibliografías y realizar este capítulo llegamos a la conclusión de que teniendo en cuenta estas medidas básicas que mencionamos, realizando como técnica de cuidado, la cura seca, manteniendo una buena higiene y manteniendo limpio y seco el cordón umbilical, desde el nacimiento hasta que se produce la cicatrización y posterior caída del mismo podemos minimizar e incluso evitar que los gérmenes habituales que se encuentran en la piel de forma natural produzcan infecciones y, por lo tanto, minimizar posteriores complicaciones, evitar que no se produzcan granulomas, promover que la caída del cordón umbilical se produzca en los intervalos de días normales y con todo esto que quede una cicatriz con buena estética.

6 Bibliografía

1. Cuidados del cordón umbilical | EnFamilia [Internet]. aeped.es. 2017 <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidadoscordon-umbilical>.

2. Martín temprano M., Fernández García C. “Mejora en el cuidado del cordón umbilical del recién nacido” en Revista de enfermería C y L. Vol.2 N.2 2010 pag. 15-17.

Capítulo 101

ENFERMERÍA : MANEJO DOMICILIARIO DE LA SONDA PEG

CARLOS PANADERO MORENO

ALEJANDRO RUIZ PARADA

OMAR NAVÍO CAÑADA

MARTA RUIZ PARADA

PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR

1 Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea, más conocida como sonda PEG, es un procedimiento que consiste en la colocación mediante una endoscopia, de una sonda o tubo flexible en el estómago, a través de la pared abdominal.

La principal utilidad de este dispositivo es la alimentación en pacientes con importante disfagia (dificultad para la deglución), debida sobre todo a problemas mecánicos y/o neurológicos (enfermedad de Parkinson, demencias, tumores de cabeza y cuello, accidentes cerebrovasculares), que impiden la alimentación de forma voluntaria, siempre y cuando se conserve la funcionalidad del aparato digestivo, y se precise la nutrición por sonda durante un periodo de tiempo prolongado.

Hasta la aparición de esta técnica, lo habitual era que el aporte nutricional se realizaría a través de una sonda nasogástrica, un procedimiento más molesto y con más complicaciones a largo plazo.

La sonda de gastrostomía consiste en un tubo de plástico de fino calibre (habitualmente de poliuretano o de silicona no colapsable), que consta de dos puertos: uno gástrico hacia el estómago, para alimentación, y otro de medicación, para administración de fármacos. También tiene una pinza que sujeta la sonda y que previene el goteo si hay una apertura accidental de la misma. El extremo interior fijado a la pared del estómago es flexible y puede tener hasta 3 o 4 pestañas o un disco de silicona; la sujeción externa de la sonda se hace a través de un soporte externo fijado con abrazaderas.

2 Objetivos

Explicar los cuidados por parte de enfermería al paciente portador de sonda PEG, manejo de la misma y prevención de posibles complicaciones.

3 Metodología

Se trata de una búsqueda sistemática, donde se describen cómo actuar antes trastornos del estado de ánimo. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed, Google Académico, en guías y revistas sanitarias. Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en libros y artículos, en las principales bases de datos Medline Plus, Elsevier, PubMed, Google Académico, en guías y revistas sanitarias; seleccionando artículos científicos, en español.

4 Resultados

El paso previo a cualquier manipulación o uso de la sonda PEG es el lavado de las manos, para prevenir la contaminación de la misma y la transmisión de microorganismos.

A continuación se preparará el material necesario para la alimentación:

- Fórmula nutricional (a temperatura ambiente).
- Jeringa de 50 cc si la administración se va a realizar en bolo (lo más habitual) o equipo de administración por gravedad.
- Vaso medidor.
- Vaso con agua mineral.

La persona portadora de la sonda de gastrostomía se colocará en posición de sentado o semisentado, la cual deberá mantener entre 30 y 60 minutos tras la

administración de la nutrición. Se comprobará que la sonda está en posición correcta, observando la graduación de la misma en centímetros. Antes de introducir la nutrición a través de la sonda, habrá que comprobar la presencia de residuo en el estómago; para ello se conectará la jeringa a la sonda y se aspiró lentamente. Si este residuo supera los 100 ml, se esperará aproximadamente una hora para el inicio de la alimentación. La cantidad aspirada debe introducirse en la sonda y limpiar esta con unos 50 ml de agua.

Siempre hay que verificar que la sonda esté permeable previamente a la alimentación, introduciendo unos 50 ml de agua con la jeringa. Si se nota resistencia, puede que la sonda esté obstruida con restos de medicamentos o de alimentación; en este caso puede introducirse agua tibia para reblandecerlos. Tras introducir la nutrición correspondiente a la toma, se lavará la sonda con unos 50 ml de agua. En el caso de la administración por el método de gravedad, además del material descrito anteriormente y que se necesita para la administración en bolo (con jeringa), se precisará de un equipo de infusión que se conectará a la bolsa con el preparado nutricional.

Se colgará la bolsa en lo alto de un gancho o soporte, y se abrirá la pinza para que la nutrición llene el equipo sin nada de aire en él; cuando esto ocurra, se cerrará la pinza y se conectará el equipo a la sonda, para posteriormente regular la velocidad de administración según las indicaciones del proveedor.

Administración de medicación:

- No mezclar nunca los medicamentos con la alimentación
- Limpiar la sonda irrigando unos 30 ml de agua con una jeringa antes y después de la administración de medicación.
- La administración de medicamentos debe hacerse preferentemente de forma líquida o torturándolos hasta obtener un polvo fino que pueda diluirse en unos ml de agua.
- Si alguna presentación de fármacos no permitiera triturarlos, gestionar el cambio a una que sí lo permita.
- Los fármacos han de administrarse tras ser preparados para ello.
- Se administra cada medicamento por separado, primero las presentaciones líquidas y luego las más densas; se lavará la sonda con unos 5 ml de agua tras la administración de cada uno.

Cuidados de la sonda PEG:

- Limpiar diariamente y de forma minuciosa la parte externa de la sonda PEG y el soporte externo, así como la conexión adaptadora, con agua tibia y jabón neutro; aclarar y secar con unas gasas. El soporte externo ha de quedar situado sobre la piel pero sin ejercer presión.

- Limpiar la piel alrededor de la sonda, procurando eliminar alguna costra si la tuviera, y secar con gasas.
- Es recomendable colocar una gasa alrededor de la zona de inserción de la sonda, debiendo cambiarla diariamente o cuando se ensucia y/o se humedece.
- No utilizar ungüentos ni pomadas.
- Limpiar la parte interna de la conexión periódicamente con agua y un bastoncillo de algodón.
- Girar diariamente la sonda al menos una vuelta, para que no quede adherida a la piel ni la parte interna de la misma pegada a la pared del estómago.
- Cerrar el tapón de la sonda cuando no se use.
- Comprobar cada dos semanas el balón de la sonda, en el caso de que lo tuviera. Para realizar esta tarea, controlar el agua del balón esperándolo con una jeringa, y verificando que es el correcto (la cantidad está indicada en el extremo proximal), volver a inflarlo.

Cuidados de la boca:

- Es importante mantener una buena higiene de la cavidad oral, en personas portadoras de sonda PEG.
- Debe cepillarse los dientes y la lengua con cepillo y dentífrico y lavarse la boca al menos dos veces al día; después enjuagar con agua y con un colutorio antiséptico bucal.
- No debe tragar el agua.
- Si no pudiera por sí mismo ha de ayudarle un familiar y/o cuidador en la realización de esta tarea.

Cuándo consultar a un profesional sanitario:

- Queda con hambre tras la alimentación.
- Presenta diarrea y/o estreñimiento.
- Aparición de náuseas y/o vómitos.
- Presenta el abdomen duro o hinchado tras la alimentación.
- Aparición de dolor o cambios en el estado general.
- Salida de líquido o secreción alrededor de la sonda.
- Enrojecimiento o irritación de la piel alrededor de la sonda.
- Salida accidental de la sonda; en este caso no intentar reintroducir.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación a través de una sonda de gastrostomía (PEG), es una técnica cada vez más empleada en personas con determinados problemas que les impiden alimentarse de manera normal, y que presentan una expectativa de vida a largo

plazo. Aunque no está exenta de posibles complicaciones, presenta menos problemas estéticos y psicológicos, además de evitar lesiones en la nariz o el esófago. La formación en su manejo al propio paciente portador de la misma, repercute de manera positiva en su salud tanto física como psicológica, ya que facilita su autonomía y no le impide seguir haciendo sus actividades habituales, tales como asearse y salir a la calle. En esta formación es imprescindible el papel de la enfermería.

Por ello el personal enfermero debe trabajar para favorecer la independencia y la autonomía de las personas portadoras de este dispositivo, ayudándole a superar sus limitaciones, vencer sus miedos e inseguridades y mejorando su autoestima, pues todo ello influirá de forma decisiva en la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Planas M, Wanden-Berghe C, De la Cuerda M. Guía de Nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2nd edición. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [cited 2016 Oct 13].
2. Recomendaciones de enfermería después de la gastrostomía percutánea. Unidad de Endoscopias – Servicio de Digestivo- Hospital de Fuenlabrada (Madrid)
3. Procedimiento de cuidados de la gastrostomía endoscópica percutánea. Procedimientos de enfermería: cuidados de sondas. Xunta de Galicia. Actualización de 2019.
4. Protocolo de enfermería. Administración de Nutrición Enteral. Fundación Hospital de Jove (2014).
5. Pereira Cunill J. L., García Luna P. P.. Gastrostomía endoscópica percutánea. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2010 Oct ; 102(10): 609-609.
6. Sánchez Santiago T. Protocolo para el Cambio Sonda Peg y sus Cuidados en Atención Primaria Universidad de Valladolid;

Capítulo 102

CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES GERIATRICOS DE LOS CENTROS SANITARIOS

CARLOS PANADERO MORENO

ALEJANDRO RUIZ PARADA

OMAR NAVÍO CAÑADA

MARTA RUIZ PARADA

PILAR MARIA ALUMBREROS ANDUJAR

1 Introducción

Se puede definir al anciano frágil como aquel que tiene las reservas fisiológicas disminuidas, presentando mayor riesgo de declinar su salud. Esto lo convierte en una persona más vulnerable y con mayor riesgo de dependencia.

Existen diferentes factores de riesgo que hacen a las personas más susceptibles de presentar fragilidad. Para evitarla, se pueden llevar a cabo programas de prevención cuyo principal objetivo es mantener y aumentar la calidad de vida.

A menudo se manifiesta a través de algunos síntomas que suelen ser inespecíficos y deben ser interpretados por profesionales sanitarios, ya que en ocasiones son precursores de patologías graves.

Es importante detectarla para poder prestar la atención sanitaria adecuada. Se debe realizar una valoración geriátrica integral para evaluar el estado de salud, las necesidades y los recursos con los que cuenta el paciente.

La situación del anciano frágil afecta también a su entorno, puesto que suelen ser personas con un alto grado de dependencia. Se debe estudiar la red de apoyo con la que cuentan estos pacientes. Esta situación provoca alteraciones psicosociales en todos ellos.

Es fundamental realizar una valoración holística para presta la atención necesaria en todas las esferas. Los cuidados de enfermería se basan en la prevención y promoción de la salud.

2 Objetivos

- Conocer la situación de fragilidad en el adulto mayor.
- Ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la detección y cuidados a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la situación del anciano frágil, abordando desde la detección hasta el tratamiento de la misma.

Para ello se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas y buscadores como son Google Académico y Scielo.

Además, se han consultado artículos oficiales publicados por servicios sanitarios en España que han sido relevantes para el trabajo.

4 Resultados

A lo largo del proceso de envejecimiento ocurren ciertos cambios fisiológicos que hacen que disminuya la reserva funcional y la adaptación a la nueva situación.

Es por ello que se vuelven más vulnerables.

El estado de fragilidad en los adultos mayores se puede instaurar de manera repentina, aunque lo habitual es que se desarrolle progresivamente.

Se puede manifestar a través de síntomas que a menudo son inespecíficos como incontinencia, caídas de repetición, astenia, debilidad, etc.

Existen algunos factores de riesgo que predisponen a las personas a sufrir fragilidad. Algunos de ellos son:

- Tener más de 80 años.
- Sufrir alteración de la marcha y equilibrio, con la consecuente aparición de caídas.

- Haber estado hospitalizado recientemente.
- Realizar poca actividad física.
- Debilidad muscular.
- Pluripatologías.
- Polifarmacia.
- Déficit de apoyo social.

La detección de este problema de salud se lleva a cabo a través de una valoración geriátrica integral, con la que se pretende evaluar la situación de salud e identificar los problemas para poder establecer las intervenciones más adecuadas en cada caso y promover un uso adecuado de los servicios asistenciales.

Gracias a la valoración geriátrica integral se consigue disminuir el uso de medicamentos prescritos, mejora la capacidad funcional, cognitiva y emocional del paciente, se reduce la hospitalización por procesos agudos y la institucionalización. Además, disminuye los costes asistenciales y mejora la calidad de vida.

Debemos evaluar todas las esferas del anciano, la esfera clínica, funcional, mental y social. Para ello se utilizan diferentes herramientas como son las escalas.

La evaluación clínica se realiza para identificar las enfermedades sintomáticas y la presencia de los llamados síndromes geriátricos.

En cuanto a la evaluación funcional, su objetivo es conocer la capacidad previa y actual del paciente para realizar las actividades de la vida diaria, así como la capacidad de mantener relaciones sociales.

Algunas de las escalas más utilizadas para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria son el Índice de Barthel y el Índice de Katz.

La evaluación mental se lleva a cabo para identificar los trastornos del área cognoscitiva y afectiva que están estrechamente relacionadas con la capacidad del paciente para realizar su autocuidado y con la manifestación de síntomas característicos de algunas patologías tales como la demencia, depresión o síndrome confusional agudo.

Algunas de las escalas más utilizadas en esta área son el cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer, el mini examen cognoscitivo de Lobo y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja.

Por último, respecto a la esfera social, se evaluarán algunos aspectos como el estado de la vivienda, el apoyo de familia o cuidador, la pensión y ayudas sociales que recibe, el soporte sanitario asistencial y las relaciones sociales.

De esta manera se identificarán los riesgos sociales y se establecerán las intervenciones convenientes en cada caso.

En cuanto a las actividades de enfermería en este tipo de pacientes se basan principalmente en la prevención.

Los equipos de Atención Primaria realizarán revisiones de salud periódicamente y estarán coordinados con los especialistas para garantizar una asistencia de calidad.

Se debe aportar educación sanitaria acerca de la dieta y la actividad física.

El paciente debe llevar una dieta equilibrada con una ingesta hídrica adecuada.

Se fomentará el consumo de alimentos ricos en vitaminas, minerales, proteínas y fibra.

Se irá controlando periódicamente el peso y la talla para prevenir la malnutrición.

Se recomienda la realización de actividad física de manera regular adaptada a las posibilidades de cada persona. Así disminuirémos el riesgo de enfermedades cardiovasculares entre otras. También va a favorecer la movilidad y agilidad para poder desarrollar las actividades de la vida diaria y se evitarán las caídas.

La enfermera proporcionará asesoramiento y ayuda para eliminar o reducir el consumo de tóxicos como alcohol y tabaco.

Por otro lado, se intentará reducir las situaciones estresantes para el paciente y se dará apoyo emocional siempre que sea necesario, al igual que a familiares y cuidadores. Además, hay que promover las relaciones sociales y facilitar los recursos disponibles.

Como medida de prevención también se asesorará sobre la vacunación contra enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

La fragilidad en el adulto mayor es un problema de salud que afecta a todas las esferas de su vida.

Se ha comprobado que hay ciertos factores de riesgo que predisponen a las personas a ser más susceptibles de padecerla. Es importante la vigilancia de signos que advierten de esta situación para poder realizar las intervenciones necesarias a tiempo.

La atención sanitaria se centrará principalmente en la prevención y seguimiento de estos pacientes. Todos los cuidados irán dirigidos a fomentar su autonomía y mejorar la calidad de vida tanto de ellos como de las personas de su entorno.

Para esto es importante contar con un equipo multidisciplinar coordinado que aborde la situación de manera individualizada y así sea capaz de proporcionar los mejores cuidados.

6 Bibliografía

1. Casas A, Cadore E, Martínez N, Izquierdo M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [revista en Internet]. 2015: [aprox. 8 págs.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X14001590>
2. Orueta R, Rodríguez A, Carmona J, Moreno A, García A, Pintor C. Anciano frágil y calidad de vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [revista en Internet]. 2008: [aprox. 6 págs.]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000100003
3. Martín I, Gorroñogoitia A, Gómez J, Baztán J, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Atención Primaria* [revista en Internet]. 2010: [aprox. 5 págs.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005666>
4. Belaunde A, Ramos G, Consuegra G, Piloto A. Factores predictores de mortalidad en ancianos frágiles. *Revista Cubana de Medicina Militar* [revista en Internet]. 2020: [aprox. 4 págs.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572020000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

Capítulo 103

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE TORÁCICO: PLEUR-EVAC

LUCÍA GARCÍA GARCÍA

JOANA LENDRINO LENDRINO

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO

RAFAEL HABAS MORENO

1 Introducción

El drenaje torácico es uno de los procedimientos más frecuentes empleados en la cirugía torácica. Su finalidad consiste en drenar líquido, aire o sangre del espacio pleural, permitiendo restablecer la presión pleural (la cual en condiciones normales o fisiológicas es negativa) consiguiéndose con ello una libre expansión pulmonar que permita un correcto intercambio gaseoso.

El drenaje pleural está dirigido principalmente a pacientes que presentan ciertas patologías tales como el neumotórax, que consiste en la presencia de aire en la cavidad pleural pudiendo provocar colapso pulmonar; hemotórax, presencia de sangre en la cavidad pleural; derrames complicados y empiemas; quilotorax, acumulación de líquido linfático; derrames pleurales malignos y en postoperatorios de cirugía torácica.

A diferencia de otras técnicas utilizadas para drenar la cavidad pleural como la toracocentesis, en el drenaje pleural se coloca un sistema permanente de drenaje,

por lo que es necesario unificar los criterios dirigidos a un correcto manejo y cuidado de dichos dispositivos.

El drenaje pleural se realiza colocando un tubo a través de la pared torácica que llega hasta el espacio pleural con el objetivo de drenar aquellas sustancias o aire que se encuentran alojados en la cavidad pleural. Dicho tubo es conectado a su vez a un sistema de aspiración con la finalidad de mantener la presión negativa fisiológica de la cavidad pleural. Actualmente existen diferentes modelos de dispositivos de drenaje, siendo el más utilizado el Pleur-evac.

El Pleur-evac está formado por tres cámaras:

- Cámara sello de agua. La finalidad de dicha cámara es la de crear un sistema unidireccional que permita la salida pero no la entrada de aire en la cavidad pleural del paciente. Además, permite visualizar la salida de aire mediante burbujeo en dicha cámara. Ha de llenarse con 2 cm de agua estéril por el orificio que se encuentra en la parte superior. Este orificio deberá dejarse abierto al aire si se desea una aspiración por gravedad. Esta cámara está conectada a su vez con la cámara de recolección y la cámara de control de aspiración.

- Cámara de recolección. Esta cámara se continúa con un tubo de látex que deberá conectarse de manera aséptica al tubo torácico del paciente. Está formada por tres columnas graduadas para controlar el volumen y las características del líquido evacuado.

- Cámara de control de aspiración. Es la encargada de regular la presión a la que se ejerce la aspiración. Consiste en una fuente de aspiración externa que es conectada a una toma de vacío y goma de aspiración.

Dado que los cuidados de enfermería son fundamentales desde la inserción hasta la retirada del drenaje torácico Pleur-evac, dicho capítulo pretende dar a conocer los cuidados básicos para una correcta utilización de este dispositivo, lo que permitirá un mantenimiento eficaz y eficiente del sistema de drenaje.

2 Objetivos

- Conocer el manejo del drenaje torácico Pleur-evac.

- Enumerar los cuidados de enfermería básicos desde la inserción hasta la retirada del drenaje torácico Pleur-evac.

3 Metodología

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 bases de datos tales como Pubmed, Medline, Scielo, Sciece y Google Académico.

Para realizar la búsqueda se han utilizado los descriptores DeCs: drenaje torácico, pleurevac, sistemas de drenaje cerrado y cuidados de enfermería en el drenaje torácico. Para enlazar los distintos descriptores se utilizó el operador booleano "and".

Se escogieron aquellos artículos y protocolos comprendidos entre los años 2012 hasta la fecha actual, los cuales garantizan un conocimiento seguro y veraz además de unos cuidados de enfermería adecuados de los dispositivos de drenaje torácico Pleur-evac.

4 Resultados

Para el manejo del Pleur-evac debemos interpretar correctamente las oscilaciones de la columna del sello de agua:

- Si aparecen oscilaciones acordes a los movimientos respiratorios del paciente significa que el drenaje es permeable y que persiste aire en la cavidad pleural del paciente, con la consiguiente falta de reexpansión pulmonar.
- Si existe burbujeo en la cámara de sello de agua que oscila con los movimientos respiratorios significará que el tubo está situado dentro de la cavidad pleural y es permeable existiendo fuga aérea pulmonar y por lo tanto no se podrá quitar el drenaje ni pinzarlo.
- Si persiste un burbujeo continuo es posible que haya una entrada de aire por una mala conexión en el sistema, por lo que se deberán revisar todas las conexiones del sistema.
- Si la cámara no burbujea ni oscila es posible que el drenaje esté fuera de la cavidad pleural. Por otro lado, también puede significar que el pulmón este ya completamente expandido.

Para las distintas situaciones que se pueden presentar será imprescindible auscultar al paciente y realizar las radiografías pertinentes que muestren la situación pulmonar del paciente.

En cuanto a los cuidados de enfermería dirigidos a un correcto mantenimiento del Pleur-evac encontramos los siguientes:

- Se revisarán las conexiones entre el tubo torácico y el Pleur-evac, evitando posibles acodamientos de manera que se encuentre siempre permeable.
- El sistema de drenaje se mantendrá siempre en posición vertical y por debajo del nivel del tórax del paciente.

- Se vigilará la cámara del sello de agua a fin de verificar el estado pulmonar del paciente.
- Se registrará la cantidad y las características del líquido drenado.
- No se colocarán esparadrapos en las conexiones.
- Se realizará la cura del punto de inserción del tubo torácico con suero fisiológico y betadine. Se vigilará además si aparecen posibles signos de infección.
- Animaremos al paciente a realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria de manera que favorezcan a una rápida recuperación.
- Bajo ningún concepto se pinzará el tubo de tórax salvo por prescripción médica u otras situaciones como por ejemplo al valorar la posible retirada del tubo.
- Si fuese necesario extraer alguna muestra se realizará con una jeringa a través del orificio del tubo colector del sistema de drenaje.
- Se registrarán todos los cuidados realizados.

5 Discusión-Conclusión

Dado que el manejo del drenaje torácico precisa de unos cuidados de enfermería complejos, es de vital importancia que la figura de la enfermera posea unos conocimientos actualizados basados en la evidencia científica.

Estos cuidados deberán brindarse siempre de manera personalizada, evaluando siempre las necesidades particulares de cada paciente. Por ello, la enfermera valorará las necesidades del paciente para así poder detectar aquellos problemas y basándonos en estos diseñar un plan de cuidados adaptado al paciente.

Asimismo, dicho plan de cuidados se evaluará de manera periódica para comprobar que es el indicado para conseguir los objetivos propuestos.

Además, y dado que la inserción del drenaje torácico supone un procedimiento traumático para el paciente es importante que la enfermera lo acompañe durante este proceso con el objetivo de disminuir su ansiedad y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

- 1.García, L. G. Cuidados de Enfermería al paciente con drenaje pleural neu-motórax espontaneo (PLEUR-EVAC)
2. Sutherland, J. D., & Brindley, P. G. (2016). Acute Care SINS: Surgical Insights for the Non-surgeon-Chapter 2: Tubes, Drains, and Ostomies. Canadian Journal of General Internal Medicine, 8(1).
3. Servicio de salud de Castilla La Mancha. Protocolo de cuidados de Enfermería al paciente portador de drenaje pleural. SESCAM [Internet]. 2016.

Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c72fe0b78ffbd9be2bb9cd178bb880f7.pdf>

4. Mari Carmen GG. Cuidados de Enfermería en el drenaje torácico. Pleurevac. Portalesmedicos [Internet]. 2016 [citado 28 Octubre 2020]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-drenaje-toracico-Pleur-Evac/2/>
5. Mergaet 5. Un sistema més fàcil de valorar els drenatges toràcics. Nursing. 1994;12(8):40-41.

Capítulo 104

SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

LUCÍA GARCÍA GARCÍA

JOANA LENDRINO LENDRINO

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO

RAFAEL HABAS MORENO

1 Introducción

Los diferentes trastornos contemplados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -V) son los siguientes:

- Pica.
- Trastorno de rumiación.
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- Anorexia Nerviosa.
- Bulimia Nerviosa.

- Trastorno por atracones.
- Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado (antes conocidos como trastornos atípicos)
- Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado.

En los últimos años, está aumentando claramente la prevalencia de este tipo de trastornos en la edad pediátrica y podemos observar cada vez más casos en edades más tempranas. De hecho, se estima que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) supondrían la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes y la Organización Mundial de la Salud (OMS) las sitúa entre las enfermedades mentales de prioridad en niños y adolescentes.

Los trastornos que cuentan con una mayor prevalencia en estas edades son los trastornos especificados (o atípicos), que cuentan con una prevalencia del 2,73-5,3% y si tenemos en cuenta los casos leves hasta un 11-16%. Dentro de ellos podemos encontrar los siguientes subtipos:

- Anorexia nerviosa atípica.
- Bulimia nerviosa de baja frecuencia.
- Trastorno de atracón de frecuencia baja.
- Trastorno por purgas (sin atracones).
- Síndrome de la ingesta nocturna de alimentos.

Existen diferentes factores de riesgo que podrían llevar a un niño/a o adolescente a tener un TCA. Algunos de ellos son:

- Factores socioculturales: actualmente en nuestra sociedad la delgadez es signo de belleza, atractivo y éxito, lo que lleva a desarrollar una baja autoestima en aquellas personas que no tienen esa delgadez “esperada” por la sociedad.
- Cambios biológicos: la pubertad es una edad de mayor riesgo debido a los números cambios físicos y psíquicos que se producen.
- Factores psicológicos: el perfeccionismo, la impulsividad, la falta de asertividad o la baja autoestima suelen ser características que hacen más probable sufrir un TCA.
- Factores familiares: tener unos padres excesivamente preocupados por la figura corporal, sobreprotectores, rígidos o con baja resolución de conflictos pueden ser factores de riesgo.

En la consulta de enfermería pediátrica debemos estar alerta para identificar de manera precoz los diferentes signos y síntomas de alarma. Los primeros signos que suelen aparecer son una mayor dedicación a las actividades que solía dedicar y a los estudios, la persona comienza a ser más perfeccionista y más disciplinada. No es raro que encontremos casos donde se comienza con una dieta, incluso

aunque parezca extraño es frecuente que el/la adolescente parta de un sobrepeso previo, pero debemos distinguir entre una persona que realiza una dieta para mejorar su salud y una persona con un posible trastorno de la conducta alimentaria. Una persona con un posible trastorno sería muy estricta y en ningún caso abandonaría una dieta, mientras que lo habitual es que las personas en ocasiones realicen excepciones a la dieta.

Algunos de los signos y síntomas más habituales que podemos encontrar en nuestros pacientes son los siguientes:

- Cortan la comida en trocitos y la esparcen por el plato.
- Leen y muestran interés por recetas de cocina y dietas.
- Prestan atención y vigilan lo que se come en casa.
- Hacen platos “apetecibles” como galletas, bizcochos para la familia, pero no los prueban.
- Hay discusiones frecuentes por pequeñas discusiones de comida.
- Comen chicle con frecuencia.
- Ocultan su delgadez en un determinado momento con ropas anchas y varias capas, cuando los demás empiezan a apreciar que están “demasiado delgados”.
- Eligen alimentos bajos en calorías.
- Tardan mucho tiempo en comer.
- Prefiere comer solo/a o pone excusas para no comer.

2 Objetivos

Describir un caso de sospecha de trastorno de conducta alimentaria en una adolescente y su manejo en consulta de atención primaria.

3 Caso clínico

Paciente de 14 años que acude al centro de salud para revisión del Programa del Niño Sano de la Comunidad Autónoma y administración de la vacuna correspondiente a 14 años de esa Comunidad.

Antecedentes Personales: seguimiento en consulta de gastroenterología por diversas molestias digestivas en relación con la ingesta de comida y seguimiento en consulta de neurología por migrañas.

En el momento de la consulta su madre expresa preocupación porque últimamente ve a su hija más decaída, con peor ánimo, peor rendimiento escolar y poco apetito con ingestas muy escasas.

Tras una breve entrevista con la paciente, su madre y su hermana que también se encontraba presente en la consulta, se identificaron ciertos signos de alarma, como las discusiones frecuentes en el domicilio por la ingesta de pequeñas cantidades de comida, baja autoestima, comentarios negativos en cuanto a su imagen corporal, interés por alimentos bajos en calorías y por comer a solas. También se evidenció una desviación significativa en la curva de crecimiento, considerado uno de los criterios diagnóstico según el DSM-V para anorexia nerviosa en niños y adolescentes, a pesar de que su talla y peso se encontraban en un percentil 10 para su edad, es decir, dentro de la normalidad.

Ante esta sospecha, se decidió citar otro día a la paciente y a su madre para tener una entrevista con ellas y abordar el problema.

Para un buen abordaje de este tipo de trastornos o su sospecha, lo primero que deberíamos realizar desde la consulta de Atención Primaria es buscar la presencia de las alteraciones propias de este tipo de trastornos, así como síntomas asociados y hacer un diagnóstico diferencial con patologías físicas. Es fundamental evaluar el grado de comprensión del problema tanto por el adolescente como de los padres, ya que ambos tienden a negarlo.

Lo ideal es realizar una entrevista a solas con el adolescente, para tratar los temas más delicados, aunque es preciso realizar otra conjunta con el padre/madre o tutor/a para recabar la mayor información posible, ya que la información es más real con ambos presentes, así es como se actuó en nuestro caso. Es imprescindible evitar juicios de valor.

Durante la entrevista se debe tener una actitud de escucha, pero siempre mostrando seriedad para reflejar la gravedad del problema, esto último es esencial para que tanto el niño/a o adolescente como los padres vayan tomando conciencia del problema.

Algunos ejemplos de preguntas que podemos realizar durante la entrevista son:

- ¿Has intentado bajar de peso? ¿Cómo y desde cuándo?
- ¿Qué comiste ayer? (que nos detalle que ingirió en el desayuno, la comida, la cena...)
- ¿Cuentas calorías? ¿Cuántas tomas al día?
- ¿Qué alimentos evitas?
- ¿Estás estreñida últimamente? En caso de que sí, ¿Has necesitado usar laxantes?
- ¿Controlas lo que comes?
- ¿Haces ejercicio? ¿Cuánto?
- ¿Se ha modificado tu peso en las últimas semanas?
- ¿Cuándo fue tu última regla?
- ¿Te sientes más cansada últimamente?

- ¿Cómo duermes?
- ¿Tienes mareos?
- ¿Tienes mayor sensación de frío?
- ¿Qué piensas de tu peso actual?, ¿Cuál considerarías tu peso ideal?,
- ¿Cuánto te gustaría pesar?
- ¿Cómo te sentirías si pesaras 'X' kg? ('X' sería el peso normal)
- ¿Te pesas con más frecuencia?
- ¿Te sientes deprimida o culpable?

Además de la entrevista, debemos realizar un examen físico explorando constantes vitales, peso y talla, desarrollo puberal, volumen muscular, aspecto del cabello, piel y dientes.

También sería conveniente realizar una analítica completa con hemograma y bioquímica para evidenciar una posible desnutrición, aunque en casos iniciales como en nuestra paciente no suele haber alteraciones.

Para complementar la entrevista y el examen físico existen diferentes cribados y cuestionarios de los que nos podemos ayudar, como la Escala Scoff, que es muy rápida y sencilla y está recomendada para el cribado de TCA en los programas de salud infantiles.

A nuestra paciente, además de una entrevista donde detectamos ciertos signos de alarma, apreciamos una desviación de la curva de crecimiento en la exploración física. También se realizó la escala de cribado Scoff obteniendo un resultado negativo, así como la escala Abbos a la madre de la menor, obteniendo también un resultado negativo.

Sucesivamente se fue citando para seguimientos de control de peso y talla, así como para realizar entrevistas, en las consultas iniciales siguió perdiendo peso y se decidió derivar a la consulta de pediatría de nutrición, donde se remitió a salud mental. Sin embargo, esta consulta de salud mental tenía una demora de seis meses. Durante este tiempo fue mejorando y ganando peso, reconoció el problema y evolucionó positivamente.

4 Discusión-Conclusión

Atención Primaria es la puerta ideal para la detección precoz de posibles trastornos de la conducta alimentaria, es habitual que estos pacientes acudan inicialmente al pediatra por alteraciones como sobrepeso, bajo peso, irregularidades menstruales, etc.

En muchas ocasiones un control de salud de edad como fue el caso de nuestra paciente puede hacer saltar las alarmas, tanto los adolescentes como sus padres

tienden a negar el problema, por lo que una buena formación del personal sanitario puede ser esencial para abordar el problema cuando aún tenemos tiempo. El diagnóstico precoz es esencial para un buen pronóstico de la enfermedad, por lo que es importante que los pediatras y enfermeras pediátricas estén familiarizados con lo que hay que hacer cuando se presenta la sospecha de un trastorno de este tipo.

5 Bibliografía

1. Moreno Redondo F, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética* [Internet]. 2019 [cited 25 August 2019];(23, suplemento 1):130-131. Available from: <http://www.renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/891>
2. Penna Tosso M, Sánchez Sáinz M. A, B, C... *Anorexia, Bulimia y Comedor Compulsivo. Manual para docentes*. Madrid: INUTCAM Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios; 2014 p. 19
3. Calvo Sagardoy R, Puente R, Vilariño P. Trastornos de la conducta alimentaria: cómo actuar desde la familia. Claves para prevenir y tratar trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia desde la familia. Madrid: Dirección General de la Familia, Comunidad de Madrid; 2008 p. 51-54.
4. Beato Fernández L, Domper Tornil J. *Guía para el manejo en atención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria*. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Consejería de Sanidad.; 2001 p. 18.
5. Vázquez Arévalo R, Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón M, Mancilla-Díaz J. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2015;6(2):108-120.
6. María Verónica G, Carolina L, Marcela M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(5):566-578.

Capítulo 105

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA HEMOCROMATOSIS

LUCÍA GARCÍA GARCÍA

JOANA LENDRINO LENDRINO

CRISTIAN LENDRINO LENDRINO

VERÓNICA RODRÍGUEZ JARILLO

RAFAEL HABAS MORENO

1 Introducción

La Hemocromatosis es una enfermedad que afecta al metabolismo del hierro, provocando el aumento y acumulo excesivo de este metal en distintos órganos y sistemas de organismo. En la hemocromatosis, este depósito de hierro puede provocar daños especialmente en órganos como el hígado y los pulmones.

La hemocromatosis puede ser:

- Hereditaria o Primaria: se debe a una alteración genética, generalmente por mutaciones en el gen HFE, aunque también existen otras formas de enfermedad ligadas a alteraciones en otros genes.
- Hemocromatosis adquirida o secundaria: se debe al aumento de depósitos de hierro en el organismo, como consecuencia

de diversas causas: múltiples transfusiones sanguíneas, anemia hemolítica, enfermedades hepáticas, alcoholismo crónico.

Las manifestaciones clínicas de la hemocromatosis generalmente aparecen a partir de los 40-60 años (en el caso de las mujeres suelen manifestarse de forma más tardía, ya que mediante la menstruación, mensualmente pierden una cantidad de sangre determinada).

Los signos y síntomas más frecuentes varían en función del órgano afectado:

- Afectación hepática (la más frecuente): cirrosis e incluso hepatocarcinomas.
- Piel: pigmentación bronceada.
- Páncreas: el depósito de hierro en el páncreas puede favorecer el desarrollo de diabetes.
- Articulaciones; artrosis.

El objetivo del tratamiento consiste en normalizar los niveles de hierro en sangre y para ello es preciso aplicar un tipo de tratamiento u otro dependiendo de si se trata de hemocromatosis primaria o secundaria. En el primer caso, el tratamiento de elección son las flebotomías periódicas. En el segundo, el tratamiento empleado son los quelantes de hierro.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de Hemocromatosis y tratamientos a aplicar en cada caso.
- Identificar cuidados de enfermería en la flebotomía terapéutica

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 tratamiento a aplicar en la Hemocromatosis depende de si esta se trata de una enfermedad hereditaria (tipo I) o adquirida (tipo II).

En el primer caso, el tratamiento terapéutico consiste en realizar flebotomías periódicas. La periodicidad de estas dependerá del nivel de ferritina sérica.

Este tipo de tratamientos se puede realizar tanto en el ámbito de la atención primaria como en el ámbito hospitalario.

Técnica de Flebotomía o sangría.

Consiste en la extracción de 450-500 ml de sangre mediante punción venosa (preferiblemente en la flexura del brazo; vena mediana cefálica o basílica). Mediante esta técnica, se extrae masa de células sanguíneas y volumen de sangre (por cada de 500 ml de sangre extraídos se extraen aproximadamente 200 – 250 ml de hierro).

La GPC de la “American Association for the Study of Liver Diseases” sobre el manejo de la Hemocromatosis hereditaria, recomienda:

- Los pacientes con hemocromatosis y sobrecarga de hierro deben ser sometidos a flebotomías terapéuticas (extracción de 500 ml de sangre) semanales (o quincenales). (Grado de recomendación/Nivel de evidencia 1A)*. El objetivo de las flebotomías será conseguir unos niveles de ferritina sérica de 50-100 ug/L. (1B). Recomiendan que se lleve a cabo una determinación de ferritina sérica después de cada 10-12 flebotomías (aproximadamente 3 meses) en las etapas iniciales del tratamiento.
- Tras esta fase inicial, los pacientes deberían someterse a flebotomías de mantenimiento. (1A). Las flebotomías de mantenimiento se realizarán en intervalos de tiempo suficientes para mantener los niveles de ferritina sérica entre 50-100 ug/L. (1B).

Cuidados de Enfermería.

Inicialmente, en paciente debe ser valorado por un facultativo quien finalmente determinará el diagnóstico de Hemocromatosis Hereditaria, la indicación de sangrías con fin terapéutico y la periodicidad de estas en base a los niveles séricos de ferritina y hemoglobina.

Posteriormente, son los profesionales de enfermería los que se encargaran de realizar el procedimiento:

- Explicar el procedimiento al paciente, que no debe acudir en ayunas.
- Tumbiar al paciente en una camilla, que encuentre una postura cómoda, ya que el procedimiento suele durar en torno a 20 minutos.
- Control de constantes vitales; Tensión arterial (TA) (si la TAS es inferior a 100 mmHg no está indicada la extracción), Frecuencia cardiaca (FC) (si FC menor de 50lpm o mayor de 100 lpm, consultar con facultativo).
- Valoración de venas para la flebotomía; preferiblemente venas en flexura (mediana cefálica y basílica) y de suficiente calibre para adecuarse al grosor de la aguja (en torno a 16G).

- Colocar el brazo en hiperextensión y poner el compresor unos 5cm por encima de la zona de punción. Aplicar antiséptico (Clorhexidina alcohólica al 2%) y dejar secar.
- Punción de la vena. Fijación de la aguja con esparadrapo. Aflojar el compresor.
- Colocar la bolsa de extracción a un nivel inferior que el brazo para que la sangre fluya por gravedad. Si se dispone de balanza de donación, comprobar el flujo y la velocidad de extracción. En todo momento, se debe controlar que la velocidad de extracción no sea muy elevada para evitar posibles reacciones adversas del paciente.
- Tras finalizar la extracción; clampar la pinza de la bolsa y retirar la aguja. Desechar la bolsa de sangre en el contenedor para residuos de riesgo biológico.
- Realizar compresión del punto de punción durante al menos 3 minutos o hasta que no salga sangre. Colocar apósito.
- Nueva valoración de constantes vitales.* Durante todo el procedimiento.
- Vigilar el estado general del paciente, posibles signos/síntomas de hipoperfusión, hipotensión o mareo. Preguntarle por cómo se encuentra y si está tolerando bien la extracción.
- En caso de mareo; detener la extracción, elevar extremidades inferiores, proporcionar ambiente aireado al paciente y valorar constantes vitales. Si la sintomatología persiste, valorar indicación de canalización venosa para reponer líquidos. Si sensación de falta de aire o desaturación, administrar oxigenoterapia.
- Tras varios minutos de reposo, si el paciente se encuentra bien, puede marcharse. Se le darán una serie de recomendaciones; no conducir, no tomar bebidas alcohólicas y no fumar en las 2 horas siguientes a la extracción. No realizar deporte ni esfuerzos físicos en las siguientes 24 horas. Beber abundantes líquidos (se puede iniciar esta reposición en la misma consulta).
- Concretar próxima cita para flebotomía con el paciente.
- Registrar todos los datos y cualquier incidencia detectada durante la extracción en la historia clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La Hemocromatosis es una enfermedad que afecta al metabolismo del hierro, provocando el aumento y acumulo excesivo de este metal en distintos órganos y sistemas de organismo. Este depósito de hierro puede provocar daños especialmente en órganos como el hígado y los pulmones. La flebotomía o sangría es el procedimiento terapéutico de elección en el tratamiento de la hemocromatosis hereditaria.

Se trata de un procedimiento llevado a cabo por profesionales de enfermería que deben estar capacitados para vigilar la posible aparición de efectos adversos durante el mismo. Por ello, es importante dar a conocer los cuidados de enfermería en la flebotomía, para así poder anticiparse a posibles complicaciones y proporcionar cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. Cervera García, Ismael. (2012). Hemocromatosis tipo I. Patogenia y diagnóstico. *MediSur*, 10(2), 128-135. Recuperado en 02 de noviembre de 2020, de
2. Mesa Latorre, J., García Díaz, J., Corps Fernández, D., & Valbuena Parra, A. (2016). Trastornos del metabolismo del hierro y del cobre. Hemocromatosis y enfermedad de Wilson.
3. Ortiz Polo, I., Paredes Arquiola, J., López Serrano, A., & Moreno-Osset, E. (2012). Hemocromatosis: etiopatogenia, diagnóstico y estrategia terapéutica. *Medicine*.
4. Adams, P., Altés, A., Brissot, P., Butzeck, B., Cabanchik, I., Cançado, R., Distant, S., Evans, P., Evans, R., Ganz, T., Girelli, D., Hultkrantz, R., McLaren, G., Morris, B., Milman, N., Nemeth, E., Nielsen, P., Pineau, B., Piperno, A., Porto, G. Contributors and Hemochromatosis International Taskforce (2018).
5. Banco de Preguntas Preevid. Flebotomías en pacientes con hemocromatosis hereditaria en fase de cirrosis hepática. *Murciasalud*, 2012.
6. Donamaria N. Hemocromatosis primaria: Tratamiento con sangrías en Atención Primaria. [monografía en Internet]. Navarra: zona hospitalaria.com; [citada 13 Jul 2017].
7. Sangría terapéutica o flebotomía. (2020). Retrieved 2 November 2020.

Capítulo 106

EFECTIVIDAD DE LA ARTETERAPIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO BIPOLAR

ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN

LUCIA GARCIA MARIN

JORGE LÓPEZ-VILLALÓN GONZÁLEZ

ALBA CAMINO DEL RIO

1 Introducción

La tasa de incidencia de enfermedad mental aumenta anualmente: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales suponían en 2005 un 12% del conjunto total de las enfermedades en todo el mundo y, en 2017, la cifra llegó a alcanzar el 25% en varios de sus estados miembros (1,2). Dos de los trastornos mentales con mayor prevalencia son los trastornos del espectro de la esquizofrenia (TEE) y otros trastornos psicóticos, y el trastorno bipolar (TB) y trastornos relacionados (2).

Las alteraciones fisiológicas y psicológicas en ambas enfermedades son, de por sí, incapacitantes, suelen tender a cronificarse y disminuyen considerable y progresivamente el nivel de funcionamiento socio-laboral y afectivo de los pacientes. Todo ello combinado con una mermada capacidad para el autocuidado provoca una situación vital precaria: su calidad de vida se ve gravemente deteriorada, incluso cuando se observa una mejoría sintomática (3-5).

A diferencia de otras enfermedades, el TMG afecta a la funcionalidad de prácticamente todos los patrones de Majory Gordon (6). Este deterioro del funcionamiento normal provoca, habitualmente y a largo plazo, un deterioro en la economía de estos pacientes. Es decir, su actividad productiva se ve afectada. Otro factor que repercute en esta productividad laboral es el propio contexto laboral, que aporta numerosas fuentes de estrés para la persona (5,6). La consecuencia final es que, estadísticamente, los pacientes con TMG se encuentran con más frecuencia en situación de precariedad laboral que los individuos mentalmente sanos.

Otro factor importante que repercute en la calidad de vida de estos pacientes es el estigma asociado a la enfermedad mental. El mero hecho de recibir un diagnóstico psiquiátrico es un factor estresante, al ser asociados por el conjunto general de la sociedad con diversas etiquetas estigmatizadoras (7). El ser humano necesita formar parte de la sociedad y el diagnóstico de TMG se lo impide (8). Aun así, cabe mencionar que algunos estudios plantean que el auto-estigma sea percibido y experimentado de forma distinta en función de la psicopatología del individuo, de su carácter e incluso del grado de atención que preste hacia su entorno (9).

El grado de adherencia al tratamiento farmacológico es bajo tanto en pacientes con TB como en pacientes con TEE y está relacionado, en parte, con los efectos secundarios que produce, que afectan negativamente a la calidad de vida. Entre éstos se encuentran: riesgo de desarrollar sobrepeso y/u obesidad, dislipemias, Diabetes Mellitus (DM) II, hipertensión, estreñimiento, osteoporosis, trastornos del movimiento (discinesia tardía, distonisia tardía y acatisia tardía) y trastornos convulsivos en el tratamiento del TB; y riesgo de desarrollar discinesias, aumento de peso (sobrepeso y/u obesidad), trastornos del movimiento (discinesia tardía, acatisia tardía, parkinsonismo), alteraciones del ciclo menstrual, hiperlipidemias, hipertensión, trastornos convulsivos, xerostomía, estreñimiento, disfunción sexual, insomnio y astenia en el tratamiento de los TEE (10-14).

Un pilar fundamental del tratamiento se basa en las intervenciones no farmacológicas. Una de las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia que más se emplean en el tratamiento de ambos trastornos es la terapia cognitivo-conductual (TCC), que ayuda al individuo a identificar los pensamientos nega-

tivos automáticos y modificar su discurso interno ante una situación: al cambiar estos pensamientos por alternativas más “razonables” se obtiene, con el paso del tiempo, una respuesta emocional equilibrada y más positiva (15,16). Diversos estudios han demostrado su efectividad, aunque se ha demostrado que es más efectiva en el tratamiento de los TEE que del TB (15-18).

Las terapias artísticas (musicoterapia, danzaterapia...) y otras terapias (terapia asistida con animales) han demostrado ser intervenciones eficaces no solo en el tratamiento de diversas psicopatologías, sino también en la prevención y tratamiento de las complicaciones de otras patologías no psicológicas como la enfermedad coronaria, la demencia o el deterioro cognitivo (19-22). Entre estas intervenciones se encuentra la Arteterapia, basada en el empleo de las artes plásticas como vía de intervención terapéutica. Esta terapia presenta diversas ventajas con respecto a otras terapias: para su desarrollo no requiere que la relación entre paciente y terapeuta sea estrecha, permite al paciente comunicarse tanto racional como irracionalmente, y no es necesario que el paciente haya experimentado ningún tipo de contacto previo con el arte ni posea habilidades o cualidades artísticas concretas (23,24).

A lo largo de la historia, el arte ha sido comúnmente asociado al carácter y a la locura: Platón considera la locura como requisito básico para la creación artística (25), Aristóteles asocia la educación musical recibida en la infancia con el carácter desarrollado en la edad adulta (26), se ha planteado que la música fuera la única capaz de aliviar la “melancolía” de Felipe V (27-30), se ha llegado incluso a considerar la “locura” como una especie de “enfermedad profesional del artista”, y diversos autores han intentado demostrarlo (31). Sin embargo, pocos de estos autores se plantearon la supuesta capacidad terapéutica de la actividad artística: de todas las formas conscientemente creadas por el ser humano, la expresión artística es la única “herramienta” que le permite sobrepasar los límites de la expresión verbal y de todo lo inteligible (32). Actúa como nexo entre la sociedad y el individuo estigmatizado, al otorgarle a éste un rol social, el de “artista”, y permite al individuo emplear su tiempo en el desarrollo de una actividad dirigida a un objetivo, la creación de una obra. Así, puede que, a lo largo de la historia, las artes sirvieran como sustitutas de una psiquiatría que no se desarrolló plenamente hasta mediados del s. XX (33-39).

Actualmente, no existen estudios que hayan demostrado de forma concluyente la efectividad de la arteterapia sobre la calidad de vida como tal; la mayoría de los resultados se dirigen hacia la disminución de sintomatología positiva y negativa, la mejora de la autoestima, el aumento de la motivación personal, el aumento de la empatía, el aumento de la conciencia de enfermedad, la mejora del

funcionamiento socio-laboral y afectivo, la disminución del riesgo de recaída; aspectos que influyen en la calidad de vida, aunque no se utilicen herramientas específicas para medir esta (23, 24, 40-43). Además, los resultados en investigación cualitativa sobre arteterapia y salud mental suelen ser significativamente mejores que los de la investigación cuantitativa. Por tanto, la evidencia publicada hasta la fecha es poco concluyente respecto al riesgo-beneficio que ofrece y que, por tanto, la aplicación práctica de la arteterapia se limita a ser únicamente experimental. Si bien es necesario conocer las experiencias individuales o colectivas de los pacientes, también lo es llevar a cabo estudios cuantitativos para consolidar y generalizar la eficacia de estas terapias (23,40,43,44). Por este motivo se plantea analizar la efectividad de una intervención con arteterapia sobre la calidad de vida de pacientes con TB y TEE.

2 Objetivos

Analizar la efectividad de la arteterapia complementaria a la terapia cognitiva-conductual sobre la calidad de vida de pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia y trastorno bipolar de los Centros de Salud Mental Usera y Puente de Vallecas durante un periodo de veinticuatro meses.

3 Metodología

Se incluirá a los sujetos en este estudio mediante muestreo no probabilístico, consecutivo, a medida que sean seleccionados en los Centros de Salud Mental Usera y Puente de Vallecas.

No existen datos suficientes en la literatura respecto a la calidad de vida de este tipo de pacientes debido a deficiencias metodológicas de los estudios realizados (principalmente el uso de herramientas no validadas y el tiempo de estudio inferior al necesario para detectar cambios significativos en la calidad de vida). Por lo tanto, para el cálculo del tamaño muestral se parte de una proporción esperada de buena calidad de vida del 50% de los pacientes que, en este caso, sería la proporción esperada en el grupo control. El cálculo del tamaño muestral se ha determinado mediante la calculadora GRANMO versión 7.12. Aceptando un riesgo alfa de 0.5 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 128 sujetos (64 sujetos en el grupo control y 64 sujetos en el grupo experimental) para detectar como estadísticamente significativa una diferencia en la calidad de vida de ambos grupos de un 25%, que para el grupo control se espera sea de 0.5 y

para el grupo experimental sea del 0.75. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

Los criterios de inclusión serán: Pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad (trastorno delirante), trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia que acepten participar en el estudio; Pacientes con trastorno bipolar I y trastorno bipolar II que acepten participar en el estudio; Pacientes con diagnóstico de más de dos años de evolución y Pacientes que lleven, como mínimo, tres meses recibiendo Terapia Cognitiva-Conductual en su Centro de Salud Mental.

Los criterios de exclusión serán: Pacientes con catatonía asociada a esquizofrenia, a trastorno esquizofreniforme y a trastorno esquizoafectivo; Pacientes con trastorno psicótico breve y con trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos y Pacientes con trastorno ciclotímico y con trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias o medicamentos.

Se realizará un estudio cuasi-experimental con dos grupos en 128 sujetos, asignando a 64 personas al grupo control y a 64 personas al grupo experimental, adscritos de los Centros de Salud Mental Usera y Puente de Vallecas durante un periodo de 24 meses.

El grupo control recibirá exclusivamente Terapia Cognitiva-Conductual y el grupo experimental recibirá Terapia Cognitiva-Conductual y Arteterapia.

Las variables principales a analizar serán: 1. Tipo de intervención y 2. Calidad de vida, que se medirá con el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV).

Las variables secundarias a analizar serán: 1. Gravedad del episodio y/o del curso de la enfermedad, que se medirá con la Escala de Impresión Clínica Global para la Esquizofrenia (CGI-ESQ) y con la Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (CGI-BP- M); 2. Grado de adherencia al tratamiento, que se medirá con el Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems (DAI-10); 3. Funcionamiento social, que se medirá con la Escala de Funcionamiento Social Autoadministrada (SFS-AI); 4. Autopercepción del estigma, que se medirá con la Escala de Estigma Interiorizado de Enfermedad Mental (ISMI); 5. Capacidad para el Autocuidado, que se medirá con la Escala de Funcionamiento Social y Personal (PSP) y con el Cuestionario de Habilidades Básicas de la Vida Diaria (BELS); 6. Edad y 7. Sexo.

4 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Context. Ginebra: Editores Médicos S.A. EDIMSA. 2003. p. 2.

2. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2017. 4a ed. Ginebra: World Health Organization. 2018. p. 12.
3. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2014. p. 20-21, 87- 154.
4. Aykut D, Civil F, Özkorumak E, Tiryaki A. Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder: A dimensional approach. *Psychiatria Danubina*. 2017; 29(2):141-147.
5. Hofer A, Mizuno Y, Wartelsteiner F, Wolfgang W, Frajo-Apor B, Kemmler G, Mimura M, Pardeller S, Sondermann C, Suzuki T, Welte A-S, Uchida H. Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience. *European Psychiatry*. 2017; 46(1):42-47.
6. Fornés-Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Valoración y cuidados. 2a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 37-90.
7. Zarza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores. *Aquichan*. 2017; 17(3):305-315.
8. Freud S. El malestar en la cultura. 1a ed. Madrid: Alianza Editorial 30 Aniversario; 1997. p. 135-156.
9. Nilson KK, Kugathasan P, Straarup KN. Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients. *Journal of affective disorders*. 2016; 194, 196-201.
10. Jaeger S, Pfiffner C, Weiser P, Längle G, Croissant D, Schepp W, Kilian R, Becker T, Eschweiler G, Steinert T. Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013; 48(11):1787-1796.
11. Arvilommi P, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Valtonen H, Isometsä E. Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders – an 18-month prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 155, 110-117.
12. Correll CU, Detraux J, de Lepeleire J, de Hert Marc. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2015; 14(2):119-136.
13. Oommen S, Elango P, Alwar MC, Solomon S. Adverse Drug Reactions Affiliated with Atypical Antipsychotics in Patients with Schizophrenia. *Journal of Young Pharmacists*. 2019; 11(3):315-319.
14. Aburamadan HAR, Sridhar SB, Tadross TM. Intensive monitoring of adverse

drug reaction to antipsychotic medications in the inpatient psychiatry department of a secondary care hospital of UAE. *International Journal of Pharmaceutical Investigation*. 2019; 8(3)151-155.

15. Menon M, Balzan RP, Harper K, Kumar D, Andersen D, Moritz S, Woodward TS. Psychosocial approaches in the treatment of psychosis: Cognitive Behavior Therapy for Psychosis (CBTp) and Metacognitive Training (MTC). *Clinical schizophrenia & related psychosis*. 2017; 11(3)156-163.

16. González-Suárez M, Duarte-Clíments G. Terapia cognitivo conductual y enfermería: a propósito de un caso. *Ene*. 2014; 8(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100010&lng=es)

348X2014000100010&lng=es.

[http://dx.doi.org/10.4321/S1988-](http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100010)

348X2014000100010.

17. Mankiewicz PD, O'Leary J, Collier O. "That hour served me better than any hour I have ever had before": Service users' experiences of CBTp in first episode psychosis. *Counselling Psychology Review*. 2018; 33(2)4-16.

18. Ye BY, Jiang ZY, Li X, Cao B, Cao LP, Lin Y, Xu GY, Miao GD. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2016; 70(8)351- 361.

19. Fernández-Jorge MT, Roldán-Gacimartín MI, Gil de Gómez-Alfageme M, Vargas ML, Lahera-Corteza G. Aceptabilidad y efectividad de la terapia asistida con animales en personas con trastorno mental grave y duradero: un ensayo piloto aleatorizado. 2012; 10(1)18-24.

20. Jang SH, Lee JH, Lee HJ, Lee SY. Effects of Mindfulness-Based Art Therapy on Psychological Symptoms in Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Korean Medical Science*. 2018; 33(12)1-10.

21. Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 13(9)1-29.

22. Geretsegger M, Mössler KA, Bielenink Ł, Chen XJ, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; 29(5)1-84.

23. Ruddy R, Milnes D. Art Therapy for Schizophrenia or Schizophrenia-Like Illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; 19(4)1-29.

24. Montag C, Haase L, Seidel D, Bayerl M, Gallinat J, Herrmann U, Dannecker K. A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. *PLOS ONE*. 2014; 9(11)1- 11.

25. Platón. *Diálogos*. Madrid: Editorial Gredos. 2010; p. 77-78.

26. García Gual C, Pérez Giménez A. La Política. 1a ed. Madrid: Editora Nacional; 1977. p. 333-335.
27. Urrejola-Davanzo B. Felipe Quinto, de austriaco a borbón, según sermones de la época (Nueva España, 1701-1747). *Colonial Latin American Review*. 2016; 25(4)465-491.
28. Eissa-Barroso FA. Pablo Vázquez Gestal. Una Nueva Majestad. Felipe V, Isabel de Farnesio y la identidad de la monarquía (1700-1729). *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*. 2016; 37(148)
29. Lynch J. Los primeros Borbones: 1700 – 1759. Madrid: Editorial Crítica, S. L.; 2007. p. 143-167.
30. Martín Sáez D. La leyenda de Farinelli en España. *Revista de Musicología*. 2018; 41(1)41-78.
31. Milligan S, Clare A. Depression and how to survive it. Londres: Arrow; 1994. p. 120- 141.
32. Hauser A. Sociología del arte 1. 1a ed. Madrid: Ediciones Guadarrama. 1975; p. 18-19.
33. Borghi L. Breve historia de la medicina. Madrid: Ediciones Rialp; 2018. p. 241-262.
34. Desviat M. La reforma psiquiátrica. 1a ed. Madrid: DOR, S.L; 1994. p. 17-65.
35. Ceașu F. The Healing Power of Art Therapy. *Review of Artistic Education*. 16(1)203-211.
36. *Encyclopædia Britannica*. *Encyclopædia Britannica, Micropædia*, Volumen IV. 15o ed. Chicago: Encyclopædia Britannica, Inc; 1983. p. 599-601.
37. Cooper Y, Agius M. Does schizoaffective disorder explain the mental illnesses of Robert Schumann and Vincent Van Gogh? *Psychiatria Danubina*. 2011; 30(7)559-562.
38. Van Gogh V. Cartas a Théo. 1a ed. Madrid: Alianza Editorial; 2008. p. 464-467, 481-486.
39. Jaspers K. Genio y Locura: Ensayo de análisis patográfico comparativo sobre Strindberg, Van Gogh, Swedenborg y Hölderlin. 1a ed. Madrid: Aguilar, S.A. de Ediciones; 1955. p. 211-275.
40. Attard A, Larkin M. Art therapy for people with psychosis: A narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(11)1067-1078.
41. Scope A, Uttley S, Sutton A. A qualitative systematic review of service user and service provider perspectives on the acceptability, relative benefits, and potential harms of art therapy for people with non-psychotic mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;

90(1)25-43.

42. Cho JM, Lee K. Effects of Motivation Interviewing Using a Group Art Therapy Program on Negative Symptoms of Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018; 32(6)878-884.

43. Junne F, Zipfel S. The art of healing: Art therapy in the mental health realm. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(11)1006-1007.

44. Mirabella G. Is Art Therapy a Reliable Tool for Rehabilitating People Suffering from Brain/Mental Diseases? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2015; 21(4)196-199.

Capítulo 107

LA CARGA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS CENTROS DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA

ANA BELEN QUINTANILLA HONRUBIA

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un problema de salud pública creciente que afecta al 1% de la población adulta¹. En España, más del 10% de las personas mayores de 70 años padecen insuficiencia cardíaca, que se ha convertido en la tercera causa de muerte^{2,3}. Además, se espera que su incidencia aumente en las próximas décadas a medida que los tratamientos actuales prolonguen la vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca⁴. Sin embargo, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados y de la población estudiada⁵, la epidemiología de la IC ha cambiado e incluso se ha reportado una disminución en su incidencia⁶.

Una publicación española reciente que utilizó una base de datos administrativa para identificar IC codificada según el Código Internacional de Enfermedades 9.^a Edición (CIE-9) informó una incidencia de 2,78 casos por año. 1000 años humanos⁷. Cada vez se utilizan más recursos médicos para atender a pacientes con insuficiencia cardíaca⁸⁻¹⁰. En Europa, la carga financiera del manejo de la IC representa casi el 7% del gasto sanitario global¹⁰, siendo la hospitalización el mayor coste¹²⁻¹³. A pesar de los mejores resultados, la mortalidad se mantiene cercana al 25% en los primeros tres años después del diagnóstico¹⁴⁻¹⁵. El objetivo de este estudio fue determinar la epidemiología de la IC registrada en el Registro de Atención Primaria de Salud de Cataluña en España entre 2015 y 2017. Se centra en la morbilidad y mortalidad por insuficiencia cardíaca y la utilización de los recursos de la APS.

2 Objetivos

Determinar la epidemiología de la insuficiencia cardíaca documentada en las historias clínicas primarias en Cataluña, España, desde 2015 hasta 2017, centrándose en la morbilidad, la mortalidad y la utilización de recursos.

3 Metodología

Diseño de estudios

Un estudio de cohorte observacional retrospectivo basado en registros médicos electrónicos (EMR) de la APS. Su objetivo fue determinar la morbilidad, la utilización de recursos sanitarios y la mortalidad en pacientes con IC tratados con APS.

Periodo de estudio

El período de estudio fue del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017, pero los pacientes fueron seguidos hasta el 31 de diciembre de 2018 para el análisis de mortalidad.

Población de estudio

La información se obtuvo de la HCE de pacientes mayores de 18 años atendidos en alguno de los 279 centros que gestiona el Instituto de Salud de Cataluña en España.

Variables

Para estimar la incidencia analizamos los nuevos casos de IC ocurridos durante el periodo de estudio en 5.165.778 personas residentes en Cataluña que no tenían la enfermedad al inicio del estudio.

La comorbilidad y la información demográfica se recogieron al inicio de la IC. Las tasas de mortalidad se calcularon como muertes por todas las causas en los casos.

También se registraron edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, consumo de alcohol y comorbilidades asociadas. Los registros de diagnóstico corresponden a los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10): insuficiencia cardíaca [HF(I50)], demencia (F00-F03), anemia (D50-D64), fibrilación auricular [AF(I48)], cáncer (C00-C97), enfermedad renal crónica [CKD(N18)], enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC(J40-J44)], diabetes (E10-E14)], depresión (F32-F33), trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otro Lipidemia (E78), hipertensión (I10-I15), enfermedad arterial periférica (I73.9), enfermedad coronaria [CHD (I20-I25)], accidente cerebrovascular (I63-I65) y obesidad (E66.0-66.2, E66).8- E66.9).

Fuente de datos

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Sistema de Información para el Mejoramiento de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP)¹⁶, que almacena los registros de práctica clínica habitual de la APS. La información se cifra mediante un algoritmo anónimo.

Los costos de atención médica y las estimaciones de utilización de recursos se basan en: visitas de enfermería/visitas al hogar de APS, pruebas de laboratorio, visitas al médico de familia/visitas al hogar de APS y visitas a la sala de emergencias de APS, atención primaria.

Análisis estadístico

Se recogieron variables continuas y se calcularon las medias y las desviaciones estándar para describir los grupos. Las variables categóricas se resumen por frecuencia y porcentaje. La incidencia de IC en grupos de alto riesgo sin diagnóstico de MS al 1 de enero de 2015 se calculó de 2010 a 2017. La incidencia se calculó como el número de pacientes con IC dividido por la suma de tiempo que todos los individuos estuvieron en riesgo. Para 5165. 778 artículos. Los pacientes fueron seguidos hasta el 31 de diciembre de 2018 para la mortalidad.

La mortalidad por todas las causas para los pacientes en la cohorte de eventos se calculó como el número de pacientes que fallecieron dividido por el tiempo desde el diagnóstico durante el cual todos los individuos estuvieron en riesgo. El tiempo que una persona estuvo en riesgo del resultado se definió como el número de días desde la fecha de inicio hasta la fecha de la muerte o el final del seguimiento, lo que ocurriera primero.

Se realizaron modelos de regresión de Cox para estimar la mortalidad relacionada con la comorbilidad. Se calcularon las razones de riesgo (HR) crudas y ajustadas y sus intervalos de confianza del 95% (IC del 95%). Estos modelos se construyeron utilizando covariables clínicamente asociadas con la incidencia de IC. Además, los HR se calculan específicamente por grupo de edad. Evaluar la utilización de recursos antes y después del diagnóstico de IC. La gestión de datos y el análisis estadístico se realizaron utilizando el paquete de software estadístico R3.5.1.

Ética

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol) (referencia: P15/147). Todos los datos se anonimizan y se respeta la confidencialidad de los EMR de acuerdo con la normativa nacional e internacional sobre protección de datos personales

4 Resultados

Incidencia

La mediana de seguimiento fue de 21 meses (rango intercuartil 10-36) meses. Entre 2015 y 2017, un total de 64.441 pacientes fueron diagnosticados de insuficiencia cardíaca, lo que supone 2,76 casos nuevos al año. 1000 años humanos. De estos pacientes, el 85,8% eran mayores de 65 años. El tabaquismo, el consumo de alcohol, la diabetes tipo 2, la enfermedad pulmonar crónica, el infarto de miocardio y el cáncer son más comunes en los hombres. Las mujeres tenían tasas más altas de obesidad, anemia, fibrilación auricular, depresión, dislipidemia e hipertensión (las puntuaciones de insuficiencia cardíaca se mantuvieron estables durante todo el estudio).

Las tasas de incidencia (casos/1000 años-persona) en mujeres variaron de 0,04 casos/1000 años-persona < 45 años a 27,61 en ancianos y de 0,08 en hombres < 45 años a 28,52 en ancianos.

Mortalidad

Entre los pacientes que desarrollaron insuficiencia cardíaca entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2014 un total de 16.305 (25,3%) fallecieron durante el seguimiento. La mortalidad fue mayor en hombres que en mujeres (26,6% vs. 24,3%, $p < 0,001$) Un total de 10.068 pacientes (15,6%) fallecieron durante el primer año de seguimiento. Este porcentaje representó el 61,7% de la mortalidad de todo el período.

Uso y utilización de los recursos de salud

La mediana del número de visitas de médicos de cabecera y enfermeras a la APS antes del primer episodio de insuficiencia cardíaca fue de 19 (rango intercuartil 9-34) y 12 (rango intercuartil 5-27), respectivamente. Después del primer episodio, la mediana del número de visitas al médico de cabecera fue de 16 (rango intercuartil 7-30) y 12 visitas de enfermería (rango intercuartil 5-28). El número de visitas domiciliarias del médico de cabecera aumentó de 2 (rango intercuartílico 1-4) a 3 (rango intercuartílico 1-6), mientras que el número de visitas domiciliarias de enfermeras aumentó de 3 (rango intercuartílico 1-10) a 5 veces (rango intercuartílico 2). El 7,27% de los pacientes acudieron al servicio de urgencias primarias al menos una vez tras el diagnóstico de IC. Después de la IC, el número total de encuentros con los profesionales de la APS, especialmente las visitas a hogares de ancianos, aumentó drásticamente (de 181.826 a 318.662). El costo total del diagnóstico de IC en APS es de aprox. 223,31 EUR/persona/año. Esto representa una diferencia de 4.553.411 € para 64.441 pacientes en comparación con las cifras

previas al diagnóstico. Para las mujeres el coste total es mayor, el 55,6% de la muestra.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia de IC aumenta dramáticamente con la edad y es mayor en los hombres, especialmente en los grupos de edad más jóvenes. La mortalidad entre los pacientes con insuficiencia cardíaca ha aumentado constantemente en todos los grupos de edad y es 10 veces mayor en el grupo de mayor edad y mayor en los hombres. Observamos un aumento en la utilización de los recursos de la APS después del primer episodio de IC documentado en la historia clínica. Se han identificado varios factores en la literatura para explicar las diferencias en la incidencia. Estos incluyen métodos utilizados por los sistemas de salud locales, criterios de diagnóstico y métodos de IC. Además, se ha informado que solo la mitad de los pacientes señalados con IC en el registro de APS son diagnosticados¹⁷. La incidencia de insuficiencia cardíaca ajustada por edad en los países occidentales puede tener una tendencia a la baja, posiblemente debido al manejo optimizado de los factores de riesgo cardiovascular¹⁸. Nuestros resultados muestran que la incidencia de IC se mantuvo casi constante durante todo el período de estudio y fue mucho menor en las personas más jóvenes en comparación con las personas mayores. Un estudio de bases de datos administrativas españolas mostró que la tasa era similar a la descrita en nuestra población⁷. En el estudio de Rotterdam, la incidencia observada fue del 1,4%¹⁹. Un análisis de la información de las bases de datos administrativas en Suecia reveló resultados similares²⁰.

En cuanto a la mortalidad, un metaanálisis de 1,5 millones de pacientes con IC mostró una tasa de supervivencia del 87 % al año del diagnóstico y del 35 % a los cinco años. Sin embargo, la tasa de supervivencia a cinco años aumentó del 29,1 % antes de 1979 al 59,7 % entre 2000 y 2009²⁰. Tras un seguimiento medio de 5 años, un estudio británico encontró una alta tasa de mortalidad del 56,1% en pacientes con IC²². Una publicación reciente encontró una tasa de mortalidad del 14% en España, con una tasa de mortalidad superior (24%) en pacientes hospitalizados²³. La utilización de los recursos sanitarios puede ser atacada desde diferentes aspectos según el entorno, el sistema sanitario y las variables analizadas. Una publicación en España describe un menor número de consultas en atención primaria, pero un mayor uso de urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca. Estos hallazgos pueden estar relacionados con las muestras de atención secundaria y porque todos los sujetos presentaban síntomas al inicio del estudio²⁴. En nuestro estudio observamos que los mayores costes en los pacientes con IC se asociaron a

los episodios de hospitalización, seguidos de las visitas domiciliarias de la APS²⁵. Este resultado es consistente con otro estudio de una base de datos administrativa en Cataluña (España), donde los principales costos se atribuyeron a la hospitalización²⁶.

Después del primer episodio de IC, aumentó el número de visitas domiciliarias de médicos de familia y enfermeras de atención primaria, posiblemente debido a las limitaciones inherentes a la nueva condición del paciente.

Analizamos los diagnósticos registrados en una base de datos administrativa orientada a objetivos clínicos. Por lo tanto, el porcentaje de diagnósticos de IC puede ser inferior al esperado.

Es posible que otras variables ya estén incluidas en la categoría de uso de recursos, como los medicamentos. Sin embargo, debido a que los cardiólogos suelen recetar medicamentos específicos para la insuficiencia cardíaca después del primer episodio de insuficiencia cardíaca, no podemos atribuir los costos únicamente al entorno de la APV.

Los datos de este estudio no nos permitieron distinguir entre fracción de eyección reducida y preservada, ya que esta variable no se registró sistemáticamente en ese momento y encontramos algunos valores faltantes.

La incidencia de IC en la población adulta aumenta con la edad, es mayor en los hombres y se mantiene estable. A pesar de las mejoras actuales en el tratamiento, la mortalidad entre los pacientes con insuficiencia cardíaca recién diagnosticada sigue siendo alta. El mayor costo del manejo de la IC en el entorno de la APS son las visitas domiciliarias.

6 Bibliografía

1. Gonzalez-Loyola FE, Muñoz MA, Navas E, Real , Vinyoles E, Verdú-Rotellar JM. Burden of heart failure in primary healthcare. *Aten Primaria*. 2022 Aug;54(8):102413. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102413. Epub 2022 Jun 28. PMID: 35777242; PMCID: PMC9251565.
2. Groenewegen A., Rutten FH, Mosterd A., Hoes AW Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Eur J Heart Fail*. 2020; 22 :1342–1356. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
3. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66 :649–656. [PubMed] [Google Académico]
4. Roger VL Epidemiología de la insuficiencia cardíaca: una perspectiva contemporánea. *Circo Res*. 2021; 128 :1421–1434. [PubMed] [Google Académico]

5. Ziaieian B., Fonarow GC Epidemiología y etiología de la insuficiencia cardíaca. Reseñas de la naturaleza. *Cardiología*. 2016; 13 :368–378. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
6. Heidenreich PA, Bozkurt B., Aguilar D., Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. Guía de AHA/ACC/HFSA de 2022 para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca: un informe del Comité Conjunto del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón sobre guías de práctica clínica. *Circulación*. 2022; 145 :e895–e1032. [PubMed] [Google Académico]
7. Sicras-Mainar A., Sicras-Navarro A., Palacios B., Varela L., Delgado JF Epidemiología y tratamiento de la insuficiencia cardíaca en España: estudio HF-PATHWAYS. *Rev Esp Cardiol (Ed. Eng.)* 2022; 75 :31–38. [PubMed] [Google Académico]
8. Wicke FS, Ditscheid B., Breitzkreuz T., Glushan A., Lehmann T., Karimova K., et al. Resultados clínicos y económicos de un programa de atención cardiológica colaborativa. *Soy J Manag Care*. 2021; 27 :e114–e122. [PubMed] [Google Académico]
9. Lesyuk W., Kriza C., Kolominsky-Rabas P. Estudios de costo de enfermedad en insuficiencia cardíaca: una revisión sistemática 2004–2016. *Trastorno cardiovascular BMC*. 2018; 218 :74. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
10. OCDE/Unión Europea. Publicaciones de la OCDE; París: 2020. Salud de un vistazo: Europa 2020: estado de salud en el ciclo de la UE. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/system/files/2020-12/2020_healthatglance_rep_en_0.pdf [consultado en línea el 23.5.22] [CrossRef] [Google Scholar]
11. Butler J., Djatche LM, Sawhney B., Chakladar S., Yang L., Brady JE, et al. Carga clínica y económica de la insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección reducida después de un evento de insuficiencia cardíaca que empeora. *Ter. av.* 2020; 37 :4015–4032. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
12. Escobar C., Varela L., Palacios B., Capel M., Sicras A., Hormigo A., et al. Costes y utilización asistencial de los pacientes con insuficiencia cardíaca en España. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20 :964. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
13. Urbich M., Globe G., Pantiri K., et al. Una revisión sistemática de los costos médicos asociados con la insuficiencia cardíaca en los EE. UU. (2014–2020) *Pharmaco Econ*. 2020; 38 :1219–1236. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
14. Magnussen C., Niiranen TJ, Ojeda FM, Gianfagna F., Blankenberg S., Vartiainen E., et al. Consorcio BiomarcARE. Epidemiología específica por sexo del

riesgo de insuficiencia cardíaca y mortalidad en Europa: resultados del Consorcio BiomarCaRE. *Fallo cardíaco JACC*. 2019; 7 :204–213. [PubMed] [Google Académico]

15. Vázquez R., Bayes-Genis A., Cygankiewicz I., Pascual-Figal D., Grigorian-Shamagian L., Pavon R., et al. La puntuación de riesgo MUSIC: un método simple para predecir la mortalidad en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. *Eur Corazón J*. 2009; 30 :1088–1096. [PubMed] [Google Académico]

16. Bolívar B., Fina Avilés F., Morros R., Garcia-Gil Mdel M., Hermosilla E., Ramos R., et al. [Base de datos SIDIAP: la historia clínica electrónica en atención primaria como fuente de información para la investigación epidemiológica] *Med Clin (Barc)* 2012; 19 :617–621. [PubMed] [Google Académico]

17. Tsao CW, Lyass A., Enserro D., Larson MG, Ho JE, Kizer JR, et al. Tendencias temporales en la incidencia y mortalidad asociadas a la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada y reducida. *Fallo cardíaco JACC*. 2018; 6 :678–685. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]

18. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A., Deckers JW, et al. Cuantificación de la epidemia de insuficiencia cardíaca: prevalencia, tasa de incidencia, riesgo de por vida y pronóstico de insuficiencia cardíaca: el estudio de Rotterdam. *Eur Corazón J*. 2004; 25 :1614–1619. [PubMed] [Google Académico]

19. Meyer S., Brouwers FP, Voors AA, Hillege HL, de Boer RA, Gansevoort RT, et al. Diferencias de sexo en la insuficiencia cardíaca de nueva aparición. *Clínica Res Cardiol*. 2015; 104 :342–350. [PubMed] [Google Académico]

20. Zarrinkoub R., Wettermark B., Wändell P., Mejhert M., Szulkin R., Ljunggren G., et al. La epidemiología de la insuficiencia cardíaca, basada en datos de 2,1 millones de habitantes en Suecia. *Eur J Heart Fail*. 2013; 15 :995–1002. [PubMed] [Google Académico]

21. Jones NR, Roalfe AK, Adoki I., Hobbs FDR, Taylor CJ Supervivencia de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en la comunidad: revisión sistemática y metanálisis. *Eur J Heart Fail*. 2019; 21 :1306–1325. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]

22. Koudstaal S., Pujades-Rodriguez M., Denaxas S., Gho JMIH, Shah AD, Yu N., et al. Carga pronóstica de la insuficiencia cardíaca registrada en atención primaria, admisiones hospitalarias agudas o ambas: un estudio de cohorte de registros de salud electrónicos vinculados basado en la población en 2,1 millones de personas. *Eur J Heart Fail*. 2017; 19 :1119–1127. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]

23. Farré N., Vela E., Clèries M., Bustins M., Cainzos-Achirica M., Enjuanes C., et

- al. Epidemiología y resultado de la insuficiencia cardíaca en el mundo real: un análisis basado en la población de 88.195 pacientes. *Más uno*. 2017 24 de febrero; 12 :e0172745. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
24. Delgado JF, Oliva J., Llano M., Pascual-Figal D., Grillo JJ, Comín-Colet J., et al. Costes sanitarios y no sanitarios en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sintomática en España. *Rev Esp Cardiol (Ed. Eng.)* 2014; 67 :643–650. [PubMed] [Google Académico]
25. Escobar C., Varela L., Palacios B., Capel M., Sicras A., Sicras A., et al. Costes y utilización asistencial de los pacientes con insuficiencia cardíaca en España. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20 :964. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
26. Farré N., Vela E., Clèries M., Bustins M., Cainzos-Achirica M., Enjuanes C., et al. Uso y gasto de recursos médicos en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: un análisis basado en la población de 88 195 pacientes. *Eur J Heart Fail*. 2016; 18 :1132–1140. [PubMed] [Google Académico]

Capítulo 108

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

DAVID MORENO BERMEJO

CORA SÁNCHEZ VALERO

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

GEMA MARIA MORENO ZAMORA

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

El cáncer de pulmón es un problema muy serio para la salud pública, convirtiéndose en uno de los tumores más frecuente en el mundo. A pesar de luchar contra los diversos factores que influyen, su incidencia aumenta anualmente.

El consumo del tabaco es una de las principales causas de muerte. Las muertes por cáncer de pulmón superan a la de otros cánceres como son: el cáncer de mama y próstata, que son los otros tipos de tumores con mayor índice de mortalidad.

Entre los diferentes factores que pueden existir asociados a esta patología, el tabaco es el más estudiado llegando a la conclusión que el 80 % de las muertes por cáncer de pulmón son debidas al consumo de este.

Se puede decir que existe un importante efecto dosis-respuesta con incremento del riesgo en función de la cantidad de tabaco que consuma uno y el tiempo que se está fumando. Después de dejar de fumar el riesgo se reduce, pero nunca hasta los niveles basales.

La patología causante puede dividirse en dos grandes grupos:

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

2 Objetivos

Objetivo principal:

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

Objetivos secundarios:

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

3 Caso clínico

Paciente de 53 años de edad, casado, con dos hijos de 28 y 30 años de edad, fumador de dos cajetillas diarias de tabaco de Marlboro, con factores de riesgo cardiovasculares y con antecedentes de obesidad. Un día acude al servicio de Urgencias de su ciudad por presentar tos, dolor torácico y referir cansancio desde hace tres semanas de duración pero sin darle ningún tipo de importancia. El paciente se encontraba sin fiebre y sin pérdida de peso.

En la exploración física realizada al paciente observamos mal estado general del paciente, auscultación pulmonar con hipoventilación y acompañada de roncus dispersos.

En las pruebas de laboratorio realizadas se observó: leve síndrome inflamatorio, esputo negativo y anticuerpos VIH negativos.

En la radiografía de tórax que se le realizó al paciente se vio broncograma aérea y se le diagnosticó de neumonía bacteriana, por lo que se le administra tratamiento de antibiótico durante 2 semanas (cefalosporina) para que se lo tome en su domicilio y el paciente se va a su casa.

Después de transcurrir cuatro semanas, el paciente acude con su hijo de 30 años de edad de nuevo al servicio de Urgencias del hospital de su ciudad donde es ingresado en planta para ser tratado por el personal del hospital, puesto que el estado

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

4 Discusión-Conclusión

El cáncer de pulmón es una patología en aumento en la población mundial y tiene una baja tasa de supervivencia desde el momento del diagnóstico.

Como profesionales de la salud, debemos enseñar a las personas qué factores de riesgo deben evitar en su vida diaria, promover estilos de vida saludables para reducir la probabilidad de desarrollar estas enfermedades y señalar cuáles son los primeros signos y síntomas.

El papel de enfermería es determinante en todas las etapas del proceso oncológico.

Una vez llegados a los estadios finales de la enfermedad, nuestras intervenciones se basarán en una atención integral y de calidad a través de la cual garantizamos el confort y el bienestar necesarios para los pacientes y su entorno para asegurar su privacidad y tranquilidad.

5 Bibliografía

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

Capítulo 109

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

CORA SÁNCHEZ VALERO

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

GEMA MARIA MORENO ZAMORA

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

DAVID MORENO BERMEJO

1 Introducción

Cuando el organismo es sometido a una agresión térmica muy intensa, da comienzo y se activan los mecanismos de termorregulación, cuya finalidad es mantener bajo control la temperatura interior del cuerpo.

Es el incremento de la circulación sanguínea, el mecanismo primero que se pone a funcionar es la piel. Su finalidad es permitir que la sangre transporte el calor excesivo que se almacenó en el interior del cuerpo hacia la piel, donde puede refrescarse en contacto con el aire y a través del efecto refrescante por la evaporación del sudor. La función de sudoración, será el mecanismo que actuará en segundo lugar que empieza a trabajar. El efecto refrescante de la sudoración se

producirá si el sudor se llega a evaporar, lo que sucederá solo si el aire tiene un grado de humedad bajo suficientemente.

Cuando el sudor se deposita sobre la piel se evapora, el calor que requiere para ello es proporcionado de la piel, refrigerándola. Este efecto se trasmite a la sangre que circula a través de la piel, que es a su vez, enfriada.

Se define la aclimatación al calor, como la disminución del coste físico que implicará una determinada exposición cuando esta se repite durante varios días sucesivos.

La aclimatación se evidencia a través del ralentizamiento del ritmo cardiaco, aumento de la sudoración y reducción de los niveles salinos del sudor.

La aclimatación se consigue en periodos breves (seis días), recomendando que la exposición se disminuya a un tiempo de exposición del 50 % del total en el primer día, continuándose con aumentos diarios del 10 % hasta alcanzar el 100 % de la exposición diaria.

La aclimatación se va tan deprisa como se logra, por lo que después de un tiempo fuera del lugar de trabajo, es necesario someterse a un nuevo proceso de aclimatación.

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

Efectos patológicos del calor.

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

- Golpe de calor.

Se produce al realizar un trabajo con esfuerzo físico en un ambiente caluroso y húmedo.

Los síntomas son la hipertermia, sed, intranquilidad, dolor de cabeza, taquicardia, debilidad, confusión mental, disnea y opresión torácica, dolor abdominal a nivel del estómago y vómitos, estupor, delirio, convulsiones e incontinencia de esfínteres.

Llegando a finalizar con shock, edema pulmonar, insuficiencia hepática y ataxia cerebral, renal y cardíaca.

- Agotamiento por calor.

Es una patología incluso más crítica que el golpe de calor, donde estará en predominio el colapso vascular periférico (sudoración profusa, palidez, hipotensión, fatiga, dolor de cabeza, somnolencia y confusión mental).

- Insolación.

Por su efecto directo sobre el cráneo, afectación neurológica tendente al aturdimiento, con eritema cutáneo y pérdida de conocimiento.

- Calambres.

Por contractura muscular, por ingestión de agua cuando se suda en exceso, pero no se reponen las sales perdidas. Su pérdida provoca náuseas, dolor de cabeza, cese de sudoración y espasmos en los músculos muy dolorosos.

La situación por la que se presentan estos cuadros se denomina estrés térmico, que ocurrirá por la combinación de la elevada temperatura y la humedad ambiental, derivado en ocasiones de la falta de ventilación.

Medidas de actuación.

Para que esto no ocurra las medidas contra el estrés térmico se aplicarán de la siguiente manera:

1. Medidas de control medioambiental.

- Facilitar la evaporación y convección, por medio del acondicionamiento en el aire, o por lo menos de su movimiento por medio de ventiladores.

- Protecciones y cubiertas o pantallas, para evitar que las radiaciones exteriores repercutan sobre el cuerpo.

2. Protección con los equipos de protección individual (EPI) personales.

- Ropa o uso de ropas ligeras que aislen del calor radiante (trajes de amianto).

- Ingesta de agua con cantidades moderadas de sal (2-3 gr/l de ClNa), para la compensación de los líquidos y de las sales perdidas por la sudoración.

Confort térmico:

Se le describe como la manifestación subjetiva de comodidad con el ambiente térmico, debido a la variabilidad biológica natural de las personas.

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

1. López Sánchez Trinidad, Pérez Doctor Marta, Amoedo Cabrera M^a Luz. Las recomendaciones metodológicas al alta hospitalaria y seguimiento en domicilio por riesgo de efectos de temperaturas elevadas a los pacientes sometidos a trasplante renal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2017 [citado 2022 Abr 03]; 20 (Suppl 1): 122-122. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000500122&lng=es.
2. Lifshitz Alberto. Fiebre y otras formas de elevación térmica. *Rev. invest. clín.* [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2022 Abr 03]; 59(2): 130-138. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762007000200007&lng=es.
3. <https://books.google.com/books?id=izqu6nKhPkC>.
4. <http://www.maestriasalud.una.ac.cr/documents/aclimatacioncalor.doc>

Capítulo 110

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

CORA SÁNCHEZ VALERO

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

GEMA MARIA MORENO ZAMORA

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

DAVID MORENO BERMEJO

1 Introducción

La característica principal en cuanto al envejecimiento individual en el mundo animal y en especial los humanos, es la pérdida y degradación progresiva y paulatina de la “capacidad de adaptación” a todas las situaciones ecológicas corrientes en la vida diaria en cuanto a todo lo relacionado en la comunidad.

En relación a lo referido, es por esto que, después de los 70 años el organismo humano se caracteriza por:

- Disminución de la capacidad de adaptación.
- Menor capacidad de reacción inmunológica contra la defensa de las infecciones.
- Menor capacidad defensiva contra los riesgos que nos podemos encontrar en nuestro día a día.
- Disminución progresiva del poder y de la capacidad de recuperación.

La finalidad y el gran objetivo que se quiere conseguir de la promoción de la salud en cuanto a la población anciana comunitaria es la de fomentar y mantener el más alto y mayor grado de autonomía el mayor tiempo posible y así, prevenir y evitar la aparición de enfermedades. Establece como máxima e importante la premisa de aumentar y ayudar a la calidad de vida. Esto implica promocionar comportamientos que beneficien un estilo de vida adecuado.

La educación sanitaria es un instrumento básico en la acción preventiva y en la promoción de la salud. Es un método de interacciones que forma también parte de los cuidados de enfermería.

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

Aparato respiratorio:

El equipo de enfermería debe fomentar y animar al anciano para que:

- Realice ejercicio con regularidad, manteniendo así su estado físico general y su tono muscular.
- Equilibre sus actividades a lo largo del día.
- Descanse después de cada actividad.
- Evite la precipitación, planeando las actividades diarias.
- Evite el tabaco.
- Ingiera volúmenes adecuados de líquido.

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

Se estimulará al anciano para que:

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

Sexualidad:

El personal sanitario deberá explicar que la actividad sexual varía de unas personas a otras, que guarda relación con la conducta sexual en etapas previas y puede mantenerse adecuándose a las características propias de cada persona.

La vida sexual activa propiciará el contacto corporal completo, el afecto, la comunicación y el establecimiento de los vínculos afectivos. Deben impulsarse las actividades de recreo y comunicación entre ancianos y ancianas, y recordar que la capacidad para la actividad sexual se mantiene en la vejez.

Sistema genito-urinario.

Se recomendará:

- Higiene diaria.
- Ingestión adecuada de líquidos, requerible para evitar las infecciones vesicales y conservar el equilibrio hídrico.
- Control de la incontinencia urinaria y la micción frecuente, orinando con cierta regularidad y haciendo ejercicios con los músculos perineales. Primeramente, se enseña a crear tensión y distensión de los músculos perineales, abdominales y anales, como si se tratara de contener una evacuación diarreica. Posteriormente, a tensar los músculos que están rodeando la uretra y vagina.

Aparato digestivo:

El personal sanitario puede enseñar al anciano a realizar una correcta higiene bucal:

- Al empleo del cepillo de dientes, además, del hilo dental.
- Que se masajee la lengua y las encías a ser posible con un cepillo de cerdas blandas.
- Que sepa proceder a la limpieza de las prótesis que utilice dentales.
- Que lleve al día las revisiones odontológicas.
- Enjuague bucal contra la xerostomía de boca.

Para ayudar a la digestión, se recomienda:

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

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

1. Quintero Fleites Eva Josefina, Fe de la Mella Quintero Sara, Gómez López Leysa. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. Medicentro Electrónica [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Mar 21]; 21(2): 101-111. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es.
2. Coronado-Vázquez Valle, Gómez-Salgado Juan, Cerezo Espinosa de los Monteros Javier, Canet Fajas Carlota, Magallón Botaya Rosa. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. Gac Sanit [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Mar 21]; 33(6): 554-562. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000600554&lng=es. Epub 27-Ene-2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.008>.

Capítulo 111

EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MALTRATO A ANCIANOS

CORA SÁNCHEZ VALERO

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

GEMA MARIA MORENO ZAMORA

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

DAVID MORENO BERMEJO

1 Introducción

Actualmente el maltrato al anciano es un tema oculto, se dispone de pocos estudios, pero es fácil pensar que va en aumento. Se identifican menos casos de los que realmente existen por miedo, ya que reconocerlo les llevaría a un confinamiento en instituciones, represalias o por el simple hecho de no querer aceptar la realidad.

El motivo de la aparición de este maltrato se debe a los cambios sociales que se han ido produciendo a lo largo de los años. Hoy en día las familias son más reducidas, las mujeres que se encargaban principalmente de su cuidado, entran en el mundo laboral, se prioriza la productividad, el logro individual y el poder. Esto hace que el anciano dependiente e improductivo sea infravalorado e incluso llegue a suponer una carga para la familia.

En la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado en España en 1995, se definió el maltrato al anciano de la siguiente manera: “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”.

Las formas de maltrato que nos encontramos con más frecuencia son maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia física, maltrato emocional o abandono, abuso económico y abuso sexual. Un adulto mayor que ha sufrido maltrato va a padecer de manera innecesaria pérdida de sus derechos humanos, lesiones físicas, un deterioro de la calidad de vida.

Este maltrato se puede realizar de manera consciente o inconscientemente.

Muchas veces es llevado a cabo por familiares, pero de una manera no intencionada o por un desconocimiento de las consecuencias. Por lo tanto, genera un gran problema de salud social y pública.

2 Objetivos

- Conocer las posibles maneras de actuar en casos de maltrato al anciano desde el punto de vista de la enfermería.
- Poner de manifiesto la importancia de la actuación de enfermería en casos de maltrato al anciano y el papel fundamental que tiene este personal enfermero en dichos casos.

3 Metodología

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

4 Resultados

A los profesionales de la enfermería no les resulta tan fácil saber si un anciano está siendo maltratado o no, ya que no disponen de las herramientas adecuadas

para obtener esta información. Pero poseen las oportunidades necesarias para la detención del abuso, sobre todo en atención primaria.

Lo primero que se debe de hacer en la sospecha de un caso de abuso es realizar una valoración:

Esta valoración deberá de empezar por una entrevista clínica tanto al anciano, que a veces es difícil de mantener, ya que estos son más susceptibles a tener enfermedades mentales, como al familiar o cuidador principal. Esta se realizará de manera individual, con intimidad, apoyo, confianza y confidencialidad. También, debemos de visualizar la relación del anciano con su cuidador.

Se realizará una exploración física donde debemos de prestar atención a signos de negligencia o agresión física, como contusiones, úlceras sin curar o mal curadas, deshidratación en la piel, desnutrición. Demasiadas visitas a urgencias por diferentes motivos, varios cambios de médico de cabecera, caídas reticentes sin explicación, el nivel de sedación del paciente debido a una sobre ingesta de medicación, contradicciones entre el paciente y el cuidador, pérdida de peso, trastornos en el sueño.

Se pasará a una exploración psicológica y del estado emocional, para evaluar un bajo estado de ánimo, miedo, ansiedad, confusión, depresión y una valoración del riesgo autolítico.

Si la enfermera observa que no se están recibiendo los cuidados necesarios y sospecha de negligencia, se registrará en su historia clínica y si es posible se comentará con el paciente afectado, dándole la información necesaria y explicándole el método de actuación, se colaborará con su médico y se solicitará la cooperación del trabajador social.

En cuanto al cuidador principal se recomienda realizar una valoración mediante la escala de Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador principal.

Intervenciones que se pueden realizar dirigidas al anciano:

- Puede acudir a centros de día.
- Puede obtener atención a domicilio.
- Tutela de los servicios sociales.
- Facilitar los medios de atención clínica y facilitar la medicación.
- Ajustar la vivienda a las necesidades del anciano.

Intervenciones dirigidas al cuidador o la persona que maltrata orientadas a reducir el estrés del cuidador principal:

- Buscar la posibilidad de compartir los cuidados con diferentes integrantes de la familia o incluso un cambio de domicilio de algún miembro de la familia más capacitado.
- Ponerse en contacto con grupos de apoyo, asociaciones.

- Personas que acudan al domicilio de apoyo dando así periodos de descanso al cuidador principal.
- Dar apoyo a partir de profesionales en atención primaria.
- Si hay un problema más grave detrás del cuidador como alcohol, drogas o un problema psiquiátrico, se tratara este y se facilitara apoyo.
- Se valorará a la familia al completo para asegurar los cuidados necesarios al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, tal como hemos visto en el anterior apartado del presente capítulo (resultados) el personal enfermero tiene una gran importancia, aunque como hemos descrito no le es fácil identificar el maltrato hacia ancianos por su cuidador y la única manera de obtener información o indicios de que el anciano/a está siendo maltratado es a través de, como hemos explicado anteriormente, mediante valoraciones en urgencias a través de entrevistas, exploraciones físicas, exploraciones psicológicas y emocionales y cuando esta sospecha de maltrato se confirma el personal enfermero en colaboración con el médico de cabecera y trabajador social ayudarán al anciano maltratado.

En nuestra opinión como enfermeros el realizar valoraciones y detecciones tempranas desde urgencias de posibles casos de violencia hacia ancianos podemos conseguir que estos casos no aumenten su incidencia.

6 Bibliografía

1. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Aten Primaria. [Internet] 2006 [citado 11 de Mayo de 2020];37(1):56–9. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81133600.pdf>.
2. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac Sanit. [Internet] 2007[citado 11 de Mayo de 2020] ;21(3):235–41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112007000300010&script=sci_arttext&lng=en
3. Estrella González I. Sensibilización y detección [Internet]. Isciii.es.2015 [citado el 11 de mayo de 2021] ;26(3):79-83. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n3/02_originales_01.pdf.
4. Pellicer García B, Juárez Vela R, Delgado Sevilla D, Redondo Castán LC,

Martínez Riera JR, Echaniz Serrano E. Actuación de enfermería ante el maltrato sobre la población anciana.

5. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Aten Primaria*. [Internet] 2006 [citado 11 de Mayo de 2020];37(2):113–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7668827/pdf/main.pdf>.

Capítulo 112

LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

PALOMA MORALES MORALEDA

ELENA LÓPEZ PEÑALVER

ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ

1 Introducción

La disfagia es un problema deglutorio que implica la incapacidad de mover el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Esta incapacidad se puede dar tanto con alimentos sólidos como líquidos y se produce por una afectación funcional o estructural en una o más fases del proceso de deglución. La gravedad de esta enfermedad puede ocasionar una dificultad leve o una dificultad mucho más grave que imposibilite totalmente la deglución.

En España actualmente se estima que unos 2 millones de personas padecen este tipo de trastorno. En la mayoría de ocasiones las personas que la padecen no están diagnosticadas de ello ni tampoco tratadas correctamente.

Los ancianos y personas que padecen enfermedades neurodegenerativas son el principal grupo de riesgo para desarrollar este tipo de trastorno. Estas personas tienen un gran riesgo de sufrir otro tipo de complicaciones graves que afectan y tienen un gran impacto en su salud y en su calidad de vida como puede ser la broncoaspiración de alimentos, deshidratación o desnutrición.

Dada la alta prevalencia que se está teniendo en los últimos años y la relación con varios factores de riesgo, las complicaciones derivadas de padecerla, la interacción con síndromes geriátricos y el mal pronóstico que en ocasiones presenta, hace necesario visibilizar este trastorno para tener unos diagnósticos precoces y poder tratarla.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la disfagia.
- Diferenciar entre los tipos de disfagia que puede haber.
- Conocer las complicaciones de la disfagia.
- Destacar el papel de enfermería en el diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para esta revisión se ha realizado una búsqueda bibliográfica por las diferentes bases de datos como son Pubmed, Dialnet y Google Académico. Se ha utilizado como palabras clave "disfagia", "disfagia geriatría" y "disfagia España". Se han seleccionado los artículos con contenido relevante y que fueran relativamente actuales, no excediendo una antigüedad mayor al año 2000.

4 Resultados

La disfagia es un trastorno para tragar alimentos sólidos o líquidos por una alteración en la deglución, en muchas ocasiones incluso imposibilita el tragar la propia saliva que produce la persona.

El paciente geriátrico y las personas que padecen alguna enfermedad neurodegenerativa o enfermedades agudas como un accidente cerebrovascular son el grupo de mayor riesgo para que tengan este tipo de trastorno.

Se han descrito una serie de signos y síntomas que van a hacer que el personal de enfermería sospeche que una persona puede padecerla, como son:

- Babel o dificultad para tragar la propia saliva.
- Disfonías o cambios en la voz.
- Presentar restos de comida en la boca tras la deglución.
- Tos y atragantamientos durante las comidas, tanto con líquidos, sólidos, semisólidos o con todas las texturas.
- Carraspeo.
- Deglución fraccionada (tragar la comida poco a poco en pequeñas cantidades).
- Excesivo tiempo a la hora de comer.
- Picos febriles e infecciones respiratorias de repetición.
- Progresiva pérdida de peso.

Destacar que la disfagia no es una enfermedad como tal sino un trastorno que es ocasionado por otras enfermedades o factores de riesgo. El envejecimiento es uno de estos factores, así como enfermedades neurológicas y neurodegenerativas que

a su vez suelen producirse con mayor frecuencia en personas de edad avanzada. Ejemplos de esto son los AVC, demencias, enfermedad de Párkinson o Alzheimer, donde la disfagia aparece en un gran porcentaje.

Tipos de disfagia:

1. Disfagia orofaríngea: cuando el problema de deglución ocurre en la cavidad oral y región faríngea. La persona que la padece va a tener dificultad para transportar el bolo alimenticio desde la boca al esófago. Con un 80% es el tipo de disfagia más frecuente. Es provocado por alteraciones orgánicas o alteraciones funcionales y la persona que la padece tiene sensación de atasco en la garganta.

Los métodos de diagnóstico o de evaluación que más se utilizan para detectar la disfagia orofaríngea son:

- Cuestionario de cribado Eating Assessment Tool – 10 (EAT- 10).
- Método de exploración clínica volumen – viscosidad (MECV-V).

2. Disfagia esofágica: cuando el problema de deglución ocurre en el esófago. La persona que la padece presenta dificultad para transportar el bolo alimenticio desde el esófago hasta el estómago. Este tipo de disfagia es menos frecuente (20% de todas las disfgias). Es provocada por causas mecánicas y la persona que presenta este trastorno tiene sensación de atasco en el pecho.

Como hemos dicho antes, el tipo de disfagia que más se da es la orofaríngea, lo que ocasiona diferentes complicaciones derivadas de esto y que pueden dividirse a su vez en dos grupos:

1. Deshidratación y desnutrición: la poca eficacia en la deglución ocasiona una disminución en la capacidad que tiene una persona para poder alimentarse lo que conlleva un bajo nivel de hidratación y nutrición.

2. Atragantamientos que derivan es aspiraciones que a su vez producen enfermedades respiratorias de repetición como son las neumonías.

Estas complicaciones empeoran la calidad de vida de las personas que la padecen además de provocar un aumento de morbilidad empeorando gravemente su pronóstico de vida. El personal de enfermería tiene como objetivo principal de tratamiento de las personas con disfagia el mejorar y conseguir una deglución segura y eficaz, lo que va a implicar:

- Estado de correcta nutrición e hidratación del paciente
- Máxima funcionalidad a la hora de la deglución
- Valorar la necesidad de incorporar suplementos nutricionales
- Disminución de riesgo de broncoaspiraciones
- Disminución de complicaciones médicas derivadas de la disfagia

Por último, valorar y orientar la necesidad de utilizar otros métodos para la alimentación como puede ser la colocación de una sonda nasogástrica o la inter-

vención para realizar una gastrostomía o yeyunostomía.

5 Discusión-Conclusión

Ha quedado expuesto en esta revisión que la disfagia es un trastorno que se da con mucha frecuencia en pacientes geriátricos y personas con enfermedades degenerativas sobre todo. Un alto porcentaje de personas según los estudios leídos en diferentes artículos sufren disfagia orofaríngea, siendo este el tipo más común de disfagia.

Tal y como se ha demostrado, este trastorno conlleva graves complicaciones poniendo en riesgo la vida de los pacientes que la padecen ya sea por sufrir desnutrición, deshidratación, aspiraciones o infecciones respiratorias.

Destacar el papel del personal de enfermería en el diagnóstico precoz y la correcta valoración de estos pacientes, mejorando la calidad de vida de quien la padece.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M. (2015). Evaluación diagnóstica de la disfagia y videodeglución. En Falduti, A., y Cámpora, H., Deglución de la A a la Z. Fisiopatología – Evaluación – Tratamiento (Pp 125-156). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal.
2. Allue, S. (2014). Valoración del estado nutricional en personas de edad avanzada con disfagia y riesgo de desnutrición clínica. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
3. Dolz, I. y Urdániz, N., (2013). Disfagia y atragantamientos en la enfermedad de Alzheimer: actuación y prevención. Asociación de Familiares enfermos de Alzheimer Navarra (AFAN).
4. Ferrero, M.I., Castellano, E., Navarro, R. (2009). Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de Media y Larga Estancia. Nutr. Hosp. Madrid, 2009; 24 (5): 589-595.
5. Garmendia, G., Gómez, C., Ferrero, M.I. (2007). Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos. Barcelona: Ed. Glosa.
6. Pelaez, MVS. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado : prevalencia , métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. Nuberos Cient. 2015;2(15):49–56.
7. (Imsero), Instituto de Mayores y Servicios Sociales y Ministerio de Sanidad SS e I. INFORME 2016 Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. [Internet]. 2022. Available from: http://imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm

8. Gonzalez, C; Casado, Ma P; Gómez A. Guía de Nutrición de personas con Disfagia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2022.

Capítulo 113

SONDA NASOGÁSTRICA Y FUNCIÓN ENFERMERA

ADELA GONZÁLEZ MUÑOZ

ELENA LÓPEZ PEÑALVER

PALOMA MORALES MORALEDA

1 Introducción

El sondaje nasogástrico consiste en colocar una sonda desde la cavidad bucal hasta el estómago para conectarlo con el exterior.

La colocación de una sonda nasogástrica, en adelante SNG, tiene diferentes indicaciones dependiendo de la patología del paciente. Puede ser tanto para administrar alimentación enteral, fármacos, etc. como para evacuar el contenido del estómago. Es decir, la SNG se puede utilizar para fines diagnósticos, terapéuticos o nutricionales.

Existen diversos tipos de SNG dependiendo de las siguientes características: calibre, luces, longitud, material. A partir de ahora, para resumir, nos centraremos en las luces de la SNG.

Cuando las SNG son de una luz se llaman sonda Levin, cuando son de dos luces se llaman Sondas Salem. Otras sondas son Sonda Ewald que son de un calibre muy grueso y sirven para evacuar por ejemplo cápsulas o fármacos sin digerir, Sonda Sengstaken-Blakemore para hacer lavados gástricos o incluso comprimir varices esofágicas.

Para la colocación de la SNG es necesario preparar todo el material previamente, lavado de manos, colocar al paciente en semi Fowler e informar al paciente de la técnica invasiva.

Para colocar la sonda, previamente hay que medir la longitud a introducir, para ello se mide desde el lóbulo de la oreja pasando por la punta de la nariz y hasta el apéndice xifoides.

Después de lubricar la sonda, se pide la colaboración del paciente en aquellos casos que es posible y se introduce la sonda hasta la marca que habremos hecho previamente. Si encontramos algún tipo de resistencia no forzaremos y sacaremos la sonda de inmediato.

Una vez introducida hasta la marca, debemos comprobar su colocación. Para ello se puede hacer de diferentes formas:

1. Aspirando el contenido gástrico. El pH debe ser inferior a 3.
2. Introducir aire con una jeringa mientras se ausculta con el fonendoscopio en el epigastrio.
3. Mediante una placa de tórax.

2 Objetivos

En este trabajo nos hemos planteado dos objetivos principales que son:

- Revisar la evidencia científica acerca del sondaje nasogástrico y la administración de fármacos.
- Analizar la información de todo lo relacionado con sonda nasogástrica y enfermería.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en el mes de septiembre de 2022. Para ello se ha buscado en diferentes revistas científicas y en bases de datos tanto nacionales como internacionales como PubMed, Scielo, Google Scholar, Cochrane, etc.

Los criterios de inclusión han sido: artículos en inglés o español, artículos recientes y artículos incluyendo los descriptores de salud seleccionados.

4 Resultados

En cuanto a la administración de fármacos por la sonda nasogástrica hay que tener en cuenta que son las mismas que cuando se administran por vía oral siempre y cuando tengamos algunas consideraciones.

El fármaco para administrar puede presentarse de diferentes formas como pueden ser:

- Líquidas: jarabe, solución, gotas, etc.
- Sólidas: cápsulas o comprimidos.

Los comprimidos también se dividen a su vez en aquellos que tienen cubierta o que no la tienen. En cuanto a los fármacos sin cubierta existen numerosas presentaciones como pueden ser los de liberación prolongada, normales, efervescentes, bucodispensables, etc.

Las cápsulas las hay de dos tipos, blandas y duras. Las blandas siempre van a contener un líquido o una solución en su interior, mientras que las duras pueden contener polvo o microgránulos.

La enfermera es la que se encarga de administrar los fármacos por la sonda nasogástrica. Antes de administrar nada por ella se debe comprobar si existe residuo. También es muy importante el papel que desempeña la enfermera en educación para la salud sobre todo al cuidador principal del paciente con sonda nasogástrica cuando va a ser alimentado en casa. Es importante que si está ingresado en el hospital, antes del alta el familiar lo haya practicado y sepa manejar cualquier complicación que pueda surgir.

En cuanto a los fallos encontrados a la hora de la administración de fármacos por SNG hemos encontrado en la bibliografía que el que más se repite es no parar la nutrición enteral continua a la hora de administrar alguna pastilla. En las guías revisadas recomiendan pararlo treinta minutos antes de la administración y luego treinta minutos después.

El segundo fallo más repetido es la utilización de agua del grifo pudiendo contener pesticidas y pudiendo interactuar así con algún fármaco.

5 Discusión-Conclusión

En el presente trabajo hemos llegado a tres conclusiones que se detallan a continuación:

- En primer lugar, podemos decir que la enfermera tiene un papel muy importante

en la manipulación de la sonda nasogástrica y en la administración de fármacos. Además, es necesaria educación para la salud a las personas que van a estar en contacto con dichas sondas cuando el paciente se vaya de alta.

- Existen sondas nasogástricas de un material más recomendable que otros. En este caso las más recomendadas son las de poliuretano porque son más flexibles y resistentes al contenido gástrico.
- Nos hemos encontrado con que la comprobación de la sonda menos fiable es la más extendida en el ámbito hospitalario o sociosanitario. Esta es la auscultación de una embolada de aire.

6 Bibliografía

1. De Amuriza N, Romero RM, Valero MA, Gomis P, Herreros A. Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasoentérica y enterostomía en pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp* 2012. [acceso 2 de mayo de 2019]; 27(3): 879-888. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000500008&script=sci_arttext&tlng=es
2. Alaba J, Arriola E, Beobide I, Calvo JJ, Muñoz J, Umerez G. Guía farmacoterapéutica para los pacientes geriátricos. Centros Gerontológicos Gipuzkoa [libro en internet]. Guipuzkoa: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco; 2012 [acceso 16 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia_pacientes_geriaticos.pdf
3. Piñeiro G, Olivera R, Guindel C. Administración de medicamentos en pacientes con nutrición enteral mediante sonda. *Nutr Hosp* 2006. [acceso 2 de mayo de 2019]; 21 (Supl. 4): 1-218. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/revista/309.pdf>
4. Solano E, Jordán G, de Diego, P. Guía de administración de medicamentos en centros sociosanitarios [Internet]. Hospital Universitario de Guadalajara, editor. Guadalajara; 2010. Disponible en: http://www.scmfh.es/Secretaria/Docs/Guia_CSS22_03_10_definiva.pdf
5. Heydrich J, Heineck I, Bueno D. Observation of preparation and administration of drugs by nursing assistants in patients with enteral feeding tube. *Braz. J. Pharm. Sci* [revista en internet]. 2009; 45(1): 117-20. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672014000100085

Capítulo 114

ANTICONCEPCIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

ALVARO VAQUERO COMINO

SOFÍA MARTÍN CONSUEGRA NÚÑEZ DE ARENAS

SARA ZARCO REILLO

1 Introducción

En la actualidad las personas comienzan su actividad sexual cada vez con una edad más temprana, lo que produce un manejo inadecuado de la sexualidad, y no siempre conocen qué opciones tienen para la prevención embarazo no deseado o incluso de infecciones de transmisión sexual (ITS), además de que en adolescentes existe una escasa comunicación interpersonal, dificultando la comunicación con la pareja sobre estos asuntos.

Se define la anticoncepción como método o procedimiento que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes lo usen.

Pudiendo diferenciarse en:

- Métodos naturales, como serían el método billings, el calendario Ogino-Knauss o el de la temperatura corporal basal.
- Métodos barrera, donde encontraríamos al preservativo, además de otros métodos como el preservativo femenino, diafragma o capuchón cervical y la esponja vaginal.
- Métodos hormonales, que basan su acción en el uso combinado o no de distintas hormonas.

- Métodos quirúrgicos, ya sean reversibles o no, como la aplicación de un dispositivo intrauterino (DIU) o incluso ligaduras de trompa o vasectomía. Sin olvidarnos de las opciones en caso de emergencia por algún fallo de los métodos anticonceptivos previos y qué opciones habría en caso de querer la interrupción voluntaria del embarazo según el marco legal actual en España.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar tanto a la mujer como al hombre los conocimientos suficientes para poder informarse sobre los distintos métodos anticonceptivos existentes en la actualidad y qué opciones habría en el caso de que alguno de estos pudiera fallar.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, para ello se han utilizado los buscadores de Google académico, Scielo, dialnet y PubMed.

Se han utilizado las siguientes palabras claves: Método anticonceptivo, adolescencia, Salud Sexual, Mujer.

4 Resultados

El objetivo principal del consejo contraceptivo es que la mujer obtenga los conocimientos suficientes para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características y a las de su pareja, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos no deseados y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

La elección anticonceptiva tiene tres grandes pilares:

- La eficacia, capacidad del método anticonceptivo para impedir la gestación. Se mide mediante el Índice de Pearl (IP), número de embarazos no deseados que presentarían, teóricamente, 100 mujeres que usaran ese método durante un año.
- La seguridad, capacidad del método para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario (riesgo de enfermedad tromboembólica, cambios en las características de la menstruación, alivio de la dismenorrea, prevenir ETS).

- Reversibilidad, es el retorno a la fertilidad después de la interrupción de un método determinado.

Comenzaremos con los métodos naturales:

La anticoncepción natural se basa en la observación de los cambios fisiológicos que ocurren a lo largo del ciclo menstrual de la mujer: conocer el inicio y el final del periodo fértil. Estos son:

- Coitus interruptus (No se podría considerar método anticonceptivo debido a su baja fiabilidad)
- Método Billings: Basado en la observación diaria del moco cervical. Se puede determinar días fértiles de la mujer según la filancia del moco cervical (clara de huevo), el último día de este tipo de moco se denomina pico. La ovulación se produce a las 24-48H de este día pico.
- Método del calendario Ogino-Knauss: Se basa en controlar los ciclos a lo largo de un año para comprobar su regularidad. Siempre que no haya más de 10 días de diferencia entre el más largo y más corto.
- Método de la temperatura corporal basal: Controla el ascenso térmico producido por la elevación de los niveles de progesterona durante la ovulación. La progesterona eleva la temperatura entre 4 y 6 décimas con respecto a la basal, y se mantiene durante toda la fase lútea.
- Método sintotérmico: Combina la observación de la temperatura corporal con los cambios del moco cervical y la autopalpación cervical. Se considera el más fiable entre los métodos de planificación familiar natural.

MÉTODOS BARRERA:

- Preservativo masculino: Es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual. Además de evitar el embarazo, es el único método anticonceptivo, junto con el preservativo femenino, que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Por eso debe usarse durante la penetración vaginal o anal, y el sexo oral.
- Preservativo femenino: Es una holgada bolsa de poliuretano blando de 15 cm de largo y 7 cm de diámetro, y sujeto alrededor de su extremo libre se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que cubre la vulva, y otro interior que se desplaza dentro de la vagina y se ajusta al cuello uterino como un diafragma, destinado a facilitar la inserción del dispositivo. Previene el embarazo, SIDA, ETS, clamidias y el virus del papiloma humano.
- Diafragma: Se trata de un capuchón de goma con un anillo de metal flexible alrededor. Se coloca cubriendo el OCE formando una barrera al paso de los espermatozoides. Se utiliza siempre en combinación con espermicidas para aumentar

su eficacia. No previene de ETS.

- Capuchón cervical: Versión más evolucionada del diafragma, recubre el cuello uterino y es de un solo uso. Debe usarse con espermicida.
- Esponja vaginal: Es un disco cilíndrico esponjoso que contiene una sustancia espermicida. Ejerce triple acción: absorbe el semen, obstruye el flujo de semen en el canal cervical y ejerce actividad química.

MÉTODOS HORMONALES

Los anticonceptivos hormonales impiden el embarazo por la acción conjunta de diferentes mecanismos de acción:

- Inhibición de la ovulación.
- Falta de desarrollo folicular.
- Alteración de la función tubárica.
- Producción de endometrio inadecuado
- Producción de moco hostil.

En función de los principios activos del preparado hablamos de:

- Anticoncepción hormonal combinada: Su acción anticonceptiva la consiguen actuando en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario inhibiendo la producción de FSH y LH, impidiendo así la ovulación. Los gestágenos también modifican el moco cervical, disminuyen la motilidad de las trompas e inhiben la fase proliferativa del endometrio.

Según la vía de administración se clasificarían:

- Anticonceptivos orales combinados.
- Anillo vaginal.
- Parche transdérmico.
- Anticonceptivos inyectables combinados.
- Anticoncepción hormonal solo con gestágenos: su mecanismo se basa en espesamiento del moco cervical que impide el paso de espermatozoides hacia la cavidad uterina, adelgazamiento y atrofia del endometrio que evita la implantación, inhibición de la ovulación por supresión del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y disminución de la movilidad tubárica.

El principal efecto adverso es el patrón impredecible de sangrado menstrual, por este motivo mucha gente abandona este método.

Estos anticonceptivos son:

- Minipildora o Cerazet.
- Inyectable (Depo-Progevera)
- Implante subcutáneo
- DIU de levonogestrel (Mirena)

MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Los métodos quirúrgicos producen la esterilización del individuo, que está en edad fértil, sin afectar la función endocrina de los ovarios ni los testículos; y cuyo fin es impedir el paso del óvulo desde el ovario al útero, o la salida de los espermatozoides desde los testículos. Se clasifican en:

Hombres:

- Vasectomía, pone fin a la fertilidad masculina de forma definitiva. La vasectomía es una técnica mediante la cual se interrumpen los conductos deferentes, con lo que se impide que los espermatozoides lleguen al semen, consiguiendo que el semen se eyacule sin espermatozoides.

Mujeres:

- Ligadura de trompas: Método quirúrgico e irreversible practicado con anestesia general epidural que consiste en bloquear las trompas de Falopio (ítmica), para impedir la fecundación.
- Dispositivo intratubárico (Essure): Muelle expansible de titanio y níquel que se introduce en la trompa mediante histeroscopia y bloquea el paso de los espermatozoides. El microinserto produce una fibrosis localizada, de forma que las trompas de Falopio quedan ocluidas de forma permanente. La oclusión no es inmediata, es necesario el uso de otro método anticonceptivo durante los 3 meses siguientes.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Se define como el uso de un fármaco o dispositivo como medida de urgencia para prevenir el embarazo en caso de coito no protegido por carencia de método anticonceptivo regular o por uso inadecuado del mismo.

Su mecanismo de acción es inhibir o retrasar la ovulación, por lo que LA PIL-DORA DEL DÍA DE DESPUÉS NO ES ABORTIVA.

Cuanto antes se tome la AU mayor eficacia, teniendo una eficacia del 95% si se toma dentro de las primeras 24H.

Los tipos de anticonceptivos de urgencia (AU) disponibles en España son:

- Levonorgestrel
- Acetato de ulipristal
- DIU de alta carga de cobre.

Las indicaciones para su utilización sin:

- Relaciones coitales sin método anticonceptivo.
- Violación sin anticoncepción previa.
- Uso incorrecto u otros incidentes con otros medios.

SUPUESTOS DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO LEGAL.

La Ley Orgánica 2/2010 de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, entro en vigor el 5 julio de 2010.

La interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es una prestación pública y gratuita, y el Estado velará por su cumplimiento en todas las Comunidades Autónomas a través de la Alta Inspección médica.

Requisitos necesarios para el IVE:

- Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.
- En centro sanitarios públicos y privados acreditados.
- Consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada.

La Ley también señala que uno de los representantes legales, padre o madre, de las mujeres de edad entre los 16 y 17 años, tienen que ser informados de la decisión, salvo cuando la menor alegue que esto le provocará un conflicto grave (violencia familiar, amenazas, coacciones, malos tratos...).

Supuestos legales de interrupción:

- Por petición de la mujer: dentro de las primeras 14 semanas (información previa y plazo de 3 días desde la información a la intervención).
- Por causas médicas: antes de las 22 semanas (por estado de la mujer embarazada o graves anomalías en el feto).

5 Discusión-Conclusión

Es importante para la mejor calidad en el ámbito sexual el conocimiento de las diferentes opciones que existen para la prevención del embarazo no deseado y las ETS. Siendo aún más importante enfatizar sobre el uso de estos métodos en la población adolescente además de acompañarlos de una adecuada educación sexual, ya que muchos tienen acceso a los anticonceptivos tanto en farmacias como en comercios.

El uso de métodos anticonceptivos es un ejemplo del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, expresión de los derechos humanos que poseen todas las mujeres y hombres por el solo hecho de ser personas.

6 Bibliografía

González Labrador Ignacio, Miyar Pieiga Emilia. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 Ago [citado 2022 Oct 01] ; 17(4): 367-378. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010&lng=es.

Díaz Soledad, Schiappacasse Verónica. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? ICIMER [Internet]. 2017 [Citado 2022 Oct 01]. Disponible en: <http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que%20y%20cuales%20son%20los%20metodos%20anticonceptivos%2001122017.pdf>

Peláez Mendoza Jorge. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Mar [citado 2022 Oct 02] ; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es.

Sánchez-Meneses María C, Dávila Mendoza Rocío, Ponce Rosas Efrén R. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten Fam [Internet]. 2015 [Citado 2022 Oct 01];22(2):35-38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630044X>

Capítulo 115

APLICACIÓN DE LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

MARINA MUÑOZ ABELLÁN

NOELIA RODAS MARTÍNEZ

1 Introducción

El personal sanitario sobre todo el personal de enfermería últimamente ésta muy interesado por el uso y estudio de las terapias complementarias según la bibliografía estudiada para el presente trabajo.

Se define como terapias complementarias, a la actividad que utiliza medios naturales y que es usada simultáneamente con la medicina convencional, para tratamiento de todo tipo de dolencias.

También se ha demostrado según los artículos revisados, que estas terapias determinan una visión holística del individuo, es decir el estudio del ser humano en su totalidad, en sus cuatro partes las cuales son: la parte física, la emocional, la intelectual y la espiritual.

Son infinitas las terapias complementarias que son demandadas actualmente por el personal sanitario y más adelante se conocerán en este estudio, estas terapias aportaran a los profesionales de enfermería y al sistema sanitario un enfoque más integrativo centrado en la persona y sus necesidades, y cuidados más humanizados.

Las características que hace que las terapias complementarias sean cada vez más demandadas, ofreciendo por tanto, más opciones de tratamiento, son; que sean más económicas, fáciles de aplicar, al alcance de mucha gente, y que puedan ser aplicadas a la población a gran escala, dando más opciones de tratamiento.

Es muy pobre incluso inexistente la legislación que encontramos respecto a las terapias complementarias en este país. Al igual que la formación, es muy difícil formarse adecuadamente aunque exista una alta demanda. Si que se ha encontrado alguna evidencia en varias terapias como; reflexología, tacto terapéutico y relajación.

2 Objetivos

- Definir qué se entiende por terapias complementarias y la importancia que existe para el personal de enfermería.
- Describir los diferentes tipos de terapias complementarias y su relación para la enfermería.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se ha efectuado una revisión bibliográfica sistemática. Para la búsqueda de información se ha utilizado el buscador Google Académico. Además se han empleado palabras clave como; terapias complementarias y Enfermería. El idioma utilizado es el español.

4 Resultados

Según la bibliografía encontrada nos encontramos con diversas definiciones de terapias complementarias, las cuales todas coinciden en que son un conjunto de prácticas o técnicas de atención de la salud centradas en el ser humano como parte de un todo, y que no están completamente integradas en el sistema de salud y no forman parte de la medicina convencional.

Actualmente es elevado el interés que el personal de enfermería está demostrando por el empleo de las técnicas complementarias, ya que se han demandado muchas de estas técnicas para ayudar a los pacientes y suplir todas las necesidades de la persona en todas sus dimensiones.

Además estas terapias hacen que el personal de enfermería obtenga mayor diversidad de conocimientos y a diferentes niveles, así como ofrecer a parte de la medicina tradicional, otros tratamientos como el alopático y otras técnicas complementarias.

Podemos encontrar diversos tipos de terapias complementarias, según un estudio encontrado las clasifica de la siguiente manera:

- Base energética: Flores de Bach, Reiki, Terapia Metamorfológica, Aromaterapia, Tacto Terapéutico.
- Terapias Manuales: Reflexología, Quiromasaje, Drenaje linfático, Shiatsu, Terapia craneal.
- Base Biológica: Fitoterapia, Oligoelementos.
- Mente Cuerpo: Relajación Visual, Yoga, Meditación, Terapia de Soporte, Terapia cognitiva y conductual, Musicoterapia.
- Sistemas Médicos Alternativos: Medicina china, Homeopatía, Medicina Ayurvedica, Naturopatía.

A continuación ponemos algunos ejemplos donde podemos encontrar el uso de las terapias complementarias relacionado con el personal de enfermería:

En un hospital de la Comunidad de Madrid, hay una unidad de terapias complementarias compuesta por un equipo de médicos, enfermeros, y fisioterapeutas con acreditación en formación en terapias naturales, donde ofrecen homeopatía, acupuntura y reflexoterapia.

Además en Madrid en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, se ofrecieron cursos sobre el uso de terapias complementarias como el Reiki, los cuales demostró elevado interés entre los sanitarios sobretodo en el personal de enfermería, que las han ido incorporando a su práctica diaria.

Existen escuelas de enfermería se están estudiando asignaturas optativas y seminarios sobre terapias complementarias y aunque el porcentaje es bajo todavía, es elevada la demanda por el gran interés de los estudiantes de enfermería de recibirlas, bien sea en grado o en post-grado.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de diagnósticos de enfermería incluye algún diagnostico que hace referencia a las terapias complementarias como; “trastorno del campo de la energía”.

De igual forma la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) también incluye algunas intervenciones como:

“1480 Masaje simple, 5880 Técnicas de relajación, 4400 Musicoterapia, 5420 Manejo de la energía”, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Según la bibliográfica estudiada en el presente artículo, se ha demostrado que las terapias complementarias están siendo cada vez más demandadas y muestran elevado interés por los profesionales de enfermería, sin embargo es escasa la cantidad de formación con evidencia científica existente, además de la nula legislación que respalde estas terapias.

Es importante reivindicar al sistema el aumento de esa formación tan demandada por el personal de enfermería, que se siga investigando, para que los profesionales puedan tener plena libertad de elección en los cuidados que ofrecer.

Podemos encontrar diferentes definiciones de terapia complementarias pero lo que todas comparten es que presentan una visión holística del individuo, centrada en el estilo de vida, sus relaciones sociales, su estado emocional, su alimentación, produciéndose una interrelación entre el profesional y el paciente.

Según diferentes autores estudiados determinan que la sociedad está cada vez más implicada en su salud, en sus cuidados y dando más importancia al medio natural que les rodea por lo que demandan que los cuidados sean más enfocados a la persona como parte de un todo.

6 Bibliografía

- 1- Ceolin T., Heck R.M., Pereira D.B., Martins A.R., Coimbra V.C.C., Silveira D.S.S.. Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud atendiendo al cuidado integral en la asistencia. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Jun [citado 2022 sept 23] ; (16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200017&lng=es.
2. Echevarría Pérez P. Formas de integración, mecanismos de articulación y conflictos derivados de la introducción de terapias complementarias en España. *Index Enferm.* [Internet]. 2010. (2-3): 101-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200006
3. Consejería de Sanidad. Plan de humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016-

2019 [Internet].Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Capítulo 116

REPERCUSIÓN DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL Y EL ESTILO DE VIDA EN LA SALUD Y EN LA APARICIÓN DE CÁNCER

NIEVES SIERRA CEPEDA

DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ

JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ

LORENA PEREZ CRESPO

1 Introducción

Existe un porcentaje de enfermedades a nivel mundial asociadas a factores medioambientales influyentes. Hay sustancias que a niveles bajos no suponen ningún peligro, pero que cuando pasan un cierto nivel marcado por unos límites según la sustancia, pueden generar graves riesgos para la salud a corto o largo plazo.

Todo lo que nos rodea puede ser fuente de contaminación, algo tan básico como el agua, el aire y los alimentos. Hay una serie de contaminantes ambientales que afectan al funcionamiento de nuestro sistema hormonal: los disruptores endocrinos. En su momento se inventaron para un bien que nos beneficiase, como

el control de plagas, la estabilidad de productos químicos o formar parte de la estructura de algunos plásticos, pero con los años se han ido descubriendo efectos nocivos derivados de una exposición continua a los mismos.

Estos disruptores son sustancias de alto riesgo por sus múltiples características y su acción a distintos niveles, se trata de precursores de cáncer, lo que agrava más el problema de una patología de múltiples causas y con gran morbilidad. Esto se ve en el aumento en la incidencia de algunos tipos de cáncer en los últimos años. El aumento observado está muy relacionado con el incremento y liberación masiva en el medio ambiente de montones de sustancias químicas sintetizadas por el hombre para otros fines.

2 Objetivos

- Definir la relación entre contaminantes ambientales y su repercusión en la salud de las personas.
- Conocer el papel de la contaminación y los aditivos alimentarios en la aparición del cáncer.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha requerido la consulta de bases de datos como PubMed, Scielo, Elsevier y Dialnet para la búsqueda de artículos científicos y estudios clínicos. También se han hecho búsquedas en Google Académico.

Se han revisado solo artículos en español, sin restricción temporal en la búsqueda.

4 Resultados

De los múltiples agentes ambientales que resultan peligrosos, aparecen diferentes efectos sobre la salud, por ello es importante un seguimiento y control de los mismos.

Las enfermedades respiratorias, el asma y las alergias están asociadas con la contaminación del aire. La relación entre el deterioro atmosférico y la salud es cada vez más evidente.

La disminución de la capa de ozono y la exposición a radiaciones ultravioleta están íntimamente ligadas al cáncer de piel, las cataratas y las enfermedades inmunológicas.

Resulta amenazante la exposición a sustancias químicas peligrosas por el uso de biocidas y plaguicidas, y otras sustancias carcinógenas y tóxicas que se usan en el campo y otros ámbitos con los que estamos en contacto continuo en nuestro día a día.

También la exposición al ruido constante de la ciudad, provoca trastornos auditivos y cardiovasculares, estrés, irritabilidad... Es otro tipo de contaminación que sin darnos cuenta, por lo interiorizado que lo llevamos cada día, que no somos conscientes del daño que puede provocar sin darnos cuenta.

Y por último, hay muchas sustancias químicas presentes de forma artificial en los alimentos, por lo que la dieta supone una fuente importante de exposición para la población general a sustancias cancerígenas. Las más importantes son la fructosa, el glutamato monosódico, plaguicidas organofosforados, metales y ftalatos entre otros.

Estas sustancias pueden alterar el metabolismo lipídico y promover la acumulación de grasa, así como interferir en el control de la saciedad y el apetito.

Por tanto, la exposición a estos compuestos tiene que ver con la obesidad y otras patologías asociadas, como la resistencia a la insulina, hiperlipemia o patologías cardiovasculares. La obesidad aumenta el riesgo de cáncer, y está desencadenada por factores como una mala alimentación rica en grasas y azúcares.

Actualmente, como ya se ha mencionado, aparecen restos de plaguicidas tóxicos y otros compuestos inductores de cáncer en productos de campo que consumimos constantemente como las frutas y verduras.

Los seres humanos nos contaminamos a todas horas con muchísimos productos industriales que se han añadido a los naturales y que consumimos porque se encuentran en los alimentos como conservantes o estabilizantes de aquellos productos que obtenemos para complementar nuestra dieta.

La respuesta de cada persona a los agentes ambientales varía de unas a otras, hay quien es más susceptible y vulnerable.

La suma de varios factores a la vez que sean predisponentes de efectos dañinos sobre nuestra salud puede tener efectos muy negativos que en el momento no se darán a conocer. Un ambiente social nocivo, una dieta inadecuada, la exposición a riesgos laborales, malos hábitos como el consumo de tabaco y alcohol, la falta de actividad física, entre otros, y estar expuesto a varios contaminantes dañinos puede incrementar el riesgo de contraer una enfermedad por encima de lo esperado, si uno estuviera expuesto a la acción separada de cada uno de estos factores. Por otra parte, los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de enfermedades crónicas son el tabaco, la mala alimentación, el consumo excesivo de alcohol y la falta de actividad física. Estos factores constituyen nuestro estilo de

vida, y por ello se pueden modificar a tiempo para evitar enfermedades futuras. Una dieta inadecuada, por ejemplo, supone un riesgo añadido a sufrir un cáncer de colon. Actualmente las recomendaciones de salud pública recomiendan el consumo abundante de frutas y verduras y moderar el consumo de alcohol, carne, y de alimentos ricos en sal.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que las sustancias contaminantes ambientales repercuten negativamente sobre la salud de las personas a distintos niveles: respiratorio en cuanto a contaminación del aire, alteración del sistema inmunitario y cáncer de piel derivados del deterioro de la capa de ozono, problemas derivados de la contaminación por agentes físicos y químicos, así como enfermedades crónicas derivadas del tipo de alimentación y de los compuestos aditivos que encontramos en los alimentos que tomamos.

El factor que tienen en común estas enfermedades es que en la mayoría de los casos el efecto sobre la salud no es inmediato, sino a medio o largo plazo, dando como resultado enfermedades de tipo degenerativo en las que resulta muy difícil o prácticamente imposible conocer su causa.

En cada persona, el organismo responde de manera diferente a pesar de estar expuestos a los mismos agentes ambientales, por lo que algunos desarrollan enfermedades y otros no. Es por ello que los hábitos de vida pueden marcar la diferencia. En resumen, una mala alimentación, donde además abunde la comida procesada con múltiples aditivos, incrementa la posibilidad de adquirir cáncer de colon.

La dieta es la fuente más importante de exposición a contaminantes perjudiciales para la salud en la población, pero puede minimizarse o llegar a evitarse realizando cambios puntuales en nuestros hábitos de vida.

6 Bibliografía

1. Juan P. Arrebola y Beatriz González Alzaga. Exposición a contaminantes ambientales por vía alimentaria y repercusiones metabólicas relacionadas con la obesidad. *Nutrición clínica en medicina*; Vol. X-Número 3-2016 pp. 164-174. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5045.pdf>.
2. Arvelo Francisco, Sojo Felipe, Cotte Carlos. Contaminación, disruptores endocrinos y cáncer. *Invest. clín* [Internet]. 2016 Mar; 57(1):77-92.

Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332016000100009&lng=es.

3. Davinia Castillo Cruz. Dieta y cáncer. Una revisión bibliográfica. 2015 Junio. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2210/Dieta+y+cancer+Una+revision+bibliografica.pdf?sequence=1>.

4. Camila Alexandra Suárez Pinto, AEMPPI UDLA. Factores de riesgo del cáncer de colon, el tercer asesino más buscado [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/factores-de-riesgo-delcancer-de-colon,-el-tercer-asesino-mas-buscado>.

5. Vargas Marcos F. La contaminación ambiental como factor determinante de la salud [Environmental pollution as determinant factor of health]. Rev Esp Salud Publica. 2005 Mar-Apr;79(2):117-27. Spanish. doi: 10.1590/s1135-57272005000200001. PMID:15913048. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15913048/>.

Capítulo 117

MIGRAÑA Y ALIMENTACIÓN

NIEVES SIERRA CEPEDA

DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ

JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ

LORENA PEREZ CRESPO

1 Introducción

La migraña es una enfermedad que sufre un gran porcentaje de población y afecta a las personas produciendo episodios típicos y repetidos de cefalea, asociados en ocasiones a náuseas, vómitos e incluso ftofobia y sonofobia.

Es un problema neurobiológico que sobre todo afecta a mujeres y más a aquellas que tienen familiares directos afectados por esta enfermedad.

Influyen muchos factores que pueden actuar como precursores del episodio de migraña, relacionados con el estilo de vida, entre ellos el estrés, dormir en exceso o dormir poco.

Otros elementos precipitantes de los episodios son el ayuno, el alcohol, las conservas ricas en nitratos, o aditivos como glutamato monosódico, entre otros.

A día de hoy no existe una cura definitiva de la migraña, pero se puede paliar los síntomas de estas personas mejorando su calidad de vida, ya sea con un tratamiento que alivien los síntomas cuando estos aparecen, o siguiendo un estilo de vida que ayude a mejorarlos o calmarlos.

La dieta tiene un papel elemental, aunque actualmente no existen apenas pautas en las que se puedan basar los profesionales para guiarse en la educación sanitaria y nutricional de pacientes con migraña. Aun así, hay alimentos que pueden favorecer o minimizar su aparición.

2 Objetivos

- Conocer la relación entre la alimentación y la aparición de la cefalea migrañosa.
- Saber si se puede prevenir la migraña a partir de un tipo de alimentación evitando o introduciendo ciertos alimentos.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se han consultado bases de datos científicas como PubMed, Scielo, y Dialnet para la búsqueda de artículos científicos y estudios clínicos.

Se han revisado solo artículos en español, sin ninguna restricción temporal en la búsqueda.

4 Resultados

La crisis de migraña depende de los cambios de la perfusión sanguínea en la zona craneal donde se localiza el dolor. Precediendo al dolor aparece una hipoperfusión que gradualmente dará lugar a una vasodilatación y se producirá una hiperperfusión. En ese momento surge la migraña.

Hay sustancias en los alimentos que tomamos habitualmente que desencadenan cambios en el tono vascular dando lugar a la migraña. Entre ellas hallamos la tiramina, la fenilalanina, el alcohol, los aditivos alimentarios y la cafeína, entre los más comunes.

En concreto hay alimentos que inducen ataques de migraña en personas susceptibles o más propensas, ya que pueden provocar un proceso similar a una reacción alérgica. La carne de cerdo, el chocolate, las nueces, o bebidas como la leche, los cítricos, el té, el café y las bebidas de cola, son algunos de ellos.

Otros alimentos que se ha visto que influyen en la aparición de la migraña son el queso, los plátanos, algunos cereales y sobre todo algunos aditivos alimentarios como el nitrato de sodio, el glutamato monosódico, o el aspartamo.

Las bebidas alcohólicas también se han visto involucradas en el proceso.

Los hábitos nutricionales que podrían ayudar en esta afección crónica, se basan en reducir el consumo de los alimentos que en ocasiones más repetidas producen una reacción de este tipo en el organismo, o bien suprimirlos.

Los alimentos que se tienen que limitar son varios: especias, algunos cereales, frutos secos, marisco, algunas verduras, lácteos, y productos azucarados o con aditivos, entre otros.

La sensibilización depende de la persona en concreto y por eso la adaptación de la dieta tiene que ser supervisada por un nutricionista, para evitar carencias en relación a los nutrientes que necesitamos.

Muchas de las vitaminas y minerales que introducimos a través de los alimentos también influyen en la aparición de un episodio de migraña.

- Los niveles alterados de vitamina D pueden sensibilizar la percepción neuronal y participar en el trascurso de los ataques de migraña. La mejor opción es tomar el sol durante unos minutos al día, para sintetizar la cantidad necesaria, ya que es difícil llegar a los niveles óptimos a través de lo que ingerimos. Aun así los que contienen vitamina D son el pescado, la casquería, y la yema de huevo, principalmente.

- El ácido fólico es utilizado en suplementos y como estabilizante en algunos productos. Su ingesta y la de vitamina B12 reducen los niveles de homocisteína, es un neurotransmisor implicado en el dolor de cabeza durante la migraña.

En caso de déficit, es bueno consumir hígado, verduras de hoja verde, frutas o legumbres, que contienen ácido fólico. Contienen vitamina B12 la carne, los huevos, la leche y el pescado azul.

- Algunas personas con migraña poseen alteraciones en los genes que reducen la absorción del cobre, el cinc y el magnesio. Para el déficit de cobre hay que aumentar la toma de los frutos secos, el cacao magro en polvo, verduras como acelgas o espinacas, anchoas, almejas, atún o foie-gras.

Para el déficit de cinc, podemos consumir productos de casquería, lácteos y, en menor cantidad, carne de aves, huevos y pescado.

Y por último el consumo de agua mineralizada, verduras de hoja verde y semillas, pueden ayudar al contrarrestar la falta de magnesio.

- Un aumento en sangre por encima de lo habitual en los niveles en sangre de hierro, manganeso y cadmio, pueden propiciar el inicio de un episodio migrañoso. En caso de tener unos valores por encima de los recomendados de hierro es se debe moderar la toma de carne en general, hígado, morcilla y productos de mar del tipo de los mejillones y las almejas. Se debe evitar la combinación de estos con facilitadores de la absorción del hierro, como los cítricos.

Si los valores hemáticos de manganeso son superiores, hay que moderar todas

las harinas integrales, la coliflor, los guisantes y vigilar el consumo del té negro, patatas y carne de pollo.

En caso de unos niveles de cadmio por encima de los recomendados, hay que evitar el tabaco, donde abunda este componente.

- Las aminas biógenas y en concreto la histamina posee cierto efecto de vasodilatación que facilita la aparición del episodio de migraña.

Los productos que se tienen que limitar por contener más cantidad de aminas biógenas serían las carnes procesadas como los embutidos fermentados, quesos, cuanto más curados peor, chocolate, vino y cerveza, bebidas de cola, y bebidas energéticas.

- El consumo repetido de cafeína es un factor de riesgo para la cronificación de cefaleas. Su efecto analgésico se basa en su fuerte efecto vasoconstrictor.

Además de la vasoconstricción, hay un factor que apoya su efecto analgésico, y es que la cafeína puede inhibir la síntesis de leucotrienos y otras prostaglandinas, que están indudablemente relacionadas con la aparición del proceso de la migraña.

Algunos estudios han demostrado que la adición de cafeína a otro analgésico, reduce la dosis necesaria de este para lograr el efecto analgésico.

La cafeína, por tanto, podría decirse que es un analgésico que basa su efecto en su efecto vasoconstrictor y en la inhibición de la producción de prostaglandinas, promoviendo la absorción de otros analgésicos asociados.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que una exposición crónica a la cafeína en el ámbito de la cefalea, desencadena cambios fisiológicos que empeoran la cefalea primaria, por suspensión abrupta de cafeína y por uso excesivo de analgésicos.

5 Discusión-Conclusión

- Existe una íntima relación entre dieta y migraña, en muchos casos el problema de la cefalea no desaparece cuando se abandonan los alimentos más problemáticos, porque hay otros muchos factores que la desencadenan.

- Los factores estimulantes de migraña más potentes que aparecen en todos los estudios y artículos consultados son alimentos como café, chocolate, vino tinto o queso curado.

Algunas sustancias por su exceso o por su déficit pueden desencadenar una migraña. Los nutrientes con un papel más relevante en la generación de la migraña son vitaminas como la D, la vitamina B12 y folatos. Son relevantes también minerales: por exceso como cadmio, hierro y manganeso; y por carencia como cobre, zinc y magnesio.

- La alimentación por sí sola no va a desencadenar un problema de migrañas, pero hay quienes en algunas condiciones pueden ser más sensibles a algunos alimentos, y dependiendo de la herencia genética e incluso de la hipersensibilidad a ciertas sustancias.
- Para cada paciente debemos evaluar qué alimentos están involucrados en el ataque, valorar qué productos toma cada vez que sufre un episodio y así estudiar el proceso individualizado, para tratar de evitar su consumo como medio de profilaxis de la migraña. Este proceso tiene que ser supervisado siempre por un nutricionista para evitar posibles carencias alimentarias.

6 Bibliografía

1. Deza Bringas Luis. La Migraña. Acta méd. peruana [Internet]. 2010 Abr; 27(2): 129-136. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172010000200009&lng=es.
2. Volcy Michel. Fisiopatología de la migraña. Acta Neurol Colomb. [Internet]. enero de 2013; 29(1): 44-52. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482013000100006&lng=en.
3. Leira R, Rodríguez R. Dieta y migraña [Diet and migraine]. Rev Neurol. 1996 May;24(129):534-8. Spanish. PMID: 8681169. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8681169/>.
4. Enric Gibert Navarro, Esther Castan Cuella, Laia Gasco Dalmau, Manuel Santafé Martínez. Recomendaciones dietéticas actualizadas en la prevención de la Migraña. Rev. Esp. Nutr. Comunitaria, 2019; Spanish. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7137733#:text=La%20ingesta%20de%20folatos%20y,pueden%20propiciar%20ataques%20de%20migra%C3%B1a>.
5. Espinosa Jovel CA, Sobrino Mejía FE. Caffeine and headache: specific remarks. Neurologia. 2017 Jul-Aug; 32(6): 394-398. English, Spanish. doi:10.1016/j.nrl.2014.12.016. Epub 2015 Feb 26. PMID: 25728949. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-cafeina-cefaleaconsideraciones-especiales-S0213485315000158>.

Capítulo 118

LOS ENFERMEROS Y EL PRINCIPIO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO

CRISTINA DONAIRE RIVERA

MARTA MARÍN RUIZ

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

LAURA FLORES DECHADO

1 Introducción

Este apartado de introducción nos va a servir para exponer antes de comenzar el trabajo de investigación como el personal de enfermería tiene una gran cantidad de funciones asignadas de su propio estatuto y su relación con la orientación al usuario. De las funciones más generales es la atención al usuario y concretamente al paciente cuando lo necesite. También tiene entre sus funciones relacionadas con esto, la atención a los familiares del paciente. Estas ideas nos da una amplia información de lo que debe de tener en cuenta el personal de enfermería y a través de ello deducimos un principio de orientación al usuario. Este principio de orientación va relacionado con otros que tiene el personal de enfermería y que en el caso de este estudio los vamos a enlazar con la información al paciente. Estos principios son: el asesoramiento y las pautas u orientación que se debe dar al usuario a la hora de acceder a los servicios del sistema sanitario público. Todas esas cuestiones están relacionadas con que el resto de los profesionales

de la sanidad que trabajan en conjunto deben igualmente prestar la atención al usuario siempre que lo precise. Por ello en ese trabajo de investigación vamos a hablar del principio de orientación al usuario y qué implica este principio.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general el principio de orientación al usuario y concretamente al paciente.

Relacionar la importancia de esto con las funciones que ejercen los enfermeros en dicho proceso.

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

Como hemos mencionado en el apartado de introducción, el personal de enfermería cumple una gran cantidad de funciones en las que algunas de ellas la realiza de manera general y otras conjuntamente con otros profesionales de la salud. En este apartado de resultados vamos a exponer qué relación tiene el principio de orientación al usuario y concretamente al paciente, con las funciones que realiza el personal de enfermería. Contemplamos en este apartado unas funciones generales que están basadas en una atención lo más amplia posible velando por el bienestar del paciente. Estas se realizan a través de la información, el asesoramiento y el cuidado al paciente acerca de las orientaciones que ha de darle en función de las necesidades del mismo. Para ello vamos a poner unos ejemplos que nos explica estas cuestiones. Nos referimos a cuando el personal de enfermería debe de hablar con el paciente de manera sincera sobre la enfermedad que tiene, asesorándolo o aportándole sus conocimientos sanitarios de manera empática hacia él. Podrá orientarlo también acerca de las pruebas que ha de realizarse o qué

cuestiones debe de tener en cuenta a la hora de afrontar un tratamiento. El principio de orientación al usuario pasa por principios básicos en la sanidad como son ayudar en la medida de las posibilidades del profesional de la salud al usuario o procurar que el mismo entienda la información que se le está transmitiendo, también informarle acerca de las pruebas o tratamiento que se le va a realizar. El personal de enfermería no es el único que se encarga de esta orientación al usuario, pero sí es un personal sanitario relevante, ya que está en contacto directo tanto con el facultativo médico como con el propio paciente.

5 Discusión-Conclusión

La primera conclusión que se ha llevado a cabo después de trabajar en este estudio de investigación es que el paciente tiene necesidad de que lo orienten en las cuestiones o dudas que tenga sobre su salud. Por otro lado, hemos visto que la manera de orientar al usuario es diversa, por ejemplo, la propia información sobre su enfermedad le ayuda al entendimiento de su diagnóstico. Esta última cuestión nos sirve para concluir que el personal de enfermería ejerce una función clave en este aspecto, ya que ayuda al usuario y concretamente al paciente en diversas cuestiones de responsabilidad en la información de su estado de salud.

6 Bibliografía

Sergio Galarreta, Martín Gracia. Técnicas y procedimientos de enfermería. Panamericana, 2018.

Capítulo 119

DÉFICIT DE VITAMINA D COMO FACTOR DE RIESGO DE DIVERSAS PATOLOGÍAS

NATALIA JUÁREZ JIMÉNEZ

JESÚS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

DANIEL PORTILLO IBÁÑEZ

NIEVES SIERRA CEPEDA

LORENA PEREZ CRESPO

1 Introducción

En España cada vez es más habitual ver un mayor porcentaje de la población de cualquier edad que sufre carencia de vitamina D, esto no debería ser así, ya que España se considera un país con un clima soleado y basado en una dieta mediterránea, que incorpora todos los nutrientes necesarios para mantener a la población con unos índices de vitamina D adecuados. Sin embargo, cada vez esta carencia es más frecuente y eso hace que se relacione directamente con la aparición de determinadas patologías.

La vitamina D es una vitamina liposoluble, considerada como una prohormona, ya que su presencia en la dieta no es esencial, es decir, no es sintetizada por el hombre, por lo que no podemos hablar de una vitamina como tal sino de la parte nutricional del sistema endocrino de la vitamina D, siendo esta una hormona.

La función principal de la vitamina D es la absorción del calcio y fósforo, regularizar la calcemia y la mineralización ósea.

La vitamina D se encuentra en la membrana de las células de la dermis y la epidermis y existen dos formas como ergocalciferol o vitamina D2 y colecalciferol o vitamina D3. La vitamina D3 se puede sintetizarse en las células de la piel a partir de 7-deshidrocolesterol gracias a la luz UVB, además también puede obtenerse a través de la dieta absorbiendo en las porciones proximales del intestino delgado, incorporándose a los quilomicrones y transportándose por el sistema linfático hasta ser almacenada en el tejido adiposo, hígado y músculo. La vitamina D2, por otra parte, se sintetiza en las plantas a partir del ergosterol obteniéndose mediante la dieta.

La vitamina D es conocida como “la vitamina del sol”, ya que en el sistema endocrino de la vitamina D, el 90% llega al organismo por la síntesis cutánea de los rayos solares a través de la exposición al sol. Se requieren de 10-15 minutos 3 veces a la semana para producir los requerimientos corporales de esta vitamina. Muy pocos alimentos contienen vitamina D por lo que es difícil obtener una dosis diaria suficiente en nuestra dieta, ya que nos aporta solo un 10% de los alimentos que consumimos, estos pueden ser los pescados grasos, el queso, el hígado de vaca, algunas setas...

Es por esto qué gran parte de la población tiene que recurrir a suplementos de vitamina D para obtener los niveles necesarios de esta vitamina en nuestro organismo. La dosis de vitamina D que se debe administrar es de 800-1000 UI/día. Así, se recomiendan que los niveles séricos de vitamina D se encuentren por encima de 20ng/ml. La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición recomienda conseguir concentraciones séricas entre 20-50 ng/ml, cuyos valores mantendrían de forma adecuada la integridad del sistema óseo, inmune y muscular. Los niveles inferiores a 10-12ng/ml se considerarían una insuficiencia grave de esta vitamina que condicionarían hiperparatiroidismo secundario y osteoporosis.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es identificar las causas de déficit de vitamina D entre la población, conocer las consecuencias de su déficit y plantear estrategias para su prevención.

3 Metodología

Con el fin de obtener los resultados de este trabajo se ha realizado una búsqueda exhaustiva y una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas, como Elsevier, Pubmed, Scielo, Dialnet, Google Académico, etc.

Se han utilizado palabras clave como “vitamina D” “deficit”, “colecalfiferol”, “salud”, “patologías”, etc.

Se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión como que los artículos estuvieran escritos en inglés y español, tuvieran una antigüedad menor a 10 años y que estuvieran relacionados con el tema tratado.

Se excluyeron aquellos documentos que solo estuviera permitido acceso al resumen y que no provinieran de fuentes fiables.

4 Resultados

La deficiencia de vitamina D es causada por numerosos factores, ya pueden ser extrínsecos debido a una ingesta inadecuada con la dieta, una escasa exposición a la luz solar, el uso de cremas con filtro de radiaciones ultravioletas o bien por hiperpigmentación cutánea.

Dentro de los factores intrínsecos encontramos la edad avanzada, ya que va disminuyendo la síntesis cutánea de vitamina D, también pueden deberse a procesos de mala absorción digestivos, debido a enfermedades del intestino delgado que impiden que la vitamina D se absorba como la enfermedad celíaca, la enfermedad de Crohn, la fibrosis quística y cirugías como el by-pass gástrico. Otra causa que produce una deficiencia de esta vitamina son las enfermedades crónicas del hígado, como la hepatopatía crónica grave o cirrosis hepática o del riñón, como la insuficiencia renal crónica. También puede deberse a una falta de las enzimas o sustancias que se necesitan para su metabolización en el organismo.

Otros factores de riesgo también incluirían tener la piel morena o negra, el embarazo o la lactancia, algunos tratamientos farmacológicos como los glucocorticoides, los antifúngicos y retrovirales y la obesidad, entre otros.

Existen numerosas consecuencias del déficit de vitamina D relacionándose con una reducción de la absorción de calcio y fósforo (hipocalcemia e hipofosfatemia), cuyos minerales son necesarios para la mineralización ósea. Este proceso si se mantiene en el tiempo conducirá a un proceso de desmineralización del hueso, dando lugar a enfermedades óseas como la osteomalacia en el adulto o raquitismo en la población infantil.

Otra de las consecuencias del déficit de vitamina D puede deberse a su capacidad de regular la secreción hormonal que no solo se refiere a la inhibición de la síntesis y secreción de la parathormona (PTH), sino también a otras hormonas incluyendo la insulina, por lo que su déficit se podría asociar a la aparición de un síndrome metabólico como la diabetes tipo 2 y la diabetes gestacional.

Por otro lado, también se ha asociado a un déficit de vitamina D a varias enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, e incluso a enfermedades autoinmunes como la diabetes tipo 1, la enfermedad de Chron y la esclerosis múltiple.

A nivel de la piel también se relacionan diversas patologías a causa de la insuficiencia de vitamina D, debido a que esta es la principal fuente productora de dicha vitamina. Entre ellas podemos encontrar la psoriasis, el eczema atópico, el vitiligo, el melanoma maligno, etc.

El papel de la enfermería puede ser fundamental a la hora de contribuir a mejorar la ingesta de vitamina D entre la población. Detectando factores de riesgo, realizando una anamnesis, mediante extracciones sanguíneas, trabajando tanto a nivel individual como a través de campañas y mensajes de salud pública, por medio de pautas saludables de alimentación y actividad física, e informando a la población mediante programas de educación para la salud.

5 Discusión-Conclusión

La deficiencia de vitamina D es un problema de salud que afecta a muchos países del mundo, en función de diversos factores como son la edad, la raza, la pigmentación de la piel, la exposición solar, la dieta, etc. En España cada vez es mas evidente que la mayoría de la población recurre a la suplementación de esta vitamina, ya que a pesar de ser un país con un clima apropiado para la síntesis de vitamina D, existe una alta prevalencia en el déficit de esta.

El déficit de vitamina D puede dar lugar a numerosas patologías relacionadas con esta deficiencia, debido a la desmineralización ósea que se produce.

La enfermería puede jugar un papel esencial en la prevención de la deficiencia de la vitamina D, recomendando una serie de pautas saludables de alimentación, actividad física para incluir la vitamina D en la dieta de la población, además de una exposición solar saludable de cara, brazos y manos tres veces a la semana y todo ello mediante la concienciación a través de programas de educación para la salud y campañas de salud pública.

6 Bibliografía

1. Calle Pascual AL, Torrejón MJ. La vitamina D y sus efectos “no clásicos”. *Rev. Esp. Salud Pública*. [Internet] oct 2012 [Consultado en 17 septiembre 2022]; 86(5). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000500001
2. Saint-Pierre G, Schulz M, Jauregui MF, Conei D. Asociación del déficit de vitamina D con patologías de la piel humana. *Rev. Argent. Dermatol* [Internet] jun 2017 [Consultado en 17 de septiembre 2022]; 98(2). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2017000200001
3. Gradillas-García A, Álvarez J, Antonio Rubio J, de Abajo FJ. Relación entre el déficit de vitamina D y el síndrome metabólico en población adulta de la Comunidad de Madrid. *Endocrinología y nutrición* [Internet] abril 2015 [Consultado en 15 de septiembre 2022]; 62(4): 180-187. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-relacion-entre-el-deficit-vitamina-S1575092215000297>
4. Senan Sanz MR, Gilaberte Calzada Y, Olona Tabueña N, Magallón Botaya R. Conocimientos acerca de la vitamina D y hábitos de prevención de su déficit en las consultas de atención primaria. *Medicina de familia SEMERGEN* [Internet] feb 2014 [Consultado en 14 de septiembre 2022]; 40(1): 18-26. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-conocimientos-acerca-vitamina-d-habitos-S1138359313000944>
5. Varsavsky M, Rozas Moreno P, Becerra Fernández A, Luque Fernández I, Quesada Gómez JM, Ávila Rubio V, García Martín A, Cortés Berdonces M, Naf Cortés S, Romero Muñoz M, Reyes García R, Jódar Gimeno E, Muñoz Torres M. Recomendaciones de vitamina D para la población general. *Endocrinología, diabetes y nutrición* [Internet] marzo 2017 [Consultado en 15 de septiembre de 2022]; 64(1): 7-14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-recomendaciones-vitamina-d-poblacion-general-S2530016416300076>

Capítulo 120

LOS ENFERMEROS Y EL TRATO A LAS MUJERES EMBARAZADAS

CRISTINA DONAIRE RIVERA

LAURA FLORES DECHADO

MARTA MARÍN RUIZ

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

1 Introducción

En este apartado de introducción hemos valorado como se produce la atención de las mujeres embarazadas dentro del área del hospital.

Las diferencias entre las necesidades de los distintos pacientes hacen que el profesional sanitario de enfermería aplique los conocimientos que tiene de manera distinta en función de si el enfermo presenta una situación u otra. En este caso trabajamos con mujeres embarazadas y por eso la finalidad es cuidar no solamente de ella, sino de no dañar y poder ayudar al feto. Dichos cuidados los va a determinar el personal médico que la atiende.

En el caso de las mujeres embarazadas además se debe de valorar a qué se debe el ingreso en el hospital porque dependiendo de este, es probable que la mujer atendida tenga unas condiciones diferentes que el enfermero debe de conocer.

El caso de las mujeres gestantes es importante que el profesional de la salud conozca que debe de hacer en cada uno de los casos. Según la patología de ingreso,

habría que analizar y valorar la atención que ha de darle a la mujer. Teniendo esto presente este personal sanitario puede determinar cómo ayudar a la mujer y al feto de la mejor manera posible.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general el trato que se ha de dar a las mujeres embarazadas que ingresan en el hospital.

Relacionar dicha atención con las funciones que ejerce el personal de enfermería en el espacio hospitalario.

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

Este apartado de resultados nos va a servir para exponer cómo es el trato y atención a la mujer que está embarazada y que ha tenido que ser hospitalizada. Este trato lo vamos a relacionar con el personal de enfermería y cómo cumple sus funciones con este tipo de pacientes.

De los resultados que hemos estado trabajando hay varios puntos que hemos querido tener en cuenta para el desarrollo de este documento y que nos aclaran el resto del trabajo que desarrollamos.

Los mencionamos de manera general en este espacio de resultados, una vez visualizada la documentación de consulta y también las posibles situaciones donde la mujer presenta diferentes circunstancias de por qué está ingresada en el área hospitalaria, mencionar que existe una gran cantidad de momentos en los que la mujer embarazada puede tener un ingreso hospitalario y de ello va a derivar su trato y atención por parte de los enfermeros. Dicho trato está relacionado con la

atención como sanitario ayudando con esto al paciente que este caso es la mujer embarazada y el bebé.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta el grado de riesgo por el cual está ingresada en esta unidad porque de ello va a depender que el trato, entendido como la atención a la mujer embarazada, sea de una manera u otra. Esto lo valorará el enfermero según el caso que se le presente en ese momento.

En este apartado de resultados mencionar que se pueden presentar distintas situaciones por las cuales el profesional de la salud enfermero tiene que hacer un trabajo relacionado con la atención a la mujer hospitalizada y que en cualquier caso debe de estar lo suficientemente bien preparado para ello.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de discusión tenemos en cuenta que dado que la mujer embarazada puede ingresar en el hospital por muy diversas causas, la relación del personal de enfermería con ella respecto a su trato y atención se realizará dependiendo del estado de salud de las mujeres embarazadas. Por otro lado, concluimos que el desarrollo de las tareas del personal de enfermería con la mujer embarazada son importantes, ya que este tipo de profesional de la salud que es sanitario, está en contacto directo con el paciente. Por tanto, el personal de enfermería desarrolla unas tareas fundamentales de atención y trato con las mujeres embarazadas.

6 Bibliografía

Sergio Galarreta, Martín Gracia. Técnicas y procedimientos de enfermería. Panamericana, 2018.

Capítulo 121

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN BROTE DE ESCABIOSIS

LILIANA TEODORA CATANA GALU

MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU

ANA CASTRO FERNÁNDEZ

ANTONIO ORTIZ MUÑOZ

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

1 Introducción

El presente estudio trata de actualizar los conocimientos sobre la escabiosis comúnmente llamada sarna. Según la Real Academia Española (RAE) define la sarna como “afección cutánea contagiosa provocada por un ácaro o arador, que excava túneles bajo la piel, produciendo enrojecimiento, tumefacción y un intenso prurito”. En relación con esto, La sarna o escabiosis es una ectoparasitosis, dermatosis parasitaria ubicua y contagiosa que es producida por *Sarcoptes scabiei* cuya variedad se denomina *hominis*. De manera general, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que en la actualidad, la sarna está presente en todo el mundo, especialmente vulnerables a esta enfermedad y sus complicaciones secundarias de infestación son los grupos más vulnerables: los niños pequeños y las personas de edad de las comunidades de escasos recursos, en nuestro entorno se han presentado brotes en residencias de ancianos, en centros de

acogida, instituciones mentales en centros de desintoxicación e incluso en hospitales.

Los profesionales de enfermería desde Atención Primaria somos el primer contacto con el paciente y su entorno, en este sentido mediante la observación podemos detectar el cuadro clínico de la sarna que por norma general es muy característico, su clínica cursa con prurito y lesiones en la piel pudiendo ser de dos tipos: lesiones primarias: surcos acarinos, vesículas y nódulos. Lesiones secundarias: reacción inflamatoria y lesiones por rascado. El problema viene dado en las lesiones secundarias en pacientes inmunodeprimidos, pacientes ancianos o institucionalizados.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Actualizar los conocimientos sobre la escabiosis.

Objetivos específicos:

- Proporcionar una visión holística de las medidas de prevención y actuación de enfermería frente a un brote de escabiosis para su erradicación a través de la construcción de un marco teórico mediante revisión de artículos científicos que actualmente se dispone.
- Realizar una búsqueda de artículos científicos en revistas electrónicas y en revistas impresas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La escabiosis es una infestación en la epidermis humana causada por el ácaro *Sarcoptes Scabiei*, variedad *hominis* que vive todo su ciclo de vida entre 10 a 14 días.

Se transmite por contacto cercano con lo que a menudo familias enteras resultan infectadas, se estima que en tan solo 20 minutos la transferencia sería efectiva . Las lesiones se localizan frecuentemente en el dorso de las manos, pies, codos, rodillas, tobillos, genitales, cara, cuero cabelludo y piel entre las uñas. De manera general suelen ser los signos y síntomas característicos de la clínica de escabiosis la que nos haga sospechar: paciente con prurito intenso en el curso de la noche especialmente, su erupción no tiene simetría, aparición de surcos.

Lo que está claro y se hace imprescindible es la coordinación al unísono de todo el equipo implicado para una actuación adecuada y una pronta diseminación de la enfermedad. Los profesionales de enfermería desde la Atención Primaria en un marco de trabajo interdisciplinar ayudará al médico en la verificación del diagnóstico y búsqueda de otros casos en el entorno, a través de su herramienta principal “la anamnesis” pueden prevenir y detectar un brote de escabiosis. En este sentido, se hace necesario que de forma mecánica y estricta realicemos para nuestra protección y del paciente, lavado de manos, utilizaremos guantes y bata así como material de un solo uso. De acuerdo con lo anterior, el personal de enfermería es el responsable de los cuidados generales así como la educación para la salud del paciente y en su entorno, en esta revisión de literatura se observa que los manuales de vigilancia epidemiológica en relación con la escabiosis siguen las mismas pautas de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En la interacción diaria del profesional de enfermería con el paciente será de uso obligatorio el lavado de manos y el uso de guantes.

Los profesionales de enfermería desde Atención Primaria ante un paciente con escabiosis, le informarán y explicarán que la primera medida que es el aislamiento de la persona infectada durante 24 h, adicionalmente, realizarán mediante educación de hábitos como la utilización de toallas y ropa limpia tras la ducha previa al tratamiento recibido por el médico.

En la anamnesis se le dará pautas al paciente de que entre otras cosas tiene que meter en bolsas de plástico toda la ropa utilizada durante tres días: la manta, sábanas, colcha, etc. Lavar toda la ropa en agua caliente a 50° y posteriormente plancharla con vapor. Deberá limpiar a fondo la casa.

6 Bibliografía

1- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., <https://>

//dle.rae.es/sarna/.

2- García-Patos Briones V, Castells Rodellas A. Tratamiento de la parasitosis en dermatología.1998;1257:49-54. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/scabies/>.

3- Campillos Páez M^a. T., Causín Serrano S., Duro Mota E., Agudo Polo S., Martínez Ramírez M. O., Sánchez de la Nieta Martín J. M.. Escabiosis: revisión y actualización. Medifam.2002; 12 (7):40-54. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000700004&lng=es.

4- Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world—its prevalence, complications, and management. Clin Microbiol Infect. 2012; 18(4):313-23. DOI: 10.1111/j.1469-0691.2012.03798.x

Capítulo 122

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LA IMPORTANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE EN EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU

ANA CASTRO FERNÁNDEZ

ANTONIO ORTIZ MUÑOZ

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

LILIANA TEODORA CATANA GALU

1 Introducción

Las úlceras a presión son un problema de salud importante que afecta a todos los sistemas de salud, tanto público como privado.

El impacto físico, psicológico, económico y social que genera en el individuo ha creado la necesidad de profesionales en el entorno de salud para tomar conciencia de este problema para proporcionar al paciente adecuadamente atención clínica.

La prevención de las úlceras de presión, un indicador de calidad, se considera presidencial de atención, instituciones sanitarias, y también proporciona información sobre el uso adecuado y eficiente de los recursos económicos y de asistencia por ellos.

Una úlcera es una lesión ubicada en la piel y / o tejido adyacente que generalmente se genera en una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizallamiento.

También pueden aparecer en tejidos blandos bajo una presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos, como sondas, equipos, serás, llaves, enchufes, drenajes, etc., son consecuencia directa del triturador de tejido entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (prominencia ósea) y otra externa a él.

Debido a la presentación de los tejidos a la presión, una isquemia inicia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes a los tejidos, degeneración, que causan alteraciones a nivel de la membrana celular y la liberación de aminas vasoactivas. Si esta situación se prolongará, se causará la necrosis y la muerte de las células.

2 Objetivos

- Describir e indicar la función realizada por enfermería en el manejo de las úlceras por presión por parte 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El equipo de enfermería es vital para el tema de la curación de las úlceras por presión o las también conocidas “escaras”, suele acentuarse en personas con poca movilidad, y en piel con edad avanzada, aunque nadie está exento de ello. Causas de la aparición de una úlcera de presión: arteriosclerosis, acentuaciones de la

microcirculación, ausencia de vasotortores reflejos, gastria, pérdida de sensibilidad, parálisis, obesidad, diabetes, estado nutricional del paciente, pérdida de peso, fiebre, anemia, edad avanzada, incontinencia, alteraciones de la piel y medicamentos tales como corticoides.

Las ubicaciones más frecuentes de las úlceras a presión son: SACR, TAILE, EX-TALLOS, GLUTUES, TROCANTADOS, ISCHIÓN, SACULAS, ELOBOS, Crestas ilíacas, Oídos, bordes laterales de los pies, alas, labios y lengua, muñecas, tacones, mejillas, dedos de pies, etc. Para su diagnóstico es necesario realizar una evaluación integral del individuo, incluida una evaluación de su historial clínico y un examen físico completo.

Durante el examen físico, el personal de enfermería debe ser sistemático y consistente y debe usar las 4 técnicas de valoración: inspección, percusión, palpación y auscultación.

El primer paso es clasificar la herida dentro de una de las siguientes categorías establecidas de acuerdo con la afectación de las telas: fase I, fase II, fase III, fase IV o inclasificación.

La evaluación de riesgos que tiene un paciente para desarrollar UPP es otro aspecto clave, especialmente en la prevención del UPP, el objetivo es identificar a las personas más probables sufrir un UPP y los factores de riesgo que los hacen más vulnerables.

Entre ellos, como dijimos, esta desnutrición o estado nutricional del individuo.

El apoyo nutricional del individuo desempeña un papel muy importante en la prevención y el enfoque de la curación de curación.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto los tipos de úlceras por presión que se pueden desarrollar en el individuo, así como también las causas que pueden ocasionarlas.

Este tipo de estructuras se localiza normalmente en zonas de prominencias óseas y hemos visto cuáles son las principales sobre las que se localizan, y hemos conocido qué factores se deben identificar como factores de riesgo en su desarrollo.

El estado nutricional del individuo es muy importante, ya que este repercute en la cicatrización de las heridas, además de que como hemos visto, la desnutrición o pérdida de peso es un factor de riesgo, ya que la pérdida de masa hace que las prominencias óseas se encuentren en mayor contacto con las superficies.

6 Bibliografía

1- <https://www.elsevier.es>

› es-revista-a.Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión ...

2- <https://revistanutricionclinicametabolismo.org>

› ...PDF Manejo nutricional del paciente con úlceras por presión: una revisión de la ...

3- <https://rua.ua.es>

› bitstreamPDF El estado nutricional como factor de riesgo en el desarrollo de las úlceras por ...

Capítulo 123

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE UNA HERIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANTONIO ORTIZ MUÑOZ

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

LILIANA TEODORA CATANA GALU

MIHAI DAN DASCALESCU DASCALESCU

ANA CASTRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

A continuación, voy a exponer un proceso de atención enfermero referida a una paciente que presenta una herida durante meses que no presenta mejoría. En atención primaria u hospitalaria tenemos heridas de todo tipo: quirúrgicas, úlceras por presión, heridas derivadas de una mala circulación, heridas causadas por patologías como la diabetes mellitus (pie diabético o heridas traumáticas entre otras).

La mayoría de las heridas en el caso de las quirúrgicas o traumáticas a veces se realiza por primera intención o segunda. Y en otros casos hay heridas que son más difíciles de abordar porque se desarrollan debido a factores que se alteran en el paciente, desde su estilo de vida, a la dieta o a la forma en la que el profesional lo curamos.

A veces hay heridas que tienen de trasfondo una patología que de forma crónica la herida se va a mantener sin poder tener mucha mejora y otras veces requiere una visión más profunda del profesional para encontrar la causa subyacente. Ante estas situaciones lo que debemos hacer es investigar todos los aspectos del paciente para averiguar el por qué la herida tarda más de lo habitual en curar y una vez descubrimos el factor que lo causa abordarlo.

2 Objetivos

- Conocer el proceso de atención de enfermería en cuidados de una herida mediante el estudio de un caso en los centros sanitarios.

3 Caso clínico

La paciente que a continuación se presenta se llama C.H.M, mujer de 70 años, completamente activa, que presenta una herida en el miembro inferior (MMII) Derecho de unos 2 cm de diámetro que no se resuelve con ningún proceso o técnica básica ni avanzada de cura que habitualmente se realiza en atención primaria.

Esta paciente presenta actualmente todas las constantes bien, es bastante activa, viuda y jubilada y cuida bastante su aspecto personal.

Cuando acudo a la consulta y veo el historial clínico de la paciente me doy cuenta que lleva 3 o 4 meses realizándose curas de todo tipo sin ninguna mejoría. Por tanto, lo que se realiza con esta paciente es el siguiente procedimiento:

Se realiza una valoración teniendo en cuenta las necesidades de Virginia Henderson, siendo la más alterada y destacada:

Moverse y mantener una postura adecuada.

¿Por qué? Debido a esta herida la paciente tiene dificultad para moverse, ya que es una persona muy activa y siente bastante dolor por lo que tuvo que reducir sus actividades diarias.

La paciente está bastante desesperada así que vamos a desglosar los principales diagnósticos:

Diagnóstico:

Deterioro de la integridad cutánea

Intervenciones:

Manejo del dolor.

Administración de medicación oral.

Manejo de la medicación.

Cuidados de las heridas.

Objetivos:

Autocuidados: medicación no parenteral.

Diagnóstico: deterioro de la integridad cutánea:

Dominio: 11: seguridad/protección.

Clase 2: Lesión Física.

Definición: Alteración de la epidermis y/o la dermis.

Características definitorias: destrucción de las capas de la piel y alteración de la superficie de la piel.

Factores relacionados: se desconoce, por lo que se deriva al médico.

Ante este diagnóstico, como se realiza la valoración completa y una entrevista, se acuerda con el médico realizar extracción de sangre (analítica de control) y un exudado de la herida.

La analítica de control establece que todo está en rango, pero en el exudado de la herida nos aparece la bacteria: *Staphylococcus aureus*.

Ante esto se establece una pauta de tratamiento. Se va a realizar cura de heridas cada 48 horas y toma de antibiótico oral pautado por médico. Vigilancia de la herida durante 10 días.

Intervención: Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

Evaluar si las medidas anteriores fueron eficaces y las características del actual dolor

Intervención: Administración de medicación oral: preparación y administración de medicamentos por la boca

Actividades: Determinar el conocimiento sobre el medicamento y cuando tomarlo.

Intervención: Manejo de la medicación: facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre disposición.

Actividades: Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo a la prescripción médica

Intervención: Cuidados de las heridas: prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas

Actividades: Documentar cada cura que se realiza y las características de cada herida

Es importante recalcar que las siguientes intervenciones: administración de medicación oral y manejo de la medicación se van a abordar desde el cómo una intervención conjunta con el médico, ya que es un diagnóstico de colaboración con el

equipo médico.

Simplemente el objetivo a seguir es: a) Autocuidados: medicación no parenteral: Capacidad para administrar medicamentos orales y tópicos para cumplir los objetivos terapéuticos independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

La paciente cuando sale de la consulta médica, su nivel de conocimientos sobre la medicación, cuando administrarla y la pauta está moderadamente comprometido, por lo que se le resuelven las dudas pasando a una puntuación diana del 5 no comprometido.

La intervención de manejo del dolor también se va a abordar desde el objetivo antes explicado, pero además junto con la intervención cuidados de las heridas, los objetivos van a ser: b) Severidad de la lesión física: gravedad de las lesiones secundarias a accidentes y traumatismo.

Ahora vamos a desglosar el procedimiento que se ha llevado a cabo con la paciente.

La primera semana esta paciente se presentó en consulta con una herida a priori con una evolución no favorable. De unos 5 cm con bastante exudado y sin tejido necrótico.

Se realizó un frotis en la herida que se mandó a laboratorio, y le salió una bacteria *Staphylococcus aureus*, por lo que el médico de cabecera le mandó un antibiótico cada 8 horas durante 7 días.

El mismo día que el médico le mandó esto, le volví a explicar en qué consistía el medicamento, y realicé una cura básica con suero fisiológico y aquacel plata, junto con un parche simplemente para tapar la herida. Se empezó con curas diarias para ver la evolución de la herida, siento esta significamente mucho mejor. Durante una semana se realizó cura diaria y luego posteriormente cada 48 horas, cambiando únicamente el parche, en ve de hidrocoloide a un parche indicado para heridas poco exudativas. En dos semanas, mejoro tanto la herida gracias al antibiótico que se empezó a usar trionic para la cicatrización.

Como medidas complementarias, se indicó a la paciente que hiciera actividad física acorde a sus posibilidades y los ratos que estuviese en casa los miembros inferiores elevados para mejorar la circulación.

4 Discusión-Conclusión

Con este caso clínico lo que intento explicar es que no siempre la solución está en abordar solo el problema desde una visión enfermera, sino que hay que complementar los cuidados con el equipo médico. En el caso de esta paciente la herida

tardaba en curar porque no se había abordado el problema principal y era la bacteria que tenía presente. Una vez que se empezó a eliminar dicha bacteria con el antibiótico, la herida empezó a cicatrizar de forma más rápida gracias a las curas que le hicimos.

Fue muy importante también, la colaboración de la paciente, que puso de su parte siguiendo todas las recomendaciones.

La paciente llevó a cabo todas las indicaciones, demostrando que conocía bien el medicamento los efectos que tenía y la pauta de administración y también fue constante en asistir a las curas de su herida.

5 Bibliografía

1. Marion Johnson; Meridean L. Maas; Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Cuarta Edición. Elsevier Mosby.
2. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. Elsevier.
3. Gloria M. Bulechek; Howard K. Butcher; Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta Edición. Elsevier Mosb

Capítulo 124

CASO CLÍNICO: PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA

ÁLVARO MARTOS BELLIDO

LUNA DEL ALBA ROMERO ARREAZA

AGUSTIN MORALES RUIZ

1 Introducción

El paciente con politraumatismo es aquel que presenta 2 o más heridas traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan a una repercusión respiratoria o circulatoria que suponen riesgo vital para el paciente. 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.

A pesar de las crecientes y continuas mejoras en prevención, legislación, la introducción de la tomografía computarizada (TC o TAC) y el desarrollo de la Advanced Trauma Life Support (ATLS), estas cifras muestran que sigue habiendo numerosas víctimas de traumatismos, y más opciones terapéuticas, preventivas y diagnósticas son necesarias para reducir estos números.

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.

Este caso clínico describe la situación de un paciente que sufre de un politraumatismo provocado por un accidente de tráfico, más concretamente de motocicleta, y su evolución desde su ingreso en el HGUCR en la Unidad de Cuidados Intensivos hasta actualmente, ingresado ahora en la unidad de hospitalización de traumatología.

2 Objetivos

- Describir un caso clínico sobre un paciente con politraumatismo con ingreso prolongado desde la Unidad de Cuidados Intensivos hasta el servicio de hospitalización de traumatología.
- Plantear los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados.
- Destacar los diagnósticos más prominentes en el caso individualizado de nuestro paciente con sus respectivos resultados y actividades.

3 Caso clínico

Presentación del caso

Varón de 57 años que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos del HGUCR por un accidente de tráfico con una motocicleta. No precisó RCP. Presenta un politraumatismo afectando principalmente a su hemisferio izquierdo, con varias fracturas, principalmente en la cadera, fémur izquierdo, húmero izquierdo y algunas costillas.

Antecedentes (Historia Clínica Mambrino de Hospital General Universitario de Ciudad Real): NAMC, DM II, HTA, obesidad grado I (IMC 31 kg/m²), exfumador. Padre cáncer colorrectal y madre HTA.

Durante su estancia en la UCI, se centraron en estabilizarlo y fijar las múltiples fracturas que presentaba, además de corregir los desequilibrios y alteraciones que presentaba al ingreso, como el balance hidroelectrolítico, la pauta antibiótica, etc. En una situación más estable, subieron al paciente a la unidad de Traumatología, en la cual seguiría con el tratamiento pautado y con una pauta empírica de antibioterapia la cual se iría modificando a lo largo de su estancia, ya que presentó varios episodios febriles por infección.

En su estancia en hospitalización, se priorizaría también el buen estado de los fijadores y de las heridas quirúrgicas que presentaba en las incisiones realizadas

para introducir éstos, además de un buen control de entrada de líquidos y nutrientes necesarios para su recuperación así como la correcta eliminación de desechos.

A nivel respiratorio el paciente ha estado requiriendo soporte respiratorio con gafas nasales por saturaciones en torno al 92%, sin requerimiento de ningún fármaco por vía respiratoria. Actualmente presenta mejores saturaciones, en torno al 97%. A nivel circulatorio presenta hipertensión arterial que se ha ido tratando con la medicación pautaada desde su entrada en la UCI hasta actualmente.

También consta de una vía central yugular derecha por la cual se le administra sueroterapia, medicación y transfusiones en caso de necesidad.

Cuenta con distintos dispositivos de fijación debido a las fracturas que presenta en el húmero (se puso prótesis), la pelvis (fijador externo tipo Hoffman) y el fémur izquierdo (fijador externo).

La zona más castigada y dañada de la piel se encuentra en la zona baja del abdomen del paciente que está en contacto con los pines del fijador de Hoffman, la zona en cuestión sufre una úlcera por decúbito debido a la presión constante que ejercen los pines sobre ella a pesar de la protección con gasas y compresas que se coloca en todas las curas.

Desde su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos hasta ahora, el paciente ha presentado numerosos picos febriles, debido a distintos focos de infección (herida quirúrgica, SV), los cuales han cedido gradualmente gracias a la administración de antitérmicos y antibióticos para tratar la infección.

Se trataría además su diabetes insulínica dependiente con insulina tanto de acción lenta como de acción rápida y su hipertensión arterial presentada al ingreso, con glucemias con cada comida y tomas de tensión y constantes por turno respectivamente.

El paciente realiza rehabilitación todos los días progresivamente, trabaja con el fisioterapeuta y tiene programada una intervención quirúrgica para tratar su fractura de fémur próximamente.

-Valoración de enfermería al ingreso

Una correcta atención inicial en el paciente politraumatizado es esencial, el objetivo de esta es detectar las situaciones que potencialmente supongan un riesgo para la vida del paciente para intentar abordarlas lo antes posible.

La valoración se basa en el método ABCDE:

A. Permeabilidad de la vía aérea y control cervical estricto mediante la tracción mandibular.

B. Respiración y ventilación valorando si existe un intercambio gaseoso correcto

de los pulmones. Se valora también trabajo respiratorio y posibles signos de hipoxemia, además de la administración inicial de oxigenoterapia.

C. Circulación y control de la hemorragia, localizando hemorragias y signos de un posible shock hipovolémico.

D. Déficit neurológico, valorando mediante la escala de Glasgow el nivel de conciencia.

E. Exposición y entorno, se expone al paciente para realizar una valoración de las lesiones y daños y cubrir al paciente para impedir una posible hipotermia.

-Exploración realizada (pruebas diagnósticas o instrumentos)

A su llegada al HGUCR, se le hicieron las pruebas y determinaciones pertinentes, una analítica completa de sangre, una placa de rayos X para valorar el grado de las lesiones, toma de constantes repetitivas, etc.

Para mostrar de forma más completa la situación clínica de nuestro paciente tomaremos como referencia los problemas detectados según los Patrones de Marjory Gordon:

1.Percepción-Manejo de la Salud: alterado

El paciente se encuentra ingresado desde hace semanas y aún presenta malestar constante, su salud estado de salud actual es pobre a pesar de que se encuentre en mejoría.

2.Nutricional-Metabólico: alterado

El patrón nutricional es deficiente debido a múltiples factores.

En primer lugar, este paciente no era capaz de tolerar vía oral, días después fue posible progresar a alimentación oral junto con sueroterapia (dextrosa 5%) hasta establecer la nutrición por boca completamente, suplementado durante un intervalo de tiempo con batidos de suplementación para diabéticos de uso hospitalario. Respecto al apetito, normalmente es escaso y refería ocasionalmente náuseas. La ingesta que lleva a cabo actualmente es escasa. Debido a su escasa movilidad por el momento, necesita ayuda para alimentarse.

A nivel metabólico, al presentar DM II y llevar una ingesta irregular, las glucemias que presenta son irregulares, necesitando una pauta de corrección tanto de insulina de acción lenta como de acción rápida.

Por último, al tratarse de un accidente traumático, presenta múltiples laceraciones, fracturas y heridas alrededor del cuerpo.

3.Eliminación: alterado

El paciente presentaba antecedentes de estenosis uretral, eso justifica que en el momento de la colocación de la sonda vesical (SV) se la fijaran con sutura, a nivel

urinario presenta oliguria. A nivel excretor ha tenido varios episodios con diarrea, uno de ellos referido a los batidos de nutrición y otro por la administración de laxantes por retención de desechos, cabe la posibilidad de que también pueda deberse a las dosis elevadas de antibioterapia que se le administran tanto de forma profiláctica como de forma terapéutica desde su ingreso en UCI.

La excreción por sudor también se puede ver afectada, ya que contando con su sobrepeso y la fatiga entre curas, visitas médicas y momentos de estrés, presenta sudoración excesiva, requiriendo normalmente un cambio de sábanas adicional diario.

Cabe destacar también otro episodio en el cual presentó anasarca, la cual se solucionó con la administración de fármacos diuréticos y el control hidroelectrolítico estricto del paciente.

4.Actividad-Ejercicio: alterado

Al tener sobre todo el hemisferio izquierdo afectado por el accidente, es la zona cuya movilidad se encuentra en peor estado. Cuenta con una movilidad reducida y requiere ayuda para movilizarse en algunas situaciones, tales como el aseo que se le realiza por las mañanas.

Actualmente refiere parestesias en dedos de la mano derecha y presenta movilidad muy escasa en miembros inferiores (MI), a pesar de esto último, presenta buena sensibilidad en los MI.

5.Sueño-Descanso: alterado

Alterado. Debido a las lesiones que sufre el paciente, ha referido mala calidad de reposo y de sueño en algunos días, se intenta minimizar ese dolor con la pauta de analgesia que presenta. En este momento su pauta de analgesia comprende desde paracetamol/metamizol hasta tramadol.

6.Cognitivo-Perceptivo: alterado

En cuanto al nivel de conciencia a su llegada a la unidad de Traumatología procedente de UCI, el paciente se encontraba desorientado, poco colaborador y con conductas agresivas, probablemente en relación con los psicofármacos y fármacos sedantes administrados durante su estancia en UCI, actualmente se encuentra consciente, orientado y colaborador.

7.Autopercepción-Autoconcepto: alterado

Debido a las múltiples intervenciones que se le han realizado durante su ingreso, en este momento el paciente no se encuentra cómodo con su imagen corporal.

8. Rol-Relaciones: alterado

El paciente no se encuentra apoyado a nivel sociofamiliar, ningún familiar vino a verlo excepto un pariente lejano, por tanto pasa la mayor parte del día en ausencia de compañía.

9. Sexualidad-Reproducción: alterado

Al presentar la sonda vesical suturada y dada su situación actual, el paciente no tiene capacidad para satisfacer posibles necesidades sexuales, ya que aún tiene escasa movilidad.

10. Adaptación-Tolerancia al estrés: alterado

A lo largo del día, el paciente se encuentra relativamente tranquilo, sin embargo, cuando se realizan las curas o cualquier movilización para revisión o para su aseo, el paciente atraviesa momentos de mucha tensión y estrés por el dolor producido a pesar de pauta analgésica actual.

11. Valores-Creencias: alterado

La situación en la que se encuentra el paciente resulta compleja, pero se puede observar que es bastante consciente de su estado de salud, se encuentra receptivo respecto a su puesta al día y actualización por parte de los médicos sobre su evolución y sus intervenciones.

Planificación e intervenciones

Diagnósticos de enfermería: Dominio 11 Seguridad/Protección

-Riesgo de infección (00004). Dominio 11. Clase 1.

Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo

Defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel (colocación de un catéter intravenoso), traumatismo tisular (destrucción tisular).

Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos

Procedimientos invasivos.

Resultados (NOC)

Severidad de la infección, control de riesgo: proceso infeccioso, estado nutricional, severidad de la lesión física, recuperación quirúrgica, integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Actividades (NIC)

Control de infecciones, cuidados de las heridas, cuidado de las úlceras por presión, prevención de úlceras por presión, protección contra las infecciones, cuidados del catéter urinario, cuidados del sitio de incisión.

-Retraso en la recuperación quirúrgica (00100). Dominio 1. Clase 2.

Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Características definitorias

Dificultad para moverse en el entorno, evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica, pérdida del apetito con o sin náuseas, expresa dolor y discomfort, necesita ayuda para completar el autocuidado.

Factores relacionados

Procedimiento quirúrgico importante, dolor, infección postoperatoria de la herida quirúrgica, procedimiento quirúrgico prolongado.

Resultados (NOC)

Control de la infección, control del dolor, entorno seguro de asistencia sanitaria.

Actividades (NIC)

Administración de medicación, control de infecciones, ayuda con el autocuidado, cuidados de las heridas, cuidados del sitio de incisión, cambio de posición, cuidados del paciente encamado.

Evaluación y seguimiento

Los resultados conseguidos con las actividades realizadas han sido numerosos y abarcan distintas necesidades alteradas.

A nivel nutricional, nuestro paciente ha conseguido tolerar por completo de nuevo la dieta por vía oral, además de tener un mayor control de las glucemias con su tratamiento antidiabético.

A nivel de excreción no ha habido cambios remarcables respecto a la micción ya que sigue con SV aunque presentando buena diuresis, respecto a las deposiciones se consiguió solucionar su episodio de diarrea de días anteriores.

En cuanto a la hemodinámica, sigue presentando HTA y con su tratamiento antihipertensivo. A nivel respiratorio sigue con gafas nasales a 2 litros aunque con mejores saturaciones que al ingreso (97%).

La movilidad sigue siendo reducida, aunque está programada una cirugía para tratar la fractura del fémur izquierdo próximamente.

Sigue presentando infecciones en las heridas quirúrgicas de los fijadores, ya que es una zona con mucho relieve y muy propensa a contaminarse en el área de acero de los pines y dispositivos de fijación, está actualmente en tratamiento con irrigación eritromicina disuelta en suero salino en las heridas infectadas.

Su estado anímico y su orientación son bastante mejores que al ingreso, actualmente colabora y se muestra receptivo y con buena conducta terapéutica.

4 Discusión-Conclusión

Gracias al abordaje y el estudio a fondo de este caso clínico, se pone aún más en manifiesto lo esenciales que son unos cuidados de enfermería bien organizados y que abarquen de forma holística todas y cada una de las alteraciones del paciente, más aún cuando se trata de pacientes pluripatológicos como es el caso de nuestro paciente en cuestión.

En este intervalo de tiempo comentado en el caso clínico, nuestro paciente no ha cesado de progresar de forma leve pero continua.

Cabe destacar el esfuerzo y la profesionalidad con la que está siendo tratado este paciente, el cual a pesar de su estancia hospitalaria tan prolongada y del proceso tan difícil de recuperación, generalmente colabora en pos a un progreso adecuado de su proceso patológico.

Con una buena atención multidisciplinar y de forma coordinada de todo el equipo sanitario, es difícil no conseguir progresos positivos durante la estancia en hospitalización de un paciente.

Sin embargo, la actuación inmediata en estos casos es crucial para la prevención de complicaciones mucho mayores o incluso el fallecimiento. Para ello el equipo enfermero de atención prehospitalaria deben estar bien formados y al día respecto a los conocimientos vigentes en la atención al paciente politraumatizado tanto de forma inmediata como de forma tardía el colectivo de enfermería de atención especializada.

(1-8).

5 Bibliografía

1. Gómez Cajamarca DM. Mejoramiento de la aplicación del protocolo de atención de enfermería en pacientes con politraumatismo. 2016 [cited 2021 Dec 14]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46320>
2. 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>
3. 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://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00330-3>

4. 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>
5. 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. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100384&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020 - NANDA International - Google Libros [Internet]. [cited 2022 Oct 2]. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=z8nSDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Herdman,+H.,+%26+Kamitsuru,+S.+\(2019\).+NANDA+International.+Diagn%C3%B3sticos+enfermeros:+definiciones+y+clasificaci%C3%B3n.+2018-2020.+Elsevier.&ots=MI4rgzdgH6&sig=h9d95_7jOLAM98D54uw3uE6d17U#v=onepage&q=Herdman%2C%20H.%2C%20%26%20Kamitsuru%2C%20S.%20\(2019\).%20NANDA%20International.%20Diagn%C3%B3sticos%20enfermeros%3A%20definiciones%20y%20clasificaci%C3%B3n.%202018-2020.%20Elsevier.&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=z8nSDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Herdman,+H.,+%26+Kamitsuru,+S.+(2019).+NANDA+International.+Diagn%C3%B3sticos+enfermeros:+definiciones+y+clasificaci%C3%B3n.+2018-2020.+Elsevier.&ots=MI4rgzdgH6&sig=h9d95_7jOLAM98D54uw3uE6d17U#v=onepage&q=Herdman%2C%20H.%2C%20%26%20Kamitsuru%2C%20S.%20(2019).%20NANDA%20International.%20Diagn%C3%B3sticos%20enfermeros%3A%20definiciones%20y%20clasificaci%C3%B3n.%202018-2020.%20Elsevier.&f=false)
7. Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. [cited 2022 Oct 2]; Available from: www.medilibros.com
8. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nic) - Google Libros [Internet]. [cited 2022 Oct 2]. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5Rl9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Butcher,+H.+K.,+Bulechek,+G.+M.,+Wagner,+C.+M.,+%26+Dochterman,+J.+M.+\(Eds.\).+\(2018\).+Clasificaci%C3%B3n+de+intervenciones+de+enfermer%C3%ADa+\(NIC\).+Elsevier.&ots=Rlnq9e1H7l&sig=Ip529KM-QoNisyGjIrs2hu-ynS8#v=onepage&q=Butcher%2C%20H.%20K.%2C%20Bulechek%2C%20G.%20M.%2C%20Wagner%2C%20C.%20M.%2C%20%26%20Dochterman%2C%20J.%20M.%20\(Eds.\).%20\(2018\).%20Clasificaci%C3%B3n%20de%20intervenciones%20de%20enfermer%C3%ADa+\(NIC\).%20Elsevier.&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5Rl9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Butcher,+H.+K.,+Bulechek,+G.+M.,+Wagner,+C.+M.,+%26+Dochterman,+J.+M.+(Eds.).+(2018).+Clasificaci%C3%B3n+de+intervenciones+de+enfermer%C3%ADa+(NIC).+Elsevier.&ots=Rlnq9e1H7l&sig=Ip529KM-QoNisyGjIrs2hu-ynS8#v=onepage&q=Butcher%2C%20H.%20K.%2C%20Bulechek%2C%20G.%20M.%2C%20Wagner%2C%20C.%20M.%2C%20%26%20Dochterman%2C%20J.%20M.%20(Eds.).%20(2018).%20Clasificaci%C3%B3n%20de%20intervenciones%20de%20enfermer%C3%ADa+(NIC).%20Elsevier.&f=false)

Capítulo 125

BENEFICIOS DE LA TÉCNICA PIEL CON PIEL DE LA MADRE CON EL RECIÉN NACIDO

MARÍA ISABEL PUÑAL GUZMÁN

JUAN COBO PALOMINO

1 Introducción

Podemos definir con método canguro o contacto piel con piel, como una técnica que consiste en colocar al recién nacido sin ropa ni pañal en sobre el torso desnudo de la mamá, al instante de nacer o después, al poco tiempo. El contacto piel con piel tiene un principio y con base en experiencias realizadas sobre mamíferos, y se demostró que algunas conductas que presentan los seres recién nacidos son necesarias para poder sobrevivir. En la naturaleza de los animales, el mantenimiento del medio materno después del nacimiento es necesario para que surjan las conductas innatas que relacionan al recién nacido y a la madre, como es la lactancia materna, lo que se considera como una manera de supervivencia. En algunos artículos hemos encontrado como en el caso de las crías de roedores que no tenían la atención de sus madres, a largo plazo, eran las que sufrían enfermedades mentales y peor salud a lo largo del tiempo.

Esta técnica se realiza por el contacto de piel con piel y así, lo que conlleva la activación de estímulos, sobre todo sensoriales como el tacto, el olor... Y este último es de los más importantes, ya que es un fuerte estimulante, porque principalmente libera oxitocina en la madre. La liberación de oxitocina eleva la temperatura del pecho de la madre lactante, lo que proporciona el calor que necesita

el bebé. La oxitocina disminuye la ansiedad en la madre, por lo que la tranquilidad aumenta. Después del nacimiento, en las primeras horas de vida se estimula también la conducta de crianza. Una vez en casa, se puede ver perturbada la adaptación entre la madre y el recién nacido, ya que en ellos se han instaurado las rutinas del hospital en los primeros días de vida, lo cual puede repercutir negativamente en ambos. Existe el llamado periodo sensitivo, lo que se conoce como el reconocimiento del olor materna tempranamente, que facilita que el recién nacido establezca el vínculo y la adaptación a su madre. Ocurre por lo general en las dos horas posteriores al parto.

2 Objetivos

-Estudiar cómo influye y qué beneficios tiene la práctica piel con piel o método canguro tanto en las madres como en los recién nacidos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, utilizando las siguientes bases de datos: Cochrane Plus, Scielo, Pubmed y Google académico. Las PALABRAS CLAVE utilizadas fueron: piel con piel, recién nacido, intervenciones, método canguro, enfermería y salud. Los criterios de inclusión fueron: artículos en español, en el periodo de 2004 al 2009 y a texto completo. Y excluidos los que no estaban relacionados con nuestro tema.

4 Resultados

Como resultados más significantes hemos encontrado que se ha demostrado la mejora de las constantes vitales del recién nacido, el cual no pierde tanta temperatura al estar en contacto con la madre. El azúcar y la frecuencia se normalizan, esta última porque escucha los latidos del corazón de la madre, pero también se observan mejoras en la hemodinámica cerebral y el flujo sanguíneo a nivel cerebral, por eso también consigue una frecuencia cardíaca dentro de los límites establecidos a la vez que previene la aparición de bradicardias.

Al crearse un vínculo entre el recién nacido y la madre que consideramos casi irrompible, se favorece el desarrollo neurológico, psicológico y emocional.

Este método resulta tener muchos beneficios sobre todo para el recién nacido, ya sea a término o prematuro, en lo que respecta a la lactancia materna, a la ter-

morregulación, interacción entre madre e hijo, desarrollo neurológico e infantil y en la disminución de los días de ingreso en el hospital. Esta técnica se considera segura y factible.

En estos prematuros, una alteración importante que también supone un riesgo en la vida del prematuro es la termorregulación. Gracias a este método, el prematuro consigue regular por sí solo su temperatura corporal, la mantiene dentro de unos rangos normales para su situación.

Uno de los problemas que más se presentan en un prematuro son las apneas del prematuro y la desaturación del mismo. Por eso, con el Método Canguro, como hemos dicho anteriormente, cuando se estabiliza la frecuencia respiratoria, se consigue que se reduzca la aparición de las antes mencionadas apneas y que la saturación de oxígeno se mantenga dentro de los rangos normales adaptados a su edad de desarrollo, siendo óptimos mientras se realiza este método.

5 Discusión-Conclusión

Los prematuros o recién nacidos pretérmino sufren diferentes alteraciones funcionales que ponen en riesgo su vida. Por ello, tienen que permanecer ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales hasta que alcanza la suficiente madurez para la supervivencia antes las condiciones de la vida extrauterina, o lo que es lo mismo, hasta que sea considerado un recién nacido a término. Aquí, en estas unidades se proporcionan todo los cuidados necesarios para la estabilización de todas las necesidades o deficiencias citadas anteriormente, la madre también tiene un papel importante en estos momentos. Entonces, como se ha de mostrado la efectividad tan positiva de este método se utiliza en todos los prematuros ingresados en estas unidades, ya que mejoran notablemente las condiciones de estos recién nacidos pretérmino.

Finalmente, concluimos con que el Método Canguro es un método efectivo tanto para la madre como para el recién nacido y se recomienda para que la mejora del estado clínico del recién nacido pretérmino sea una evidencia, ya que varios autores mediante diferentes estudios han demostrado que realmente existen beneficios importantes para la salud del prematuro.

6 Bibliografía

1. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 4. Oxford: Update Software. Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

2. Organización Mundial de la Salud. Método Madre Canguro. Guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Conexas. Ginebra: OMS. 2004.
3. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
4. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y las primeras horas después del nacimiento. Madrid: Centro de Publicaciones de la Asociación Española de Pediatría; 2009.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Capítulo 126

PRONÓSTICO Y SECUELAS DE LAS EXPOSICIONES AL FRÍO

ANGELA VILLALBA REOLID

JORGE VICO SÁNCHEZ

MARÍA INÉS JIMÉNEZ LÓPEZ

DAVID MARÍN MARTÍNEZ

GEMMA GARCÍA SIMARRO

1 Introducción

Las congelaciones han sido una de las patologías más antiguas que han afectado al ser humano desde la antigüedad y han estado vinculadas históricamente al ámbito militar, como lo demuestra la destrucción casi por completo del ejército de Napoleón durante la invasión rusa o la campaña llevada a cabo por el ejército alemán durante la II Guerra Mundial.

Pero en la actualidad, el auge por los deportes al aire libre y las actividades de ocio de alto riesgo en los últimos 20 a 30 años, han producido un cambio en la población afectada, provocando un aumento de este tipo de lesiones en la población civil, en particular, esquiadores, montañeros y otros que se aventuran al aire libre o en el desempeño de trabajos en condiciones extremas.

La población urbana, también se ha visto afectada en las ciudades, por injurias debidas a la congelación, de ahí el término, congelación urbana, presentándose este tipo de lesiones como resultado de problemas psicológicos, problemas por

intoxicación de alcohol y drogas o problemas de tipo social entre los que se encuentran la falta de vivienda.

Las lesiones por frío, afectan al cuerpo en general, como en el caso de la hipotermia, y a zonas anatómicas periféricas o distales como son las manos y los pies, siendo fundamentalmente estas últimas las más afectadas cuando la lesión se produce por congelación.

Entre las lesiones causadas por el frío podemos diferenciar aquellas que se producen con temperaturas por debajo de los -2°C , que son las verdaderas congelaciones y lesiones por exposición al frío, que se producen con temperaturas cercanas a los 0°C , pero mantenidas en el tiempo, entre las que se encuentran el pie de trinchera.

Aunque la mayoría de los estudios epidemiológicos se han realizado en el ámbito militar, los cambios mencionados anteriormente en los últimos años han llevado a los investigadores a examinar los factores de riesgo de lesiones por congelación en la población civil.

En cuanto a la epidemiología, la mayoría de los estudios provienen del ámbito militar, con el sesgo que esto representa a la hora de extrapolar los datos a la población civil. En una revisión de 2013 en nuestro país, de un total de 26 pacientes ingresados, la incidencia por sexo fue del 92,3% en varones, siendo el 65% eran fumadores y el rango de edad comprendido entre los 20-35 años, cifras similares a otros estudios.

2 Objetivos

Describir la fisiopatología y las diferentes lesiones que producen las lesiones por congelación.

Conocer las secuelas a corto y medio plazo derivadas de estas lesiones tras el tratamiento hospitalario.

3 Metodología

El trabajo se ha diseñado como una revisión bibliográfica. Donde se utilizó Internet como herramienta de trabajo principal a la hora de realizar dicha búsqueda de información. Se ha procedido a la lectura y revisión de la información, almacenándola como enlaces en un archivo de Microsoft Word y en una carpeta de descarga de documentos. El proceso de búsqueda y selección de documentación comprende desde el día 26 marzo hasta el 15 de mayo del 2018.

Durante la realización de la búsqueda se observó que los términos “complications” y “sequelae” eran sinónimos, obteniéndose con ellos los mismos resultados, por tanto, este último no se incluyó en el algoritmo de la búsqueda por no ser necesario.

Búsqueda bibliográfica.

Se realiza una búsqueda bibliográfica a partir de fuentes documentales en las bases de datos Medline, Web of Science y SCOPUS, utilizando las siguientes palabras clave:

- Frostnip
- Frostbite
- Complications
- Adverse effects

4 Resultados

Durante la búsqueda se encontraron resultados repetidos en las diferentes bases de datos utilizadas, lo que disminuyó el número de artículos seleccionados. Tras la exclusión de los artículos que no trataban exactamente sobre el tema objeto de la búsqueda, como pudieron ser el uso del frío en la reanimación, los que se enfocaban en personas conjuntamente a sus mascotas o en estudios clínicos sobre animales, y tras una posterior lectura detenida de sus abstracts, 11 artículos fueron seleccionados para la revisión bibliográfica.

Algoritmo de búsqueda bibliográfica:

Artículos identificados en la búsqueda: 1024

Artículos seleccionados según criterios de inclusión: 213

Artículos referidos a los pies: 87

Lectura crítica

Descartados: 76 Artículos: 11 (9 en la discusión)

Artículos repetidos: 5

La gravedad de los daños por congelación, están determinadas por el tiempo de exposición al frío y el de recalentamiento de la extremidad, siendo en ambos procesos donde se desarrollan la mayoría de las secuelas, pudiendo llegar a producirse un pie de riesgo, debido principalmente a las amputaciones, alteraciones vasomotoras y neuropatías.

Por lo que se necesita conocer y comprender las complicaciones que ocurren a largo plazo en la extremidad inferior, tras la fase de tratamiento hospitalario, para su posterior rehabilitación, adaptación y vigilancia para mejorar la calidad de vida de los pacientes, además de prevenir futuras amputaciones en casos severos.

Entre las limitaciones que han aparecido durante el desarrollo del trabajo, debemos de mencionar el escaso número de publicaciones encontradas en nuestro ámbito, referidas a los casos ocurridos en el sur de Europa, así como por la heterogeneidad de los pacientes que han sufrido las congelaciones registradas en los estudios seleccionados y por el poco seguimiento posterior que han realizado. Por lo que hacen faltan más estudios clínicos que analicen las secuelas y el tratamiento posterior de las mismas, una vez haya finalizado la estancia hospitalaria de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de congelación como es de vital importancia para como se debe actuar para evitar posteriores complicaciones.

Por lo que es necesario conocer cómo funciona la fisiopatología para poder atender al mejor tratamiento a los pacientes, ya sea en manejo hospitalario o en domicilio.

En el domicilio tenemos las limitaciones de los recursos escasos respecto a la hospitalaria que ofrece todo tipo de opciones según la gravedad de las secuelas post congelación.

Se tiene que seguir documentando los casos que vayan sucediendo para poder recoger y analizar los datos para seguir trabajando con la mayor rigurosidad posible.

Aunque dejamos claro que lo mejor que puede pasar es evitar llegar a esta exposición al frío, aunque en ciertos países por su condición meteorología es inevitable. Por lo que sería fundamental, educar en salud para evitar daños físicos y económicos.

6 Bibliografía

1. Golant A A, Nord R, Paksima N, Posner M. Cold exposure injuries to the extremities. The Journal of the American Academy Orthopaedic Surgeons. 2008 Dec; 16(12): p. 704-15.
2. Murphy J, Banwell P, Roberts AH A, McGrouther D. Frosbite: Pathogenesis and Treatment. The Journal of trauma. 2000 Jan; 48(1): p. 171-8.
3. Heil K, Oakley E, Wood A. British Military freezing cold injuries: a 13-year review. J R

Army Med Corps. 2016 december.

4. Heil K, Thomas R, Robertson G, Porter A, Milner R, Wood A. Freezing and non-freezing cold weather injuries a systematic review.en.es. British medical bulletin. 2016 Mar; 117(1): p. 79-93.

5. Beltrán Ramón J, Sanjosé Pijoan N, Arias Bergada A, Berruezo Mique J, Estadella Riu B,

Fuentes Pérez J, et al. Tratamiento de lesiones por congelación. Nuestra experiencia y revisión. 2013 Noviembre 21..

6. Külçü Çakmak S, Gönül M, Oğuz ID, Yayla D, Gül Ü, Köse K. Demographical, laboratory and associated findings in patients with perniosis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2013 Jun; 28(7).

7. Handford C, Owen T, H.E. Imray C. Frostbite. Emergency Medicine Clinics of North

America. 2017 May; 35(2): p. 281-99.

8. Lindford A, Valtonen J, Hult M, Kavola H, Lappalainen K, Lassila R, et al. The evolution of the helsinki frostbite management protocol. Burns: journal of the International Society for Burn Injuries. 2017 Nov; 43(7): p. 1455-63.

9. Gorjanc J, Ahčan UG, Veselko , Milčinsk , Mekjavić IB. Modern management of patients with frostbite. Zdravniški Vestnik. 2012; 81.

10. Kraft C, Millet J, Agarwal S, Wang S, Chung K. SPECT CT in the Evaluation of Frostbite.

Journal of burn care & research : official publication of The American Burn Association.

2017 Jan; 38(1): p. 227-34.

Página | 20

11. Morrison SA, Gorjanc J, Eiken O, Mekjavic IB. Finger and Toe Temperature Responses to

Cold After Freezing Cold Injury in Elite Alpinists. Wilderness & Environmental medicine.

2015 Sep; 26(3): p. 295-304.

12. Su H, Li Z, Li Y, Zhu Y, Zhao H, Kan K, et al. Treatment of 568 patients with frostbite in northeastern China with an analysis of rate of amputation.en.es. Chineses journal of burns.

2015 Dec; 31(6): p. 410-5.

13. Fabian J, Taljaard M, Perry J. A retrospective cohort study examining treatments and operative interventions for frostbite in a tertiary care hospital. Canadian Journal of

Emergency Medicine. 2017 Marzo; 19(2): p. 88-95

Capítulo 127

BUEN MANEJO DE NITROGRICERINA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIACA

ANGELA VILLALBA REOLID

GEMMA GARCÍA SIMARRO

DAVID MARÍN MARTÍNEZ

JORGE VICO SÁNCHEZ

MARÍA INÉS JIMÉNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La patología cardíaca es una de las principales causas de mortalidad en países desarrollados. Por ello, es necesario el manejo correcto de farmacología en la actuación de enfermería para lograr una correcta adherencia terapéutica. Y evitar posibles complicaciones a nivel físico, psíquico, y económico. Pues es una de las causas que más riesgos a todos los niveles tiene y a su vez un gran impacto económico y de salud que pueden tener las personas en su vida.

Por lo que es fundamental un buen abordaje de los síntomas y signos en el paciente para evitar hospitalización, utilización de emergencias y 112. Aquí tiene especial relevancia actuar desde la atención primaria que junto a su equipo multidisciplinar aborden todos los posibles problemas que pueda manejar un paciente cardíaco con el uso de la nitroglicerina.

El empoderamiento es el arma educativa con el que el EAP trabajan para que el paciente sea consciente de cuando debe acudir a un servicio de salud y el propio poder emplear el uso de este fármaco que tantas vidas ha salvado.

La nitroglicerina se previene la angina al relajar los vasos sanguíneos para que el corazón no trabaje tan duro y por consiguiente no necesite tanto oxígeno.

2 Objetivos

Reconocer cómo diagnosticar de manera correcta y lograr un tratamiento eficiente del uso del fármaco de la nitroglicerina en la patología cardíaca.

3 Caso clínico

Hombre 80 años que acude a su centro de referencia de salud por una molestia en la zona torácica durante la mañana. No conocedor de ningún caso previo de patología cardíaca, tampoco es alérgico a nada.

En el momento de la valoración se encuentra estable siendo la tensión arterial de 140/60, frecuencia cardíaca de 70 en ritmo sinusal y saturación de oxígeno en 96% basal. El médico pide un electrocardiograma (ECG) y se ve una elevación del intervalo ST en derivaciones II, III y AVF (cara inferior miocardio).

Por lo que el médico decide realizar una tira de electrocardiograma a nivel posterior y derechas. En las derivaciones posteriores no se encuentra el ST elevado. Mientras que en las derechas con ECG de tira larga se ve alteraciones en la repolarización de V4, V5 y V6, por lo que se desaconseja la administración de nitroglicerina en el caso de este paciente por la afectación del ventrículo derecho y la posible hipo-tensión que pueda sufrir.

Por lo que la nitroglicerina se usa en pacientes con angina de pecho con patología coronaria.

El modo habitual de administración será diluir una ampolla de 5 ml de solución de nitroglicerina al 1, en 250 a 500 ml de suero, salino o glucosado, que contendrán respectivamente 2 mg o 1 mg de nitroglicerina por cada 100 ml de suero a administrar. La semivida de la nitroglicerina es de 1 a 3 minutos. Los metabolitos de dinitrato, que son aproximadamente 10 veces menos potentes como vasodilatores, parecen tener una semivida aproximada de 2 horas.

Actuación de enfermería: Canalizar dos vías periféricas venosas, administración de oxígeno de alto o bajo flujo, en este caso sería de bajo flujo. Motorización durante 6h para evitar posibles complicaciones. Y si se detecta alguna complicación se derivará a atención especializada.

4 Discusión-Conclusión

La nitroglicerina es un fármaco vasodilatador fundamental en pacientes cardíacos, por lo que es importante el manejo de la nitroglicerina venosa. Es necesario saber que se administra en envases de cristal, ya que se adhiere al plástico.

En todo tipo de atención sanitaria sería una indicación útil tanto para los profesionales como para los pacientes que hubiera unos protocolos para todos de fácil acceso y adaptado para todas las cohortes historias de las distintas generaciones, para la administración y uso adecuado de la nitroglicerina y sus distintos tipos y usos. Ya sea oral, intravenosa, sublingual, en perfusión.

Y sobre todo reconocer a través del empoderamiento de los pacientes cuando hacer uso de ella.

5 Bibliografía

1. Beatriz López Barbeito, Emilia Vázquez Manjon. (2018). Dolor torácico. 5 marzo 2022, de Portar Clínic Barcelona Sitio web: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/vida-saludable/dolor-toracico>
2. Marta Jiménez, Juan J. Gavira. (2018). Síndrome Coronario Agudo. En Guías de Actuación en Urgencias (297, 298). Navarra: Clínica Universidad de Navarra
-<https://fundacióndelcorazon.com>
-<https://www.urgenciasyemergen.com>

Capítulo 128

CASO CLÍNICO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ROSARIO PILAR SANROMA BAUTISTA

MARÍA DEL CARMEN ZAMORA NAVARRO

SARA VILLEGAS MENOR

1 Introducción

La presión arterial (PA) es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias. Esta presión puede entrar dentro de la normalidad (normotensión), ser alta (hipertensión) o ser baja (hipotensión).

La hipertensión arterial (HTA) es una afección clínica bastante frecuente y una de las principales causas de morbilidad en el mundo. En la HTA la gran fuerza que ejerce la sangre en las paredes es capaz de provocar grandes problemas de salud, como enfermedades cerebrovasculares o cardiovasculares.

Los principales factores de riesgo de la HTA son: dieta rica en grasas saturadas, ingesta de sal, sedentarismo, tabaquismo e ingesta elevada de alcohol. La mayoría tiene que ver con el estilo de vida, aunque también tiene una parte de genética que es importante.

Además, existen muchas enfermedades que producen o agravan la HTA como, por ejemplo, las enfermedades tiroideas.

Para poder diagnosticar la HTA se debe tomar varias veces la PA, que puede ser mediante dos formas:

- Automedida de la presión arterial (AMPA): el paciente se la toma desde casa X veces al día y X números de días.
- Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): el paciente acude a Atención Primaria (AP), para que la enfermera o el médico le tome la PA.

En AP se le debe dar a estos pacientes consejos para disminuir la PA como: realizar ejercicio, dieta equilibrada (baja ingesta de sal, rica en lácteos desnatados, frutas y verduras y baja en grasas saturadas), evitar tabaco y alcohol.

2 Objetivos

Realizar un caso clínico sobre una paciente que acude al Servicio de Urgencias por hipertensión arterial con varios síntomas producidos por ese aumento de tensión.

3 Caso clínico

Mujer de 72 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por hipertensión arterial (en casa tenía 196/105 mmHg), acompañado de fuerte cefalea, nerviosismo y náuseas.

Antecedentes familiares: madre fallecida a los 76 años por ICTUS.

AP: NAMC, HTA, DM2, dislipemia. No fumadora. Ingesta moderada de alcohol.

Intervenciones Qx: Apendicectomía y hemitiroidectomía izquierda (hace 16 años).

Dx principal: Hipertensión arterial.

Tratamiento: Enalapril 20 mg (c/24 h); atenolol 50 mg (c/24 h); metformina 850 mg (c/24 h); simvastatina 10 mg (c/12 h); furosemida (40 mg c/12 h); glipizida 5 mg (c/24 h).

Cada 6 meses, la paciente acude a consulta programada de su centro de salud, para llevar un buen control de su patología. Lleva años teniendo las cifras tensionales dentro de un rango óptimo, sin embargo, desde hace un par de semanas tiene las cifras de tensión elevadas.

Exploración física buena, sin hallazgos patológicos de interés.

Pruebas complementarias:

- Constantes: TA: 185/117; FC: 88 lpm; SatO₂: 97%.
- ECG: ritmo sinusal, sin bloqueos y sin alteraciones.

Plan de acción:

Tras ver el aumento de las cifras tensionales en este último tiempo, se decide aumentar la dosis de enalapril a 20 mg (c/12 h) y atenolol a 50 mg (c/12 h). Además, la enfermera incide en la paciente en las medidas que se deben de adoptar para disminuir el riesgo cardiovascular y llevar un mayor control de las cifras tensionales por su enfermera o médico del centro de salud. Así, debe de ir a consulta programada cada 3 meses y, en caso de seguir encontrándose mal y con cifras tensionales altas, volver a urgencias para valorar de nuevo.

Además, en estas últimas semanas, debido a las cefaleas y las náuseas, la paciente no ha podido conciliar mucho el sueño durante la noche, por lo que se pauta Zolpidem 10 mg (tomar una, media hora antes de dormir), para que pueda descansar.

4 Discusión-Conclusión

Desde Atención Primaria (AP) los profesionales sanitarios deberían dar charlas junto con pósteres u otras herramientas de la importancia que tiene cuidar la PA, ya que es una de las mayores causas de morbimortalidad. En estas charlas se incluiría las medidas higiénico-dietéticas que se deben adoptar como estilos de vida.

Además, en los colegios, institutos y demás lugares también se deberían de dar este tipo de charlas, ya que desde pequeños se debería empezar con estos hábitos para que de mayor se tenga la mejor salud y calidad de vida posible, evitando ciertas enfermedades que son causadas (en gran parte) por los estilos de vida.

5 Bibliografía

1. Mayo Clinic. Presión arterial alta (hipertensión). Síntomas y causas. 2020. Disponible en: [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410#:text=La%20presi%C3%B3n%20arterial%20alta%20\(hipertensi%C3%B3n,salud%2C%20como%20una%20enfermedad%20card%C3%ADaca.](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410#:text=La%20presi%C3%B3n%20arterial%20alta%20(hipertensi%C3%B3n,salud%2C%20como%20una%20enfermedad%20card%C3%ADaca.)

2. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina. Presión arterial alta. 2018.
Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressure.html>

Capítulo 129

SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

ROCÍO GARCÍA NOVAL

1 Introducción

El estrés crónico tiene importantes consecuencias sobre la salud física y mental de las personas. La respuesta al estrés laboral crónico se ha definido como síndrome de Burnout, término introducido a mediados de los años 70 del siglo pasado por Freudenberger HJ y que se traduce como “estar quemado”. El síndrome de Burnout se manifiesta por actitudes y sentimientos negativos hacia el propio rol profesional y hacia las personas con las que trabaja. El personal sanitario se encuentra sometido a altos niveles de estrés laboral dando lugar a una elevada prevalencia del síndrome de Burnout, el cual abarca tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal y se manifiesta como un deterioro en sus actividades profesionales y en la atención directa a los pacientes.

El personal de enfermería se encuentra entre los profesionales más afectados por este problema. Se han identificado numerosos factores de riesgo como causantes

de estrés laboral en el personal de enfermería. Por un lado, los estresores implícitos de la profesión, como los relacionados con la dificultad para afrontar el dolor, el sufrimiento y la muerte de los pacientes, y, por otro, los relacionados con la organización del trabajo, como son la falta de personal, la sobrecarga de trabajo y los problemas con otros compañeros de la unidad.

La profesión de enfermería es en sí misma considerada estresante, con una alta prevalencia de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, insatisfacción laboral, absentismo y frecuentes cambios de puesto de trabajo o abandono de la profesión.

Las consecuencias del síndrome de Burnout en el personal de enfermería se ven reflejadas en la salud de los profesionales, el rendimiento laboral y en mayores costes sanitarios. La prevalencia de este síndrome y la importancia de sus consecuencias hacen que sea necesario realizar un estudio acerca de la situación actual en las unidades de cuidados críticos del HUCA, más teniendo en cuenta el contexto actual de la pandemia por COVID-19 que probablemente ha empeorado los niveles de estrés y presión laboral.

Conocer la prevalencia del síndrome de burnout y la relación que existe con la salud percibida por parte del personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos del HUCA, permitirá elaborar estrategias de prevención y también de control de posibles factores externos. Llevar a cabo esta intervención también facilitará el posterior estudio, análisis y comparación con otras unidades de trabajo o su reevaluación en el tiempo, una vez aplicadas medidas de prevención.

Afrontamiento se define como la capacidad que tiene la persona de hacer frente a situaciones estresantes o al estrés diario. Este proceso incluye los pensamientos y acciones de la persona ante situaciones fuera de su control, los cuales nacen de la interpretación o evaluación que la propia persona hace de dichas situaciones. Por lo que las consecuencias negativas, como el estrés o una respuesta emocional desapropiada, dependen de la evaluación cognitiva que hace la persona sobre la situación estresante. Durante esta evaluación se valoran las alternativas disponibles y la propia capacidad de afrontar el estresor, además de seleccionar la estrategia.

Lazarus y Folkman definen afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Por tanto, el afrontamiento está directamente relacionado con el estrés y es un proceso dinámico.

Las estrategias de afrontamiento constituyen los esfuerzos conductuales y cognitivos de un individuo para dominar, reducir o tolerar las exigencias de las situa-

ciones estresantes. Estas respuestas pueden ser adaptativas, lo que puede reducir el estrés y promover la salud a largo plazo; o desadaptativas, en cuyo caso pueden reducir el estrés a corto plazo, pero tienen producir consecuencias graves a largo plazo.

El uso de estrategias activas resulta más favorable en situación de Burnout, ya que estas fomentan la realización personal y suponen un mayor control, a diferencia de las estrategias pasivas, como la evitación, que están relacionadas con la aparición del síndrome. Las estrategias dirigidas al problema son favorables mientras que la evitación está directamente relacionada con la carga emocional, la falta de realización personal y la despersonalización. Cabe mencionar que la presencia de Burnout puede determinar el tipo de estrategias utilizadas por parte de la persona.

En el ámbito laboral, la persona no siempre puede controlar las situaciones estresantes porque no todas dependen de ella, por lo que las estrategias de afrontamiento eficaces en otros contextos pueden no serlo en este. Para hacer frente al estrés laboral es necesaria la participación activa de la persona y de la organización, realizando modificaciones en la estructura organizacional, reorganizando puestos, mejorando la selección de personal y los sistemas de promoción. Es decir, para afrontar el problema de estrés laboral no sirve solo con trabajar las estrategias de afrontamiento con los trabajadores, sino que es necesario que la empresa realice mejoras en las condiciones laborales, estructurales y organizacionales.

El síndrome de Burnout es un fenómeno complejo de estudiar y analizar, por las características multifactoriales que lo definen. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del síndrome de Burnout y de las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería de las UCI del HUCA para analizar la afectación de cada una de las dimensiones y la relación con las diferentes variables estudiadas. Una vez obtenidos los resultados y analizados, se pretende comparar este estudio con otros similares, ya que en las últimas décadas se han hecho estudios de prevalencia del síndrome de Burnout en diferentes unidades de enfermería de cuidados intensivos, aunque no en Asturias, así como de la relación con la existencia de estrategias de afrontamiento.

Ampliar el conocimiento sobre los factores desencadenantes o favorecedores del desarrollo del síndrome de Burnout puede ser la base del desarrollo de programas de intervención y prevención en las unidades de enfermería de cuidados intensivos en particular, así como para el resto de las unidades de hospitalización o centros sanitarios.

Todo lo anteriormente expuesto, tanto el estudio de la prevalencia del síndrome

de Burnout y las estrategias de afrontamiento, y la relación con las diferentes variables sociodemográficas, así como la comparación con otros estudios y la posibilidad de desarrollar programas preventivos, puede repercutir positivamente en los profesionales sanitarios en el desempeño de su labor, mejorando la calidad de la atención sanitaria y de los cuidados y, por tanto, la percepción y satisfacción por parte de los usuarios de los servicios de salud, cuya recuperación en las mejores condiciones posibles y en el menor tiempo posible es el fin último de los cuidados de enfermería en las unidades de cuidados intensivos.

2 Objetivos

- 1) Estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos del HUCA.
- 2) Medir la prevalencia de estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos del HUCA.

3 Metodología

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio correlacional de corte transversal, ya que se pretende conocer hasta qué punto se relacionan el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento en una población determinada en un momento temporal puntual. A continuación, se amplía la descripción del tipo de estudio en función de los diferentes aspectos metodológicos:

- Según el control de la intervención, se trata de un estudio observacional, ya que la labor del investigador será la recogida de datos para la medición de variables y escalas, con carácter estadístico y demográfico, sin control del factor de estudio. Los estudios observacionales son prácticos y factibles, generalizables a poblaciones similares.
- Por la medición de las variables y la dirección del análisis, es un estudio transversal, puesto que las variables se medirán en un único momento. Los estudios transversales permiten estimar la magnitud y distribución de los fenómenos a analizar, permitiendo también el estudio de varias variables en un momento dado. Es un estudio correlacional y no analítico, ya que al medir las variables de forma simultánea no se puede justificar una secuencia temporal entre ellas y, por tanto, una relación causa-efecto.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Las personas que van a participar en este estudio son profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias que cumplan con los siguientes criterios de selección y exclusión.

- Criterios de selección:

- 1) Mayor de edad (tener 18 años o más en el momento de la realización del estudio)
- 2) Desempeñar su labor profesional en alguna de las siguientes categorías: enfermera o técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- 3) Estar en activo en el momento del estudio.
- 4) Haber leído y firmado el consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:

- 1) No completar correctamente los formularios.
- 2) Al finalizar el estudio se contabilizarán las pérdidas relacionadas con los criterios de inclusión y exclusión.

INSTRUMENTOS:

Para la recogida de la información se utilizarán tres instrumentos de evaluación autoadministrados, los cuales se entregarán en sobrecerrado al personal de enfermería de las UCI del HUCA, asegurándose el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos.

Para lograr los objetivos del estudio, los instrumentos que se emplearán son los siguientes:

1) ENCUESTA SOBRE VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y LABORALES

De elaboración propia y autoadministrada que recoge 12 variables para estudiar la relación con el síndrome de Burnout, en concordancia con otros estudios similares. Las variables sociodemográficas que se analizarán son: edad, sexo, estado civil, hijos, estudios y convivencia. Las variables laborales son: categoría profesional, años de experiencia laboral, años de experiencia en UCI, tipo de contrato, tipo de turno y otro trabajo o estudios.

2) CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY-HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

Para medir el Síndrome de Burnout se utilizará la versión española del cuestionario MBI para profesionales de la salud. Está formado por 22 ítems cuya respuesta se realiza mediante una escala tipo Likert de 7 opciones. El tiempo requerido para cumplimentarlo es de aproximadamente 15 minutos y la puntuación obtenida está entre 0 y 132 puntos, siendo el resultado directamente proporcional a la existencia de síndrome de Burnout. Este cuestionario tiene tres dimensiones por lo que la evaluación de los resultados también se hará de forma individual en cada una de ellas:

1) Agotamiento emocional: formada por 9 ítems, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las exigencias del trabajo. La puntuación máxima es 54 puntos y los resultados se clasifican en: bajo ≤ 18 , medio 19-26 y alto ≥ 27 .

2) Despersonalización: formada por 5 ítems, valora el grado de actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es 30 puntos y los resultados se clasifican en: bajo ≤ 5 , medio 6-9 y alto ≥ 10 .

3) Realización personal: formada por 8 ítems, valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal. La puntuación máxima es 48 puntos y los resultados se clasifican en: bajo ≥ 40 , medio 34-39 y alto ≤ 33 .

La presencia de Burnout es positiva cuando se combina una puntuación elevada en las dimensiones “Agotamiento personal” y “Despersonalización”, con una baja puntuación en la dimensión “Realización personal”.

Esta escala está validada internacionalmente y cuenta con alta consistencia interna (0.8) y unas fiabilidades que oscilan el 0.9 para el Agotamiento emocional, 0.79 para la Despersonalización y 0.71 para la Realización personal. Por todo ello, es la escala más empleada y aceptada para la investigación del síndrome de Burnout.

3) INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

En este estudio se utilizará la versión adaptada al castellano de Cano et al., que consta de 40 ítems y evalúa la situación estresante más reciente que se haya experimentado, el grado de utilización de estrategias de afrontamiento diferenciando entre:

- Estrategias de afrontamiento activas o dirigidas a la acción, como la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, la expresión de emociones y el apoyo social,

- Estrategias de afrontamiento pasivas o no dirigidas a la acción; como la evitación de problemas, los pensamientos ansiosos, la autocrítica y la retirada social.

Las calificaciones y baremos para este cuestionario son los siguientes:

- Resolución de problemas. Representado en los ítems: 01, 09, 17, 25 y 33, cuya suma tendrá por resultado: Baja (0-13), Media (14-15) y Alta (16-20).

- Autocrítica. Representado en los ítems: 02, 10, 18, 26 y 34, cuya suma tendrá por resultado: Baja (0-4), Media (5-6) y Alta (6-20).

- Expresión emocional. Representado en los ítems: 03+11+19+27+35, cuya suma tendrá por resultado: Baja (0-7), Media (8-9) y Alta (10-20).

- Pensamiento desiderativo. Representado en los ítems: 04+12+20+28+36, cuya suma tendrá por resultado: Baja (0-10), Media (11-12) y Alta (13-20).

- Apoyo social. Representado en los ítems: 05+13+21+29+37, cuya suma tendrá por resultado: Baja (0-9), Media (10-11) y Alta (12-20).

- Reestructuración cognitiva. Representado en los ítems: 06+14+22+30+38, cuya suma tendrá por resultado: Baja (0-9), Media (10-11) y Alta (11-20).
- Evitación de problemas. Representado en los ítems: 07+15+23+31+39, cuya suma tendrá por resultado: Baja (0-5), Media (5-6) y Alta (7-20).
- Retirada social. Representado en los ítems: 08+16+24+32+40, cuya suma tendrá por resultado: Baja (0-2), Media (3-4) y Alta (5-15).

PROCEDIMIENTO:

Para llevar a cabo este estudio se planificará la recogida de datos, tras la aceptación del comité de ética y el visto bueno de la coordinación del área de críticos del HUCA.

Debido a los turnos rotatorios de la población a estudio, la recogida de datos se prolongará durante tres semanas para intentar obtener el mayor número de participantes. Se entregarán las encuestas mencionadas en el apartado anterior, en un sobre cerrado que garantice la confidencialidad, el anonimato y también facilite el proceso.

Una vez finalizado el plazo de recogida de datos, se procederá al tratamiento de los mismos mediante el registro de las variables y las respuestas obtenidas para su análisis y estudio.

Los resultados obtenidos se compararán con estudios similares y se potenciará la difusión de los mismos, tanto en el propio servicio de la población de estudio como en medios de difusión sanitaria (publicación en revistas, colegio de enfermería, asistencia a congresos, etc.)

Se tendrán en cuenta las limitaciones del estudio relacionadas con los sesgos de selección y de medida.

4 Bibliografía

1. Medeiros-Costa ME, Maciel RH, Pereira do Rêgo D, Lucas de Lima L, Pinto da Silva ME, Freitas JG, et al. Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51.
2. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 2018;75(3):147-52.
3. Chuang C, Tseng P, Lin C, Lin K, Chen Y. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(50):e5629.
4. Aydemir O, Icelli I. Burnout: Risk Factors. En: *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working*. Springer, Boston, MA: Sabine Bährer-

Kohler; 2013. p. 119-43.

5. Vasconcelos EM de, Martino MMFD, França SP de S. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):135-41.

6. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar EG. Burnout syndrome in intensive care professionals: Relationships with health status and wellbeing. *Enferm Intensiva Engl Ed.* 2020;31(2):60-70.

7. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974;30(1):159-65.

8. Sanclemente I, Iñiguez Berrozpe T, Elboj C. La prevención del síndrome de burnout en la enfermería española. Revisión bibliográfica. *Nure Investig.* 2016;13(81):1-6.

9. Thomaé M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* 2006;153(1):18-21.

10. Schalk D, Bijl M, Halfens R, Hollands L, Cummings G. Interventions aimed at improving the nursing work environment: A systematic review. *Implement Sci.* 2010;5(1).

11. Casas J, Ramón Repullo J. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calid Asist.* 2002;17(4):237-46.

12. Felipe E, León B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy.* 2010;10(245-257).

13. Hernández-Mendoza E, Cerezo-Reséndiz S, López-Sandoval M. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2007;15(3):161-6.

14. Rubio L. Estrategias de afrontamiento: Factores determinantes e impacto sobre el bienestar en la tercera edad [Tesis doctoral]. [Granada]: Universidad de Granada; 2015.

15. Blanch Plana A, Aluja Fabregat A, Biscarri Gassió J. Síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) y estrategias de afrontamiento: un modelo de relaciones estructurales. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones.* 2002;18(1):57-74.

16. Cano F, Rodríguez L, García J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(1):29-39

Capítulo 130

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL RESTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

CRISTINA DONAIRE RIVERA

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

RAQUEL GARRIDO LOPEZ

MARTA MARÍN RUIZ

LAURA FLORES DECHADO

1 Introducción

El personal de enfermería en la sanidad pública es un profesional con una categoría muy específica de trabajo y con unas funciones muy concretas. Los enfermeros dependen de varios tipos de categorías profesionales, pero como figura más representativa de su responsabilidad va a ser el personal facultativo médico, espacialmente del área donde estén destinados. Él mismo le encargará funciones específicas que van relacionadas con las necesidades del servicio, y por tanto son asignadas justo en el momento en que hace falta. Además de estas funciones específicas, los enfermeros tienen otras generales que van relacionadas con varios de los apartados de trabajo, pero sobre todo con el espacio en el que esté destinado su servicio en ese momento. La relación que va a tener el personal de

enfermería con el resto de los profesionales de la salud va relacionada precisamente con esta característica a la que aludimos en este texto y que es sobre todo que en la sanidad el trabajo que se ejecuta se hace de manera conjunta. Igualmente, el modo de relacionarse profesionalmente entre las distintas categorías va a ir sobre todo marcada por las necesidades del área a la que estén adscritos, así como de las necesidades que les hayan sido encargadas en ese momento.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general la importancia de la organización entre los distintos profesionales de salud.

Relacionar dicha organización con las funciones que ejerce el personal de enfermería en el espacio hospitalario.

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 resultado hemos querido exponer cómo se produce la relación de los distintos profesionales de la salud entre ellos, especialmente de los enfermeros. Sobre todo teniendo en cuenta su organización y relación a través de un desarrollo de manera general en los centros hospitalarios. Para comenzar diremos que los profesionales de la salud necesitan el trabajo conjunto entre sus compañeros porque las distintas categorías que se encuentran trabajando de manera independiente no son igual de eficaces que si lo realizan de manera coordinada. Se hace necesario en el hospital que los distintos profesionales estén perfectamente coordinados para dar un servicio completo e íntegro a los pacientes, con independencia de sus cualidades intrínsecas, a sus condiciones de tipo económico o de cualquier clase que sean similares. Por otro lado, mencionar que el trato entre

enfermeros y el resto de personal debe de ser de ayuda y colaboración. Por ello, visualizamos que el enfermero debe de tener una relación directa y estrecha con el resto de los profesionales de la salud. El enfermero estará en contacto directo con el resto del personal, ya que ejerce parte de sus funciones relacionadas con el apoyo al trabajo de otras categorías profesionales. En este caso, el profesional de la salud enfermero es quién apoya a muchas de las categorías de trabajo y es por ello que debe de tener una buena relación con el resto de los trabajadores. La relación pretende también conseguir una buena comunicación entre las distintas especialidades de trabajo, a pesar de que sus funciones sean distintas. No obstante, con independencia de estas, los distintos trabajadores deben de seguir las normas de sus responsables que les aporta una relación jerárquica entre las distintas categorías de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones determinamos cómo la primera que en el sistema hospitalario público es fundamental las buenas relaciones que tengan los distintos profesionales de la salud, porque sus tareas se realizan en muchos casos de manera independiente. Los enfermeros deben de tener una comunicación y organización buena como para que todos los trabajadores tengan un mismo fin de ayuda al paciente. Por otro lado también, el personal de enfermería es una categoría profesional de gran importancia para el sistema de salud porque tiene unas funciones específicas, pero también por ser el apoyo aparte de los profesionales sanitarios donde estén destinados en el área hospitalaria. Añadiendo a esto que el personal de salud trabaja en muchos de los momentos de manera jerárquica.

6 Bibliografía

Sergio Galarreta, Martín Gracia. Técnicas y procedimientos de enfermería. Panamericana, 2018.

Capítulo 131

EL EMBARAZO ADOLESCENTE: CAUSAS DESARROLLO Y CONSECUENCIAS

LUCIA GARCIA MARIN

JORGE LÓPEZ-VILLALÓN GONZÁLEZ

ALBA CAMINO DEL RIO

ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN

ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Embarazo adolescente.

La Organización Mundial de la salud (OMS) define el embarazo adolescente como el que se produce en una mujer entre los 15 y 19 años de edad.

A nivel mundial, siete países concentran la mitad de todos los partos que se dan en la población adolescente: Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y Estados Unidos de América. Existen múltiples razones de tipo social, cultural, familiar, religioso, etc. que influyen en el embarazo en adolescentes y son diferentes en unas partes del mundo y en otras.

La ONG “Plan Internacional”, en su campaña “Girls Get Equal”, aporta cifras significativas sobre embarazos adolescentes, indican que:

- 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años de edad dan a luz cada año en el mundo, el 95% de estos nacimientos se producen en países en desarrollo y 3 millones de estas jóvenes se someten a abortos peligrosos.
- Estas madres adolescentes tienen el doble de probabilidad que las de más de 20 años de morir durante el embarazo y el parto y la tasa de mortalidad de estos neonatos es un 50% superior.

En general, en las sociedades occidentales, el embarazo adolescente se percibe como un problema y se entiende que una menor de edad no debe quedarse embarazada. Hay diversos factores negativos que se asocian con la maternidad adolescente: el descuido personal, la promiscuidad sexual, la marginación social, el fracaso escolar y la desestructuración familiar. La sociedad entiende que un embarazo adolescente es fruto de la inconsciencia, inmadurez o ignorancia ligadas a carencias educativas y socioculturales.

Embarazo no deseado.

El embarazo no deseado es un problema que no afecta solamente a la salud física, además tiene importantes consecuencias psicológicas y sociales en las jóvenes y sus familias.

Factores sociales y familiares

Hay factores sociales y familiares que influyen a la hora de que se produzca un embarazo no deseado.

- Nivel de estudios de la embarazada.

Adolescentes con niveles de estudios bajos, se asocian con una maternidad temprana, que cuando se produce, genera a su vez abandono escolar. Las jóvenes que tienen relaciones adecuadas en el hogar, un entorno educativo propicio y entornos favorables tienen menor probabilidad de embarazo.

- Estructura familiar de la joven embarazada.

En los embarazos adolescentes no planificados, la influencia de la familia de origen y las relaciones entre padres e hijos es un factor fundamental. Una de las causas de embarazo adolescente, es que las jóvenes presentan problemas familiares, buscan su identidad propia y se rebelan contra las normas establecidas, deseando sentirse adultas.

- Problemas relacionales dentro de la familia.

Hay mayor frecuencia de embarazos no deseados en jóvenes pertenecientes a familias con problemas de convivencia o violencia intrafamiliar.

Legislación en España.

El marco legislativo español que afecta al embarazo en edad adolescente es:

- En España, en el año 1978, con la publicación de la Ley 33/1978, de 16 de noviembre, se fija la mayoría de edad legal en 18 años (desde el año 1972 estaba en 21 años y, anteriormente, en 25 años). Con esta mayoría de edad, se reconoce a las personas la capacidad de actuar libremente bajo su propia responsabilidad civil, penal, política o de cualquier naturaleza.
- Sin embargo, desde el punto de vista sanitario, la mayoría de edad para tomar decisiones es de 16 años, según se establece en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
- En el año 2015, con la Ley Orgánica 1/2015, se modifica el Código Penal de 1995. En esta ley se establece la edad mínima de consentimiento sexual en 16 años (esto significa que, a partir de esta edad, el menor puede decidir si quiere o no mantener relaciones, incluso con personas adultas). Esta edad fue modificada de 13 a 16 años, con el fin de evitar abuso de adultos a menores.
- En la actualidad, está vigente la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y el Real Decreto 825/2010, de desarrollo parcial de dicha ley, que regulan los aspectos relativos a la interrupción voluntaria del embarazo.

Esta ley convierte la interrupción voluntaria del embarazo, en un derecho de la mujer, pues establece que “puede proceder, libremente y sin supervisión de terceros, a la IVE en las primeras 14 semanas de gestación, con solo dos requisitos previos, que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas y que haya un periodo previo de reflexión de 3 días desde la información a la práctica de la intervención “(artículo 14).

El Real Decreto 825/2010 regula el funcionamiento del comité clínico a que hace referencia el artículo 15, de la Ley Orgánica 2/2010. Que estará compuesto por un equipo multidisciplinar y establece que habrá al menos un comité clínico en cada Comunidad Autónoma.

2 Objetivos

El objetivo general del trabajo es:

- Describir el proceso evolutivo que sufre una adolescente al quedarse embarazada.

Como objetivo específico:

- Identificar las potenciales complicaciones en el embarazo adolescente

3 Metodología

El tipo de estudio realizado en este trabajo ha sido una revisión bibliográfica, sobre el embarazo adolescente. Se realiza la búsqueda de artículos y el análisis de los resultados que respondan a los objetivos planteados.

Bases de datos y fuentes documentales consultadas.

Las bases de datos y fuentes documentales utilizadas para realizar el trabajo han sido las siguientes: Medline. (Motor de búsqueda Pubmed), Medes, Scielo, Dialnet, Cinahl, Cuiden y Redalyc.

Para delimitar las palabras clave empleadas en este trabajo se emplearon los thesaurus, descriptores en ciencia de la salud (DeCs) términos en castellano y los Medical Subject Heading (MeSH) términos en inglés. Con los operadores booleanos AND.

4 Resultados

Tras la realización de las estrategias de búsqueda, se seleccionaron 4 artículos que cumplieran los criterios de inclusión.

Figueiredo et al. realizaron una evaluación las actitudes maternas durante el embarazo a 398 mujeres embarazadas, de las cuales 111(28%) tenían menos de 19 años a través de un cuestionario diseñado y un análisis multivariante de varianza (MANOVA). En los resultados del estudio se mostró que las adolescentes embarazadas presentaron una actitud menos positiva, una peor relación matrimonial y más actitudes negativas frente al embarazo, en comparación con las mujeres adultas embarazadas. Las mujeres primíparas, desempleadas y que vivían solas llevaron peor el proceso del embarazo y las jóvenes que tenían una educación superior mostraron una peor actitud hacia el embarazo y el bebe.

Las implicaciones y los cambios que se producen en la vida de las adolescentes durante su embarazo y futura maternidad también fueron descritas en el año 2017 por Álvarez-Nieto et al. a través de un estudio cualitativo realizado a 31 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 20 años, tanto en su periodo de embarazo como de postparto de Colombia y España. En los resultados del estudio, los autores realizan una comparación de los aspectos psicológicos y sociales asociados al embarazo en dos contextos diferentes. Desde el punto de vista de acompañamiento de la joven, se comprobó que, en algunos casos, la relación de pareja que existía antes del embarazo se rompió, por lo que la chica tuvo que afrontar el embarazo y la maternidad en soledad. En cuanto a la evolución que

experimentaron las adolescentes durante el embarazo, estos se ven englobados en diferentes ámbitos como los cambios físicos (aumento de peso, crecimiento de la barriga, náuseas, vómitos, etc.) sobre los que ellas tenían algunas ideas previas, pero no preveían otros cambios que se producirían en su vida social, laboral o de pareja durante el embarazo y la posterior maternidad. Asimismo, se observa que las jóvenes reconocen el gran cambio que se produce en su vida de adolescente con su embarazo y las nuevas responsabilidades que va a tener y que, en general, tienen la percepción de que se han saltado una etapa de su vida y de que deben realizar cambios en sus planes de futuro escolares o laborales. De la misma manera, también se observa que, generalmente, tampoco son conscientes de la carga económica que supone su maternidad para ellas y sus padres. En la parte positiva, los autores describen que con la figura del nuevo hijo se potencian valores como la fuerza, el sacrificio y el estímulo, lo que consigue motivar a las jóvenes para tener una vida mejor para ella y sus hijos.

En el año 2013, Cortes Castell et al. publicaron su artículo sobre la edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España y área Mediterránea en el que realizaron un estudio explicativo y retrospectivo de casos-control en el Hospital de la Universidad de Alicante. En la investigación se incluyeron todos los recién nacidos prematuros y los partos a término como grupo control, utilizando como variable independiente la edad de las mujeres y como variable dependiente la prematuridad. Los resultados mostraron un mayor riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer, en neonatos de madres adolescentes, con un 1'04% de Recién Nacidos Muy Prematuros (RNMP) (< 32 semanas) y un 5'72% de Recién Nacidos Prematuros (RNPT) (entre 32 y 37 semanas).

Karabulut et al. realizaron un estudio en el año 2013 denominado "Los resultados perinatales y factores de riesgo en embarazos adolescentes y de edad avanzada: comparación con mujeres en edad reproductiva normal". El estudio consistió en la clasificación en tres grupos de 5.882 embarazos. Los grupos que utilizaron los autores fueron: adolescentes menores de 20 años, mujeres mayores de 35 años y mujeres con rango de edad entre 20 y 35 años). El 5% de la muestra fueron embarazos adolescentes. Los resultados indican que la edad media de los embarazos adolescentes fue 18,5 años. La tasa de aborto espontáneo aumentó con la edad de las mujeres siendo un 14,5% en adolescentes y un 34,4% en edad reproductiva avanzada) del mismo modo el aborto inducido fue de un 2,7% en adolescentes y un 22,4% en edades avanzadas). El peso del recién nacido era menor en adolescentes, sin embargo no aumentaron los resultados perinatales adversos y la mortalidad perinatal en el grupo de adolescentes. La tasa de parto vaginal fue significativamente mayor en adolescentes y la tasa de cesáreas fue mayor en edad

avanzada. Las tasas de parto prematuro fue mayor en mujeres adolescentes y de edad avanzada (14.8% en adolescentes y un 15.5% en edades avanzadas). En los problemas gestacionales como la diabetes gestacional, hipertensión, sangrado y problemas neonatales son mayores en edad avanzada, aunque los problemas de hipertensión y diabetes gestacional también se mostraron en los embarazos adolescentes sin llegar a ser significativo.

5 Discusión-Conclusión

Las jóvenes que sufren un embarazo en la adolescencia, al no haber alcanzado su pleno desarrollo físico y mental, no están preparadas para asumir los cambios que se van a producir en sus vidas. Para activar correctamente el rol materno, es necesaria una actitud positiva de la joven, el apoyo de su entorno familiar y una estrategia de cuidados durante la gestación que tenga en cuenta estos factores. Determinados comportamientos de riesgo de las jóvenes, como las relaciones sexuales precoces, el desconocimiento o uso inadecuado de métodos anticonceptivos y el consumo de alcohol, tabaco o drogas, son factores asociados con los embarazos adolescentes. En la mayoría de los casos existe un déficit en información sobre sexualidad y anticoncepción, así como problemas sociolaborales. El país de origen y las diferencias culturales también generan percepciones diferentes hacia el embarazo por parte de las jóvenes. El mayor o menor apoyo del entorno familiar y de pareja influyen en el desarrollo del embarazo y posterior maternidad. Las jóvenes suelen depender económicamente de sus familias y se produce un aumento del abandono escolar, cambiando por completo sus planes de futuro. El hecho de que psicológicamente, la futura madre reaccione positivamente ante el embarazo, influirá en que se produzcan menos complicaciones físicas y mentales.

El embarazo adolescente supone un riesgo tanto para la madre como para el feto. Las complicaciones más habituales son un mayor riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer y, con menor porcentaje, la rotura prematura de membranas, infecciones genitourinarias, desgarro perineal o preeclampsia. En cuanto a la vía de parto, la cesárea es menor en las adolescentes que en las mujeres adultas. Realizando un buen control y seguimiento del embarazo disminuye el número y la gravedad de las posibles complicaciones

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). El embarazo en la adolescencia. [Internet]. [cited 2022 Sep 20].Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Plan Internacional. Campaña “Girls Get Equal”. [Internet]. 2018. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://plan-international.es/por-ser-nina/campana/embarazo-adolescente-0>
3. Gutiérrez J. Cordero AL. Gentile A. Platero L. Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. ADOLESCERE. [Internet].2019. [cited 2022 Sep 22]; 7(1):39-47. Available from : http://www.alogiaonline.org/images/Embarazo_y_Maternidad_Adolescente_dede_Perspectiva_Social.pdf
4. Nakandakari M. De la Rosa D. Jaramillo J. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes. Rev cuerpo med. [Internet]. 2013.[cited 2022 Sep 23];6(3):33-36.Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4687235>
5. Márquez M^aC .Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. Margen.[Internet].2011.[cited 2022 Sep 23]; 61:1-3.Available from: <http://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>
6. Real Decreto Ley 33/1978, de 16 de noviembre, sobre mayoría de edad.[Internet]. [cited 2022 Sep 24].Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-28627>
7. Real Decreto Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.[Internet]. [cited 2022 Sep 25].Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
8. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo.[Internet]. [cited 2022 Sep 25].Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3439
9. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. [cited 2022 Sep 26].Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
10. Real Decreto 825/2010, de 25 de junio.[Internet]. [cited 2022 Sep 26].Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-10153>
11. Figueiredo B. Tendais I. Dias C. Maternal Adjustment and Maternal Attitudes in adolescent and Adult pregnant women.ELSEVIER.[Internet].2014.[cited 2022 Sep 27];1-8.Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpap.2013.09.014>
12. Álvarez- Nieto C. Grande-Gascón L. Linares-Abad M. Ojeda AC. Análisis del embarazo adolescente: miradas cualitativas a los casos de Bucaramanga y Jaén .Matronas Prof. [Internet].2017.[cited 2022 Sep 27]; 18(2):51-

59. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-embarazo-adolescente.pdf>

13. Castell E. Baeza M. Cordero MJ. Guillen V. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean área. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013. [cited 2022 Sep 27]; 28(5):1536-1540. Available from: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6500.pdf>

14. Karabulut A. Ozkan S. Bozkurt AI. Karahan T. Kayon S. Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: comparison with normal reproductive age women. *Journal of Obstetric and Gynecology* [Internet]. 2013. [cited 2022 Sep 28]; 33:346-350. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01443615.2013.767786?journalCode=ijog20>

Capítulo 132

MANEJO DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O PORT-A-CATH® POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

NOELIA RODAS MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ

MARINA MUÑOZ ABELLÁN

1 Introducción

Actualmente hay un creciente uso de los catéteres venosos centrales de larga duración, debido al aumento de las enfermedades crónicas, como las enfermedades oncológicas, ya que muchos pacientes necesitan un acceso venoso largos periodos de tiempo y así poder administrarles pesados tratamientos, para el afrontamiento de esas enfermedades. Los profesionales de enfermería tienen una función muy importante para proporcionar su implantación y los cuidados necesarios que sean buena calidad, para ello es imprescindible que los profesionales reciban formación evitando de esta manera complicaciones innecesarias y los pacientes se sientan más seguros.

El reservorio venoso subcutáneo o Port-a-Cath es un catéter central que proporciona un acceso venoso central, de implantación quirúrgica con anestesia, gen-

eralmente torácica con técnica tunelizada que se sitúa por debajo celular subcutáneo a través de las venas yugular o subclavia.

Aunque a veces debido a complicaciones del circuito venoso, se tienen que utilizar otras zonas anatómicas menos habituales, como la inguinal o la abdominal. Incluso puede ser colocado en extremidades utilizando la vía cubital.

El reservorio subcutáneo tiene algunas ventajas como son; reducir las molestias asociadas a punciones repetidas o a la incomodidad de un catéter externo, facilitar tanto la extracción de muestras de sangre, como la administración de medicamentos, productos sanguíneos.

2 Objetivos

- Describir los cuidados y utilización del reservorio venoso subcutáneo o Port-a-Cath por el personal de enfermería.
- Prevenir y evitar las complicaciones relacionadas con la mala utilización del Port-a-Cath.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. La búsqueda de información se ha efectuado en Google Académico y para ello se han utilizado las siguientes palabras claves: Enfermería, cuidados, catéter reservorio. El idioma utilizado es el español.

4 Resultados

El personal de enfermería es el encargado del cuidado y mantenimiento una vez implantado el Port-a-Cath, dentro de estos cuidados destacan los siguientes:

- Utilizar técnica estéril, es decir trabajar con las máximas condiciones de asepsia en toda manipulación del reservorio.
- Siempre se manipulará todo el material por debajo de la altura del corazón y cerrar la pinza cuando no se esté administrando medicación.
- En toda la técnica trabajar intentando evitar la excesiva presión sobre el catéter tanto al administrar medicación como al extraer sangre.
- Salinizar con 5 o 10 cc de suero salino en caso de tratamiento intermitente tras cada uso y rutinariamente cada 12h.

- Cada 72 horas se cambiarán todo el sistema mediante técnica estéril y anotar la fecha en un lugar visible.
- En caso de punción venosa hay que eliminar el sellado desechando de 5-10 cc de sangre.
- Sellado con heparina cuando los catéteres no se vayan a utilizar en tiempo prolongado una vez al mes.
- Aplicar Betadine o Clorhexidina en el punto de inserción.
- Cambiar el apósito cada 48h o siempre que esté sucio o despegado, además de el gripper o aguja cada dos semanas.
- No utilizar antibióticos tópicos o cremas en el lugar de inserción, ya que pueden provocar resistencia microbiana e infecciones por hongos.
- Colocar una gasa entre la piel y el cuerpo de la aguja gripper para evitar decúbitos.

COMPLICACIONES que suelen aparecer tras el uso de cateter Port-a-cath y que se deberían evitar son las siguientes:

- Embolia aérea: Se ocasiona por no clampar el lumen cuando se manipula el catéter. Las válvulas bidireccionales ayudarían a evitar este problema. También puede ocurrir por la mala irrigación del mismo.
- Trombosis: Si aparece un trombo en el extremo del catéter, aunque también se puede encontrar el trombo en cualquier otro punto de la vena por donde pase el catéter.
- Rotura o desconexión del catéter: Es ocasionado por pinchar fuera del reservorio y dañarlo con la aguja o al ejercer demasiada presión al infundir sustancias. Se recomienda utilizar jeringas mayores a 10cc si se va a infundir sustancias en bolo.
- Obstrucción: Puede ser parcial (se puede infundir, pero no extraer) o completa. Puede ser porque la punta del catéter está situada contra la pared del vaso, acodamiento del catéter, por fibrina o por un coágulo.
- Infección: Aparecerá inflamación y dolor al palpar el reservorio. También puede aparecer enrojecimiento de la piel, calor y prurito en la zona afectada o supuración purulenta al pincharlo.
- Rechazo del catéter: Ocurre debido a una reacción alérgica al material con el que está hecho el catéter.
- Hematoma y dolor en la zona de implantación: Se produce debido a la técnica tunelizada percutánea tras la inserción. A los pocos días tras la implantación se resuelve.
- Extravasación: Se produce cuando el Gripper® que se pone es demasiado corto y con los movimientos se sale del portal.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones más importantes del personal de enfermería en relación con el uso del catéter son el mantenimiento, curación, manipulación en la infusión de medicamentos, extracción sanguínea, el correcto registro del catéter y la programación de todos los cuidados.

Además impartirá educación para la salud sobre el dispositivo Port-a-Cath al paciente y sus familiares. Es decir se encargará de enseñar a los pacientes todos los cuidados necesarios y señales de alerta para prevenir y evitar posibles complicaciones, con todo ello se reducirá la ansiedad y aumentará la seguridad de los pacientes.

Para mejorar la calidad de los cuidados es importante una buena formación de los profesionales de enfermería y para ello la elaboración de protocolos de actuación con las últimas recomendaciones basadas en la evidencia.

6 Bibliografía

1. González Álvarez M.T, Alcañiz Mesas A.I, Muñoz Serrano M.T. Manejo y cuidado del reservorio subcutáneo port-a-cath®. [Internet]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a66ad933577ac111f1466b0eede53e80.pdf>
2. CONEJO CARIDAD R, Cateter Venoso Central con Reservorio Subcutáneo [Internet]. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/xap_vigo/publicacions/DocumentacionTecnica/Protocolo%20de%20reservorio%20subcutaneo.pdf
3. Aragón Suárez D, Martínez Casas N, Aragón Suárez M. L. Reservorio port a cath procedimiento y cuidados de enfermería. 2015. [Internet]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencia>

Capítulo 133

ENFERMERÍA EN LA INTERVENCIÓN DE UNA ARTOPLASTIA TOTAL DE CADERA

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

MARINA BARROSO MUÑOZ

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La artroplastia total de cadera está considerada una intervención de coste efectivo para poder disminuir el dolor, trata de mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes que sufren esta patología de carácter degenerativo o inflamatorio de la cadera.

La mayoría de los sistemas son en la actualidad modulares y la fijación que tienen los componentes de la prótesis del hueso puede conseguirse a través de dos técnicas diferenciadas, una de ellas es la cementación y otra la osteointegración. Los vástagos que se encuentran cementados, tanto como los que no, se pueden considerar un patrón de oro para conseguir una supervivencia a largo plazo; no obstante, las técnicas que no son cementadas se consideran hoy en día el método de preferencia en la mayoría de los reemplazos acetabulares. En la actualidad la

superficie de carga con un par de la fricción metal-polietileno que se entrelaza es la más utilizada. El paciente necesita de ingreso hospitalario por varios días, ingresando el día de la intervención para posteriormente iniciar la recuperación, tendrá que realizar rehabilitación en el domicilio para poder incorporarse a la vida diaria.

La mayoría de complicaciones después de una ATC son infrecuentes, y pueden ser prevenidas y tratadas fácilmente.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es explicar la realización de una artroplastia a través de un caso clínico contado por el equipo de enfermería

3 Caso clínico

Josito tiene 71 años, en la consulta de traumatología se le hace seguimiento hace años por artrosis degenerativa en la cadera izquierda, tiene un tratamiento conservador hace 6 años en el que va incrementando el nivel de analgésicos, ya tiene una importante disfuncionalidad y necesita de muleta para la deambulaci3n. Se decide incluirle en la lista de espera quir3rgica del servicio de traumatología con un estado preferente, a los dos meses se le llama para realizar una consulta con el anestesista previa realizaci3n por la enfermera de electrocardiograma que es normal, tambi3n se le realiza una analítica con los valores normales y se le emplaza a la realizaci3n de pruebas cruzadas para el ingreso en los dos días posteriores. Josito ingresa el día indicado en ayunas en la planta de traumatología, en la planta se le prepara para quir3fano, se le coge dos vías, una con tres luces y otra por si fuera necesario una transfusi3n y se le conduce a quir3fano.

Ya en quir3fano se decide que la anestesia sea general porque el cambio de la prótesis va a ser completo y por la colocaci3n de la misma, el procedimiento de quir3fano recibe un tratamiento habitual y tras recibir dos bolsas de transfusi3n por perdida de sangre y cierre de la incisi3n tras la colocaci3n correcta y realizaci3n de radiografías por parte del técnico se cerciora que la prótesis es correcta y se conduce a planta para su recuperaci3n.

Al día siguiente de la operaci3n se realiza una placa de comprobaci3n y se inicia la bipedestaci3n de forma normalizada, en breve y ayudado por un andador puede empezar a dar pasitos cortos y firmes hasta su recuperaci3n que debe terminar en casa.

4 Discusión-Conclusión

La colocación de una prótesis de cadera completa se puede hacer con vastado o sin él, y los vástagos tienen medidas según el tamaño del fémur del paciente, esto es de total recomendación explorar el tamaño tanto en longitud como en grosor porque va a ser la base de la sujeción del fémur que se une a la articulación que se coloca por lo que debe ajustarse.

Recomendaciones varias y básicas como no sentarse en sitios bajos, utilizar un punto de apoyo en edades avanzadas, no levantar la rodilla por encima de la cadera que ha sido operada y poder incorporarse a la vida diaria.

5 Bibliografía

Pagès, E., Iborra, J., & Cuxart, A. (2017). Artroplastia de cadera. Rehabilitación, 41(6), 280-289.

Capítulo 134

CASO CLÍNICO EXPUESTO POR ENFERMERÍA DE BIPOLARIDAD TIPO I

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

MARINA BARROSO MUÑOZ

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El trastorno bipolar está considerado una enfermedad psiquiátrica en la que consiste en una alteración de carácter cíclico y recurrente con un estado del ánimo, se divide entre episodios estados de depresión, compaginando la manía y episodios mixtos.

En la quinta edición del manual de diagnóstico de la Asociación de diagnóstico, se ha dividido los distintos trastornos del ánimo en depresivos y también en bipolares; los bipolares se han clasificado en: Trastorno bipolar de tipo I, Trastorno Bipolar tipo II y ya en este manual se han eliminado los Trastornos Ciclotímicos y un tipo de Trastornos no especificados.

El criterio que se usa para realizar el diagnóstico es que se valora la presencia de manía o también de hipomanía, que se alterna con episodios de depresión.

Estos episodios suelen estacionarse con las estaciones del año, coincidiendo los cambios con otoño y primavera en el 50% de los casos referenciados.

El manejo psicofarmacológico de forma adecuada, más una psicoeducación del paciente y sobre todo de su entorno familiar, es lo que se considera más importante para poder recibir un tratamiento y una calidad de vida para el futuro del paciente en el que pueda incorporarse a un trabajo siempre controlando la medicación.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar como funciona uno de los tipos de trastorno bipolar a través de un equipo de enfermería mediante la exposición de un caso clínico.

3 Caso clínico

Nati tiene 30 años, acude a la consulta de psiquiatría derivada por un episodio que sucedió en casa el otro día y que ha relatado a su médico de atención primaria, por lo que ha decidido su derivación al especialista.

Nati siempre ha sido una persona muy rara, según refiere su marido, que la conoce de toda la vida porque son vecinos, ha sido una persona peculiar, se ha manifestado siempre por temporadas largas de ánimo bajo y de euforia mantenida por periodos cortos de tiempo. En la familia siempre han pensado que era igual que su madre que murió jovencita que se suicidó, siempre tiene un carácter de tristeza de base, pero de vez en cuando es capaz de solucionar mucho en el negocio familiar que se dedica a la venta y el marketing, de hecho en la época de su ánimo arriba las cifras de venta se ven muy aumentadas. Hasta el momento la convivencia se la han tomado como normal, pero el otro día sufrió un episodio de manía que fue muy incómodo en la empresa, para su marido y para los trabajadores, asustándose mucho hasta la propia Nati después del suceso, no recordando nada de lo que había pasado. Ante los hechos y signos del proceso referenciado a Nati se la diagnostica un trastorno bipolar y se la pauta un tratamiento mixto de inmediato con mediación que debe de cumplir con vigilancia de su marido en todas las épocas, bien se encuentre con euforia o triste o también cuando se encuentre recaída. Debe de acudir de forma regular y constante a las terapias que debe de realizar de forma individual y conjunta con la familia.

4 Discusión-Conclusión

Este trastorno puede pasar desapercibido durante muchos años y si no ocurren episodios de manía puede ser que no se diagnostique nunca la enfermedad, considerándolo como una depresión mayor y llamando a las épocas de manía, el estado normal en él se comportaría la persona cuando no tiene depresión.

La necesidad de un tratamiento mixto en el que hay que implicar a la familia en un control y acompañamiento a las terapias es imprescindible para poder mantener un control sobre esta y para que no aparezcan nuevos brotes y avance la enfermedad y deteriore cognitivamente al enfermo y a la familia.

5 Bibliografía

Jara, M. L., Lana, K. L., Schneider, L. S., & Torres, K. E. L. (2018). Trastornos bipolares. Revista de posgrado de la vía catedra de medicina, 177, 22-24.

Capítulo 135

EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE EXPUESTO MEDIANTE UN CASO CLÍNICO POR ENFERMERÍA

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

MARINA BARROSO MUÑOZ

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los criterios diagnósticos del último manual de diagnóstico de enfermedades psicopatológicas para hacer un diagnóstico del trastorno negativista desafiante tiene como obligatoriedad requerir cuatro o más síntomas que puedan manifestarse al menos durante seis meses seguidos. Los síntomas pueden presentarse en un nivel más elevado a lo que se espera en los individuos que tienen una edad y un nivel de desarrollo similar, pueden tener un impacto negativo en todo el área social, educativa y en otras importantes para el desarrollo vital. Para la realización del diagnóstico de este trastorno, primero tiene que excluirse la presencia de un trastorno de la conducta. La CIE-11, que es otro manual de diagnóstico, tiende a destacar como características claves de este trastorno un patrón que es persistente en la

conducta de forma provocativa, hostil con rebeldía, y con un bajo umbral de respuesta ante los estímulos emocionales. El trastorno negativista desafiante es un trastorno que es relativamente frecuente en la infancia, teniendo una prevalencia que puede llegar al 10%. No obstante, se pueden hacer estimaciones de prevalencia que pueden variar de distintos factores como las fuentes de información, el tipo de resultados de los estudios o si cumplen todos los criterios del trastorno de la conducta. El trastorno negativista desafiante se puede considerar significativamente más frecuente en los varones que en las niñas. Los síntomas pueden ser relativamente estables entre los cinco y los diez años de edad, aunque se tiende a desaparecer a partir de esa edad. El trastorno negativista desafiante se puede diagnosticar con mucha menos frecuencia en los niños mayores, por la parte que se tiene para evitar la etiqueta de patológica en la desavenencia de la normativa y que se puede producir entre los niños y la de sus padres durante la época de la adolescencia.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar esta psicopatología por un equipo de psicología para un mayor conocimiento al respecto.

3 Caso clínico

Iván es un niño de 17 años, le queda un mes para cumplir los 18, dice que viene obligado por su madre a la consulta de infantojuvenil de psiquiatría de su hospital de referencia y que en cuanto cumpla los 18 no va a venir más, refiere que no necesita ayuda de ningún loquero de ningún tipo y que no tiene ningún problema, que lo que está es harta de su madre y que no la aguanta, es una pesada, todo el día está recriminando que recoja la habitación y todo el día mandando cosas.

En una entrevista posterior con la madre, esta cuenta que está separada y que el comportamiento del niño siempre ha sido difícil, pero desde que cumplió los 16 años y acabó la ESO se ha vuelto insoportable, a todo es una negativa, habla con desprecio, llega tarde a casa, nunca hace las tareas que se le manda en casa, no le gustan sus amigos, no cumple horario, no acude a las reuniones familiares y su comportamiento en el ciclo formativo al que está acudiendo es malísimo, la mitad de los días no acude a clase y cuando acude se comporta mal, se duerme no atiende o contesta a los profesores por lo que ya le han expulsado varias veces, su madre dice que no sabe qué hacer con él y dice que lo ha traído a la consulta antes de cumplir los 18 porque dice que después se va a negar y que va a ser imposible.

A Iván se le propone una serie de pautas y de premios por comportamientos a los que inmediatamente se niega y no vuelve a acudir a la consulta.

4 Discusión-Conclusión

El problema más grave que tiene este tipo de trastorno es que parte de la negación que sufren, lo hacen también en reconocer que sufren de una falta de control de impulsos que puede ser solucionable con medicación y acudiendo a terapia cognitiva conductual. Si no existe disposición de mejorar por parte del afectado, el iniciar el tratamiento es la parte más dura de esta psicopatología porque se demora como en nuestro caso clínico hasta la mayoría de edad y cuando ya los padres acuden a consulta la situación se vuelve insostenible y las soluciones son escasas y drásticas.

5 Bibliografía

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & De la Peña, F. (2020). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: Secretaría de Salud, © Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado el, 23.

Capítulo 136

UTILIZACIÓN DE REMDESIVIR ANTE LA INFECCIÓN POR SARS-COV2

MARÍA INÉS JIMÉNEZ LÓPEZ

ANGELA VILLALBA REOLID

DAVID MARÍN MARTÍNEZ

GEMMA GARCÍA SIMARRO

JORGE VICO SÁNCHEZ

1 Introducción

Hoy en día, en el tratamiento de pacientes hospitalizados con COVID-19 está en uso: remdesivir, tocilizumab y dexametasona (el único con el que se ha relacionado con la reducción de la tasa de mortalidad).

Primero de todo, cuando hablamos de Remdesivir, debemos aclarar que hacemos referencia a un medicamento antiviral que se utilizó para la enfermedad del virus del Ébola y que ha demostrado actividad frente al SARS-CoV-2. Se trata de un análogo de nucleótidos similares que interactúan con la replicación o polimerización del ARN del virus; es decir, interfiere en la replicación y multiplicación del virus.

En la actualidad, el Rendesivir, se trata de una fórmula que viene para administrarse en forma de perfusión del medicamento Veklury, el cual está indicado para

adultos y niños; no obstante, con un peso mínimo de 40 kg y mayores de 12 años, que tengan neumonía y que además que precisen de oxigenoterapia.

Según la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, no se ha demostrado una suficiente eficacia frente al Covid-19, por ahora la información y evidencia obtenida es muy limitada. En algún estudio clínico se demuestra que se ha reducido el tiempo de recuperación en comparación con los que recibieron placebo u otros medicamentos.

Su uso está recomendando en un máximo de 5 días de duración y contraindicado en pacientes COVID con síntomas leves.

2 Objetivos

- Conocer el uso del fármaco Remdesivir y su aplicación en la infección por SARS-CoV-2.
- Actualizar conocimientos sobre el medicamento.
- Conocer ventajas e inconvenientes de su aplicación, así como su eficacia.

3 Metodología

Revisión bibliográfica efectuada en diferentes bases de datos; entre las utilizadas han sido PubMed, Scielo y Portal evidencia.

Las palabras clave utilizadas han sido: Remdesivir, SARS-CoV-2, antivirales, tratamiento.

Se han empleado criterios de inclusión y exclusión. Dentro de los criterios de inclusión podemos encontrar:

- Entre el 2017 hasta la actualidad.
- Textos en castellano e inglés.
- Textos completos.
- Artículos que hagan referencia a pacientes hospitalizados.

Y entre los criterios de exclusión tenemos:

- Textos incompletos.
- Artículos con fecha anterior a 2005.
- Estudios que no hacían referencia al virus SARS-CoV-2.

Hemos de decir que dada la poca evidencia estudiada se han aceptado la mayoría de los artículos obtenidos. Han sido sobre unos 6 artículos dentro de los cuales podemos sacar ciertas conclusiones, así como una comparación con el resto de medicación utilizada con el fin de reducir la mortalidad por COVID-19.

4 Resultados

Tras la búsqueda realizada, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, el total de artículos seleccionados ha sido de 6 en total.

En primer lugar nos quedamos con artículos explicativos sobre la sintomatología que produce el Coronavirus, así como los diferentes tratamientos posibles.

Los pacientes con COVID-19 normalmente comienzan con la manifestación de síntomas tipo viral que van desde una infección leve del tracto respiratorio superior (faringitis) hasta tracto respiratorio inferior (tos, fiebre), también aparecen síntomas semejantes a los de la gripe (fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, mialgias) o gastroenteritis. También se ha objetivado usualmente pérdida del gusto y del olfato.

La disnea, si se desarrolla, tiende a ocurrir entre 4 y 8 días desde el inicio de los síntomas, aunque puede ocurrir tras 10 días.

La enfermedad grave se caracteriza por hipoxia (disminuye la saturación de O₂) con necesidad de oxigenación o soporte ventilatorio.

Por otro lado, tenemos los artículos donde nos indican el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2, que por el momento se dispone de escasos ensayos clínicos que permitan realizar recomendaciones basadas en la evidencia.

En este escenario, la toma de decisiones debe seguir las recomendaciones de las autoridades sanitarias, basadas siempre en la evidencia disponible.

Entre las diferentes modalidades de aplicación terapéutica, tenemos las indicadas para tratar los síntomas junto con las medidas de higiene e hidratación; es decir, incluyen antipiréticos y analgésicos para la fiebre, mialgias y los dolores de cabeza.

Por otro lado tenemos la tos persistente que causa malestar e insomnio y puede tratarse con un antitusígeno como el dextrometorfano.

Y por último, y donde reside el objetivo del trabajo, se trata del uso reciente de Remdesivir; desde hace poco tiempo está abierto el acceso a este fármaco como uso para pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 y enfermedad grave (neumonía y aporte de oxígeno suplementario de bajo flujo). Posteriormente, el Ministerio de Sanidad, recomendó el uso de remdesivir para tratamientos con una duración máxima de 5 días, pudiéndose aplicar en 3 días.

El Remdesivir se administra una primera dosis de carga el primer día en perfusión en unas horas y los siguientes días en menos tiempo.

Después hay variables al tratarse de una afección grave, donde entran en juego

tanto Remdesivir, Tocilizumab y dexametasona, como el uso de antibioterapia ante la sospecha microbiana, así como los mencionados anteriormente para la reducción de la respuesta inflamatoria.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias de las que se disponen hoy en día para el manejo de los pacientes afectados por COVID-19 son reducidas.

- Se debe hacer y aplicar tratamiento sintomático a los pacientes que tengan sospecha o infección por coronavirus.
- Para aplicar un tratamiento específico para el SARS-CoV-2 se requiere confirmación diagnóstica, siendo el más recomendado remdesivir, tocilizumab y dexametasona.
- El único medicamento permitido en Europa se trata del Remdesivir; con indicación en base a los resultados que objetivan una mejoría clínica más rápida, pero solo en afecciones más graves, pacientes que requieren oxigenoterapia.
- Ahora mismo, todo lo referente a farmacología y tratamiento de COVID-19 es experimental, lo que supone explicar y enfatizar el reto de contrapesar el riesgo-beneficio para nuestros pacientes en perspectiva de desarrollar acciones de seguridad para el paciente. La pandemia por infección por COVID-19 ha sido, y es, una ocasión para mejorar la educación sanitaria de la población, donde se debe promocionar el uso adecuado de los medicamentos para garantizar que se utilicen de manera eficiente.

6 Bibliografía

1. Cohen P., Blau J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Outpatient evaluation and management in adults. Uptodate® 2020 [consultado 9 de septiembre de 2020]. Disponible en: www.uptodate.com.
[Google Scholar] [Ref list]
 2. Ministerio de Sanidad. Protocolo farmacoclínico del uso de remdesivir (veklury®) en el tratamiento de la enfermedad por COVID-19 en el Sistema Nacional de Salud [consultado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/valtermed/docs/20200908_Protocolo_farmacoclinico_remdesivir2.pdf.
[Ref list]
- OMS. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [consultado 11 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/>

29-06-2020-covidtimeline.

[Ref list]

3. AEMPS. Tratamientos disponibles sujetos a condiciones especiales de acceso para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2 [consultado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid>

%e2%80%91119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/?lang = en. [Ref list]

4. Covid-19: remdésivir (Veklury) autorisé dans l'Union européenne, avec beaucoup d'incertitudes et d'inconnues. Prescrire 2020 [consultado 15 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.prescrire.org/fr/203/1845/58853/0/PositionDetails.aspx>.

[Ref list]

5. Siemieniuk R.A., Bartoszko J.J., Ge L., Zeraatkar D., Izcovich A., Kum E. Drug treatments for covid-19: living systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2020;370:m2980. Epub 2020 Jul 30. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]

Capítulo 137

RELACIÓN ENTRE EJERCICIO FÍSICO Y EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA INMACULADA NUÑEZ LÓPEZ

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ MARTÍNEZ

MARINA MUÑOZ ABELLÁN

NOELIA RODAS MARTÍNEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, en estos últimos años el personal sanitario, concretamente el personal de enfermería, ha sufrido trastornos de ansiedad debido a la presión asistencial y estrés laboral sometido por la pandemia de la Covid 19.

Algunos de los factores más destacados que están causando ansiedad en el personal de enfermería son los siguientes: El estrés continuo al que se ven sometidos los enfermeros por la exigencia de la demanda, el afrontamiento de situaciones difíciles como en el final de la vida de los pacientes y no poder hacer nada por ellos, frustración por no poder atender a los pacientes por falta de tiempo, personal y recursos, por la violencia a la que se está sometido, la falta de reconocimiento a nivel social y el trabajo a turnos.

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos de ansiedad se caracterizan por: “Un miedo y una preocupación excesivos y por trastornos del comportamiento conexos, los síntomas pueden ser tan graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes”.

Aunque estos síntomas pueden ser muy variables en las personas, los más destacados son los siguientes: Dolor de espalda o cuello debido a la presión ejercida por la tensión acumulada, Cefaleas continuas, leves o crónicas, taquicardia, vértigos o mareos, sensación de miedo o pánico, molestias digestivas, mal humor, problemas sexuales, negatividad, insomnio, pérdida de memoria incluso ideas de muerte o suicidio.

2 Objetivos

- Descubrir cómo influye la realización del ejercicio físico en el trastorno de la ansiedad en el personal de enfermería.
- Conocer los beneficios del ejercicio físico y el deporte sobre la ansiedad en el personal de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática, se ha consultado en buscador como Google Académico y bases de datos como Scielo y medline. Se han seleccionado artículos publicados en español. Se han utilizado las siguientes palabras clave: Enfermería, Ejercicio físico y Ansiedad.

4 Resultados

La OMS ha realizado varios estudios donde se indica que la actividad física y el deporte pueden ayudar a combatir la ansiedad, además de mejorar nuestra vida en general.

Algunas de medidas preventivas y estrategias de afrontamiento ante la ansiedad más destacadas son; la aceptación de que se está sufriendo ansiedad, descarga de emociones y sentimientos, realizar técnicas de relajación y lo más importante y tema central de este estudio como son los hábitos saludables sobre todo la realización de ejercicio físico.

La Real Academia Española define deporte como “actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas” además de “recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo común al aire libre”.

Los beneficios más destacados del ejercicio físico son:

- Genera neurotransmisores: El deporte genera en el cerebro, la segregación de unas sustancias químicas llamadas neurotransmisores, como las endorfinas, la serotonina, la dopamina y la acetilcolina. Todas estas moléculas son las llamadas moléculas de la felicidad.

La serotonina ayuda a regular el estado de ánimo, la dopamina se encarga de regular la motivación, la atención o la memoria y la acetilcolina ayuda a prevenir el daño neurológico.

- Produce entretenimiento y evita preocupaciones al despistar la mente.

- Ayuda a gestionar emociones negativas, por ejemplo la ira.

- Aumenta motivación y la autoeficacia.

- Aumenta la autoestima, ya que el deporte ayuda a estar en forma.

- Mejora la calidad del sueño.

- Aumenta las relaciones sociales.

Esteso De La OSA, a través del análisis que hizo en su estudio, determinó que existe una gran cantidad de estudios que demuestran la reducción de la ansiedad gracias a la realización del ejercicio físico.

Además añadió que el ejercicio físico a medio plazo, puede disminuir algunos síntomas leves a moderados de ansiedad y también que las personas que realizan ejercicio físico con un bajo nivel de actividad física puede aumentar de hasta un 32% en la posibilidad de padecer trastornos de ansiedad.

También se demostró, que dentro de los tipos de entrenamientos, que es más adecuado y beneficioso el ejercicio de entrenamiento aeróbico que el entrenamiento de fuerza o condición anaeróbica para reducir la ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de ansiedad en el personal de enfermería son un problema para la salud pública, ya que han ido en aumento estos dos años atrás, debido a la pandemia de la COVID-19.

Los trastornos de ansiedad se ha demostrado que producen un desgaste y una angustia en los profesionales que disminuye su calidad de vida, por lo que va a repercutir en su rendimiento, en la atención y cuidados que proporcionan a los pacientes.

Según los estudios encontrados hay una relación entre la realización del ejercicio físico y la ansiedad, ya que se ha demostrado que el ejercicio físico produce la reducción de los niveles de ansiedad y, por tanto, la mejora de la salud mental. Entre los beneficios del ejercicio físico sobre la ansiedad estudiados encontramos; ayuda a producir neurotransmisores encargados de un mejor estado de ánimo, a gestionar mejor las emociones negativas, aumenta la autoestima, a mejorar nuestra calidad del sueño y a mejorar nuestras relaciones sociales.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es
2. European School Health Education. La ansiedad en el personal de enfermería. [Internet]. Disponible en: <https://www.esheformacion.com/blog/5/la-ansiedad-en-el-personal-de-enfermeria>
3. Organización Mundial de la salud. OMS. Trastornos mentales. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
4. Esteso De la Osa, A. León-Zarceño, E. (2022). Ejercicio físico en trastornos de ansiedad: una revisión. *Revista de Investigación Cuerpo, Cultura y Movimiento*, 12(1). <https://doi.org/10.15332/2422474X.7067>
5. Gallego Francisco, Y. Trastorno de ansiedad y abordaje de enfermería. [Internet]. Disponible en: <https://revistamedica.com/ansiedad-abordaje-enfermeria/>

Capítulo 138

EL ESQUELETO AXIAL Y SUS PATOLOGIAS

MARIA MENÉNDEZ SEVILLANO

1 Introducción

El ESQUELETO AXIAL está formado principalmente por:

- LA CAJA TORÁCICA.
- LA COLUMNA VERTEBRAL.

Las FUNCIONES DEL ESQUELETO AXIAL son:

- Mantenimiento de la postura.
- Soporte del peso corporal.
- Amortiguación.
- Locomoción.
- Movilidad.
- Protección del Sistema Nervioso Central.

LA COLUMNA VERTEBRAL

Es una estructura dinámica y flexible que proporciona sostén y sirve como envoltura protectora de la médula espinal.

- Está formada por huesos separados o vértebras conectadas entre sí

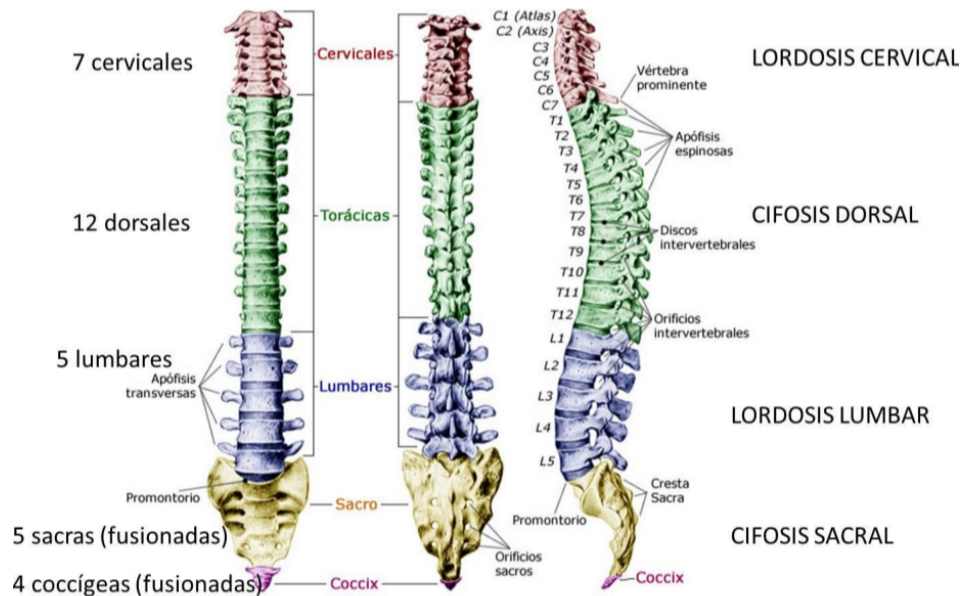
La COLUMNA VERTEBRAL contiene 33 vértebras:

- VERTEBRAS CERVICALES: son 7, son las primeras vértebras, en la región del cuello. La primera se llama ATLAS (C1) y la segunda se llama AXIS (C2). El atlas es la primera vértebra cervical y la que soporta directamente el peso del cráneo.
- Se une a la base del occipital.
- El axis posee una apófisis odontoides sobre la que gira el atlas.

- VÉRTEBRAS TORÁCICAS: son 12, en ellas se insertan las costillas.
- VÉRTEBRAS LUMBARES: son 5, están en la región lumbar.
- SACRO: en realidad son 5 vértebras fusionadas en una sola y se articula con las palas ilíacas.
- CÓCCIX: son 4 vértebras fusionadas.

La columna vertebral tiene una serie de curvaturas fisiológicas anteroposteriores.

- Si la concavidad de la curvatura es ANTERIOR (regiones dorsal y sacrococcígea), se llama CIFOSIS.
- Si la concavidad es POSTERIOR (regiones cervical y lumbar) se llama LORDOSIS.



2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la estructura de la columna vertebral , sus diferentes patologías y los síntomas relacionados con dichas patologías.

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: Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

ESCOLIOSIS

- Es la curvatura vertebral patológica más frecuente.
- Es la presencia de curvas vertebrales en el plano frontal, con una desviación mayor de 10° y con rotación en el plano axial, es una desviación en los tres planos del espacio.
- La forma más frecuente es la IDIOPÁTICA, que significa de causa desconocida. También puede ser congénita, traumática o neuromuscular.
- Para detectarla se utiliza una RADIOGRAFÍA SIMPLE ANTEROPOSTERIOR.
- No presenta síntomas.

CURVATURAS PATOLÓGICAS

HIPERCIFOSIS

- Es el aumento de la concavidad anterior de la columna vertebral. Es la exageración de la cifosis fisiológica.

HIPERLORDOSIS

- Es el aumento de la concavidad posterior de la columna vertebral, normalmente en la zona lumbar.
- Son frecuentes en embarazadas y en personas obesas.

HERNIA DISCAL

- Es el desplazamiento de uno de los discos intervertebrales que produce rigidez de la columna vertebral y compresión de la médula o de las raíces nerviosas.
- Lo más normal es que sea lumbar.

Síntomas:

- Dolor de espalda
- Dolor de piernas y pies
- Pérdida de sensibilidad
- Hormigueos
- Sensación de acartonamiento

ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR

Es una patología crónica, que se pasa cuando se estrecha el canal medular, debido a eso los nervios que pasan por el canal, se lesionan. Esta patología suele ocasionarse debido a la artrosis.

MIELOPATIA POR CERVICOARTROSIS (ATROSIS CERVICAL)

Es una lesión ocasionada por el deterioro de la articulación que lo oprime.

Síntomas:

- Dolor de brazos
- Problemas a la hora de caminar.

ESPONDILOLISIS

Es una lesión de la propia vértebra, se produce por la fractura de la articulación, la cual produce dolor, aunque a veces puede pasar por un simple dolor lumbar o en casos más graves, desarrollar una ciática.

Síntomas:

- Dolor agudo y localizado debido a un golpe que fractura la articulación, aunque puede ser genético.

5 Discusión-Conclusión

He decidido hacer mi trabajo sobre el Esqueleto axial y sus patologías, ya que me parece muy importante e interesante.

Con este trabajo quiero dar a conocer las patologías de la columna, tanto en su definición como sintomatológicamente, ya que me parece un tema bastante importante, a la hora de valorar al paciente. Algunas de estas patologías son bastante complicadas a la hora de hacer el diagnóstico, ya que sus síntomas, pueden pasar desapercibidos, y se pueden confundir con otro tipo de lesiones diferentes, aunque gracias a el avance de la radiología, se han vuelto mucho más fáciles de reconocer.

6 Bibliografía

1. María Menéndez Sevillano [Apuntes del aula Rozona Formación] Ciclo Grado Superior Técnico en Imagen para Diagnóstico Y Medicina Nuclear [Módulo de Anatomía de la imagen] Tema: Anatomía de la espalda [Año 2018-2019].
2.(<http://scielo.org/>)S.
SciELO.org [Internet]. Scielo.org. 2021 [citado 25 Enero 2021].Disponible en: <https://scielo.org/es/>
3. Principal P. Enciclopedia médica: MedlinePlus en español [Internet].

Medlineplus.gov. 2021 [citado 25 Enero 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/encyclopedia.htm>

Capítulo 139

ARTRITIS Y SU SINTOMATOLOGIA

MARIA MENÉNDEZ SEVILLANO

1 Introducción

La artritis es una inflamación aguda o crónica de una articulación. pudiendo ser de origen infeccioso o reumático

- Artritis infecciosa se produce por invasión de microorganismos en la articulación por vía sanguínea o por inoculación directa al efectuar una punción en la articulación con material contaminado
- Artritis reumática o reumatoide se caracteriza por la inflamación de las cavidades articulares, donde se encuentra el líquido sinovial. Debido a ello el cartílago y el hueso se ulceran, por lo que las articulaciones que se vean afectadas aparecen inflamadas, calientes, rígidas, siendo dolorosas para la persona que la padece sobre todo en las primeras horas del día .

La artritis reumatoide es la enfermedad más significativa de las demás artrosis inflamatorias. Esta afecta con mayor frecuencia a las mujeres, y siendo el rango de edad con mayor incidencia entre los 35 y 45 años.

En cuanto a la forma de aparición, la artritis reumatoide. se caracteriza por tener un curso natural, evolucionando en progresión o en brotes, en ocasiones dejando secuelas en la persona que la padece.

Sintomatología

Las manifestaciones clínicas más importantes de esta patología, pueden dividirse en cinco grandes grupos, las cuales son:

- Sintomatología articular
- Sintomatología pleuropulmonar
- Sintomatología cardíaca
- Sintomatología neurológica

- Sintomatología muscular

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer lo que es la artritis y su sintomatología

Objetivos secundarios:

- Conocer que se puede conseguir con la rehabilitación.
- Dar a conocer este tipo de patologías, que se siguen estudiando a día de hoy, para dar un diagnóstico más eficaz.

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: Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Sintomatología articular la artritis reumatoide afecta principalmente a las articulaciones interfalángicas proximales de los dedos de las manos, las metacarpofalángicas, muñeca, codos, hombros, rodillas y metatarsfalángicas llegando a provocar dolor, rigidez, disminución del balance articular y deformidades características de patología.

Una de las razones, quizá la principal, por las que aparece la deformidad articular, es la destrucción inflamatoria del cartílago, acompañada de lesiones importantes óseas. Como elementos importantes en esta deformidad, son la afectación de los ligamentos y de las cápsulas por la inflamación, las contracturas musculares, las roturas tendinosas.

Puede observarse en las radiografías durante los primeros tres años de evolución de la artritis, las erosiones acentuadas en las articulaciones.

Sintomatología pleuropulmonar

Dentro de este grupo de síntomas, la manifestación pulmonar conocida como neumopatía intersticial difusa es la más prevalente al afectar al 30% de los pacientes.

La enfermedad al evolucionar, se puede producir una alteración de la difusión que puede provocar hipoxemia incluso en reposo.

Sintomatología cardíaca

En general, este tipo de sintomatología no constituye un problema clínico común, aunque es cierto que en las necropsias, el 70% de los pacientes, muestran signos de pericarditis.

Sintomatología neurológica

En la neuropatía reumatoide, aparece la mononeuritis o mononeuritis múltiple, aun siendo rara su aparición, afectando a los nervios cubital y ciático poplíteo externo. También puede aparecer polineuritis mixta, síndromes canaliculares y con atrapamientos de nervios periféricos en muñeca y codo.

Además de estas patologías, una de las más importantes y graves, es la mielopatía cervical, que es provocada por inestabilidades de la articulación atlantoaxoidea y que puede desencadenar cuadros de tetraparesia.

Sintomatología muscular

Una de las manifestaciones más preocupantes y precoces de la artritis reumatoide es la debilidad y atrofia del músculo esquelético. Éstas provocan debilidad, dolor muscular y tendencia a la rigidez, influyendo en la funcionalidad de la persona que padece la patología.

En cuanto a su presencia y evolución, se pueden encontrar miopatías en pacientes con poco tiempo de evolución o por el contrario, estar ausente en pacientes cuya evolución de la artritis esté muy avanzada.

Tratamiento Rehabilitador

El tratamiento rehabilitador de la artritis reumatoide, completa al farmacológico de la siguiente forma:

- Disminuyendo el dolor y la rigidez articular.
- Mejorar el balance articular y muscular.
- Prevenir las rigideces articulares.
- Incrementar la capacidad funcional.
- Conseguir la máxima independencia del paciente para las actividades de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

He decidido hacer mi trabajo sobre la artritis, que para mí es, muy importante, ya que es una patología no muy valorada, y que afecta a mucha gente.

Con este trabajo quiero dar a conocer la artritis reumatoide, ya que me parece un tema bastante importante, ya que es una patología que produce mucho dolor

y afecta tanto a las manos, como cualquier otra articulacion del cuerpo, tanto en reposo, como en movimiento. La rehabilitacion es una parte importante en el tratamiento de esta patologia, ya que gracias a ella disminuye el dolor y ayuda al movimiento y buena funcionalidad de la parte afectada.

6 Bibliografía

1. María Menéndez Sevillano [Apuntes del aula Rozona Formación] Ciclo Grado Superior Técnico en Imagen para Diagnóstico Y Medicina Nuclear [Módulo de Anatomía de la imagen] Tema: Anatomía de la espalda [Año 2018-2019].
2. (<http://scielo.org/>)
- S. SciELO.org [Internet]. Scielo.org. 2021 [citado 25 Enero 2021]. Disponible en: <https://scielo.org/es/>
3. Principal P. Enciclopedia médica: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2021 [citado 25 Enero 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/encyclopedia.html>

Capítulo 140

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y PRIMEROS AUXILIOS

CRISTIAN CERRATO CAMACHO

DAVID NAVAS RUEDAS

ESTHER TAJUELO LARA

SORAYA MENDIOLA REY

ANA ROSA PADILLA TAPIADOR

1 Introducción

Cuando ocurre un accidente, es normal que los nervios e incertidumbre acudan a nosotros, por eso siempre debemos calmarnos, pensar con cabeza fría y los hechos que vamos a realizar bien claros, para evitar así más accidentes, seas o no sanitario, los primeros pasos que hay que realizar antes de que vengan los servicios médicos, son vitales para la supervivencia de las víctimas del accidente. Nosotros ya no como TCAE, si no como ciudadanos si presenciamos un accidente debemos prestar primeros auxilios hasta que acudan los servicios de emergencias.

Por este motivo, debemos aprender sobre primeros auxilios ya que con simples detalles podemos avanzar mucho hasta que vengan el equipo sanitario, nos basaremos en la conducta PAS lo que quiere decir "proteger, avisar, socorrer" es

decir, una vez presenciamos el accidente, debemos proteger la zona de el accidente para así evitar otros accidentes, el siguiente paso seria avisar al 112 y dar detalle de lo que ha pasado, cuantas victimas hay, de que tipo de accidente se trata y por último, socorrer, evitar dar agua y medicamentos a las victimas y una vez esté el equipo de emergencias, nos retiraremos para que ellos puedan trabajar bien. En todo este proceso lo más importante es mantener la calma, así evitaremos que el rescatador, sea rescatado también y si más daños todo irá más rápido.

2 Objetivos

Nuestro objetivo como TCAE es dejar bien definido el concepto de primeros auxilios, proporcionar pautas de actuación ante una emergencia, debemos tener mucha calma y actuar con rapidez pero siempre de manera segura, una vez estemos en el lugar del accidente asegurarnos que la zona está protegida bien por nosotros o por la persona que nos alerta del accidente, examinar a la victima para valorar su estado, intentar calmar a la victima y posibles acompañantes, y sobre todo nuestro objetivo es ayudar a los enfermeros y médicos en todo lo que necesiten para que se actúe con rapidez pero todo de manera segura tanto para la victima, acompañantes, ciudadanos y los sanitarios.

3 Metodología

Todos los documentos relacionados con este capitulo han sido sacados de la conducta PAS. Algo que todo el mundo debe de aprender por posibles accidentes que pudiesen presenciar, es de vital importancia que todo el mundo le echara un vistazo a revistas como " revista médica" de donde se ha sacado la mayoría de información o recibir algún curso para aprender lo básico de primeros auxilios ya que con un simple gesto podemos salvar muchas vidas.

4 Resultados

Es muy importante que siendo o no siendo sanitario sepamos un poco sobre primeros auxilios, nosotros como TCAE debemos tener claro los paso a seguir siempre y utilizando el método PAS ayudamos a muchas personas, explico de manera breve la conducta PAS:

P de proteger: Siempre debemos proteger a la víctima y la zona donde se ha producido el accidente, pero también debemos protegernos nosotros para evitar más accidentes, debemos asegurarnos de que el accidentado y nosotros nos mantenemos fuera de peligro, si se tratase de un accidente de tráfico, debemos señalar siempre de manera adecuada la zona donde se ha producido el accidente para así evitar otro y evitar más daños.

A de avisar: Avisaremos al 112 al equipo de emergencias y avisaremos con detalle de todo lo que ha ocurrido, donde ha ocurrido, el estado de las víctimas, cuantas víctimas hay, ellos nos darán indicaciones hasta que lleguen al lugar de los hechos para saber que pasos debemos seguir.

S de socorrer: Una vez hayamos protegido tanto la zona del accidente como a los accidentados y a nosotros mismos, y hayamos avisado a emergencias debemos asegurarnos sobre el estado de la víctima, reconoceremos sus signos vitales, si tiene pulso, si está consciente, podemos preguntarle alguna serie de cosas para saber si está consciente, si respira y tiene pulso procederemos a ponerlo en posición de seguridad que se trata de poner a la víctima de lado para evitar así posibles atragantamientos.

Todos estos detalles pueden salvar muchas vidas en cuestión de segundos, no hace faltar ser TCAE ni ningún tipo de sanitario para proceder a realizar la conducta PAS, siempre con paciencia y calma podemos ayudar a muchas personas, una vez llegue el personal sanitario nos retiraremos, y nosotros los TCAE podremos ayudar a calmar a la víctima, o sus acompañantes, dar siempre mucho apoyo y tener mucha empatía porque van a estar muy nerviosos por los sucesos.

5 Discusión-Conclusión

Se podría definir "primeros auxilios" como todas aquellas medidas que realiza el rescatador sea o no sea sanitario, en el lugar del accidente hasta la llegada del personal sanitario, se deberá asegurar el mantenimiento de constantes del accidentado y no agravar la situación.

Nosotros como TCAE y teniendo formación sobre primeros auxilios podemos dar ejemplo y enseñar a nuestros familiares si ellos no supiesen de primeros auxilios, con el simple hecho de enseñarles la conducta PAS, ellos también pueden salvar muchas vidas y entre unos y otros enseñándonos mutuamente podemos aprender lo más básico de primeros auxilios sin necesidad de acudir a ningún curso.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/pas-tcae/>

Capítulo 141

LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL AMBULATORIO

ISABEL MARÍA SAINZ DE LA MAZA BUSTAMANTE

1 Introducción

Un ambulatorio se puede definir como un centro sanitario donde se llevan a cabo procedimientos por parte de los profesionales sanitarios sin que sea necesario hospitalizar o recluir al paciente más allá del tiempo que se tarda en hacerle la pequeña intervención. Dependiendo del área del ambulatorio en el que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería este destinado, deberá realizar unas tareas u otras en su día a día. Aunque en la mayoría de las ocasiones estas tareas tendrán que ver con la atención del paciente a su llegada al ambulatorio o en otras ocasiones con su cuidado o ayuda durante la realización de cualquier procedimiento.

En general, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deberán encargarse de los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del equipo facultativo o de enfermería. Por ello, deben seguir las instrucciones de sus supervisores/as que además serán los encargados de indicarles en el servicio que deberán trabajar durante su jornada y las ordenes que lleven a cabo durante su jornada laboral dependerán única y exclusivamente de la dirección de jefatura de enfermería siguiendo las instrucciones propias de cada ambulatorio que pueden variar según las necesidades de cada servicio.

2 Objetivos

- El principal objetivo de este trabajo será que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sepa cuales son todas y cada una de sus funciones en un ambulatorio.

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: ambulatorio, tcae, funciones. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá llevar a cabo en el ambulatorio una serie de tareas a lo largo de su jornada, que principalmente son las que enumeraremos de forma resumida a continuación:

- Cuando el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se incorpora a su jornada laboral a primera hora de la mañana, deberá sacar los listados de los pacientes que van a someterse a una extracción sanguínea. Para de este modo proceder a sacar las pegatinas para los botes de extracción que se utilizarán para las muestras de sangre.
- También se encargará de hacer pedidos de almacén, llevar el stock, farmacia y suministros. Esto siempre lo hará bajo la supervisión final de un inmediato superior del centro como su supervisor.
- Una vez recibe los pedidos, los deberá colocar en el almacén, controlando lo que hay en el mismo y lo que necesita y vigilar las caducidades para que todo se encuentre en orden y listo para su uso.
- Colocará el material de los pacientes diabéticos pautado con anterioridad por el médico.
- Será el encargado de la recogida de material para enviarlo a esterilizar y de su recepción controlando que se haya realizado de forma óptima y que no falte instrumental.

- Otra de sus tareas será reponer las consultas médicas y de enfermería con sus respectivos carros, dotándolos del material necesario para su posterior uso.
- Participará en las actividades formativas de prevención y promoción de la salud realizadas en el centro sanitario.
- Notificará a su superior cualquier incidencia producida tanto a nivel de almacén, mantenimiento, farmacia o laboratorio.
- Y la tarea más importante de todas y de la que no nos podemos olvidar será tener simpatía y un trato adecuado con el paciente haciendo que se sienta cómodo sobre todo si realizamos con él alguna tareas higiene o derivada que generan un contacto físico bastante íntimo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es muy importante la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ambulatorio ya que realiza unas tareas de responsabilidad y de vital funcionamiento para el centro a lo largo de su jornada laboral. Además de todo lo anteriormente dicho, este profesional complementa las tareas del resto de profesionales, ya que gracias a eso ellos pueden llevar gran cantidad de tareas a cabo. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son profesionales importantes, debido a que pasan mucho más tiempo con los pacientes que el resto de profesionales sanitarios y sobre ellos recae mucho más peso emocional, ya que tratan siempre más personalmente con los pacientes.

6 Bibliografía

- <https://definicion.de/ambulatorio/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Centro_de_salud
- <https://enfermeria.top/apuntes/tcae/actividades-tcae-atencion-primaria/>

Capítulo 142

EL ACOSO LABORAL ¿CÓMO AFECTA AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA?

SILVIA MARÍA CUEVAS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Se puede definir el mobbing como la situación que se produce en el lugar de trabajo (centro sanitario en nuestro caso) y consiste en acosar al profesional de forma continua y reiterada, con la intención de atentar contra su integridad física o moral. En ocasiones el acoso laboral también se conoce con frecuencia con términos como mobbing laboral y bullying laboral.

El acoso laboral se puede llevar a cabo de muchas formas: como amenazas, violencia psicológica, agresiones verbales, burlas, acorralamiento, eliminación de funciones...

Estas actuaciones pueden provocar en el profesional sanitario acosado problemas psicológicos, hasta el punto de llegar a considerarse culpable de lo ocurrido.

Acosar a un trabajador de esta manera y de forma reiterada puede constituir un delito, que puede ser penado. El acoso laboral o mobbing puede ser llevado a cabo:

- Por otros profesionales sanitarios, compañeros de profesión, con la intención de que el trabajador deje el trabajo y otro compañero ocupe su categoría.
- Por un superior o un supervisor, para que el trabajador abandone voluntariamente su trabajo y no tenga que ser despedido.

Los profesionales sanitarios afectados por una situación de acoso laboral o mobbing deberán seguir un procedimiento, con el objetivo de salvaguardar sus derechos y su puesto de trabajo en el centro sanitario.

2 Objetivos

Describir el acoso laboral y medidas para prevenirlo 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: acoso, laboral, mobbing. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

La situación de acoso laboral a la que se pueden encontrar expuestos los profesionales del sector sanitario como los/las técnicos en cuidados auxiliares de enfermería puede tener múltiples consecuencias para las víctimas, consecuencias que dependerán de la vulnerabilidad de cada profesional, del tiempo que lleven sufriendo el acoso y del tipo de acoso sufrido.

Según los estudios realizados recientemente, las consecuencias para la salud más habituales que pueden sufrir los trabajadores víctimas del acoso laboral o mobbing son:

- Gran deterioro de la autoestima y de la confianza de la víctima en sí misma en cuanto a sus capacidades personales y profesionales, siempre pensando que nunca logrará los objetivos porque no es capaz.
- Se produce un desarrollo del sentimiento de culpa, por el que la persona piensa en los errores que pudo cometer para ser víctima de acoso laboral.
- Incapacidad para conciliar el sueño ocasionándose el trastorno del insomnio
- Sensación de fatiga tanto física como emocional.

- Dificultad de concentración para desempeñar las tareas en su trabajo o en su propia vida diaria.
- Síntomas de ansiedad y depresión que se acentúan al llegar al puesto de trabajo.
- Sueños recurrentes de la situación de acoso que le genera a la víctima sentimientos de impotencia y frustración.

Es importante destacar, que el acoso laboral o mobbing es una forma de agresión que genera un ambiente laboral nocivo y que no favorece un buen ambiente de trabajo en los centros sanitarios. El acoso laboral no solo afecta a la víctima sino a toda una organización debido a la pérdida de rendimiento por parte del profesional sanitario, lo que conlleva a una peor atención de los pacientes del centro sanitario y a un desprestigio del centro.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el acoso laboral o mobbing es un problema que tristemente está a la orden del día en muchas empresas y sobre todo en el sector de la sanidad, hoy en día hay una mayor visualización y sensibilización con este tema. Por ello, nosotros como técnico en cuidados auxiliares de enfermería debemos buscar las herramientas necesarias para prevenir y reducir este tipo de acoso. El sector sanitario deberá implicarse aún más para frenar este problema entre los profesionales sanitarios y cuando el acoso viene por parte de la empresa se deberá buscar soluciones jurídicas, el mayor problema al que se enfrentan las víctimas es poder demostrar el acoso en su entorno de trabajo. La angustia y estrés provoca absentismo y bajas laborales con el coste económico correspondiente para la empresa.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Acoso_laboral
- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-acoso-laboral-aproximacion-al-mobbing-13066276>
- <https://revistamedica.com/acoso-laboral-ambiente-hospitalario/>

Capítulo 143

EL TCAE Y EL PACIENTE VEGETAL POR DAÑO CEREBRAL

EVA HEREDIA URBANO

AIDA MOHAMED AMAR

SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de un paciente en estado vegetal hacemos referencia a un paciente que por motivos diferentes el cerebro deja de funcionar, lo que conocemos como muerte cerebral.

Es cierto que los órganos siguen funcionando pero gracias a diferentes máquinas que lo mantienen con vida , aunque no podemos decir que tenga vida ya que nunca volverá a ser la persona que era .

Estos pacientes necesitan la ayuda de todo el personal de enfermería.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son las personas que más trabajan con ellos ya que por si mismos no pueden hacer nada y los tcae son las personas que se encargan del aseo , la alimentación obviamente por sonda con una bomba , y los cambios posturales para evitar que se escare.

Estos casos o la gran mayoría suceden porque no les llega suficiente oxígeno al cerebro o porque han sufrido un traumatismo severo.

Una simple insuficiencia respiratoria puede causar este problema.

Estás personas pueden aparentar estar despiertas pero en el fondo no , nunca volverán a recobrar la conciencia y como hemos hablado antes gracias a respiradores y otros aparatos siguen viviendo.

Para los familiares de estos pacientes es muy difícil entender la situación y aceptar que aunque estén presentes nunca volverán.

2 Objetivos

Conocer los cuidados que realiza un TCAE a un paciente en estado vegetativo, el cual no puede realizar ninguna tarea rutinaria.

3 Caso clínico

Los pacientes en estado vegetal tienen algunas funciones en su cuerpo y organismo que siguen funcionando ya que lo que realmente ha muerto es una parte del cerebro no todo, y algunas funciones vitales como son el orinar o el defecar la siguen haciendo pero obviamente ellos no lo controlan.

Estás personas están como en otro mundo y los puedes ver despiertos o dormidos a cualquier hora del día ya que no son conscientes de nada ni las horas del día ni si quiera si es de día o de noche.

Ahora podemos hacer referencia a un caso que vivimos muy cercano, se trataba de un niño de 14 años.

Se encontraba en la calle sentado con sus amigos, y hubo una pelea de vecinos y uno tiro una bombona de butano desde la ventana con la mala suerte de caerle en la cabeza.

Lo trasladaron a el hospital y tras diversas pruebas y que casi no contábamos con el porqué también entro en parada logro salir adelante y lo trasladaron a la unidad de cuidados intensivos.

Ya en este área se le practicaron diversas pruebas entre ellas resonancia magnética y un encefalograma y al final llegaron a la conclusión de que estaba en estado vegetal.

Finalmente lo trasladaron a ok donde permaneció bastante tiempo.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería nos encargamos de todo lo que esté paciente necesitaba .

Desde por la mañana temprano empezando con los aseos y cambio de pijama, a media mañana cambios posturales para evitar que le salgan úlceras y así cada dos horas y pendientes de la alimentación por bomba de que en ningún momento le falte y así sucesivamente hasta el turno de tarde y noche con sus respectivos cambios de pañales ya que no controla sus necesidades fisiológicas.

4 Discusión-Conclusión

Los pacientes en estado vegetal pueden hacer algunas cosas porque algunas partes del cerebro siguen activos no todo ha dejado de funcionar.

Estos pacientes no pueden hacer cosas que puedan pensar por sí mismos o intención cuando un paciente está en estado vegetal no controla la orina y la defecación . antes de que se pueda diagnosticar un estado vegetal , el médico junto con el personal de enfermería observan al paciente durante un periodo de tiempo y en más de una ocasión.

Los pacientes con este diagnóstico, vegetal o vegetativo técnicamente dicho , deben tener un cuidado especial por los tcae para evitar úlceras.

5 Bibliografía

-google académico

Capítulo 144

CARRO DE CURAS. ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REPOSICIÓN DE MATERIAL DEL CARRO DE CURAS

MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ

ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA

NOELIA ALFARO SERRANO

1 Introducción

Dentro del mobiliario sanitario que podemos encontrar en cualquier consulta, servicio de urgencias, en la unidad de cuidados intensivos o en cualquier planta de hospitalización de los centros sanitarios, se encuentra el carro de curas. Este carro se caracteriza por ser un medio móvil con ruedas que permite su desplazamiento de manera cómoda y rápida.

La finalidad de este carro es la de transportar todo el material necesario para realizar las curas a los pacientes que se encuentran a cargo del equipo de enfermería.

Existen multitud de modelos en el mercado, pero todos son caracterizados por ser medios metálicos principalmente de acero inoxidable lo que permite una fácil limpieza. Estos elementos cuentan con dos bandejas, dos cajones incluso cuenta con un recipiente para poder colocar una bolsa y depositar en dicha bolsa el material utilizado.

Serán los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de cada planta, servicio o consulta los encargados de la preparación de los carros. Dicha preparación estará determinada dependiendo del servicio o especialidad en la cual se encuentre adscrito el TCAE, ya que un carro de curas del servicio de urgencias, no deberá llevar el mismo material que un carro de curas del servicio de oncología, y así con el resto de servicios del centro hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer la finalidad y el uso de los carros de curas utilizados en las distintas unidades de los centros sanitarios.
- Describir la actuación de los técnicos en cuidados auxiliares de la reposición y limpieza del carro de curas.

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 carros de curas son utilizados por los equipos de enfermería y en ocasiones por los médicos especialistas encargados del paciente al que se le va a realizar dicha cura. Sin embargo, una vez terminada la necesidad de utilizar los carros por parte de dichos equipos, la persona encargada de vaciar el carro, limpiarlo y reponerlo de nuevo serán los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Los TCAE deberán prestar especial atención a aquellos residuos biológicos que han quedado depositados en el carro y limpiarlos con los adecuados desinfectantes.

Tras concluir con el proceso de limpieza, se procederá a realizar una correcta y minuciosa reposición del material que debe encontrarse en dicho carro, por lo tanto el TCAE debe seguir el protocolo existe para la reposición del material.

El material es ordenado en distintas bandejas, en la bandeja superior deberá encontrarse las pomadas, frascos, elementos antisépticos y el material médico-

quirúrgico de curas junto al esparadrapo. Mientras que en la bandeja inferior el equipo de enfermería encontrará el material estéril (compresas, gasas, paños...), guantes, vendas, algodón, celulosa...

COLOCACIÓN DEL CARRO DE CURAS

BANDEJA SUPERIOR

- Guantes estériles.
- Gasas estériles empaquetadas individualmente.
- Sedas para suturar.
- Recipientes o material con antisépticos.
- Apósitos. Estos apósitos pueden ser adhesivos, no adhesivos de hidrogeles, hidrocoloides. También se deben encontrar apósitos con antibiótico, antiséptico o impregnados de cicatrizante.
- Esparadrapos de tela, papel, hipoalergénico y de diferentes medidas.
- Pulverizador de película adhesiva utilizado para aislar la herida.
- Bateas desechables.
- Cajas metálicas de cura con material estéril.

CAJONES

- Pomadas.
- Medicamentos.
- Catéteres IV.
- Conexiones.
- Sistemas.

BANDEJA INFERIOR

- Paños, compresas o gasas estériles.
- Malla tubular para sujetar los apósitos.
- Vendas.
- Algodón.
- Jeringas estériles de 5, 10, 15, 20 y 50ml.
- Sueros fisiológicos y salinos.
- Sistemas de perfusión.
- Guantes no estériles.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado “Carro de curas. Actuación del técnico en cuidados auxiliares en la reposición del material del carro de curas” nos demuestra la existencia de carros de curas en cada una de las consultas, unidades o plantas de hospitalización de los centros sanitarios.

Estos carros son muy útiles ya que pueden trasladar material necesario para las curas de los pacientes de manera rápida y cómoda.

Del mismo modo, se ha podido comprobar que aunque el material existente en dichos carros son utilizados por el equipo de enfermería, serán los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los encargados de limpiar y reponer dicho material diariamente. Para ello, deberá seguir el protocolo de reposición de material en los carros de curas.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Diccionario Oxford.
- Revistamedica.com

Capítulo 145

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARTA ELENA LÓPEZ LOBO

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de la piel que se producen de forma complementaria al desarrollo de una isquemia (deficiente riego sanguíneo), al permanecer demasiado tiempo en una misma posición sobre la zona de aparición de estas, provocando una degeneración en las capas de la piel, pudiendo también afectar también al músculo y hueso; estas lesiones aparecerán sobre todo en enfermos inmovilizados mucho tiempo en cama o bien que estén sentados largos periodos de tiempo. También se consideran úlceras de este tipo las que sean causadas por la presión prolongada de una sonda sobre el orificio de introducción esta. Es importante tener presente que las úlceras por presión son un problema multicasual, ya que no solamente es la presión la causa o factor que influye en su formación, siendo también un gran contratiempo sociosanitario ya que son problemas cronificados, y que conllevaran un largo tratamiento con el consiguiente gasto sanitario, la formación o no de estas úlceras por presión depende en gran medida de los cuidados del equipo de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, el porcentaje de úlceras por presión en un geriátrico o en un centro sanitario será un indicador de la calidad asistencial.

2 Objetivos

- Valorar el riesgo de desarrollo de úlceras por presión
- Describir cómo aplicar medidas para la prevención de úlceras por presión

3 Metodología

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

4 Resultados

La valoración del riesgo de desarrollo de úlceras por presión ayudara a la aplicación precoz de medidas prevención, y el principal objetivo será la implantación de estas medidas preventivas tanto en centros sanitarios como geriátricos o en la propia casa del enfermo si su condición así lo requiere.

Para la valoración de los riesgos de padecer úlceras por presión existen varias escalas y todas ellas son orientativas, las mas conocidas son la escala de Norton y la de Braden.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería será la observación e identificación de los pacientes en riesgo al desarrollo de úlceras por presión así como también brindar una serie de cuidados específicos como :

–Los cuidados en la piel:

Observar la piel a diario en busca de signos de puntos de presión.

Mantener la piel del paciente limpia y seca.

Usar jabones de ph neutro.

No frotar al secar al paciente.

No usar productos que contengan alcohol que resequen la piel.

Aplicar crema hidratante, sobre todo insistiendo en los puntos de apoyo.

Revisar la piel bajo los dispositivos diagnósticos o terapéuticos sanitarios.

–Los cuidados en pacientes con incontinencia de esfínteres:

Limpiar y secar la piel en cuanto sea posible.

Evitar el uso de materiales plásticos que retienen humedad y aumentan el calor.

Protegerla piel de la humedad con cremas de barrera antihumedad, evitando productos humectantes como glicerina o urea.

Usar pañales, colectores, sondas...

–Movilización del paciente:

Las movilizaciones se planificarán fomentando que el paciente colabore en la movilización siempre que sea posible, proporcionándole dispositivos de ayuda que le faciliten el movimiento por sí mismo como pueden ser las barandillas de la cama, un andador, trapecio o triángulo en la cama etc.

–Cambios posturales:

Se realizan para la eliminación o disminución de la presión.

La frecuencia con la que se harán será cada dos horas por el día y cada cuatro horas por la noche en pacientes encamados, utilizando unas posiciones básicas (decúbito lateral izquierdo y derecho, fowler a 30° si el paciente lo tolera, decúbito supino), junto con elementos que alivien la presión (colchón de aire, agua o látex y cojines especiales, almohadas, cuñas de espuma, taloneras), se debe evitar arrastrar al paciente en la cama cuando se realizan los cambios posturales.

Si el paciente está en silla de ruedas o sillón se hacen pequeños cambios cada quince o veinte minutos y que así no esté siempre apoyado sobre la misma zona, pudiendo usar cojines que distribuyan la presión.

El plan de cambios posturales se prepara para cada paciente según su circunstancia, y debe ser reevaluado constantemente para saber si es el adecuado y, según el resultado se adaptan las medidas de prevención o curación si fuera el caso.

La prevención de la aparición de úlceras por presión será el mejor tratamiento, conseguir esto dependerá de la calidad y constancia de los cuidados dados por todo el equipo médico y de enfermería incluidos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que serán los que lleven a cabo y sistemáticamente una serie de actuaciones, pautadas por los facultativos y así evitar la aparición de estas lesiones. Estos cuidados se dan a pacientes que no se valen por sí mismos, y que pasan la mayor parte del tiempo o todo el tiempo en la cama, y estos cuidados son entre otros además de los cambios posturales, una buena higiene, hidratación e inspección de la piel dando la alerta a la enfermera/o o supervisora/or encargada/o del servicio ante cualquier cambio en su estado. También será imprescindible para un buen resultado en los cambios posturales no arrastrar al paciente en la cama ya que esto dará como resultado lesiones en la piel por la fricción del propio cuerpo del enfermo con las sábanas, para que esto no suceda se utiliza una sábana entremetida o de cambio postural que se coloca sobre la sábana bajera y así poder elevar al paciente si se escurre hacia los pies de la cama, o también para girarlo a la derecha o a la izquierda en el momento del cambio

postural.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un problema grave, tanto en centros sanitarios como geriátricos o en el propio domicilio de un paciente. Son uno de los problemas más frecuentes en el desarrollo diario del trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, siendo su responsabilidad la observación e identificación de la posible aparición de estas lesiones. Las úlceras por presión son un problema a evitar y evitable en la mayoría de los casos. La aparición de estas ocasiona o puede ocasionar circunstancias graves como por ejemplo:

- Aumento de el gasto sanitario
- Pérdida de autonomía del paciente
- Pérdida de independencia del paciente
- Pérdida de autoestima del paciente
- Sobrecarga de trabajo al personal de enfermería
- Demandas por mala praxis
- Estancia hospitalaria aumentada
- Reducción en la calidad de vida de el paciente ,pudiendo ser una causa directa o indirecta de mortalidad.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
www.mayoclinic.org
www.sergas.es
www.ulceras.net

Capítulo 146

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE EN EL PROCESO PERI-OPERATORIO Y QUIRÓFANO Y EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN

SANDRA COTILLAS LOPEZ

PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO

CARMEN CANOVAS VALIENTE

MARTA GRIMALDOS HERREROS

ANTONIO NARRO HELLIN

1 Introducción

La palabra esterilización, hace referencia a la ausencia de cualquier agente patógeno infectante o causante de una infección en un cuerpo, material o sustancia. Se esteriliza a través de dos tipos de métodos, por el método de vacío de aire o por óxido de etileno, siendo de ambas formas el mismo resultado, la esterilización, pese a que el vaciado de aire es menos peligroso y contaminante. Un quirófano, es aquel espacio médico-operatorio en el que se tratan una gran variedad de operaciones de distintas magnitudes y niveles de riesgo, ya sean por

mejoría del estado físico y recomendado medicamente, por gusto o por necesidad; además se trata de un espacio pulcramente limpio de cualquier agente patógeno que pueda causar una infección o enfermedad nosocomial, con uso de personal altamente cualificado el cual lleva a cabo el proceso quirúrgico que consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a operar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica.

La unidad de esterilización y quirófano, van ligadas por higiene y necesidad entre ellas; a diferencia del resto de unidades hospitalarias existentes, en el quirófano hay una necesidad más alta en cantidad y rapidez de recepción del material quirúrgico, aunque en todas las unidades hospitalarias que nos podamos encontrar, hay necesidad de material quirúrgico como el instrumental, vendas, gasas, tomas de muestras, etc...

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere una preparación y formación correcta del quirófano y el personal, adecuando los métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse para que la sala de operaciones se convierta en un espacio altamente pulcro para la intervención del paciente.

En todo este proceso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel muy importante; ya que este como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano.

En cuanto a la unidad de esterilización, el TCAE se encarga de una serie de pasos reglamentados que han sido parte de su formación para poder obtener el correcto estado del material esterilizado y la completa fiabilidad del uso del mismo.

2 Objetivos

Tratar es la importancia del papel del TCAE en el proceso peri-operatorio, quirófano y la unidad de esterilización, además del repaso de los detalles básicos y correctos procesos y protocolos de trabajo del TCAE

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 Sci-

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El punto en concreto a tratar es la importancia del papel del TCAE en el proceso peri-operatorio, quirófano y la unidad de esterilización, además del repaso de los detalles básicos y correctos procesos y protocolos de trabajo del TCAE en , pues aún con la formación proporcionada al personal y el cuidado y limpieza que se mantiene en el medio hospitalario, se ven algunos defectos y registros de protocolos en descuido; para evitar este tipo de consecuencias, repasaremos de una forma rápida pero eficiente algunos protocolos de trabajo muy importantes para el trabajo del día a día del TCAE.

Así es, el TCAE tiene un papel muy importante en todos los procedimientos que se llevan a cabo en las unidades del proceso peri-operatorio, con lo cual es necesaria una estricta y completa formación para ocupar el papel del TCAE y un repaso de los procesos peri-operatorios siempre nos puede ayudar a asegurar los procedimientos de nuestro trabajo como TCAES.

Etapas del proceso perioperatorio:

Este comprende el tiempo transcurrido antes, durante y después del proceso operatorio, donde se distinguen los periodos preoperatorio, proceso intraoperatorio y proceso postoperatorio en los cuales el TCAE tiene una función diferente en cada proceso y se distribuye en varias unidades clínicas (UCI, quirófano, unidad de esterilización, unidad de consultas, unidad de endoscopias, etc...).

Periodo preoperatorio:

- Recepción y/o preparación del paciente (toma de constantes vitales, valoración de riesgos físico-psicológicos, firma de consentimientos para el acceso al quirófano y anestésicos, educación dietética (comprobar que el paciente ha llegado como se le ha indicado, ya sea en ayunas desde ciertas horas antes), y psicológica del paciente (a través de instrucción, conferencias, folletos, etc...), toma de muestras, electrocardiogramas, hallazgos radiológicos, revisión de HC (revisión de riesgos por enfermedades, alergias naturales o medicamentosas, discapacidades, limitaciones de comunicación y movilidad, etc...)
- Preparación del quirófano; hay dos caras de este proceso, la primera cara se encuentra en el papel del TCAE en la unidad de esterilización, donde esté prepara el material de intervención de una forma aséptica según protocolos y se reparte entre las unidades clínicas que lo necesiten.

La otra cara se encuentra en el quirófano, el TCAE se suele encargar de la reposición de material, orden y comprobación de las máquinas de trabajo (tomas de oxígeno, tomas de aspiración, etc...) además de comprobar que se encuentre todo del equipamiento necesario del equipo de cirugía (Como toallas de aseo, pijamas y camisones, termómetros, tensiómetros, fonendoscopios, la solución jabonosa de clorhexidina al 4% con 10% de povidona yodada, ya sea líquida o en cepillo estéril, clorhexidina alcohólica al 2% y campo estéril ya sea de paquete estéril, paño verde normal estéril o fenestrado estéril, etc...)

Periodo intraoperatorio:

- Este comprende el tiempo que transcurre entre el comienzo de la preparación del material a utilizar en el quirófano, preparación del personal y la operación, incluyendo que durante el periodo de operación el TCAE tiene un papel de emergencia importante, ya que este durante la intervención, se encarga de pasar el material que se llegue a necesitar y/o llamar a la unidad de emergencias o reanimación por si se llega a precisar una reanimación de paro cardíaco; pues no es hasta el traslado del paciente a la zona de reanimación o UCA donde el equipo de enfermería (incluido el TCAE) se encargará de asistir correctamente al paciente.
- Controlar al paciente según la escala de la cirugía, la cual comprende el control de glucosa, profilaxis antibiótica, TA, FR, etc...
- Al finalizar cada intervención se debe comprobar que el quirófano este limpio, ordenado y en buen estado en cuanto al espacio y aparataje como tomas de oxígeno y aspiración, incubadoras, tensiómetro, etc...
- Comprobar que los utensilios para la anestesia y las cajas de material quirúrgico estéril se encuentren en buen estado y en correcta posición (varía de puesto, pues puede hacerlo la TCAE o el enfermero quirúrgico)
- Apoyar psicológicamente al paciente; pues la ansiedad es uno de los problemas más importantes del paciente quirúrgico, por ello es muy importante paliar lo máximo posible esta inquietud. Para ello se informa al paciente del plan de cuidados, se informa a la familia del tiempo estimado de la intervención, dónde deben esperar y la unidad de destino postquirúrgica donde reencontrarse con el paciente.
- Protección de las pertenencias del paciente: si el paciente está consciente y no tiene familiares, se le garantiza el control de sus pertenencias.

Periodo postoperatorio: (Comprende las unidades de Esterilización, REA y UCA).

- De primera mano, el TCAE se encargara de llevar el material quirúrgico a la unidad de limpieza donde se enjuagara y limpiara según su estructura y material, pues puede ser lavado por ultrasonido o lavado obrero, a continuación será llevado a la unidad de secado, donde cada material se secura minuciosamente

pues hay materiales específicos de secado de material quirúrgico, después se le trasladara a la unidad de envasado y clasificación donde se envasara con un control individual según envase (Hay 3-4 tipos de controles de esterilización y uno ya viene en la parte trasera del envasado; además según sea la necesidad de cada unidad o bandeja, se clasificaría en juegos oftalmológicos, de cesárea, se puede esterilizar una pieza sola como una cápsula, una venda recién cortada con fin de ponerla para una artroscopia en quirófano, sets de separadores o un solo separador Farabeuf a fin de ser necesitado por si solo en caso de emergencia, etc....); a continuación se esterilizará en una autoclave, ya sea por vapor u óxido de etileno, la cual debe estar controlada por controles como el Test de Bowie o controles Biológicos para asegurar una correcta esterilización del material sometido a la misma. Una vez estéril se debe repartir y organizar, pues todo debe mantenerse en orden para su próxima utilización.

- Por otra parte, el TCAE también participa en los cuidados del paciente postoperatorio, desde que sale de la unidad de quirófano a la unidad de Reanimación o UCA y de ahí a la unidad de Traumatología donde se le asignará una cama para sus cuidados según sean sus necesidades y el tiempo según valoraciones médico-enfermeras. Incluso si el paciente no cuenta con ayuda para ir a su casa, en España tenemos la certeza de que el servicio de ambulancias sea gratuito como toda nuestra salud pública y según sea el caso y la situación del paciente se le trasladara hasta su casa o un lugar seguro.

5 Discusión-Conclusión

Una intervención quirúrgica es otro de los lugares donde es necesaria la labor de un auxiliar de enfermería. Si bien el técnico asistente no va a participar en la operación propiamente dicha, existen una gran cantidad de labores que necesitan de un personal cualificado para ser realizadas. Estas requieren conocer los protocolos apropiados así como la familiaridad con el instrumental y el entorno quirúrgico y comprobar así que la colaboración del auxiliar hospitalario en el quirófano es imprescindible para que el resto de los implicados pueda mantener su concentración al 100%. Todo el mundo ha de estar preparado para cumplir su papel. Y la formación recibida en nuestros cursos de técnico de auxiliar de enfermería en Madrid garantiza que sabrán cuales son sus labores y desempeñarlas con eficacia

6 Bibliografía

1. <https://www.auladae.com>
2. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/>
3. <https://www.fp-santagema.es>

Capítulo 147

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PROCEDIMIENTO ANTE UN PACIENTE QUEMADO

SANDRA COTILLAS LOPEZ

PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO

CARMEN CANOVAS VALIENTE

MARTA GRIMALDOS HERREROS

ANTONIO NARRO HELLIN

1 Introducción

La piel proporciona una barrera física de protección al cuerpo frente a infecciones e invasiones de microorganismos. Cuando la lesión por quemaduras rompe esta barrera los microorganismos invaden y atacan la piel por las heridas abiertas, alterando la barrera inmunitaria.

El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo.

La agresión térmica da lugar a una respuesta hipermetabólica más marcada que en otros tipos de agresiones y traumatismos. La quemadura produce una degradación exagerada de proteínas mediada por la respuesta hormonal que está relacionada con la superficie corporal quemada, con el aumento de la escisión quirúrgica de la quemadura, con el gasto energético, la presencia de infección y va acompañado de un aumento del consumo de oxígeno.

Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado. Este aporte nutricional se realizará por vía gástrica, ya sea por sonda nutricional nasoduodenal o nasogástrica cuando se den varios factores que coincidan una situación de riesgo nutricional como son: Intensidad de estrés catabólico, disminución del apetito, intubación endotraqueal, etc.

2 Objetivos

El objetivo es describir la aportación del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la tarea de alimentación e hidratación en el paciente quemado.

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

La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE. Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado debido a la degradación exagerada de proteínas que producen las quemaduras y a una respuesta hipermetabólica muy marcada por la agresión térmica. Este tipo de pacientes requiere una dieta hipercalórica e hiperproteica, que será solicitada por el TCAE.

Existen diferentes vías para aportar los nutrientes necesarios que necesita el paciente. Las más habituales en el paciente quemado son:

- Vía parenteral: para pacientes que no pueden recibir nutrición enteral por intolerancia digestiva de la dieta o para aquellos que no alcanzan las necesidades nutritivas necesarias.
- Vía enteral: vía óptima para administrar los nutrientes necesarios ya que suele ser bien tolerada por el paciente, preserva la integridad de la mucosa intestinal, mantiene el aporte calórico, reduce el grado de respuesta hipermetabólica al estrés, evita el fenómeno de traslocación bacteriana y produce menos complicaciones e infecciones.
- Vía oral: constituye la forma de nutrición más fisiológica y requiere la colaboración del paciente que debe tener un adecuado nivel de consciencia y reflejo de deglución.

La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE , somos los encargados de:

Al ingreso, una vez terminada la cura y acomodado el paciente en la habitación, le preguntamos sobre sus gustos alimenticios. Verificar por orden médica la dieta prescrita. Si el paciente no sufre ninguna enfermedad lo más probable es que sea una dieta hipercalórica e hiperproteica. En nuestra unidad existe un programa informático para la petición de dietas en las que elegiremos el desayuno, comida, merienda y cena.

Preparación del paciente para la ingesta:

El TCAE incorporará la cama hasta conseguir una postura adecuada y cómoda para el paciente. Le preguntará qué le apetece comer. El TCAE se encargará de elegir los alimentos más convenientes y triturarlos si el paciente los requiere. En la ingesta se pueden dar cuatro situaciones según las zonas quemadas y el estado del paciente:

- Paciente autónomo: se le colocará un protector, para evitar que le caigan restos de comida en la cura y en la cama que le puedan incomodar. Se le pondrá la mesa y se colocarán los platos, cubiertos, pan, el agua, el batido hiperproteico y se le facilitará la medicación oral que tenga prescrita, colocándoselo todo a mano. Aprovecharemos para escuchar y hablar al paciente.
- Paciente parcialmente incapacitado: se realizará el mismo proceso que con el paciente autónomo pero, el TCAE le ayudará a partir la comida, pelar y trocear la fruta y a la vez se le enseñará a coger los cubiertos de la forma más adecuada para que no se le caiga la comida. Al principio estos pacientes se sienten frustrados, nuestra labor es darles confianza en sí mismos, animarles e intentar que coman solos. Al principio no podrán hacerlo todo ellos solos ya que sufren dolor y los vendajes les impide la movilidad necesaria, por eso debemos estar con ellos para ayudarles , escucharles y animarles en esos momentos bajos que tiene el paciente.

- Paciente incapacitado totalmente: actuaremos de la misma forma que con el paciente parcialmente incapacitado, pero dándole el TCAE la comida. Comprobaremos que la temperatura de la comida es la adecuada, no le daremos mucha cantidad de una sola vez para evitar atragantamientos, le ofreceremos agua, evitaremos la sensación de tener prisa.
- Paciente traqueostomizado con cánula estándar (con balón de baja presión): se le pedirá la dieta prescrita por el médico, se incorporará la cama entre 45 - 60° para evitar regurgitaciones, comprobaremos que la presión del balón de la cánula esté a 30mmhg, mantendremos preparado y en funcionamiento el equipo de aspiración, tendremos siempre a mano una cánula limpia para qué, en caso de emergencia, nos permita una rápida sustitución y una eficaz ventilación. Comprobaremos la temperatura de los alimentos antes de dársela. Le explicaremos lo que va a comer, le ofreceremos agua, procuraremos que el paciente se sienta cómodo. Mantendremos al paciente incorporado durante 20- 30 minutos después de finalizada la comida para evitar que se produzca una broncoaspiración.

Finalizada la ingesta, en todos los pacientes:

Retiraremos los platos de la mesa y los colocaremos en la bandeja. Limpiaremos la mesa y acercaremos los utensilios para la limpieza bucal. En los pacientes que no pueden realizarla por ellos solos lo realizará el TCAE. Acomodaremos al paciente en la posición funcional adecuada. Registraremos en la gráfica la ingesta, los líquidos y el batido hiperproteico tomados. Se comunicará a la enfermera responsable cualquier incidencia que surja.

5 Discusión-Conclusión

El aporte nutricional precoz en el paciente quemado es imprescindible para su curación. La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE , en la que además de darle e informarle acerca de los alimentos necesarios para su curación, escucha y habla con el paciente ya que es un momento relajado para él.

El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 148

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON COLOSTOMÍA

SANDRA COTILLAS LOPEZ

PATRICIA SÁNCHEZ NAVARRO

CARMEN CANOVAS VALIENTE

MARTA GRIMALDOS HERREROS

ANTONIO NARRO HELLIN

1 Introducción

Hablamos de ostomía cuando nos referimos a una intervención quirúrgica en la que se realiza una apertura (estoma) entre dos órganos o una víscera y la piel del abdomen con el fin de que los desechos del organismo salgan al exterior. Esta intervención se lleva a cabo para aliviar una obstrucción, enmendar un defecto anatómico o tratar una infección del tracto urinario.

El término colostomía se utiliza cuando la ostomía se encuentra en el colon. Las alteraciones a las que se enfrenta el paciente colostomizado son tanto biológicas, psicológicas y sociales, entendiéndose por ellos cambios higiénicos, afectación de la propia imagen o dificultad de la integración, entre otros muchos.

Si bien hablamos de los objetivos básicos que deben de llevar a cabo el TCAE cuando se expone a estos pacientes y sus cuidados, cabe destacar el tratamiento y la prevención de los tejidos periestomales y la importancia de concienciar al paciente de su autocuidado.

El principal objetivo del TCAE frente al paciente ostomizado, es el intentar que lleve una vida normal, después de habersele realizado una intervención quirúrgica, ayudarle en sus cuidados e higiene del estoma; y en la reinserción en su vida social.

Si el cuidado es muy próximo a la cirugía y la herida todavía no está cicatrizada, la cura y el cambio de bolsa lo hará el/la enfermero o enfermera en condiciones estériles.

2 Objetivos

- Definir el término colostomía y sus posibles complicaciones.
- Determinar el correcto cuidado de las ostomías y el papel del TCAE cuando se expone a estos pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios y protocolos de varios hospitales relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: “colostomía”, “ostomía” y “paciente colostomizado”.

4 Resultados

La realización de la colostomía radica en una abertura abdominal que se llama estoma. La realización de este procedimiento se lleva a cabo debido a una resección intestinal o una lesión pendiente de ser temporal o permanente. Podemos hablar de varios tipos de colostomías teniendo en cuenta su temporalidad o localización, sin olvidarnos de que todas ellas necesitan unos cuidados para evitar las complicaciones. Dentro de las complicaciones que pueden surgir, podemos clasificarlas en menores, cuando se dan reacciones de tipo alérgico o infecciosas o mayores, cuando hablamos de necrosis, obstrucción intestinal, peritonitis...

El TCAE tiene un importante papel ya que no solo se encarga de la limpieza de la misma sino de enseñar y concienciar al paciente para su correcta autonomía, así como de determinar que tipo de ostomía se ha realizado y su localización, el tipo y tamaño de la bolsa que se debe usar y las sustancias que hacen de barrera para la piel. También se debe tener en cuenta las reacciones que se dan en el paciente (alergia al adhesivo, sangrado en el estoma, enrojecimientos en la piel...).

Se valora la importancia de hacer un seguimiento y anotación sobre la cantidad de heces evacuadas para controlar si presentan elementos anormales (pus, sangre...).

Debemos citar algunas de las precauciones que el TCAE debe tener en cuenta para conservar la integridad cutánea y del estoma:

- No usar soluciones con alcohol y agua oxigenada.
- No frotar la piel.
- Estar pendiente de la aparición de úlceras o hemorragias
- Evitar la presencia de estenosis en el anillo del estoma.
- Realizar los cambios de bolsa necesarios.
- Vaciar la bolsa cuando esta llena hasta un tercio de su volumen total.
- Retirar la bolsa suavemente limpiando y secando la piel periestomal.

Es importante que el paciente ostomizado tenga en cuenta consejos como la realización correcta de su higiene corporal, el uso adecuado de ropa, la buena práctica de la actividad física y la alimentación que se debe de llevar a cabo.

5 Discusión-Conclusión

En relación con lo expuesto anteriormente debemos destacar la importancia de que el TCAE tenga adquiridos los conocimientos imprescindibles para el cuidado del paciente ostomizado así como, la higiene de la ostomía. Mantener una buena relación TCAE/paciente es un factor favorecedor ya que ayudará a mantener una situación mas cómoda, a cuidar y favorecer la autoestima del paciente

A medida que el estado de salud vaya mejorando después de la operación, es conveniente comenzar con las actividades a nivel social Como pasear, nadar, bailar, trabajar e incluso poder practicar todos aquellos deportes que no sean agresivos para que no exista la posibilidad de dañar el estoma, dándole una mejor calidad de vida sin tener complejos por estar ostomizado.

6 Bibliografía

1. P.Farreras, C.ROZMAN (2012), Medicina Interna, Elsevier.

2. Crespillo Díaz, Antonia Yolanda, & Martín Muñoz, Begoña. (2012). La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 43-47.
3. Arenas Villafranca, José Javier, Abilés, Jimena, Moreno, Gloria, Tortajada Goitia, Begoña, Utrilla Navarro, Pilar, & Gándara Adán, Norberto. (2014). Ostomías de alto débito: detección y abordaje. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1391-1396.

Capítulo 149

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD DE CELIAQUÍA EN LA CATEGORÍA DE TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SARA GONZÁLEZ LINOS

ESMERALDA GIL MONGE

CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE

DOLORES CORONA GONZALEZ

VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ

1 Introducción

La enfermedad celiaca afecta tanto a hombres como mujeres en igualdad, es una inflamación inmunológica del intestino por la ingesta e intolerancia de centeno, trigo y cebada.

Esta enfermedad causa lesiones a nivel digestivo y alteración en la absorción de vitaminas, minerales y otros nutrientes. No es una alergia ni intolerancia pues esta patología provoca una respuesta inmunitaria rápida.

Puede producir muchos síntomas entre otros se pueden comentar, distensión abdominal por la inflamación intestinal, Diarreas ante la mala absorción de los nutrientes, anorexia por la distensión abdominal y no poder realizar una digestión común, pelo frágil y cansancio físico el no poder absorber las vitaminas y nutrientes provoca una debilidad generalizada de la persona.

La enfermedad se puede presentar en varios tipos, la clásica que se pronuncia en mala absorción de alimentos y diarrea etc. La celiaquía pauci o monosintomática la cual tiene síntomas interiores y exteriores. Celiaquía silente la cual el paciente no descubre que tiene esa enfermedad pese a que tiene alguno de los síntomas de esta.

Nuestro trabajo tiene como objetivo conocer como puede ser diagnosticada esta patología, que tipo de pruebas y que alimentos pueden ser los que se pueden ingerir sin tener ningún efecto secundario ante la ingesta de estos, psicológicamente estos pacientes suelen estar irritables, asténicos pues se sienten que no pueden realizar una vida normal.

2 Objetivos

- Conocer cómo se puede diagnosticar la enfermedad celiaca.
- Determinar qué tipo de alimentos se pueden ingerir sin tener que llegar a tener efectos secundarios tras la ingesta de estos.

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 el conocimiento de La enfermedad celiaca como se diagnostica y que calidad de vida puede realizar.

Palabras clave: celiaca, cebada, tratamiento, diagnóstico.

4 Resultados

- El diagnóstico es a veces difícil pues puede confundirla con otras patologías digestivas. Ya que muchos de los síntomas que tienen son comunes a estas.
- En el caso de diarreas crónicas a raíz de la enfermedad celiaca se tendrá que realizar más pruebas para descartar posibles úlceras gástricas o enfermedades

del colon etc.

- Se pueden realizar serologías, biopsias y provocar que respuesta puede generar el cuerpo ante la ingesta del gluten. Los anticuerpos antiendomiso de tipo IgA y anti-transglutaminasa tisular (AtTG) son los solicitados en cuanto al diagnóstico, pero incluir por supuesto la biopsia intestinal. (Ryan BM,2000)
- Los alimentos los cuales hay que ingerir pueden ser sin gluten, eliminar todo producto que tenga como ingredientes trigo, espelta, cebada, centeno y avena, y excluir cualquier producto derivado de estos cereales (almidón, harina, sémola, pan, pasta, bollería y repostería). Alimentos frescos y evitar alimentos procesados, carnes, pescados, huevos etc. (Jiménez Ortega AI,2016)
- El facultativo puede facilitar la pauta de vitaminas y en caso de anemia se añadirá a la dieta equilibrada folatos, hierro.
- Es importante añadir también probióticos para mejorar la realización de la digestión y ayudará a la absorción de vitaminas y minerales.
- Es importante la rutina en las comidas para que el intestino si está irritado no agrave la situación, en caso de distensión abdominal por haber ingerido gluten, en este caso realizara reposo digestivo con ayuda de hidratación.
- En la actualidad no existe tratamiento curativo solo se puede ayudar en control de dieta estricta, por ello hay que leer todas las etiquetas de los alimentos que se compren y poder evitar algún síntoma secundario de celiaquía. Existen productos que son específicos para esta enfermedad, pero el coste es muy alto por lo que las personas tienden a incluso realizar en su domicilio algunos de estos. (Araya QM,2011).

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad celiaca es una enfermedad de ricos, pues como se comentó anteriormente los productos que son específicos para ellos son excesivamente caros. Es una enfermedad cuya base fundamental es la dieta rigurosa, en caso de no poder realizar la prevención adecuada y seguir con la ingesta de gluten podrá derivar en patologías más agresivas y más graves.

Es importante realizar docencia en este tipo de pacientes con talleres para enseñar qué alimentos están permitidos y cuáles están estrictamente prohibidos y los que pueden tomar esporádicamente.

Estos pacientes tienden a la depresión por falta de sociabilización por la dieta que deben seguir que, aunque sea equilibrada es pobre, por lo que están irritables, ansiosos, nerviosos.

6 Bibliografía

- Jiménez Ortega AI, Martínez García RM, Quiles Blanco MJ, Naji MA, Abdel J, González Iglesias MJ. Enfermedad celíaca y nuevas patologías relacionadas con el gluten. 2016.
- Nutrición hospitalaria 2016; 33:44-48. (2) Parada A, Araya M. El gluten: Su historia y efectos en la enfermedad celíaca. Revista médica de Chile 2010;138(10):1319-1325.
- Araya QM, Parada DA. Poniendo al día la enfermedad celiaca. Revista Médica Clínica Las Condes 2011;22(2):204-210.
- Ryan BM, Kelleher D. Refractory celiac disease. Gastroenterology 2000;119(1):243-251.

Capítulo 150

CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE EL SÍNDROME DE BRUGADA POR LA CATEGORIA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA SALA DE CARDIOLOGIA

SARA GONZÁLEZ LINOS

ESMERALDA GIL MONGE

CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE

DOLORES CORONA GONZALEZ

VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ

1 Introducción

En cuanto hablamos de cardiología hay que comentar que las arritmias cardiacas es una de las patologías que causa más mortalidad y morbilidad en la población. El descubrimiento del síndrome de brugada fue aproximadamente sobre 1992 en el cual aparece un síndrome con síncope y muerte súbita en población con un corazón estructuralmente normal y un electro con una característica de bloqueo de rama derecha y elevación de ST en V1 a V3. Esta enfermedad se ve que es genética y causada por un gen autosómico dominante.

Suele darse en pacientes con muerte súbita en edades por debajo de los 50 años. Algún síntoma que se puede asociar al síndrome puede ser, latidos rápidos, convulsiones, desmayos etc.

El síndrome debe ser identificado precozmente para ser tratado y no llegue a una muerte súbita repentina, por ello se realizarán estudios electrocardiográficos, ecografías, TAC, analíticas sanguíneas etc. Un control estricto de consultas en cardiología con el facultativo y resto de sanitarios que ayudaran a afrontar este síndrome con el menor sufrimiento posible.

Esta revisión bibliográfica se basa en factores de riesgo y en qué actuaciones debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en una sala de cardiología, cuando se conoce un diagnóstico de Brugada.

Una vez diagnosticado un síndrome de Brugada, deberían de ser estudiados el resto de los familiares para poder detectar más síndromes a nivel hereditario. De esta forma se podrá evitar la muerte súbita, y síntomas que el paciente pueda padecer antes de ser diagnosticado.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo del síndrome de Brugada que presentan los pacientes jóvenes.
- Describir funciones del TCAE en cardiología.

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 el conocimiento de los síntomas y signos del síndrome brugada.

Palabras clave: electrocardiograma, muerte súbita, brugada.

Se han incluido textos en inglés y español. Textos con validez científica.

4 Resultados

- Los factores de riesgo más comunes en los que puede aparecer un síndrome de brugada pueden ser entre otros, antecedentes familiares en cuanto se diagnostica

un caso el resto de la familia deberá ser revisado pues es hereditario y puede padecerlo algún familiar más. (Hernandez-Ojeda J,2017).

- Ser hombre, por los artículos en los que hemos encontrado casos de este síndrome generalmente afecta más a hombres jóvenes que a mujeres.
- Raza, aunque parezca una broma suele ser más común este síndrome en personas asiáticas que en otro tipo de razas.
- La fiebre no es la principal causa, pero sí que la persona que tiene este síndrome y fiebre puede causar una irritación lesión cardiaca, que puede derivar en desmayos, shock etc. (Sánchez-Aquino R,2003).
- Que puede aparecer en un paciente que tenga síndrome de brugada, una estructura anormal del corazón que muchas veces pasa desapercibida, uso inadecuado o sobre dosificado de fármacos o drogas
- El TCAE entre muchas de sus funciones es ayudar a la enfermera en toma de constantes vitales, técnicas invasivas y no invasivas. Apoyar al paciente y ayudarlo evitando que realice esfuerzos que puedan desembocar en síntomas más graves.

Ayudara al paciente en el aseo, acompañándolo al baño, al pasillo, en caso de ser un paciente joven no necesitara todos los cuidados básicos, pero sí que se le ofrecerán ante una debilidad o falta de fuerza. (Paneque Sánchez-Toscano I,2014) Será el responsable de facilitar la ropa de camisón y ropa de aseo, realizara la cama diariamente para que el paciente esté cómodo, facilitara la comunicación con sus familiares o amigos. Resolverá dudas dentro de su categoría no se podrá dar informes médicos, ya que no es de su incumbencia.

Las complicaciones de estos factores de riesgo y no son conocidos puede desencadenar una muerte súbita o un paro cardiaco repentino, con lo cual en esta situación no hay ya posibilidades de ayudar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de padecer un síndrome de brugada puede aportar soluciones para evitar esas complicaciones antes nombradas, con el implante de un desfibrilador automático (DAI). Este desfibrilador detecta que ritmo cardiaco pose el paciente y en cuanto comprueba la anomalía actúa.

Es importante el apoyo familiar, amigos pues si el paciente va a tener que llevar el DAI su vida va a tener que cambiar en algunos hábitos de la vida diaria, en cuanto a dieta no llegar a padecer una obesidad, no fumar, no tomar drogas.

Acudir frecuente a las revisiones para poder realizar comprobaciones sobre si el

DAI está funcionando correctamente y poder meter los parámetros adecuados al desarrollo del paciente en su vida diaria. Se realizarán electrocardiogramas también frecuentemente para poder detectar cualquier anomalía que presente este síndrome.

6 Bibliografía

- Sánchez-Aquino R, Peinado R, Peinado A, Merino J, Sobrino J. Fibrilación ventricular recurrente en un paciente con síndrome de Brugada: tratamiento eficaz con procainamida. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56(11):1134-6.
- Brugada J, Brugada R, Antzelevitch C, Towbin J, Nademanee K, Brugada P. Longterm follow-up of individuals with the electrocardiographic pattern of right bundle-branch block and ST-segment elevation in precordial leads V1 to V3. *Circulation.* 2002; 105:73-8.
- Enfermería profesional. Técnicas de enfermería. Wieck, Lyng, editor. McGrawHill; 1993.

Capítulo 151

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS TÉCNICAS DE HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO O NEONATO

SARA GONZÁLEZ LINOS

ESMERALDA GIL MONGE

CELIA GUTIÉRREZ MARRUBE

DOLORES CORONA GONZALEZ

VICTORIA FERNÁNDEZ RUIZ

1 Introducción

Se entienden por recién nacidos o por neonatos, aquellos bebés que han nacido y que tienen menos de 28 días de vida.

Los recién nacidos, indistintamente de que dispongan de una buena salud o no, en el momento de nacer necesitan una serie de cuidados básicos que se han de realizar a diario, entre ellos se encuentran los cuidados de alimentación, de higiene y la necesidad de descanso y vestimenta entre otros.

La higiene del recién nacido es una necesidad básica, es tan importante como el resto de cuidados mencionados anteriormente. Si un recién nacido no tuviera

estas necesidades cubiertas no podría conservar la buena salud en el caso de ser un bebé sano y podría empeorar su estado de salud en el caso de no disponer de ella.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel muy importante ya que es el personal profesional que se encarga de las técnicas de higiene del recién nacido mientras dura su estancia hospitalaria.

Además, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también asesora a los padres para que estos adquieran conocimientos generales para el cuidado del recién nacido y para que puedan llevarlos a cabo una vez se produzca la vuelta a casa.

Es necesario que padres y cuidadores estén bien informados sobre los cuidados de un recién nacido para que le puedan brindar las mejores atenciones.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en relación con la higiene del recién nacido en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se han consultado una serie de libros, artículos y revistas de carácter científico en las bases de datos: Google Scholar, Scielo, Pubmed y Medline.

Las palabras clave que se han utilizado para realizar las búsquedas son las siguientes: aseo del bebé, cuidados básicos del recién nacido, técnicas de higiene TCAE, higiene del neonato, recién nacido.

4 Resultados

EL BAÑO

En el momento en el que el bebé nace, se puede observar que su piel está envuelta en diversas sustancias como, por ejemplo, sangre, líquido amniótico, meconio y vérnix caseosa, etc...

La vérnix caseosa es una sustancia con propiedades importantes para evitar infecciones y lesiones de la piel además de favorecer su hidratación por lo que no es recomendable bañar al bebé para retirar esta sustancia en las primeras horas después del nacimiento.

Se aconseja bañar al bebé por primera vez después de las 48 horas posteriores a su nacimiento, aunque los restos de sangre y meconio si pueden ser retirados de forma cautelosa para no retirar la vernix caseosa.

Se debe realizar el baño del bebé a diario, pues, aunque el recién nacido no se ensucia para necesitarlo, se establece una rutina que les aporta seguridad y relajación.

Se puede realizar aunque no se le haya caído el cordón umbilical, siempre y cuando éste se seque muy bien tras el baño. Antes de comenzar el baño se recomienda tener todo el material que se va a necesitar preparado para que no desatender en ningún momento al recién nacido.

El proceso del baño ha de ser un momento agradable, preferiblemente al final del día para favorecer el sueño ya que se suelen relajar mucho.

La duración del baño debe ser corta, no más de 5 minutos para evitar que la piel se arrugue y el agua se enfríe.

Para realizar el baño se puede utilizar agua sola, o bien, 2 o 3 días a la semana se puede emplear jabón. El jabón utilizado debe ser pH neutro y sin fragancias, no es necesario el uso de champú y jabón simultáneamente, con uno de los dos productos se podría hacer el baño completo.

Para empezar con el baño, primero se comienza lavando la cabeza hacia atrás para que no le caiga ni agua ni jabón en la cara o en los ojos, después la cara se lava con la mano y se continua por todo el cuerpo dejando en último lugar los genitales.

Una vez que haya finalizado el baño, se colocará al bebé en una superficie firme para poder secarlo a toques (nunca restregando la piel) insistiendo en la zona de las axilas, ingles y cordón umbilical si aun no se le ha caído.

Una vez seco, se puede aplicar en su piel una crema hidratante o aceite de almendras para hidratar la piel, aprovechando el momento para darle un masaje al bebé y reforzar el vínculo entre él y los padres.

HIGIENE DEL CORDON UMBILICAL

Una vez cortado el cordón umbilical que une el bebé con la madre, éste queda como un muñón que se va secando hasta su caída. Para que esto suceda y no se produzcan infecciones se necesita que el cordón se mantenga limpio y seco.

Para ello utilizaremos una gasita empapada en alcohol de 70 grados y a toquecitos se va limpiando el cordón umbilical.

Esta limpieza se debe hacer una vez al día y cada vez que se pueda manchar de heces o de orina. Hay que vigilar especialmente que no tenga mal olor, no sangre y no aparezcan secreciones amarillentas ni le produzca ningún dolor ya que cualquiera de estos signos podría significar una infección.

LOS OJOS

La higiene de los ojos se hará empapando una gasa con suero fisiológico desde el lagrimal hacia fuera y utilizando una gasa nueva para cada uno de los ojos.

LOS OIDOS

Los oídos hay que secarlos bien para que no se produzcan infecciones por humedad, se deben limpiar bien la zona de los pliegues con una gasa o algodón humedecidos.

No se deben utilizar bastoncillos ya que se le puede causar daños.

LAS UÑAS

Para evitar que el bebé se arañe con sus uñas, las uñas deben cortarse regularmente, para ello se deben utilizar unas tijeras de punta roma. Las uñas se cortan rectas para evitar uñas encarnadas.

LOS GENITALES Y LA ZONA DEL PAÑAL

La zona del pañal es una zona muy húmeda, esto puede favorecer el ataque de microorganismos y comprometer la integridad de la piel por lo que es importante realizar la limpieza de esta zona después de cada deposición además de en el momento del baño.

Los pañales deben ser cambiados cada 3-6 horas, según la cantidad de orina que haga el bebé y siempre en todas las deposiciones.

No se deben utilizar polvos de talco ya que estos polvos forman grumos que puede irritar la piel además el bebé puede inhalar estos polvos causándole daño pulmonar. Se pueden utilizar aceites para crear una película protectora y le aporte hidratación y con eso sería suficiente.

5 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios demuestran la importancia de llevar a cabo una correcta higiene del recién nacido. Ya que, de no hacerlo de una forma correcta, la salud del bebé puede verse comprometida.

El uso de polvos de talco para emplear en la zona del pañal o el uso de manzanilla para limpiar los ojos son dos ejemplos de malas practicas en la higiene del bebé, por eso tiene tanta importancia realizar estas técnicas de higiene correctamente y formar a los padres y darles toda la información suficiente para que ellos las puedan llevar a cabo una vez que el bebé reciba el alta hospitalaria y pueda recibir unos cuidados de máxima atención y calidad.

Por tanto, la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la base para poder evitar las malas practicas de higiene y por ello es tan importante la labor de este profesional.

6 Bibliografía

1. Caño-Armenteros, P. (2020). CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO: HIGIENE Y ASEO CORPORAL.
2. Doménech, E., González, N., & Rodríguez-Alarcón, J. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. Madrid: Asociación Española de Pediatría.

Capítulo 152

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ

ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA

NOELIA ALFARO SERRANO

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deberán desarrollar una serie de funciones durante el desarrollo de su actividad laboral en los distintos centros sanitarios, centros de salud y centros hospitalarios. Dichas funciones vienen recogidas en la sección 8ª del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social, concretamente en los artículos 74 al 84.

A su vez, este Estatuto se encuentra plasmado en la Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973. Sin embargo, con la promulgación del nuevo Estatuto Marco el cual afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de Diciembre) han sido derogado los tres estatutos que se encontraban vigentes hasta dicha fecha, aunque las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería recogidas en el Estatuto de personal Sanitario No Facultativo siguen vigentes.

Del mismo modo, en el artículo 85 de dicho Estatuto, se encuentran recogidas las funciones cuya realización por parte del equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería está totalmente prohibido.

- Administración de medicamentos.
- Cualquier técnica diagnóstica o preventiva.
- Ayudar al personal médico en la ejecución de intervenciones quirúrgicas.
- En general, realizar funciones de la competencia del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.

2 Objetivos

- Conocer la Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973.
- Conocer las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Conocer las funciones que no deben ser realizadas por los TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

Art. 74. Actuaciones de asistencia sanitaria al equipo médico o de enfermería

1. Efectuar el aseo diario de los pacientes.
2. Poner y retirar las cuñas a los pacientes que no requieran de pañal.
3. Efectuar la limpieza de los carros de curas y reponer su material necesario.
4. Repartir la comida a los pacientes junto al pinche de cocina.
5. Dar de comer a aquellos pacientes que no pueden hacerlo ellos mismos.
6. Colocar la lencería de planta.
7. Recoger las temperaturas de los pacientes y anotarlas.

Art. 76: Funciones en las unidades de Quirófano y Esterilización:

1. Preparar el material para llevarlo al servicio de esterilización.
2. Una vez finalizada la intervención, recoger y limpiar el material utilizado.

Art. 77: Funciones en la unidad de Tocología.

1. Ayudar al equipo de enfermería en las atenciones a las pacientes.
2. Encargarse del aseo de las parturientas o puerperas, así como de la limpieza de sus camas.

Art. 79: Funciones en el laboratorio.

Llevar a cabo, junto al equipo sanitario del laboratorio (Técnicos especialista en laboratorio y facultativos), la limpieza del material utilizado en el laboratorio.

Art. 80: Funciones en el servicio de admisión de enfermos.

Cuando los pacientes no ingresen en camisa, se encargarán de escoltar a los enfermos a las plantas y servicios asignados.

Art. 82: Funciones en la unidad de farmacia.

1. Ordenar y colocar los preparados sanitarios.

2. Preparar la medicación solicitada por el equipo médico o de enfermería del resto de servicios del centro hospitalario.

Art. 83: Funciones en la unidad de rehabilitación.

1. Ordenar y limpiar el material utilizado durante las sesiones de rehabilitación.

2. Colaborar en la sujeción del paciente durante sus ejercicios de rehabilitación.

3. Ayudar a los pacientes a desvestirse y vestirse.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado “Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería” nos ha llevado a conocer la Orden en la cual aparecen recogidas las funciones que deben llevar a cabo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el desarrollo de su actividad laboral en las distintas instituciones sanitarias. A pesar de que dicha orden fue derogada con la entrada en Vigor del Estatuto Marco, funciones del personal laboral siguen vigentes.

Por otro lado, se han podido conocer las funciones que están totalmente prohibidas que su realización sea llevado a cabo por los TCAE. Dichas funciones pueden ser englobadas en una general, aquella función que sea competencia directa del personal sanitario auxiliar titulado.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.

Capítulo 153

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA OBTENCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

ANTONIA ILUMINADA FORTES PERONA

NOELIA ALFARO SERRANO

MARI LLANOS LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las muestras biológicas puede ser definido como una cantidad reducida de cualquier sustancia que procede de un organismo; pudiendo ser órganos completos, células, tejidos, fluidos corporales (orina, sangre, saliva, heces, líquido cefalorraquídeo...) utilizada para diagnosticar o estudiar enfermedades, realizar pruebas de paternidad, etc.

El término muestra puede definirse como “cantidad menor tomada de una cantidad mayor”, mientras que el muestreo puede ser definido como “el acto de obtención de una muestra”.

Cuando un facultativo solicita la recogida de muestras de un paciente, tiene la siguiente finalidad:

- Determinar un diagnóstico.

- Descartar procesos patológicos.
- Comprobar resultados.
- Prescribir un tratamiento adecuado para el paciente.

El proceso de analizar estas muestras consta de tres fases:

- Preanalítica. En esta etapa se centra en la preparación del material necesario para la extracción de las muestras y la preparación del paciente.
- Analítica. En esta etapa se centra en la realización de los análisis de las muestras dentro del laboratorio por el personal técnico especialista. También se centra en la realización del informe con los resultados obtenidos con el análisis.
- Posanalítica. En esta etapa se centra en la valoración del informe de los análisis por parte del médico especialista o del médico encargado de pedir la analítica.

2 Objetivos

- Conocer las normas generales a tener en cuenta durante la extracción y traslado de las muestras biológicas.
- Exponer las fases por las que pasa el análisis de unas muestras.
- Describir las funciones llevadas a cabo por los TCAE durante la extracción y traslado de 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.

4 Resultados

Los profesionales sanitarios encargados de obtener y recoger las muestras biológicas serán los enfermeros que se encuentran a cargo de los pacientes. Si por circunstancias del paciente o debido a la complejidad de la técnica utilizada para recoger las muestras no puede ser realizado por el equipo de enfermería, será el equipo médico el encargado de obtener dichas muestras.

FUNCIONES DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS.

- Preparar el material necesario para la obtención de pruebas.
- Preparar al paciente.
- Ayudar el equipo de enfermería durante el proceso.
- Recoger el material una vez finalizado el proceso.
- Acomodar al paciente una vez finalizado el proceso.

PAUTAS A TENER EN CUENTA DURANTE EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

- Trasladar las muestras con su hoja de petición y correctamente etiquetadas.
- Indicar al paciente las actuaciones que tiene que realizar previamente y durante la extracción.
- Recoger las muestras con las medidas de asepsia.
- Seguir el protocolo de recogida de muestras biológicas.
- Identificar correctamente las muestras con los datos del paciente e indicar a que laboratorio será dirigidos.
- Utilizar guantes desechables durante la manipulación de muestras biológicas, de esta manera se evitará la transmisión de enfermedades.
- Utilizar bateas desechables para el traslado de las muestras.

Una vez extraídas las muestras, deberán ser trasladadas a los laboratorios correspondientes en unas adecuadas condiciones con la finalidad de no alterar los resultados de dichos análisis.

El personal encargado de realizar el traslado de las muestras biológicas deberá tener la formación, conocimientos, habilidades y experiencia necesaria para garantizar un correcto traslado de muestras y conseguir el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Conservar la integridad de las muestras, manteniendo de esta manera las propiedades biológicas.
- Mantener las características originales de las muestras biológicas.
- Guardar las condiciones de seguridad para minimizar un posible riesgo de contagio durante el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado “Actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la obtención, conservación y traslado de muestras biológicas” nos han demostrado por un lado las fases por las que pasa el análisis de las muestras biológicas en los laboratorios.

Por otro lado, se ha podido comprobar con dicha lectura la importancia de conocer y llevar a cabo los procedimientos establecidos para la extracción de muestras y su traslado a los laboratorios, consiguiendo de esta manera que las muestras lleguen al laboratorio con sus propiedades biológicas íntegras y de la misma manera, evitar un posible contagio durante su traslado con la utilización de guantes.

6 Bibliografía

- 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 154

PRINCIPALES MODELOS Y REFERENTES DE ENFERMERÍA EXPOSICIÓN POR EL TÉCNICO 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 todo lo referente a los Cuidados, a las Necesidades Básicas y los Autocuidados. Gestión de Cuidados de Enfermería. Funciones propias del Personal de Enfermería en los cuales estamos incluidos los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

La O.M.S. nos dice y expone que la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

Virginia Henderson dejó establecida una descripción conceptual de la enfermería consistente en asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que ayudan y contribuyen a la salud, o a su recuperación (o a una muerte digna), que éste haría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Y hacerlo de tal manera que le ayude y apoye a ganar independencia con la mayor brevedad posible (1).

Se pueden describir los cuidados como el apoyo directo ofrecido por otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria.

Las competencias principales que deberá realizar todo el Personal de Enfermería a grosso modo son:

1. Prestar y administrar cuidados en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, curativos, de rehabilitación o de apoyo a los individuos o grupos.
2. Enseñar a los enfermos.
3. Actuar como miembro efectivo del Equipo de Salud.
4. Desarrollar la práctica de la enfermería basada en un pensamiento crítico y de investigación.

2 Objetivos

Describir en este artículo las competencias del personal sanitario a grandes rasgos y a su vez ver que represento los modelos de enfermería para el personal que trabaja en la salud

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

Modelos de Enfermería.

Son la representación de una realidad que puede denominarse como hecho enfermero, que podría describirse como el modo de llevar a término el proceso de

cuidar en enfermería (5).

La asociación de ciertas creencias, valores, principios, leyes y teorías que sirven como marco de referencia para crear un modelo, se llama y denomina paradigma. La enfermería ha sido hasta hace muy pocos años una profesión basada y establecida principalmente en la experiencia y resultados de la práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente, a través de la consecución y repetición de las actividades.

La primera enfermera que intentó concretar la aportación de la enfermería al cuidado de la salud fue Florence Nightingale (1820-1910), al sentar y establece las bases de la enfermería profesional. Su teoría se cimienta en el entorno, entendiendo como entorno la ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido. Su teoría contiene tres asociaciones principales, entorno-enfermo, enfermera-entorno y enfermera-enfermo.

Desde aquellos tiempos y hasta 1950, hubo muy pocas aportaciones en este contexto y sentido. A partir de entonces y a raíz de la implantación generalizada y extendida en algunos países de los estudios universitarios para la Enfermería, se origina un movimiento de opinión cuyo objetivo es encontrar los fundamentos científicos de la profesión, la estructura teórica que constituye la ciencia de la Enfermería.

Uno de estos modelos, los de suplencia o ayuda están creados en base a los autocuidados, basado en la teoría de la motivación y de la personalidad de Abraham Maslow en el 1970. En el desarrollo de su teoría, Abraham Maslow nos concreta 5 categorías de las necesidades que se clasifican por prioridad en cuanto a su satisfacción por el ser humano, estableciendo que las primeras que se han de satisfacer las necesidades de orden más básico como las necesidades fisiológicas, para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior.

5 Discusión-Conclusión

Vemos el papel tan importante que cumple el personal sanitario, llegando a la conclusión después de analizar este artículo, que, de nuestras antecesoras, como fueron, Virginia Henderson, Florence Nightingale a la que se le considera la madre de la enfermería, fueron abriendo un camino muy importante y decisivo en el cuidado y atención al enfermo

Y que cuando se realiza nuestro importante trabajo hay que hacerlo de tal manera que le ayude al enfermo a ganar independencia con la mayor brevedad posible, los cuidados los describiremos como el apoyo directo ofrecido por otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria, consiguiendo su autonomía,

y en base a estos modelos se trabaja hoy en día y los cuales son un conjunto de creencias, valores, principios, leyes y teorías que sirven como marco de referencia para elaborar un modelo, se llama paradigma.

6 Bibliografía

1. http://www.conganat.org/Seis/inforsalud03/INFORSALUD2003_ruizmj.pdf
2. <https://ifses.es/modelos-de-enfermeria/>
3. <https://ifses.es/competencias-enfermera-centro-de-salud/>
4. <https://www.salusplay.com/blog/competencias-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/>
5. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/Tema-2-Modelos-y-teor%C3%ADas.pdf>
6. Sancho Cantus D., Prieto Contreras L.. Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿Un binomio imposible?. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Jul [citado 2022 Sep 01] ; 11(27): 292-298. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300015&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300015>.
7. Mejía Lopera M^a Eugenia. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. *Index Enferm* [Internet]. 2008 Sep [citado 2022 Sep 01] ; 17(3): 197-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es.

Capítulo 155

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIÓN INTERPROFESIONAL HACIA EL PACIENTE

ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO

CARMEN HERAS ZAFRA

MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS

ALICIA COLETO JIMÉNEZ

ISABEL MOYA MARCO

1 Introducción

La situación de la patología y enfermedad toma entidad propia en cada enfermo, de forma que no hay patologías sino pacientes enfermos, es decir, que una misma patología es vivida y percibida de modo distinto por cada individuo. El profesional de enfermería, en su trato con el enfermo, debe ser correcto y educado.

En el proceso y desarrollo de Salud-Patología, la situación de Patología y enfermedad supone un cambio muy trascendental en la vida de los individuos, que reaccionan de forma diferente según las características de cada caso.

Ante una situación de patología es frecuente que aparezca miedo, angustia y/o ansiedad, que evolucionan de manera diferente según los casos. Hay individuos a las que esta situación los lleva a un estado de depresión en diferentes grados.

Otras desarrollan mecanismos de huida ante su patología y tratan de negarla, etc. La asistencia psicológica a los enfermos es por ello uno de los aspectos más trascendental a atender en la práctica y asistencia diaria para todo el profesional sanitario y muy substancialmente para el Profesional de Enfermería, por el número de horas y días que persevera al lado de los enfermos y la relación que efectúan con ellos. Por tanto, deben desarrollar la capacidad tan importante de observación que les permita evidenciar cualquier cambio o alteración en el enfermo durante el periodo de hospitalización debido a su patología o a la estancia en el Hospital.

En nuestra mente debe estar presente esta necesidad para buscar y poder identificar los cambios psicológicos en el enfermo, a los que muchas veces podremos dar respuesta, mejorando así de modo considerable la calidad de vida del enfermo y por ende la calidad del Sistema de Salud.

2 Objetivos

- Instaurar la relación de empatía que es precisa para la correcta atención de los enfermos por el Técnico en cuidados de enfermería y ver la capacidad de observación de la que se tiene que disponer todo el profesional sanitario.

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

Todos los enfermos, incluso los más difíciles, suelen reaccionar favorablemente y estar receptivos, cuando se establece una relación de empatía y comprensión hacia ellos. Para instaurar esta relación de empatía y que se obtengan los objetivos requeribles para su atención o cuidados, es preciso considerar algunas de las múltiples variables que pueden influir en esta relación de empatía que queremos instaurar, tales como:

- Una buena capacidad de observación y estar receptivo como profesional a darnos cuenta de ello.
- Comunicación con el enfermo.
- Necesidades emocionales básicas.
- En cuanto a lo que puede sentir el enfermo o enfermo nos podemos encontrar con ansiedad, angustia, miedo etc.

Se define la Empatía como la capacidad del individuo para ponerse en el lugar de otro, para llegar a la compenetración emotiva con otros individuos. Responder con empatía durante la relación terapéutica consiste en responder no sólo al contenido verbal sino también a los sentimientos que expresa el enfermo.

La relación sanitario-enfermo atraviesa tres etapas, de conocimiento, intervención y resolución.

En lo referente a la capacidad de observación por el profesional Sanitario en especial, la relación interprofesional que el Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería debe instaurar con el enfermo debe estar guiada en todo momento por la profesionalidad, teniendo en cuenta que en el campo de las relaciones humanas es requerible instaurar una relación de empatía y una consideración positiva hacia el enfermo, dada su especial situación.

Para llegar a instaurar esa relación de empatía es preciso desarrollar al máximo la capacidad de observación. No todos los enfermos son iguales, ni tampoco debe ser igual nuestra forma de trato en cuanto que nuestra respuesta debe adaptarse a las características psicológicas y afectivas en cada caso. En todo momento la actitud del Técnico en cuidados Auxiliares de enfermería debe ser positiva.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar y en opinión se llega a la conclusión de que la observación del enfermo permite obtener una información valiosa, tanto para nuestro trato profesional como para el Profesional Médico y de Enfermería en los que los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un papel fundamental, que ayuda a veces a resolver problemas y situaciones que podrían no ser fáciles. Las actitudes básicas que se requieren para llevar a cabo una correcta observación son objetividad, naturalidad, neutralidad y receptividad.

El significado e importancia que los individuos dan a la vida/muerte y al sistema de valores tiene una incidencia directa en la práctica profesional socio-sanitaria, por lo que se habla de una ética profesional, en este caso de una ética de los cuidados enfermeros. Esta ética se sustenta en valores humanos de carácter universal:

justicia, solidaridad, responsabilidad, igualdad, respeto y tolerancia.

6 Bibliografía

1. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430/383#:text=El%20profesional%20de%20Enfermer%C3%ADa%20en,profesional%20enfermero%20y%20el%20enfermo>.
2. Alvarado García Alejandra. La ética del cuidado. Aquichan [Internet]. Diciembre de 2004 [citado el 10 de junio de 2021]; 4 (1): 30-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=en.
3. Pérez Quintero Celenny, Carrasquilla Baza Deibys. Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural.. Index Enferm [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Ago 29] ; 27(4): 216-220. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300008&lng=es. Epub 20-Ene-2020.
3. Müggenburg Rodríguez Vigil María Cristina, Riveros-Rosas Angélica. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2022 Ago 29] ; 9(1): 36-44. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100005&lng=es.
4. Rodríguez-Abrahantes T, Rodríguez-Abrahantes A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2018 [citado 29 Ago 2022]; 34 (3) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430>

Capítulo 156

IMPEDIMENTOS Y CONDICIONANTES EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ISABEL MOYA MARCO

CARMEN HERAS ZAFRA

MARIA DEL PRADO RODRIGUEZ SOLIS

ALICIA COLETO JIMÉNEZ

ÁNGEL DÍAZ CORROCHANO

1 Introducción

El miedo del paciente enfermo, a lo desconocido, en cuanto a su patología, a la pregunta de ¿Qué me va a pasar?, ¿cuáles van a ser las consecuencias de lo que me pasa o de mi patología? $\neg \neg$ o ¿Qué efectos adversos, me puede provocar mi patología? o ¿me voy a sentir muy mal?, ¿tendré mucho dolor?, ¿qué secuelas van a derivar? y si ¿me voy a recuperar?, todas estas dudas, cuestiones, intranquilidades e inseguridades, le hacen al enfermo en la mayoría de las veces y ocasiones ponerse en una actitud defensiva, serán situaciones que como profesional de enfermería y en especial, como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, se debe tener los conocimientos y herramientas psicológicas para cada una de estas circunstancias.

Los condicionantes y elementos que motivan la patología del enfermo pueden ser capaces de interferir o de complicar las relaciones entre el enfermo y sus profesionales de enfermería. En estos sucesos el enfermo esgrime una serie de mecanismos de defensa (regresión, llanto, hostilidad, dependencia, indiferencia, etc.)

En situaciones especiales como patología muy grave, estado de coma, postoperatorio inmediato o parálisis, así como en patología aguda, es normal la aparición de regresión y dependencia, que pueden durar más o menos tiempo hasta que el enfermo recupera su autonomía. No obstante, fuera de estas situaciones, si el enfermo esgrime en exceso los mecanismos de defensa, cabe sospechar la existencia de problemas subyacentes que pueden dificultar su recuperación. La primera respuesta de carácter psicológico del enfermo ante la patología grave suele ser de miedo a conocer el diagnóstico.

2 Objetivos

Ver a través de la descripción los condicionantes y las etapas por las que los enfermos pueden pasar, debido a la incertidumbre de la nueva situación en referencia al ingreso en la que se encuentran derivado de una patología.

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

Se detallan las diferentes etapas que puede pasar el enfermo y que pueden interferir nuestra relación con ellos o incluso interferir en sus cuidados

1. Regresión.

Es el retorno a un comportamiento especial de una fase un poco menos evolucionada del desarrollo, siendo un mecanismo de defensa muy habitual y fre-

cuenta, tanto en patologías tanto físicas como las mentales y si no es detectado y comprendido, es difícilmente soportable por las personas que le rodean.

El profesional de enfermería debe estar atento a este fenómeno y evitar en todo momento reforzar la actitud regresiva del enfermo; el deseo de ayudar es positivo si no entorpece el camino del enfermo a su autonomía.

2. Llanto.

Aunque generalmente las lágrimas tienen el efecto de reducir bastante la tensión nerviosa acumulada, el llanto continuo y descontrolado en un adulto puede ser muestra de un problema que va a dificultar la colaboración del enfermo y avance en su recuperación.

3. Hostilidad.

El enfermo que critica inagotablemente demuestra que tiene un problema o un conflicto psicológico, que puede ser su modo habitual de ser o estar temporalmente asociado a un problema de salud.

El profesional de enfermería debe ser capaz de poder transformar esa primera reacción instintiva de rechazo en intentar comprender las necesidades y requerimientos del enfermo y ayudarlo, planificando así sus cuidados.

4. Dependencia.

Como parte de la regresión, puede formar parte de todas las patologías, en la fase en que el enfermo debe de buscar ayuda y depende de ella. Cuando la dependencia se prolonga y domina su comportamiento, es indicador de problemas más profundos.

5. Indiferencia.

El enfermo habla de sus síntomas restando importancia a su problema. Sin embargo, está negando lo que le pasa, reaccionando inadecuadamente en su adaptación ante la patología, imposibilitando su adaptación social.

El profesional de enfermería debe descubrir al enfermo que necesita ayuda, pues por sí mismo no va a afrontar el problema.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos descrito en el artículo, en lo que respecta al enfermo y los problemas que pueden suceder a la hora de su atención por el profesional de enfermería y en especial el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, podemos observar que dé como sepamos y de que conocimientos tengamos, dependerá su atención en la cual, si se aborda correctamente podemos paliar bastante las reacciones del enfermo a la hora de afrontar su diagnóstico, porque para el enfermo, el miedo de

lo desconocido, la incertidumbre de qué, va a pasar y la ansiedad en la que puede incurrir su ingreso, dependerá de nosotros el que lo lleve con el mejor optimismo, que sea posible.

6 Bibliografía

1. http://www.paidopsiquiatria.cat/files/modulo-7_trastornos_profesionalidad.pdf
2. <http://www.ehu.eus/xabier.zupiria/liburuak/relacion/3.pdf>
3. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4181&tipo=documento>
4. Benítez-Agudelo Juan C., Barceló-Martínez Ernesto A., Gelves-Ospina Melissa. Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Ago 29] ; 42(4): 391-398. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012&lng=es.
5. López Ibor M. I.. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2007 Mayo [citado 2022 Ago 29] ; 24(5): 209-211. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001&lng=es.

Capítulo 157

ENFERMEDADES MENTALES CUYO ORIGEN ES EL TRABAJO

MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ

BEATRIZ RECUERO FUENTES

MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ

CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL

NIEVES PAZ CORONEL

1 Introducción

Un ambiente de trabajo que se considere no beneficioso ni sano afecta a la salud de los trabajadores, generando problemas como el estrés, ataques de ansiedad, depresión, incluso en casos más extremos puede causar dependencia química.

Alrededor de 1 de cada 4 personas en algún momento de su vida puede sufrir enfermedades neuropsicológicas. El suicidio es la más grave de las consecuencias de este tipo de enfermedades.

Todas las enfermedades se consideran importantes debido al alto número de ellos y porque consideran un elevado coste en la sociedad.

El estrés genera sufrimiento y enfermedades en todos los ámbitos de la vida de quien lo padece. El estrés laboral puede llegar a afectar a cualquier trabajador de cualquier nivel, afectando a la seguridad y la salud de las personas. En el continente Europeo, el estrés laboral es el segundo problema de salud más común, afectando al 22% de los trabajadores con una tendencia al alza.

El ritmo de trabajo, las sobrecargas físicas, las jornadas interminables, el mal ambiente de trabajo... sobrecarga a las personas empleadas que cada día se exigen más. Se les somete a continuos cambios, a ritmos de aprendizaje y adaptación rápidos y es en gran medida lo que está incrementando los problemas de salud tanto físicos como psíquicos.

Desde el ámbito de los RRHH su prevención, detección y tratamiento debería ser prioritario, aunque el abarcar campos tan numerosos como son la medicina del trabajo, la medicina comunitaria, la psiquiátrica, la psicología, la sociología, la enfermería... se hace muy complicada se detección y rápido tratamiento.

A pesar de lo complejo que es su diagnóstico y su seguimiento en los últimos años existen importantes avances en este campo.

2 Objetivos

- Diferenciar entre trastorno y enfermedad mental.
- Aprender cuáles son las principales enfermedades laborales.
- Conocer medidas y pautas sencillas para detectar y prevenir las enfermedades en el entorno laboral.

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

Desde el campo de la medicina se emplean las palabras síndrome o trastorno de forma muy ambigua, llevando a su confusión. Lo primero que hay que hacer es aprender a diferenciarlos.

- Síndrome: es un conjunto de síntomas, que se dan de manera simultánea y de los que existe un estudio preciso. Existe un cuadro clínico que se vincula a todos

los síntomas que se padecen. Los síntomas no siempre presentan alteraciones anatómicas y pueden presentar variaciones con el paso del tiempo. Pueden tener una causa genética externa, una causa social o desconocida y no siempre alteran la salud de quien la padece.

- Enfermedad: poseen también un conjunto de síntomas que se dan de manera conjunta y sobre las que existe un estudio previo. Para la diferencia con el síndrome es que en la enfermedad existe una causa biológica conocida o un cambio que se produce en el cuerpo.

Algunos de los trastornos mentales ocasionados por el trabajo son:

- Ansiedad, estrés, depresión: aunque cada uno de ellos aparece de forma diferente y en un tiempo distinto, suelen estar ligados entre sí, sobre todo cuando su aparición se relaciona con el nivel de vida diaria. Los síntomas de la ansiedad son enfermedades gastrointestinales, dolor de cabeza, insomnio, dolencias cardiovasculares, aumento o pérdida de peso, alergias...

- Mobbing o acoso laboral: es de relativo reciente aparición y se suele reconocer como un ataque recurrente hacia una persona en concreto hacia un grupo de personas. No solo afecta al rendimiento laboral sino que con el paso del tiempo ocasiona problemas emocionales o psicológicos más graves, incluso en muchos casos cursa con un abandono del puesto de trabajo.

- Abuso de alcohol y su dependencia, así como de otras drogas. El estrés laboral y la turnicidad sobre todo, llevan a los trabajadores a consumir estas sustancias de forma excesiva e inadecuada lo que provoca accidentes, descenso de la productividad, absentismo o recurrentes bajas médicas.

Desde el ámbito laboral, definir límites entre horario personal y laboral, hacer pausas activas o actividades de relajación, brindar alternativas para la desconexión de aparatos electrónicos, organizar jornadas de salud y bienestar o hablar directamente con el personal, son actividades que ayudan a mantener el buen clima laboral, evitando la aparición de enfermedades en este ámbito.

Desde el ámbito personal se debe aprender a desconectar del trabajo, respetar los periodos de descanso y dormir lo suficiente, programar actividades de ocio o tiempo familiar o practicar ejercicio físico es muy recomendable para descargar la tensión acumulada durante la jornada laboral.

5 Discusión-Conclusión

El descenso de la economía familiar con sueldos bajos, desempleos, incremento del gasto de vida, hacer que muchas veces se recurra al pluriempleo o al exceso de horas extraordinarias trabajadores, sin ver lo perjudicial que es para la salud

una sobrecarga física y no respetar el descanso. A todo ello se le suma el poco tiempo libre que queda para actividades familiares y sociales.

A veces es preferible tener menos y disfrutar más. Se debe sensibilizar con una formación adecuada y una mayor concienciación a los directores, ya que son una pieza clave en la gestión de la salud mental del trabajador.

Se debe ser consciente que al igual que se cuida la salud física acudiendo al médico cuando algo no funciona bien, del mismo modo se debe cuidar la salud mental. Hay que romper el estigma que todo el que acude a un profesional como psicólogo o psiquiatra es porque está “loco”.

6 Bibliografía

- Trabajar sin sufrir. Editorial La Esfera de Los Libros S.L.
- El trabajo nos está matando: cómo mejorar la salud laboral. Editorial Ebook.
- Manual práctico de salud mental. Editorial Síntesis.
- www.consaludmental.org

Capítulo 158

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS DE MENORES Y RECIÉN NACIDOS: URGENCIAS PEDIÁTRICAS

MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ

BEATRIZ RECUERO FUENTES

MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ

CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL

NIEVES PAZ CORONEL

1 Introducción

Debido a que las úlceras por presión son una patología muy frecuente en pacientes con una poca movilidad o encamados, es un problema muy serio, al que se debe prestar gran atención. Esta afectación repercute a nivel físico, psíquico, emocional y social, ya que originan dolor, se pierde la intimidad, o independencia, genera baja autoestima y depresión. La familia de estos pacientes, en la mayoría de los casos se va sometiendo a una gran carga laboral y económica, así como a la pérdida de vida social y a un empeoramiento de su propio estado de salud. El sistema de salud se ve igualmente afectada ya que ocasionan un elevado gasto de recursos humanos y materiales, gastos de ingresos hospitalarios. En cada centro se aborda de manera distinta.

En España la media de prevalencia de UPP en Hospitales es del 88%.

Por todo ello es necesario mejorar la situación del servicio de enfermería y establecer un punto de partida sobre el que empezar a trabajar. De hacer cursos para cuidadores o personas a cargo de pacientes con un índice alto de padecer UPP, donde se les enseñen dietas beneficiosas, posturas y movilizaciones para aliviar la presión, detección rápido y cura básicas de úlceras con el fin de intentar erradicar o paliar el problema lo antes posible. De este modo también la seguridad de la persona a cargo, aumentará y disminuirá su grado de ansiedad, miedo o desconfianza.

2 Objetivos

- Aprender lo que es una úlcera de presión y por qué se origina.
- Conocer posturas para aliviar la presión corporal.
- Enumerar las causas de aparición de UPP.

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

Las úlceras por presión, son una erosión generada en la piel como consecuencia de mantener una misma posición durante un largo periodo de tiempo. Normalmente aparecen en zonas donde el hueso se encuentra más cercano a la piel como hombros, rodillas, caderas o coxis. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves y en cosas extremas poner en peligro la vida de quien la padece. Para prevenirlos es conveniente a modo general: mantener la piel hidratada, limpia y seca, realizar cambios posturales cada 2 horas y utilizar almohadas para aliviar la presión.

La mayoría de estas lesiones son causadas por la acción combinada de 3 factores extrínsecos. Presión, fuerza y tracción. La presión es el determinante primario.

Existen 4 grados de úlcera o estadios:

- Estadio 1: se origina un enrojecimiento en la piel que al presentimiento no desaparece. Se visualiza en áreas con prominencias óseas. Puede producir dolor. En personas con piel oscura es más difícil su observación.
- Estadio 2: existe una pérdida del espesor de la piel, se presenta como: ampolla, absorción o cráter superficial. En este grado ya se encuentra afectada la epidermis y la dermis superficial.
- Estadio 3: lesión más profunda con afectación incluso de la dermis más profunda e hipodermis. Existe necrosis del tejido subcutáneo pero aún no se ve afectada la fascia adyacente.
- Estadio 4: pérdida total del grosor de la piel con lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén como los tendones.

Para valorar el riesgo de padecer una UPP se utiliza la escala de NORTON donde se valoran 5 aspectos: el estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia.

La mejor manera para evitar el riesgo de padecer úlceras por presión es prevenir. Dentro de esta prevención se encuentra el evitar y aliviar las zonas de presión. Si la persona se encuentra decúbito supino son el occipital, la escápula, el codo, el sacro y los talones. En decúbito lateral se encuentran las costillas, orejas, cresta ilíaca, cóndilos, maldos, hombros y trocánter y en decúbito prono las mejillas, manos, genitales, rodillas, nariz y la punta de los dedos de los pies.

Otra medida de prevención es realizar cambios posturales cada 2 horas, cambiando las almohadas o las puntas de presión pertinentes.

Mantener la piel en condiciones óptimas es favorable como medida de prevención, para ello se mantendrá la piel limpia y seca, se debe proteger la piel aplicando cremas de barrero de humedad, cambiar la ropa de cama y ropa normal para evitar la humedad, tratando que no queden arrugas ni pliegues. En el momento del aseo se debe revisar minuciosamente la piel para percatarse de posibles rojeces o heridas y tratar la zona rápidamente.

Las dietas ricas en proteínas son recomendables para estos pacientes ya que ayudan en la protección y regeneración de la piel.

Las causas más comunes de aparición de UPP son:

- Lesiones cutáneas.
- Presión.
- Humedad.
- Desnutrición.

- Falta de oxígeno en la zona.
- Causas vasculares.
- Causas nerviosas como parálisis.
- Causas endocrinas como el adelgazamiento.
- Ingesta de determinados medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

La mejor medida para evitar la aparición de una UPP es la prevención. El enfermero es la pieza clave en este sentido, ya que será el encargado de transmitir conocimientos básicos o los cuidadores principales o familiares a cargo. El momento idóneo para comenzar a instruirlos es cuando se realiza la higiene del paciente haciendo hincapié en utilizar ropas de algodón natural, la forma de secar, cómo realizar los cambios protocolos y cómo proteger las prominencias óseas, la dieta más adecuada para el paciente y curas básicas.

Se debe tener en cuenta que como norma mayoritaria las personas a cargo de estos pacientes, son los familiares más próximos y casi siempre son personas de avanzada edad, lo que les ocasiona grandes perjuicios en su salud. Es muy beneficioso informar a los familiares sobre ayudas concedidas por diversos organismos, como ayuda domiciliaria, para descargar tanto física como mentalmente al cuidador principal.

6 Bibliografía

- Protocolos de actuación del HGUCR.
- Protocolos de prevención y cuidados de UPP del centro de Salud d3 de Ciudad Real.
- Auxiliar de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
- www.ulceras.net

Capítulo 159

LA ENFERMEDAD DE PERSONA RÍGIDA VARIANTE FOCAL (STIFF PERSON)

MARÍA ANTONIA SERRANO SÁNCHEZ

BEATRIZ RECUERO FUENTES

MARÍA VICTORIA PIZARRO LOPEZ

CARMEN ESPERANZA PAZ CORONEL

NIEVES PAZ CORONEL

1 Introducción

Una enfermedad diagnosticada como rara (ER) es la que tiene una prevalencia inferior a 5 casos por cada 10.000 personas en la Comunidad Europea. La mayoría de estas enfermedades aparecen en la edad pediátrica. El concepto de enfermedad rara se acuñó a mediados de los 80 en los EEUU. Son enfermedades con una tasa de mortalidad muy alta pero por el contrario tienen una baja prevalencia. Como norma general se presentan con deficiencias motoras, sensoriales y cognitivas y con una cronicidad severa. Suelen cursar con un difícil diagnóstico acudiendo en primera instancia a multitud de disciplinas médicas lo que genera angustia en el paciente al no determinar un diagnóstico veraz.

Para reconocer y diagnosticar finalmente una ER se requiere de todo el equipo multidisciplinar, con los esfuerzos dirigidos a reducir la morbilidad y la mortali-

dad prematuras, disminuir así misma la incapacidad y dotar de mejor calidad de vida a la persona afectada y su entorno más próximo.

La mayoría de estas enfermedades afectan a más de un órgano vital los que les confiere un alto grado de complejidad.

En este caso se va a desarrollar una ER llamada síndrome de persona rígida (SPR) o Stiff

Person cuya aparición es relativamente reciente y con muy pocos casos reconocidos a nivel mundial.

2 Objetivos

- Describir en qué se basa y descubrimiento de la enfermedad Stiff Person.
- Exponer las consecuencias y afectaciones orgánicas de la persona que la padece.

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

El síndrome de persona rígida se describió por primera vez en 1956, estableciéndose dentro de otras miopatías y sin un respaldo bien argumentado. No se puede establecer su causa. Los síntomas generales suelen aparecer entre los 40 y 50 años afectando más a las mujeres. En los últimos 30 años se han diagnosticado más de 250 casos. Cursa principalmente con dolor de tipo muscular y rigidez, progresiva y de larga evolución con espasmos musculares dolorosos sobre todo axiales y en los miembros infecciones, conduciendo al paciente a una invalidez y posterior muerte.

Se ha reconocido también como sintomatología de este síndrome una alta sensibilidad al ruido, tacto y gran respuesta al sobresalto. Estas personas debido al

dolor y rigidez muscular ocasionadas, asumen posturas anormales. Se tiende a creer que es una enfermedad autoinmune que ataca al propio sistema nervioso central y a la médula espinal, se suele asociar a otras enfermedades autoinmunes como la diabetes, el vitíligo a la anemia.

Para su diagnóstico es necesario un análisis de sangre donde se midan los anticuerpos descarboxilasa de ácido glutámico, donde en caso de padecer la enfermedad, aparecerán elevados.

Entre los síntomas más comunes están: posturas anormales como puede ser un encorvamiento sobre sí mismo, épocas de rigidez muscular y espasmos que suelen estar provocados por la alta sensibilidad al ruido o al tacto, caídas provocadas por los espasmos y la rigidez, parálisis o epilepsia.

La mayoría de las personas que la padecen, sufren de ansiedad por verse limitadas en las actividades diarias y la pérdida de autonomía.

La causa aún sigue siendo desconocida pero diversas investigaciones apuntan a una respuesta autoinmune anormal en el cerebro y la médula espinal. Se cree que la genética puede jugar un papel fundamental en su aparición.

Para su diagnóstico se realizan análisis de sangre específicos, electromiografías o punción lumbar.

En cuanto a su tratamiento se centra en aliviar la rigidez muscular y los espasmos sobre todo con benzodiacepinas o diazepam, medicamentos anticonvulsivos o la plasmaféresis, recientemente descubierta para tratar estos casos. Se han dado casos donde el trasplante de células madre ha tratado con éxito la enfermedad.

La terapia física, rehabilitación y masajes pueden ayudar a aliviar la rigidez y el dolor.

5 Discusión-Conclusión

Aún se desconocen la mayoría de las ER diagnosticadas. Suelen curar con infinidad de síntomas lo que hace muy difícil diagnóstico a lo que se añade la ansiedad y depresión generada en el paciente, el gasto económico y la tensión emocional a la que se ven sometidos los familiares más cercanos.

Estos pacientes suelen padecer muchas recaídas, ingresos hospitalarios y visitas médicas lo que les hace muy difícil llevar una vida laboral, familiar y social normal.

Existen organizaciones de todas la ER reconocidas donde se brinda apoyo psicológico a los pacientes conocen otros casos como el suyo, les brindan terapias alternativas, incluso ayudas económicas y materiales.

Desde los centros de Atención Primaria y Especializada sería conveniente que dispusieran las listadas actualizadas de todas estas acciones y se los ofrecerán a los pacientes como parte de su tratamiento y recuperación.

6 Bibliografía

- Intervención social en personas con enfermedades crónicas y graves. Editorial Síntesis.
- Stiff Person Syndrome. Editorial CreateSpace Independent Publishing Platform.
- www.scielo.sldo.cv
- www.orpha.net
- www.rarediseases.info.nih.gov

Capítulo 160

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE FRACTURA DE CADERA

DAVID NAVAS RUEDAS

CRISTIAN CERRATO CAMACHO

ESTHER TAJUELO LARA

SORAYA MENDIOLA REY

ANA ROSA PADILLA TAPIADOR

1 Introducción

En la actualidad las fracturas de cadera son más comunes en ancianos, al incrementar la edad del anciano, el riesgo de caída y de fractura de cadera aumenta, se da más casos en pacientes de más de 85 años.

Este tipo de fracturas se suelen dar más casos en mujeres que en hombres.

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente en pacientes geriátricos, esto provoca una disminución de la masa ósea y alteración del tejido, así aumentando la fragilidad determinando una fractura. Aparte de la osteoporosis existen varios factores de riesgo tener una edad mayor a los 65 años, raza blanca, consumir alcohol, demencia, caídas en repetición etc.

Hay diferentes tasas de mortalidad al sufrir una fractura de cadera en personas de edad avanzada, la tasa varía en el primer mes de entre un 5% a un 10%, pasado

un año de la fractura de entre un 15% y un 20% pero pasado el año, la tasa de mortalidad se iguala con las de otras personas de mismas edades que no hayan sufrido fracturas de cadera.

Lo que también se ha observado es que hay más casos de fracturas de cadera en residencias geriátricas que en domicilios.

Muchas de las fracturas de cadera ocurren por fallos de los reflejos protectores, deterioro de los órganos de los sentidos, o por algún medicamento como por ejemplo "benzodiazepinas".

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE ante la fractura de cadera

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 bien hemos dicho antes, como TCAE en una residencia de ancianos, prevalece el cuidar de nuestros mayores y así intentar que no haya ninguna fractura de cadera o las menos posibles, como bien he dicho antes, las mas habituales son en personas mayores de 85 años y en residencias geriátricas.

Si surge que algún residente sufra una fractura de cadera debemos saber y conocer muy bien el protocolo, nosotros en este caso como TCAE y debemos saber toda la información posible sobre fracturas de cadera, aquí, voy a detallar los dos tipos de fracturas de cadera que hay para reconocer mejor en caso de alguna fractura en nuestros residentes:

Fracturas intracapsulares: afectan a la cabeza femoral y suelen asociarse a luxaciones de cadera se clasifican en cuatro tipos:

- Tipo I incompleta impactada
- Tipo II completa sin desplazamiento
- Tipo III completa con desplazamiento parcial

-Tipo IV completa y totalmente desplazada

Fracturas extracapsulares: Producen más dolor e inestabilidad.

Si a uno de nuestros residentes se cae y creemos que ha tenido fractura de cadera debemos llamar al enfermero que haya de turno y hacer diferentes movimientos y pruebas para saber si está fracturada por ejemplo ver si tiene una pierna más corta que otra o si le cuesta estirar una pierna más que otra, si se queja de dolor etc.

Llamaremos al médico y sería derivado a urgencias, una vez allí determinarán mediante radiografías si hay o no fractura y si la hay existe un tratamiento a seguir el cual sería: intervención quirúrgica, administrar analgésicos, inmovilización de la parte afectada, uso de heparina, control de constantes etc.

Una vez pase la intervención volverá a la residencia con unas pautas a seguir, nosotros los TCAE debemos informarnos de que cadera ha sido la operada, si puede o no plantar, cuanto tiempo tiene que estar con la pierna inmóvil si es que lo necesita etc.

Debemos hacerles cambios posturales cada dos horas siempre al lado contrario de donde tenga la herida de la operación, teniendo siempre atención a la hora del aseo para ver como tiene la herida y saber como avanza si se nota alguna anomalía avisaremos al enfermero.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos velar por nuestros residentes para evitar caídas y a su vez fracturas de cadera, a edades tan avanzadas son muy peligrosas, si esto pasa y el residente debe ser intervenido, como he mencionado antes, al regreso a la residencia debemos informarnos de todas las pautas que trae tras su intervención, es muy importante seguir las indicaciones de los médicos para la pronta recuperación de nuestro residente y tanto los TCAE como enfermeros y fisioterapeutas conseguir su recuperación.

Trabajar con ellos cuando ya puedan apoyar y andar, ayudarles a caminar, por lo general cuando sufren una caída y una fractura les da miedo volver a andar, debemos animarles a hacerlo para que no pierdan su autonomía.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/fractura-cadera-pacientes-geriatricos/>

Capítulo 161

INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES CRITICOS

PILAR LOPEZ DIAZ

COVADONGA MACIAS OUTEDA

1 Introducción

La aplicación de una buena calidad en la práctica asistencial que se brinda a los pacientes tiene como objetivo aumentar los buenos resultados en la salud en individuos y depende directamente al conocimiento de los profesionales y a la aplicación de los mismos.

Dentro del entorno hospitalario, el exceso de bacterias en las sondas vesicales constituyen el mayor lastre como infección nosocomial, de ahí que evitar que la infección se produzca y su tratamiento, sea muy prioritario y tenga la máxima importancia.

La vigilancia estrecha y constante es el mejor método para reconocer una infección urinaria. Para ello prestaremos especial atención a la sintomatología más común como fiebre (muy habitual), orina espesa, turbia y con mal olor, inflamación y en el punto de inserción de la sonda, hematuria (sangre en la orina), existencia de poca o ninguna diuresis (anuria o disuria).

Cuando el paciente es portador una sonda vesical, correrá más peligro de desarrollar una bactiuria por factores como; el tiempo desde que se le realizó el sondaje, del material que compone el catéter, el tipo de bacteria infectante, la localización del catéter o sonda, el estado de salud previo del paciente e incidentes y/o manipulaciones de la sonda.

En concreto, las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) suponen el 24,92% de las infecciones nosocomiales investigadas en UCI. Van asociadas a un aumento de la morbilidad y al incremento de los días de estancia hospitalaria y con el consecuente aumento de los costes hospitalarios.

De ahí la importancia del seguimiento de las estrategias para prevenir este tipo de infecciones.

2 Objetivos

- Exponer datos sobre la incidencia de infecciones urinarias causadas por ser portador de un sondaje vesical.
- Medidas preventivas para evitar la sepsis urinaria.
- Abordar los aspectos más interesantes a tener en cuenta respecto a la infección urinaria nosocomial, incidiendo, en el uso de cateterismo vesical.

3 Metodología

La publicación se basa en una revisión sistemática de búsqueda en estudios que comparan y miden la existencia de infección urinaria en pacientes portadores de sonda vesical en las bases de datos de “fundación index: cuiden”, “medline (pubmed)”, “cinahl” y “cochrane” haciendo uso de las palabras clave a través de Descriptores en Ciencias de la Salud

4 Resultados

La incidencia de pacientes con sonda urinaria dentro del ámbito comunitario se ha calculado entre el 0,02 y el 0,07% a pesar de que se están empleando los sistemas cerrados, que consiguen evitar que el aire exterior entre en contacto con el interior del aparato urinario del paciente, ya que el catéter va conectado a una bolsa colectora cuyo vaciado realiza a través de un grifo en su parte inferior y no hay que desconectarla cada vez que se necesite desocupar.

El riesgo de adquirir una infección después de la colocación de una sonda vesical transuretral oscila entre el 3 y el 10% por día, y su aparece siempre que la cate-terización alcanza los 30 o más. Aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, hasta un 30% sí desarrollan síntomas clínicos y hasta incluso de llegar a sufrir graves complicaciones, incluye la sepsis o la muerte.

El tiempo que transcurre desde que se realiza el sondaje urinario hasta que se retira es el factor, que más determina la probabilidad de adquirir una infección, pero también es importante recalcar que el empleo de las sondas vesicales es estrictamente necesario porque existen evidencias de que cerca del 50% de las indicaciones no están debidamente justificadas, y también que en ocasiones la duración del cateterismo uretral, se prolonga en el tiempo más de lo debido. Una buena parte de los ancianos institucionalizados que llevan sonda vesical, podrían librarse de ella después entrenarse debidamente para recuperar la continencia. Para los pacientes que necesitan recurrir al sondaje vesical durante largos periodos (de más de 30 días), aún no se ha encontrado ninguna medida que les proteja de padecer la bactiuria.

Y cabe destacar que uno de los momentos más delicados que aumentan el riesgo de infección, es cuando es necesario cambiar el catéter. La incidencia aumenta a entre un 10 y un 17%

5 Discusión-Conclusión

La prevención de infecciones es muy importante para la buena evolución de cualquier patología, pues va directamente proporcional a la duración del periodo de recuperación, el tiempo de permanencia hospitalaria, con el confort del paciente y a la propia seguridad del mismo.

Una de las complicaciones más frecuentes que se dan en los pacientes hospitalizados son las infecciones nosocomiales, las cuales incluso pueden llevarlos a la muerte y, tal es su importancia que se han constituido en un reto mundial, en busca de la seguridad del paciente.

Dentro de las infecciones nosocomiales, dada su prevalencia, cabe centrar especial atención a la infección urinaria y realizar todas las medidas preventivas necesarias, sobre todo en personas mayores y en personas que son portadoras de sondajes vesicales, y aunque a veces cursan asintóticamente, en otras ocasiones pueden llegar a producir una sepsis importante y/o la muerte del paciente.

6 Bibliografía

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052011000200003&lng=en
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000900001&lng=es

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-614120090001000004&lng=es

<https://www.msdmanuals.com>

> infecciones-urinarias-iu <https://enfermeriacreativa.com>

>

Capítulo 162

DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS TÉCNICAS PARA ALIMENTAR AL PACIENTE ENCAMADO

NOELIA MUÑOZ GONZALEZ

RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ

MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS

SUSANA GÓMEZ MICOT

GLORIA CIFUENTES LOPEZ

1 Introducción

La nutrición es uno de los pilares de la salud. Cada día, más y más estudios demuestran la conexión entre una nutrición inadecuada o inadecuada y la aparición de ciertas condiciones. La alimentación es una parte importante de la recuperación, especialmente cuando el paciente está postrado en cama. Por ello, los alimentos consumidos por el paciente han sido previamente examinados y la cantidad regulada por los sanitarios responsables. Un paciente encamado es una persona que, por enfermedad, lesión o patología, no puede moverse y se ve obligada a permanecer temporal o permanentemente en cama. Muchas veces los pacientes encamados no pueden alimentarse por razones físicas y en tales casos

es responsabilidad del auxiliar de enfermería alimentar a estos pacientes. Para realizar esta tarea, deben seguir los protocolos de movimiento estandarizados establecidos por el centro de salud para garantizar la seguridad y comodidad del paciente en todas las condiciones. Por lo tanto, es fundamental desde el punto de vista educativo.

Pues el tecnico de cuidados auxiliares de enfermeria (TCAE) y en base a los medios de que deben disponer dichos especialistas, basta acuerdo para informar sobre las medidas que deben tomarse para la correcta y segura alimentación de los pacientes encamados.

2 Objetivos

Exponer e indicar el protocolo de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para alimentar al paciente encamado en los centros hospitalarios

3 Metodología

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

4 Resultados

Se analizaron los planes de actuación de los diferentes centros hospitalarios, y las normas comunes a todos los centros fueron las siguientes:

1. Primero, los TCAE deben lavarse las manos con agua y jabón. Indique al paciente que también los lave, ayude si es necesario y dígame qué hacer, es decir, alimentalo. descongelado. Se debe comprobar si la dieta ofrecida al paciente se corresponde con la dieta prescrita y su temperatura. Si tienes alergia o intolerancia a algún alimento, asegúrate de que no esté incluido en tu dieta.
3. Coloque un pañuelo debajo de la barbilla del paciente para evitar que se manche. Él mantendrá la mesa y la bandeja a tu alcance.
- cuatro El TCAE se sentará al lado del paciente y se tomará el tiempo necesario para evitar apuros.
5. Si se van a administrar sopas, caldos u otros líquidos al TCAE, es importante el control de la temperatura.
6. Puso sus manos debajo de la almohada y con cuidado levantó la cabeza del paciente con la almohada.
7. Sostendrá una taza o tazón en la otra mano

y hará que el paciente se lo lleve a la boca para beber y ayudar si es necesario. 8. Si la inmovilización evita que el paciente se derrumbe, aunque sea levemente, use una "pajilla" para darle líquidos. 9. Extremar las precauciones al administrar fluidos a pacientes conscientes (riesgo de aspiración). En este caso, se recomienda utilizar otras vías de administración, y si esto no es posible y el líquido debe administrarse por vía oral, hágalo muy lentamente y con mucho cuidado. 10. Los alimentos sólidos, cucharas y tenedores, también se pueden comer en pequeñas cantidades. 11. El paciente determina la secuencia de comidas con las que seguirá la dieta prescrita (es importante que las tome, no el orden de administración). 12. Cuando el paciente pide agua, le limpiamos la boca y se la damos con cuidado. 13. El tipo de dieta y la ingesta deben registrarse en un registro. 14. Cuando termine la comida, retire la mesa auxiliar con la bandeja. 15. Vuelva a ayudar al paciente con el lavado de manos y la higiene bucal y colóquelo en la posición inicial. - Cuando descubrimos que un paciente está encamado, bien porque se está recuperando de una lesión o de una intervención quirúrgica, bien por una patología u otra condición que le ha mantenido encamado durante mucho tiempo, el TCAE debe pensar primero en las personas. . Por lo tanto, TCAE debe estar constantemente en funcionamiento antes de desarrollar un plan de atención para dichos pacientes. En este contexto, es importante que el TCAE aplique una visión humanista extrema que proyecte empatía, intimidad y calidez. El paciente en cama sufre terriblemente cuando se le obliga a permanecer en cama, especialmente cuando tiene dificultad para alimentarse por sí mismo. Necesitará ayuda inmediata con el cuidado personal y las actividades de la vida diaria como bañarse, asearse, vestirse, alimentarse, arreglarse y defecar, lo que puede ser muy frustrante para el paciente. Por tanto, en este caso, el TCAES no solo debe seguir el plan de actuación del centro de salud ante este evento, sino que debe hacer lo mismo, pensar siempre primero en el paciente, darle la estimulación y el apoyo mental que necesita y velar por que reciba pronto. - Para evitar la broncoaspiración durante la alimentación oral en pacientes que puedan tener disfagia, el TCAE también debe considerar lo siguiente:

Pregúntele al paciente si tiene dificultad para tragar. Evitar la ingesta de líquidos (utilizar espesantes y gel). Ofrezca al paciente una pequeña cantidad de comida semiblanda.

5 Discusión-Conclusión

El papel de TCAE en la alimentación de pacientes postrados en cama debe garantizar que:

1. Asegurar que el paciente siga una dieta adecuada prescrita por un profesional de la salud responsable que responda a sus limitaciones y dificultades.
2. Garantizar la seguridad y comodidad de las personas mientras realizan esta tarea de alimentación.
3. Proporcione la ingesta diaria de agua para mantener una hidratación adecuada del paciente.
4. Si tiene problemas para tragar, se pueden utilizar líquidos, espesantes o especialmente gelatina para facilitar la deglución.
5. Muele los alimentos si son difíciles de tragar o masticar.
6. Si el paciente está recibiendo nutrición por vías distintas a la boca, ya sea a través de una sonda nasogástrica (a través de la nariz) o una sonda de gastrostomía (sonda estomacal), el TCAE lo coloca en la posición correcta (sentado o con la cabeza erguida) si es muy importante para prevenir complicaciones graves, como la aspiración bronquial.
7. Los TCAE deben respetar las comidas y no deben interferir con las visitas de visita (médicos o familiares).
8. El TCAE comprobará la cantidad de comida ingerida por el paciente y la registrará en la ficha de control correspondiente para completar el balance así como todos los eventos.

7. Una tarea importante del TCAE, no solo en la alimentación de los pacientes encamados, sino también en su cuidado general, es velar por la seguridad y comodidad de los pacientes y sus familiares, para que siempre estén cómodos y bien cuidados, lo que puede tener un efecto positivo en la condición del paciente. ACT también brinda a estos pacientes y sus familias el aliento y el apoyo emocional que necesitan, como tranquilizar a los pacientes antes de la cirugía.

8. El trabajo de TCAE con pacientes postrados en cama que no pueden comer se trata más bien de realizar una tarea social importante: ser amable, empático y compasivo y capaz de respetar la dignidad de cada paciente, ser paciente e ingenioso y mantener habilidades de comunicación, apoyar al paciente y hacerlo sentir confidente.

6 Bibliografía

1. Manual de protocolo de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía.
2. Protocolo de actuación en la alimentación del paciente encamado del Hospital de Jarrio.
3. Instrucciones técnicas del procedimiento de actuación de la TCAE en el Hospital Universitario de Oviedo.
4. Palau, A, Villanueva C. Dietas trituradas. Guía práctica de alimentación.

Capítulo 163

ALIMENTACIÓN Y APORTACIÓN ENERGÉTICA EN LA MADRE LACTANTE Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NOELIA MUÑOZ GONZALEZ

RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ

MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS

SUSANA GÓMEZ MICOT

GLORIA CIFUENTES LOPEZ

1 Introducción

La lactancia debemos entenderla como la consumación fisiológica del ciclo reproductor.

La importancia de la nutrición sobre el desarrollo adecuado del recién nacido y su futura salud ha adquirido cada vez más relevancia, sobre todo a partir de los años 70 en los que se volvió a la lactancia natural método natural como método fundamental de alimentación de recién nacido.

La importancia de la nutrición de la madre y la calidad de los alimentos demuestran las ventajas de la leche humana y su interdependencia.

Las necesidades de nutrientes de los lactantes reflejan las tasas de crecimiento, la energía consumida durante la actividad física, los requerimientos metabólicos basales y la interacción de los nutrientes consumidos.

El modo de saber si un lactante está satisfaciendo sus necesidades de nutrición, es a través de un aumento de peso y comparándolo con las gráficas de crecimiento. Los beneficios de la lactancia fortalecen los lazos de unión que se establecen entre la madre y el hijo. La lactancia materna supone un ahorro porque disminuyen las importaciones y distribución de sustitutos artificiales de la leche materna.

También supone un beneficio para evitar el absentismo laboral, porque al evitar enfermedades disminuyen los días de baja de los padres, y esto supone un menor gasto de atención en patologías y mayor inversión en prevención.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la lactancia materna así como la composición de la leche materna.
- Exponer con detalle los diferentes elementos de la leche materna y sus propiedades.

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 en la alimentación y aportación energética en la madre lactante. 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

1. Alimentación materna durante la lactancia.

Una dieta ideal es aquella capaz de mantener la salud del Sujeto según su peso, talla y actividad que realiza. Hay casos, como ocurre en la mujer que amamanta, en que los requerimientos de la madre aumentan en cantidad calidades tales que pueden plantear un riesgo en potencia para su salud.

La situación de la madre lactante hace más difícil el control sobre unas dietas que mantengan unos supuestos lógicos, más o menos estables, sobre el consumo

energético, según el peso, la talla y la actividad física.

A ello se añade la lactancia y, además, el paso de la gestación a otra totalmente diferente que debe soportar la sobrecarga de producción y pérdida posterior de elementos energéticos y de otra índole, la cuál, según el estado nutricional en el que se encuentre y la dieta que siga, puede mermar sus reservas e influir negativamente sobre su salud.

2. Aporte energético y de nutrientes en la madre lactante.

En las raciones dietéticas recomendadas (RDA) se indica para el periodo de la lactancia un suplemento de unas 500 Kcal/día a la cantidad recomendada para la misma mujer fuera del periodo reproductivo (2.200 Kcal), lo que equivale a unas 2.700Kcal/día.

3. Requerimiento de proteínas.

Se debe incrementar el aporte de proteínas de unos 10-15 g/diarios debido al contenido proteico de la leche y teniendo en cuenta que se producen unos 750/850 ml/día.

4. Aporte de lípidos.

La energía proveniente de lípidos en la madre lactante no ha de superar el 30/35 % del total, como en la dieta de cualquier persona.

5. Colesterol.

Como objetivo ideal se recomienda que el colesterol lo supere los 300 mg/día. Sin embargo, no se han demostrado de forma incontrovertible que un aporte dietético superior sea perjudicial en el curso del embarazo ni durante la lactancia.

6. Ácidos grasos.

Las recomendaciones generales son que los ácidos grasos no superen la tercera parte del total de los ácidos grasos y que los monoinsaturados superen a los poliinsaturados. En España suele cumplirse dicha premisa gracias a la utilización del aceite de oliva en lugar de grasas de origen animal. Los ácidos grasos saturados no deben superar el 10% del total de la energía en la dieta.

7. Hidratos de carbono.

Los hidratos de carbono deben constituir el 50% del aporte de energía.

8. Vitaminas, minerales y oligoelementos.

Las vitaminas no tienen valor energético pero son fundamentales para regular algunos procesos vitales del organismo, especialmente para el crecimiento del feto y del lactante. Las necesidades de la madre son mas altas en la Gestación.

Los minerales participan en sistemas enzimáticos u hormonales. En las sociedades desarrolladas y con dietas equilibradas se consiguen mediante la dieta en cantidades suficientes para una mujer fuera del periodo reproductivo.

Especial mención merece el hierro, puesto que a los 500600 g que supone el coste

neto del embarazo, hay que añadir otros 125mg por la lactancia, lo cual obliga a dar suplementos a la madre en esta fase, si no queremos agravar más el déficit que arrastra del embarazo.

El calcio es también otro mineral fundamental y de elevado consumo en la lactancia, siendo las necesidades de unos 1.200 mg/día.

El fósforo se requiere en una proporción similar al calcio, pero debido a que su absorción es más fácil y a que está presente en un mayor número de alimentos, no es necesario dar suplementos si la dieta es equilibrada.

El consumo sistemático de la leche, cereales y frutas en el desayuno ayudaría a mantener un aporte adecuado de los nutrientes necesarios en la gestación y la lactancia, favoreciendo el consumo de hidratos de carbono en lugar de los lípidos. La utilización del sal yodada, de uso habitual en España, ayuda a un aporte adecuado de yodo en la dieta.

La composición del calostro y de la leche madura, explica el aumento de los requerimientos que justifica el incremento de las cantidades recomendadas. Las diferencias observadas en la composición de ácidos grasos en la leche de mujeres vegetarianas y no vegetarianas nos indican la importancia que puede llegar a tener la alimentación y su posible influencia en el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

La situación de la madre lactante es difícil controlar las dietas que sean más o menos estables según el consumo energético; hay que tener siempre en cuenta el consumo energético de la madre según el peso, la talla y la actividad física de la misma.

Se debe incrementar el aporte de proteínas de unos 10-15 g/diarios debido al contenido proteico de la leche y teniendo en cuenta que se producen unos 750/850 ml/día.

Los requerimientos alimenticios de la madre lactante aumentan en cantidad y en calidad, si no se cumplen correctamente pueden plantear un riesgo en potencia para su salud.

6 Bibliografía

1. Características biológicas de la lactancia materna. X Jornadas de invierno. Reencantándonos con la lactancia materna. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. <http://www.prematuros.cl/reencantandolalactancia/>

biologicalactanciamaterna.htm

Características Biológicas y Químicas de la leche materna. Disponible en:
<http://www.geocities.com>

3.Díaz Gómez, N.M. y Domenech, E. Avances en lactancia materna. Canarias
Pediátrica; 24

Capítulo 164

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN

NOELIA MUÑOZ GONZALEZ

RAQUEL MILLÁN FERNÁNDEZ

MARÍA DEL ROCÍO MORENO ARIAS

SUSANA GÓMEZ MICOT

GLORIA CIFUENTES LOPEZ

1 Introducción

La fisioterapia del suelo pélvico es una disciplina terapéutica que permite evaluar y tratar disfunciones del suelo pélvico y de la esfera sexual que acompañan a la mujer en el posparto y la menopausia y al hombre después de la cirugía de próstata. Cómo disciplina sanitaria permite la actuación, intervención y aportación de una amplia gama de especialidades médico-sanitarias.

Existe una idea equivocada sobre los pacientes que demandan este tipo cuidados, puesto que tradicionalmente se ha tenido la creencia de que es la mujer después de un parto la que necesita estos cuidados. Aunque esto es cierto, existen otro tipo de pacientes y problemas que requieren este tratamiento, por ejemplo hombres

después de una cirugía de próstata, deportistas y corredores de alto impacto (running, levantamiento de pesas, atletismo, etc.) o niños con problemas de enuresis. Este tipo de problemas generan un deterioro en la calidad de vida, limitan la autonomía y repercuten en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual de quién la padece.

La rehabilitación del suelo pélvico está indicada en estas disfunciones pelviperineales entre otras:

1. Incontinencia fecal o de gases.
2. Incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia
3. Dolor en el perineo.
4. Prolapso de órganos.
5. Durante el embarazo y el posparto.
6. Poliaquiuria.
7. Disfunciones sexuales.
8. Patologías prostáticas.
9. Dismenorrea.
10. Menopausia.
11. Enuresis en niños.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la asistencia del rehabilitador, fisioterapeuta y el paciente.
- Exponer a la población general la existencia de la rehabilitación del suelo pélvico y sus beneficios, no solo para mujeres, sino también para otros tipos 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Google, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la rehabilitación del suelo pélvico destacaremos las funciones específicas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería como asistente de los profesionales, englobado dentro del equipo multidisciplinar, que se encarga del diagnóstico, evaluación y tratamiento. Estas funciones conllevan una especialización y poseen un papel activo en los tratamientos conservadores:

1. Organización de citas.
2. Recepción del paciente.
3. Preparación de la sala de consulta.
4. Preparación y organización del material, aparataje, camillas.
5. Asistencia al paciente para su evaluación por el rehabilitador.
6. Realización de un diario de micción junto con el paciente.
7. Ejercicios de reeducación del suelo pélvico.
8. Asistir junto con el fisioterapeuta en los ejercicios de Kegel y estimulación eléctrica funcional

La misión de la rehabilitación perineal es tonificar y fortalecer las fibras y por lo tanto la musculatura pelvipерineal. El efecto final del tratamiento rehabilitador es:

a) Incremento de las unidades motoras, b) Mejora de la frecuencia de excitación y c) Incremento de la masa muscular .

Es muy importante que el TCAE ayude al paciente: a) tome conciencia de su periné, b) Que logre aislar los grupos musculares que interesa fortalecer y c) que logre una motivación para conseguir un buen aprendizaje y un adecuado cumplimiento del trabajo encomendado .

Un tratamiento que se suele añadir en la rehabilitación es el biofeedback o biorretroalimentación, que consiste en mediciones biomecánicas y mediciones de los sistemas fisiológicos y neuromusculares del cuerpo . La literatura científica destaca que cuando se añade el biofeedback al tratamiento convencional para el suelo pélvico los resultados mejoran . Además estos resultados se mantienen a lo largo de 5 meses tras la finalización del tratamiento de rehabilitación junto con mejoras significativas en seis dominios estudiados (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) . Pero por sí solo el biofeedback no es eficaz como tratamiento único, sino como complemento en la rehabilitación del suelo pélvico .

5 Discusión-Conclusión

La rehabilitación es un pilar importante en la salud, tanto física como psicológica de las personas que padecen alguna disfunción como las descritas anteriormente. Dar a conocer los factores que facilitan la prevención de todos los condicionantes para evitar llegar a un deterioro significativo antes de la cirugía y tratamientos farmacológicos es de vital importancia. Aquí se han mostrado algunas tratamientos y técnicas que podrían mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Es necesario invertir en más investigaciones sobre la materia, ya que con la realización de este trabajo se han detectado deficiencias a la hora de encontrar información científica.

Una forma de intervención y prevención sería una buena educación sanitaria, medidas higiénico-dietéticas desde periodos tempranos en el embarazo y posparto que evitaría mucha problemática asociada a los problemas del suelo pélvico. Además enseñar la autoexploración en casa para conocer como trabajar con esta zona diariamente con la matrona y fisioterapeutas.

6 Bibliografía

1. Fisioterapia del suelo pélvico femenino y rehabilitación [Internet]. 2015 [citado 8 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.ensuelofirme.com/fisioterapiapelvico-rehabilitacion-que-es/>
2. Fisioterapia en la reeducación del suelo pélvico [Internet]. eFisioterapia. 2006 [citado 8 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-la-reeducacion-del-suelo-pelvico>
3. Radziwińska A, Strączyńska A, Weber-Rajek M, Styczyńska H, Strojek K, Piekorz Z. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clin Interv Aging*. 2018;13:957-65.
4. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp*. agosto de 2007;31(7):719-31.
5. Giggins OM, Persson UM, Caulfield B. Biofeedback in rehabilitation. *J Neuro-engineering Rehabil*. 18 de junio de 2013;10:60.
6. Berghmans LCM, Frederiks CMA, Bie RA de, Weil EHJ, Smeets LWH, Doorn ESC van W van, et al. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *Neurourol Urodyn*. 1996;15(1):37-52.

Capítulo 165

SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS

VIRGINIA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

Es la endocrinopatía más frecuente en mujeres en edad fértil, con una incidencia de hasta el 10%. Esta enfermedad se caracteriza por diferentes síntomas y signos que afectan a todas las mujeres de la misma manera. Estos incluyen irregularidades menstruales, manifestaciones cutáneas de hiperandrogenismo, obesidad, infertilidad, resistencia a la insulina y la apariencia poliquística de los ovarios en la ecografía. Por lo general, se diagnostica a una edad temprana y está claro que esta enfermedad comienza en la vida intrauterina, según un estudio, esta enfermedad causa alrededor del 30 por ciento de la infertilidad, lo que - entristece a algunas mujeres por no encontrar una familia, y esta enfermedad es así. un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas que eventualmente derivan en diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades del corazón, dicha enfermedad está asociada al cáncer de endometrio y cáncer de mama. Actualmente, esta enfermedad no se considera únicamente como un problema reproductivo, ya que su tratamiento también se enfoca en la prevención de los cambios metabólicos y la corrección de los cambios hormonales.

El síndrome de ovario poliquístico se asocia con cambios metabólicos severos. La diabetes mellitus es diez veces más común en niñas con ovarios poliquísticos que en mujeres normales, y la tolerancia a la glucosa, o diabetes indirecta, a partir de los 30 años se desarrolla en el 30-50% de las mujeres grandes. y síndrome de ovario poliquístico.

2 Objetivos

- Evaluar la eficacia de los tratamientos existentes y nuevos tratamientos.
- Conocer el papel de la insulina, los andrógenos y otras hormonas en la función metabólica y la reproducción.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed-MENDELEY y OVID de estudios y revisiones de investigación, informes de investigación, libros clave, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos 10 años en español e inglés, utilizando MeSH. Palabras clave: síndrome de ovario poliquístico, hiperandrogenismo, sobrediagnóstico, fenotipo y Anovulación y el término DeCS Síndrome de ovario poliquístico, Hiperandrogenismo, Diagnóstico, Fenotipo y Anovulación.

4 Resultados

Aunque la resistencia a la insulina no es un hallazgo universal en mujeres con la enfermedad, su papel en los cambios metabólicos en estas pacientes es claro. Existe una gran variabilidad en la sensibilidad a la insulina dentro de cada paciente, y la respuesta androgénica ovárica es variable. Del lado diana se observa un aumento de andrógenos, inhibición de la insulina y disminución de la tolerancia a la glucosa. También hay cambios en las lipoproteínas y el metabolismo de los lípidos. En pacientes no obesos, los cambios en el eje hipotálamo-pituitario-ovárico son comunes; En las mujeres obesas, la baja sensibilidad a la insulina es común. Las mujeres obesas tienen niveles plasmáticos más bajos de globulina transportadora de esteroides (SHBG). También se observan diferencias en los niveles de otros factores: hormona luteinizante, delta 4 androstenediona, sulfato de dihidroepiandrosterona, dihidrotestosterona, factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-I), lipoproteínas de baja densidad (LDL) y lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Existen diferencias metabólicas y endocrinas entre pacientes obesas y no obesas con SOPQ, que deben ser consideradas al definir el pronóstico y manejo. Se cree que todas las mujeres con SOP tienen un defecto fundamental en la secreción de andrógenos de intensidad variable. Se ha observado una mayor sensibilidad a la insulina con la respuesta androgénica ovárica en mujeres no obesas con SOP. Es

posible que las mujeres con defectos graves en la esteroidogénesis no necesiten estímulos adicionales para desarrollar SOP, mientras que aquellas con defectos leves desarrollarán SOP cuando se apliquen estímulos fuertes, como la resistencia a la insulina.

La hiperinsulinemia resultante de la resistencia periférica a la insulina juega un papel importante en el SOP a través de los siguientes mecanismos: el hígado al reducir la producción de globulina transportadora de hormonas esteroides (SHBG) y proteína similar a SHBG insulina -1 (IGF1-BP).), aumentando así la concentración circulante de andrógenos libres e IGF1. Este último ocurre al estimular la producción de andrógenos por la teca y el estroma ovárico; actuando directamente sobre el ovario a través de receptores, estimulando la producción de andrógenos al aumentar P45017c; aunque más debatido, se sugiere que la insulina actúa directamente sobre la producción de andrógenos suprarrenales y la capacidad de secreción de LH.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una enfermedad con diferentes manifestaciones, sus manifestaciones pueden ser diferentes dependiendo de la paciente: hirsutismo, menstruación irregular, acné, alopecia, obesidad, obesidad... estos son los motivos de investigación. Es algo que puede causar problemas, no solo físicos, sino también mentales. El síndrome de ovario poliquístico está asociado con la resistencia a la insulina, por lo tanto, el desarrollo del síndrome metabólico. Diversos estudios han demostrado que el 30% de las mujeres entre 14 y 19 años con síndrome de ovario poliquístico tienen problemas de tolerancia a la glucosa.

Además de ser la causa del 20 al 25% de los diagnósticos en el caso de la infertilidad, su importancia radica en que es una endocrinopatía con muchos procesos multisistémicos que pueden dañar la salud de la mujer en general. Hasta el 70% de las mujeres afectadas no son diagnosticadas.

6 Bibliografía

Allahbadia, Merchant. Polycystic ovary syndrome and impact on health. Middle East Fertility Society Journal 2011. 16, 19-37.

Bentley- Lewis, Seely, Dunaif. Ovarian Hypertension: Polycystic ovary syndrome. Endocrinol Metab Clin N Am 40 2011. 433- 449.

Escobar, Alpañés, Alvarez, Luque. Hiperandrogenismo y síndrome de ovario poliquístico. *Medicine* 2012; 11(15) 895- 903.

Gardner, Sheback. Female Reproductive endocrinology and infertility. *Greenspan's Basic and Clinical Endocrinology* 2011; 445- 450.

Kosova, Urbanek. Genetics of the polycystic ovary syndrome. *Molecular and cellular Endocrinology* 373 2013; 29- 38.

Capítulo 166

ESTRUCTURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA 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

La farmacia hospitalaria es una especialidad farmacéutica que se encarga y ocupa de servir, gestionar a la población en sus requerimientos farmacéuticos, a través de la elección, elaboración, adquisición, el control, la dispensación e información de los fármacos medicamentos y otras actividades conducentes a conseguir un manejo correcto, seguro y económico de los medicamentos, formulas y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital y en su ámbito de influencia (1).

Las áreas de farmacia hospitalaria, en España, son, por establecidas por Ley, Áreas Generales Clínicas. Sus funciones fueron puntualizadas por la legislación (Ley del Medicamento de 1990). Jerárquicamente suelen depender de la dirección médica del hospital al igual que las áreas de Análisis Clínicos, Microbiología o Medicina Nuclear entre otros (2).

El Área o servicio de Farmacia Hospitalaria es un Servicio Central hospitalario que se comisiona de proporcionar al resto de las áreas del hospital, las necesidades farmacéuticas que de su función accidental tengan.

Su principal finalidad no consiste solo en la mera y simple adquisición, preparación y dispensación de los fármacos, como hemos explicado anteriormente, sino en la promoción y la adecuada utilización racional de medicamentos, para que el paciente se le proporcione el medicamento más eficaz y seguro y al menor coste posible.

El Área de Farmacia es encargado de la publicación y posterior actualización de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, que se encarga de normalizar los criterios para la adquisición de medicamentos y su posible inclusión en la guía.

2 Objetivos

Detallar la estructura, objetivo y finalidad de las diversas áreas o zonas de las que se dispone el área de farmacia hospitalaria.

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

El Área de Farmacia Hospitalaria tiene diverso y diferentes maneras de organizarse y su propia organización, la cual se estructura en las siguientes zonas:

- La Zona de adquisición de fármacos. Es la que hará la Gestión de stocks del área de farmacia.

Esta zona será la Encargada y encargado de adquirir los medicamentos que sean necesarios a la hora de poder atender la demanda asistencial.

La Zona de almacenamiento, de conservación y control de fármacos.

Su finalidad y finalidad es la de almacenar, conservar y controlar en las condiciones idóneas todos los medicamentos adquiridos por el Área de Farmacia, hasta el momento de su dispensación a las zonas clínicas.

Se deben conservar los fármacos en sus envases originales. Deben almacenarse de forma que en cualquier momento se puedan identificar.

Debe valorarse específicamente la conservación de fármacos termolábiles, fotosensibles, estupefacientes y psicótropos.

Debe garantizarse la seguridad en el manejo del alcohol, productos inflamables, medicamentos citostáticos, etc.

- La Zona de dispensación de fármacos.

Encargada de preparar y entregar los medicamentos necesarios para atender la demanda asistencial. Actualmente se tiende a la dispensación por dosis unitarias por enfermo/día.

En los botiquines, la temperatura debe ser menor de 20° C para evitar la alteración de los medicamentos.

- Zona de farmacotecnia.

Encargada de elaborar las fórmulas magistrales, preparar las mezclas intravenosas, nutrición parenteral, citostáticos en zona estéril y protegida.

Realiza el reenvasado de especialidades comerciales para su adecuación al sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias.

- Centro de información de medicamentos.

Para satisfacer la demanda de información del hospital en todo lo que esté concerniente con el medicamento.

- Zona de farmacocinética clínica.

Establece los regímenes posológicos individualizados en función de los niveles plasmáticos de determinados medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podemos decir que estas zonas son las encargadas de la conservación adquisición, dispensación y a su vez de la elaboración de los medicamentos, de su evaluación y selección de fármacos, se encargara de las actividades farmacocinéticas clínicas, de la farmacovigilancia, farmacoterapéutica y sobre

todo del control de los productos que estén siendo usados para investigación o estudios en su utilización, se encargaran de la elaboración de protocolos, guías y formularios farmacoterapéuticos, se responsabilizaran de la coordinación de las comisiones terapéuticas y de farmacia de las instituciones sanitarias y deberán realizar los trabajos y funciones de logística, gestión y clínicas tanto con fines docentes, asistenciales o de investigación.

6 Bibliografía

1. https://www.mscbs.gob.es/personales/formacion/docs/Farmacia_Hospitalaria.pdf
2. Morillo-Verdugo R., Jiménez-Galán R., Ibarra Barrueta O., Martín Conde M., Margusino Framinan L., Illaro Uranga A.. Situación actual de la estructura, procesos y resultados de la Atención Farmacéutica al paciente VIH en España: proyecto origen. Farm Hosp. [Internet]. 2014 Abr [citado 2022 Ago 27] ; 38(2): 89-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000200003&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.7399/FH.2014.38.2.1113>.
3. https://es.wikipedia.org/wiki/Farmacia_hospitalaria
4. <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-106675/BASES%20FSC.pdf>
5. Cuba Venereo María de las Mercedes, Pérez Romero Marilda, Sedeño Argilagos Caridad. Caracterización de los servicios farmacéuticos hospitalarios cubanos: Parte I. Rev Cubana Farm [Internet]. 2006 Dic [citado 2022 Ago 27] ; 40(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152006000300004&lng=es.
6. <https://revistamedica.com/funciones-celador-salud-mental-hospitalaria/>
7. <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-106675/BASES%20FSC.pdf>

Capítulo 167

VÍA ORAL EN LA INGESTIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO

MIRELLA LLAMAS BARRASA

CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA

TANIA SANTOS MORCILLO

1 Introducción

Administración de medicamentos por vía oral.

El medicamento o fármaco se ingiere por boca, absorbiéndose por la mucosa gastrointestinal. Es una vía muy cómoda, aunque lenta e irregular. El paciente debe estar en posicionado en vertical.

Al absorberse por vía digestiva, el medicamento alcanza llegar al hígado por la vena porta, originándose una primera metabolización y descendiendo su bio-disponibilidad respecto a las otras vías de absorción. Este hecho se conoce como efecto de primer paso o como metabolismo de primer paso.

Para ayudar a su deglución se suele acompañar de un vaso de agua, de zumo o triturarse si no existen contraindicaciones. En ancianos y para estimular el reflejo

de deglución, el medicamento se sitúa en la zona más profunda de la lengua o se le enseña que mueva la cabeza hacia delante en el instante de tragar. En los niños pequeños es provechoso administrar los medicamentos en forma líquida. En los bebés se puede ayudar a la administración de líquidos orales a través una jeringa desechable levantando la cabeza para evitar que el medicamento tome el camino a los pulmones. Si el paciente vomita poco después de la administración de un medicamento oral, se tratará de identificar el fármaco. Se avisará al médico y no se repetirá la dosis mientras no se ordene.

Los fármacos efervescentes se deben administrar inmediatamente después de su disolución.

2 Objetivos

- Describir la administración de medicamentos por vía sublingual
- Ver las pautas y las acciones a seguir en la administración de medicamentos por vía oral.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, para ello se han consultado diferente bibliografía.

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, lectura de protocolos de hospitales, así como guías básicas para Técnicos en cuidados de enfermería. Se ha 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 administración por vía sublingual se esgrime cuando se desea una acción rápida (nitritos en la angina de pecho para provocar vasodilatación coronaria). Se absorbe a través de los vasos sanguíneos de debajo de la lengua (vena lingual, hacia la yugular). Tiene la ventaja de evitar el paso por la vena porta y el primer metabolismo hepático. El paciente debe mantener el comprimido bajo su lengua hasta su completa disolución.

- Precauciones.

- ◆ Comprobar la dosis prescrita, vía de administración, efectos secundarios, caducidad y nombre del paciente.
- ◆ Verificar la hora de administración anterior.
- ◆ Preguntar en el Servicio de Farmacia Hospitalaria la posibilidad de administración simultánea con comidas y bebidas.
- ◆ Comprobar alergias medicamentosas.
- ◆ Esperar a que el paciente haya tomado la medicación antes de abandonar la habitación.
- ◆ Administrar la medicación en correctas condiciones (no dar la medicación en caso de caídas al suelo, cápsula rota, etc.).
- Acciones.
- ◆ Lavado higiénico de manos.
- ◆ Colocar al paciente en posición adecuada (sentado o incorporado).
- ◆ Explicar al paciente la atención a efectuar.
- ◆ Efectuar la suspensión o solución en caso de jarabe de preparación extemporánea.
- ◆ Agitar bien el frasco. Utilizar la cuchara que viene en el envase para su dosificación.
- ◆ Diluir en los ml. de agua adecuados, en caso de gotas bebibles.
- ◆ Evidenciar que el paciente se lo toma.
- ◆ Firmar la administración en la Hoja de Tratamiento.
- ◆ Registrar y notificar cualquier anomalía.
- ◆ La medicación oral pautada cada 8 horas tiene la siguiente forma de administración: 8h/16h/24horas. Si es cada 6 horas será: 6h/12h/18h/24h. Si es cada 12 horas, será de 8 a 20 horas o de 12 a 24 horas. La pautada en cada comida se administrará en desayuno, comida y cena. La pautada fuera de las comidas se administrará 2 horas antes o después de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de la importancia de conocer las diversas tipologías de vías de administración que existen, para que a la vez de que administre el fármaco de la forma correcta para que haga su función más efectiva y que no haya ningún tipo de efecto adverso ni complicaciones

Aunque este procedimiento tiene muy pocas complicaciones y pocos efectos secundarios, lo que sí, puede ocurrir es el riesgo de aspiración en el caso de que el paciente al que se da el medicamento, tenga alterado el estado de consciencia.

cia o que pueda tener alteraciones gastrointestinales, intolerancias o alergias a algunos de los componentes del fármaco.

Nunca se deberá manejar la vía oral en pacientes que tengan alguna dificultad para tragar por el riesgo de aspiración.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diversas-vias-de-administracion-de-medicacion/>
 2. Barrueco Nélida, Martínez Fernández-Llamazares Cecilia, Durán Esther, Martínez Marín María Teresa, Relaño García Cristina. Administración de medicamentos por vía oral: Interacciones medicamento - alimento. Index Enferm [Internet]. 2008 Mar [citado 2022 Ago 27] ; 17(1): 53-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100012&lng=es.
 3. Moreira, Moara Avila de Jesus et al. Perfil de los fármacos utilizados por vía oral y por sonda gastroentérica en un servicio de urgencias. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2018, v. 52 [Accedido 27 Agosto 2022] , e03385. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017037103385>>.
- Epub 03 Dic 2018. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017037103385>.

Capítulo 168

MUESTRA DEL LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

TANIA SANTOS MORCILLO

MARÍA PILAR NAVARRO VAQUERIZO

MIRELLA LLAMAS BARRASA

CRISTINA LÓPEZ CEDENILLA

BEATRIZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La importancia del lavado o la higiene quirúrgica de las manos se concreta como el frote o fricción enérgica de toda la superficie de las manos hasta los codos con una solución antiséptica utilizando para ello un cepillo quirúrgico.

La zona de lavado donde se efectuará esta acción se encuentra junto al quirófano, comunicado con éste por una puerta de vaivén generalmente. Los lavabos han de ser bien amplios y de profundidad adecuada para evitar no salpicar el agua. Los grifos se abrirán por medio o a través de palancas de fácil manejo. Estos lavabos se emplearán exclusivamente para este cometido y nunca bajo ningún concepto para limpiar instrumental.

Su objetivo es eliminar la flora transitoria y el máximo la flora residente de las manos, precedentemente a un procedimiento invasivo que por su especificidad o su duración requiere un alto grado de asepsia y un efecto residual. Tras el lavado quirúrgico, las manos están limpias, pero no estériles, por lo que no deben tocar nada que se encuentre estéril.

El lavado quirúrgico se practica después de la colocación del gorro y mascarilla y tras la retirada de anillos, pulsera y reloj.

Se comienza desde la porción distal hacia la proximal del miembro superior, insistiendo sobre el lecho ungueal, dedos, cara palmar, cara dorsal de las manos, muñecas, antebrazos y codos.

2 Objetivos

- Describir los pasos a seguir para un adecuado lavado de manos quirúrgico
- Detallar el material obligatorio que se requiere, para poder practicar el citado lavado.

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 las técnicas de quirófano. Se ha practicado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, describir los pasos a seguir, para un adecuado lavado de manos quirúrgico, el cual su finalidad y objetivo será la de eliminar la flora transitoria y el máximo la flora residente de las manos, las manos tras este lavado quedaran limpias, pero no olvidemos que nunca quedaran estériles.

- Pasos a seguir para un adecuado lavado de manos quirúrgico:

- Se deben enjabonar las manos y antebrazos hasta 8-10 cm. por encima de los codos, con jabón antiséptico (clorhexidina al 4-9% o povidona yodada al 7-10%) durante 2-3 minutos y aclarado.
 - Las manos se deben situar hacia arriba, para que el agua resbale de las manos hacia los codos. Cepillado de uñas durante 30 segundos cada mano con un cepillo jabonoso y aclarado.
 - Enjabonar nuevamente con jabón antiséptico las manos y antebrazos, haciendo hincapié en espacios interdigitales y contorno de uñas, durante unos 2 minutos, aclarado con las puntas de los dedos hacia arriba.
 - El secado se practicará por aplicación, sin frotar con una toalla estéril para cada mano.
 - Se emprenderá por los dedos y se terminará en los codos. Durante todo el proceso, se deben mantener las manos por encima de los codos.
 - Si se manejan cepillos provistos de jabón antiséptico, es recomendable esgrimir uno para el lavado y cepillado de uñas y otro para el segundo lavado.
 - Si se maneja jabón antiséptico en cada lavado, se utilizará al menos una dosis (3 CC) para cada lavado.
 - La duración del lavado quirúrgico de manos es de 8 a 10 minutos si es el primero del día y de 5 minutos el resto.
 - El material que se requiere será jabón líquido con antiséptico, cepillo de uñas desechable de cerdas blandas y toalla desechable.
- El lavado de manos quirúrgico está indicado para:
- Antes de una intervención quirúrgica.
 - Antes de cualquier maniobra invasiva que requiera alto grado de asepsia.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos relatado en este artículo de los pasos a seguir, para un adecuado lavado de manos quirúrgico, el cual su objetivo y finalidad, es dejar las manos libres de la flora transitoria y el máximo la flora residente de las manos, pero debemos recordar, que nunca quedaran estériles, lo que, si quedaran, tras este lavado son limpias.

Llegamos a la conclusión de la importancia del lavado de manos quirúrgico, dado la gran prevalencia de infecciones nosocomiales, a las que está expuesto el paciente y que, de este lavado, el cual somos los responsables, dependerá la duración de la estancia hospitalaria del paciente, ya que si ocurriera las citadas infecciones, el proceso de enfermedad se alargaría en el tiempo.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/en/informacion-general/calidad/lavado-higienico-manos>
2. Mena-Gómez I.I.. Actualidades en la higiene de manos quirúrgica. Revisión de la literatura. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2020 Mar [citado 2022 Ago 27] ; 17(1): 95-103. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000100095&lng=es. Epub 22-Dic-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.573>.
3. <https://docer.com.ar/doc/nsv0vns>
4. <https://www.scielo.org/es/>
5. Naranjo Hernández Ydalsys. La importancia del lavado de las manos en la atención sanitaria. *Medisur* [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Ago 27] ; 12(6): 819-821. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600001&lng=es.
6. <https://medlineplus.gov/spanish/>
7. <https://www.scielo.org/es/>
8. Castañeda-Narváez, JL, & Hernández-Orozco, HG. (2016). Lavado (higiene) de manos con agua y jabón. *Acta pediátrica de México*, 37(6), 355-357. <https://doi.org/10.18233/apm37no6pp355-357>

Capítulo 169

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA DISFAGIA

MARÍA JESÚS GONZALEZ GARCÍA

1 Introducción

La disfagia es la dificultad de tragar alimentos tanto sólidos como líquidos. La disfagia es una enfermedad muy común en los ancianos. La disfagia se asocia con una mayor discapacidad, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor mortalidad. Es una enfermedad importante porque afecta a la evolución del paciente, las complicaciones de la disfagia se deben, por un lado, a la deglución inadecuada, que puede conducir a la desnutrición y deshidratación en los ancianos, y por otro lado, la deglución insegura conduce a la infiltración, aspiración y el 50% de los casos desarrollan neumonía por aspiración, con una mortalidad tasa del 50%. Por todo ello, el diagnóstico precoz por métodos clínicos y/o instrumentales es fundamental, y este diagnóstico incluye siempre tratamiento y rehabilitación. La disfagia es un problema muy importante que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen siendo en su gran mayoría personas ancianas. En España se calcula que más de dos millones de personas padecen este trastorno. Hay distintos tipos de disfagia dependiendo del grado de dificultad que tenga la persona para tragar diferentes grados de textura tanto en alimentos sólidos como líquidos o ambos y dependiendo de donde se localice el problema que produce la disfagia existen dos tipos de disfagia; la orofaríngea que es cuando el problema está relacionado con la función de la glotis y esofágica cuando el problema está en el esófago. Algunas de las principales causas de la disfagia son las lesiones cerebrales, la Esclerosis múltiple el Parkinson o el Alzheimer.

2 Objetivos

- Exponer cómo detectar la disfagia de forma precoz, saber que es y los tipos de disfagia que existen.
- Describir las funciones del TCAE en la atención de pacientes con disfagia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Cochrane Medline, Google Scholar, Pubmed y Scielo se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de parto hospitalario, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda Disfagia, Problemas de deglución.

4 Resultados

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir, por lo que se necesita más tiempo y esfuerzo para mover los alimentos de la boca al estómago, y en algunos casos esto puede provocar dolor o incluso incapacidad para tragar, lo que obliga al paciente crítico a buscar alternativas. para mantener una dieta básica.

La incidencia de esta enfermedad es mayor con la edad. Sin embargo, y aunque la edad pueda provocar cambios en la deglución, estos cambios por sí solos no provocan disfagia. Siempre que se produzca disfagia, incluso en ancianos, deben descartarse enfermedades de base, como neurológicas o neurodegenerativas, otorrinolaringológicas, esofágicas u otras.

La disfagia puede ser de dos tipos que son; la orofaríngea y la esofágica.

La disfagia Orofaríngea: La deglución sufre problemas en la fase oral y/o faríngea. Es la enfermedad predominante en los ancianos, que se asocia a trastornos neurológicos, tales como: ictus, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer, entre otras.

La disfagia Esofágica: La parte afectada es el esófago. Las enfermedades que la provocan pueden afectar la capacidad de movimiento del esófago o causar un bloqueo que impida el paso de los alimentos desde el esófago hasta el estómago. Las enfermedades que la provocan son más diversas y pueden tener un tratamiento más específico.

Hay muchas causas que pueden provocar la disfagia, según La Fundación Española de Aparato Digestivo (FEAD) las divide, de forma general, en:

Enfermedades que afectan a estructuras adyacentes al sistema de deglución: como la tiroides o la laringe. Enfermedades del sistema nervioso central o periférico que impiden la estimulación neural adecuada o lo hacen de forma descoordinada. pacientes de edad avanzada, como consecuencia de Enfermedades que afectan al músculo implicado en cada fase: por ejemplo, el esfínter esofágico superior o la musculatura esofágica. Enfermedades que afectan a la mucosa: Por ejemplo, los tumores intraesofágicos o infecciones como la candidiasis esofágica.

CAUSAS DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:

Causas neuromusculares: Enfermedad de Parkinson, Accidente Cerebrovascular, demencias, Miastenia Gravis, Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerosis Múltiple, enfermedades de los nervios periféricos, o enfermedades de los músculos.

Lesiones que causan obstrucción: divertículo faringoesofágico ,bocio, tumores malignos.

CAUSAS DE LA DISFAGIA ESOFÁGICA:

Neuromusculares: Espasmo Esofágico Difuso, hipertensión del esfínter esofágico inferior, acalasia (un trastorno del esófago), enfermedades del tejido conectivo (Esclerodermia, Lupus, Artritis Reumatoide, ...)

Lesiones que causan obstrucción: De forma intrínseca (como tumores esofágicos, cuerpos extraños en el esófago, estrechamiento esofágico por químicos, radioterapia, ...) o de forma extrínseca (alteraciones vasculares, que comprimen la estructura esofágica).

La dificultad para tragar puede variar de leve a grave. A menudo, las personas que lo padecen desconocen sus síntomas, algunos de ellos pueden ser:

Dificultad para empezar a tragar o necesidad de tragar varias veces.

Sensación de que la comida se detiene o bloquea en cualquier lugar desde la garganta hasta la entrada al estómago. Tos después de consumir sólidos o líquidos.

Sensación de residuo en la boca o garganta y necesidad de tragar varias veces.

Algunas de las consecuencias o complicaciones derivadas de la disfagia son; pérdida de peso, desnutrición, deshidratación e incluso infecciones en las vías res-

piratorias debido a que las personas aspiran secreciones, alimentos o líquidos al comer o beber.

La disfagia puede conducir a una disminución de la calidad de vida, ya que muchos pacientes no pueden comer normalmente y cambian sus hábitos alimenticios. La hospitalización puede ser necesaria, lo que lleva a una mayor dependencia, aislamiento social, mayor carga de atención e institucionalización de estos individuos.

Como ya hemos comentado, el diagnóstico precoz de la enfermedad es fundamental, y el tratamiento puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente. El tratamiento específico depende de la gravedad y la causa del trastorno. En algunos casos, la disfagia puede curarse total o parcialmente sin métodos invasivos. En otros casos, se puede considerar un tratamiento específico en función de la causa, si es posible. En todos los casos, es importante mantener la alimentación oral el mayor tiempo posible.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es una enfermedad que afecta a muchas personas, aunque muchas de ellas no estén diagnosticadas. Es muy importante cumplir con las indicaciones del tratamiento, así como diversificar y atraer la dieta para que el paciente no pierda el apetito. La dificultad para tragar puede traer consigo diversas enfermedades respiratorias y orales que pueden conducir a la muerte.

La disfagia disminuye de manera considerable la calidad de vida de los pacientes. La disfagia está asociada a estancias hospitalarias más largas así como unos costes de hospitalización más elevados.

El diagnóstico y manejo de pacientes con disfagia depende de la cooperación de un equipo multidisciplinario de médicos, enfermeras, TCAES etc.

6 Bibliografía

1-Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. “Tratado de geriatría para residentes. Situaciones clínicas más relevantes. Capítulo 53. Disfagia”. Concepción Jiménez Rojas. Ana Isabel Corregidor Sánchez. Carmen Gutiérrez Bezón. Pp 545-553.

2-Asociación Española de Gastrología. “Disfagia y odinofagia”. Marta Ponce,

Julio Ponce*. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitari La Fe. Valencia. *Unidad de Patología Digestiva. Hospital Quirón. Valencia.

3-European Society for Swallowing Disorders (ESSD).

4-Fundación Española de Aparato Digestivo (FEAD). “Concepto y causas de la disfagia”. “Síntomas la disfagia”. “Tratamiento la disfagia”.

5-Fundació de Recerca en Gastroenterologia (Furega). Proyecto Disfagia. “¿Qué es la disfagia?”.

6-Organización Mundial de Gastroenterología. “Disfagia. Guías y cascadas mundiales”. Actualizado en setiembre de 2014.

Capítulo 170

PACIENTE OPERADO DE FRACTURA DE CADERA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMUDENA MOYA SANCHEZ

MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ

ROSA MARÍA JAREÑO DAZA

ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO

CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA

1 Introducción

La fractura de cadera es la causa de operación más habitual en ancianos, entre los factores de riesgo que más predisponen para sufrir una rotura de cadera se encuentran:

- Ser mayor de 65 años.
- Pertenecer al sexo femenino.
- Tener antecedentes de fractura de cadera materna.
- Padecer demencia, enfermedades neurológicas, discapacidad visual que causen caídas.

- Padecer osteoporosis, es la enfermedad ósea más frecuente, consiste en la disminución de la masa ósea y la alteración del tejido óseo, con lo que aumenta la fragilidad de los huesos y lleva más fácilmente a la rotura.

Las fracturas de cadera pueden tener muchas complicaciones como: trombosis venosa, embolias, discapacidades físicas, infecciones de la herida quirúrgica, etc. Aunque la complicación más habitual suele ser la aparición de úlceras por presión, esto es debido a que la mayoría de los pacientes operados de fractura de cadera son ancianos, y para recuperarse han de permanecer bastante tiempo encamados.

La operación de cadera, suele consistir en la sustitución por una prótesis, indicada en pacientes de edad avanzada, con alteraciones neurológicas, mentales con complicado control o cuando anteriormente ha fracasado una osteosíntesis (unir la fractura con tornillos, placas o clavos).

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio son fundamentales para que recuperen la funcionalidad de la extremidad afectada, siendo básico iniciar la movilización lo antes posible para evitar complicaciones.

2 Objetivos

- Saber qué pacientes están más predispuestos a sufrir una rotura de cadera.
- Explicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de estos pacientes tras la intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica a través de distintas páginas web de internet, utilizando como motor de búsqueda Google Académico, y en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, teniendo en cuenta palabras clave como instrumental, cadera, posturas corporales, osteoporosis.

4 Resultados

El trabajo del TCAE es muy importante en la recuperación de los pacientes con fractura de cadera, ya que como hemos comentado anteriormente es primordial la movilización, siendo aconsejable que el paciente pase de la cama a la silla a las 24

horas de la intervención. Después de la operación se suele hacer una radiografía de control, para comprobar cirugía.

El TCAE debe cerciorarse que la movilización de pacientes con cirugía de prótesis de cadera se realice adecuadamente, para evitar posibles complicaciones y minimizar el dolor que la movilización pueda producir en el paciente.

Ha de comprobar que no hay contraindicación médica ni para la movilización y que el dolor del paciente la permite, valorando el estado general del paciente desde que se realizó la cirugía (desorientación, miedo, dolor, etc.).

Para realizar una movilización de la cama a la silla, hay que preparar el entorno, quitando posibles obstáculos y contando con suficiente personal para ejecutar la maniobra.

Es necesario explicar al paciente con términos comprensibles la técnica de movilización y pedirle, si es posible, su colaboración.

Si el paciente puede, se recomienda que use andador, para que vaya recuperando la movilidad, con calzado plano y suela antideslizante.

Si la movilización de cama a silla o la bipedestación no fuera posible, para la higiene y cambio de ropa del paciente, se le colocará en decúbito lateral apoyado sobre el lado sano, procurando mantener la alineación de la extremidad operada para así evitar dolor.

Cuando el paciente esté acostado debe estar con las piernas separadas por una almohada y sin rotar los pies.

Cuando el paciente se pueda levantar, es recomendable que salga y entre por el lado de la extremidad afectada para evitar la rotación, debe elevar la parte superior del cuerpo apoyándose en los codos y manos, bajando primero la pierna operada sin doblarla.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad de los cuidados es lograr que el paciente recupere su movilidad.

Debe vigilar la aparición de úlceras por presión si el paciente permanece encamado durante tiempo prolongado.

Si el paciente puede iniciar la bipedestación y deambular, se le suministrarán los dispositivos de apoyo adecuados como puede ser un andador o muletas.

Al paciente se le enseñarán técnicas de autocuidado, para que aprenda a moverse adecuadamente, insistiéndole que evite movimientos rotatorios que le pueda producir daños en el lado operado.

Se le explicará la importancia de la alimentación, ya que una alimentación deficiente puede producir pérdida de masa ósea y muscular que empeorará su salud

y aumentará el riesgo de sufrir futuras caídas.

También se le recomendará el uso de calzado adecuado, el uso de muletas o andadores si fuese necesario.

En resumen, un TCAE debe conocer y aplicar la técnica para la movilización de pacientes operados con prótesis de cadera, así como la técnica de higiene en cama, además de enseñarle técnicas y aconsejarle para que el paciente consiga la recuperación.

6 Bibliografía

1. Prótesis total de cadera (PTC) Dr. Delgado [Internet]. Delgado-trauma.com. 2018 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.delgadotrauma.com/protesis-total-de-cadera-delgado/>.
2. García M. Recomendaciones tras la fractura de cadera en el adulto mayor [Internet]. Webconsultas.com. Webconsultas Healthcare; 2018 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/tercera-edad/la-saluddelmayor/recomendaciones-tras-la-fractura-de-cadera-en-el-adulto-mayor>.
3. Fractura de cadera: tipos, tratamientos y cuidados [Internet]. Depencare.com. 2020 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.depencare.com/fractura-de-cadera>.

Capítulo 171

EL ASEO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMUDENA MOYA SANCHEZ

MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ

ROSA MARÍA JAREÑO DAZA

ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO

CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA

1 Introducción

Vamos hablar sobre los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital, necesitan una serie de cuidados especiales para poder cubrir sus necesidades básicas.

La higiene del paciente es primordial ya que se obtiene una serie de beneficios como son:

- Eliminar las descamaciones de células muertas de la epidermis.
- Limpiar la piel de sudor, suciedad y exceso de grasas.
- Evitar una la proliferación de bacterias que favorecen las infecciones.
- Estimular la circulación sanguínea.

- Mantener la piel en buenas condiciones.
- Contribuir al bienestar del paciente tanto físico como psíquico aportando sensación de bienestar y así ayudar al descanso.

Además de los beneficios descritos anteriormente, tenemos que tener en cuenta que la piel es una barrera del cuerpo, cumple con una función protectora, evitando la proliferación de bacterias.

Durante la realización de la higiene del paciente, se debe prestar atención al aspecto de la piel, vigilando la posible aparición de heridas en las zonas de presión para prevenir úlceras por presión (lesiones en la piel y el resultantes por una presión prolongada sobre la piel), alergias, infecciones, etc.

En definitiva, la higiene del paciente es una actividad cotidiana fundamental e importante de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE).

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la higiene del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Describir los pasos a seguir en dicha higiene.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva con palabras clave como: UCI, higiene del paciente encamado, úlceras por presión.

4 Resultados

En la UCI, los pacientes suelen tener patologías graves que requieren drenajes, vías centrales, intubaciones o traqueostomías, por lo que su aseo ha de realizarse con mucho cuidado, además, tenemos que intentar que el paciente se sienta cómodo en la medida de lo posible, preservando su intimidad, mostrándole respeto para no vulnerar su derecho a la dignidad.

Los pacientes de UCI suelen estar monitorizados por lo que su aseo debe realizarse con sumo cuidado para evitar posibles complicaciones.

Para la realización de la higiene del paciente encamado son los siguientes:

- Si el paciente está consciente le explicaremos lo que se le va a realizar y solicitaremos su colaboración en la medida de lo posible.
- Comprobaremos que la temperatura esté entre los 22°- 24°, evitando que se produzcan corrientes de aire.
- Prepararemos lo necesario para el aseo: palangana, esponjas desechables jabonosas, toallas, suero, vaselina, ropa limpia y bolsa para la ropa sucia.
- Preservaremos la intimidad del paciente, con cortinas o biombos, intentando mantener al paciente desnudo lo mínimo posible.
- Empezaremos mojando las esponjas en agua templada aseando primero la cara, evitando que entre jabón en los ojos, nariz y boca. El lavado de los ojos se realiza con suero fisiológico desde la parte interna a la externa. En la boca, frotaremos los dientes, encías y lengua con una torunda (Si el paciente tiene prótesis dental se la quitaremos y dejaremos en remojo en un vaso con antiséptico, en los labios le aplicaremos un poco de vaselina para su hidratación.
- Seguiremos enjabonando el cuello, axilas, brazos y torso, prestando atención a los pliegues. Aclararemos y secaremos, dejando tapadas las zonas ya aseadas para evitar enfriamientos. Posteriormente seguiremos con las piernas, realizando los mismos pasos que en la zona superior.
- Finalmente, haremos el lavado de los genitales con otra esponja, siempre de abajo hacia arriba, aclarando y secando tras ello.
- Cuando la piel esté limpia, aplicaremos loción hidratante con masajes circulares para estimular la circulación sanguínea.
- Si es necesario pondremos aceites o cremas adecuadas para proteger zonas de mayor presión.
- Vestiremos al paciente con la ropa limpia y cambiaremos la ropa de la cama.
- Es muy importante observar el estado de la piel para ver si tiene alteraciones.
- Durante el aseo no deben mojarse los apósitos de vías, ni traqueales o quirúrgicos.
- Después del aseo se debe realizar el cambio postural del paciente.

Durante las movilizaciones del paciente tenemos que vigilar que no se produzcan desconexiones de drenajes, vías, respirador, etc. (la limpieza de sondas y catéteres también es muy importante porque previene las posibles infecciones nosocomiales).

5 Discusión-Conclusión

La higiene al paciente en UCI, es beneficiosa en numerosos aspectos como son la comodidad y el bienestar pero también es una forma de prevenir infecciones, ya que en el aseo se eliminan microorganismos patógenos y células muertas.

Los pacientes en UCI, suelen tener lesiones graves, por lo que durante su aseo, se tener mucho cuidado, evitando tirones y movimientos bruscos para no desconectar ningún aparato, sonda, drenaje, el aseo se debe realizar entre varias personas, aplicando las medidas de mecánica corporal para evitar lesiones innecesarias.

En pacientes encamados el aseo adquiere una gran importancia dependiendo del grado de invalidez del paciente, ya que higiene es la suma de procedimientos que permiten una mejor defensa de la piel contra las enfermedades e infecciones.

En la higiene del paciente debemos mostrar respeto y empatía ya que hemos de comprender que además de la dolencia que tiene puede sentirse angustiado al estar postrado y ser dependiente, es fundamental el trato humanizado hacia el paciente durante su higiene, ya que supone la pérdida de intimidad en el proceso.

6 Bibliografía

1. Hospitaldejove.com. [citado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitaldejove.com/>.
2. Mayes, ME. Higiene personal de los pacientes. Manual para la auxiliar de Enfermería. Ed. Interamericana, 1988:107- 126

Capítulo 172

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS

ALMUDENA MOYA SANCHEZ

MIRIAM PEÑA GUTIÉRREZ

ROSA MARÍA JAREÑO DAZA

ISABEL MARÍA SÁNCHEZ-ROJO RAMIRO

CLEMENCIA FERNÁNDEZ ESPARCÍA

1 Introducción

Entendemos como paciente politraumatizado el que tiene afectado dos o más órganos debido a un traumatismo y corre peligro su vida al menos, por uno de esos traumatismos sufridos.

El politraumatismo es una causa principal de fallecimientos y de incapacitaciones en niños y también en adultos, ya que las lesiones producidas por un traumatismo de alta intensidad producen una respuesta negativa en la que se provoca una disfunción de sistemas vitales que no estaban afectados previamente antes de la incidencia.

Para recuperar al paciente politraumatizado hay que realizar una adecuada valoración mediante unas escalas ya establecidas en los hospitales.

En ocasiones, el paciente que ingresa en urgencias llega sin consciencia y no es posible que nos indique cómo ha sido el golpe y dónde debemos de comenzar con la valoración, es importante conocer algún dato que le pudiera facilitar algún testigo a los primeros en acudir al lugar a socorrer a la víctima, para conocer con mayor rigor y menor tiempo posible la zona del cuerpo afectada.

Puesto que puede suceder que llegue tan ensangrentado que a simple vista no se vea de donde procede la hemorragia, por tanto, si conocemos como se han producido las lesiones podemos tener alguna indicación de que pruebas necesita con mayor rapidez ya que en muchos pacientes el tiempo es decisivo en poder salvarle la vida.

2 Objetivos

- Conocer el manejo a practicar de forma inmediata al paciente politraumatizado al llegar a urgencias.
- Detallar el protocolo existente para practicar los cuidados necesarios realizados por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos como: Revista Médica, Semergen, Scielo. Utilizando como descriptores en Google Académico: paciente traumatizado en urgencias, traumatismos. Usando como operadores booleanos: and TCAE and paciente politraumatizado, traumatismo and urgencias.

4 Resultados

Con lo que hemos consultado podemos conocer las actuaciones a practicar por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el manejo del paciente politraumatizado a su llegada al servicio de urgencias hospitalarias.

Hay que valorar el estado del paciente y realizar un triaje:

- Politraumatismo leve: lesiones superficies, sin heridas ni fracturas.
- Politraumatismo moderado: presenta lesiones o heridas que producen incapacidad mínima.
- Politraumatismo grave: en este caso si presentan alguna de estas circunstancias en accidente de tráfico:

Muerte de cualquier ocupante.

Paciente expulsado del vehículo cerrado.

Golpe a más velocidad de 50 km/h.

Presión sistólica a menos de 90 mmHg.

Bradipnea menos de 10 o taquipnea más de 30.

Trastorno de conciencia.

Fractura de dos o más huesos largos.

Heridas profundas en cabeza, cuello, dorso o ingles.

En caso de tener que ser excarcelado del vehículo y se tardó más de veinte minutos.

Mayor de 60 años.

Embarazada.

Patología grave preexistente.

La inmediatez en atender a un paciente hace que las lesiones no avancen y se puedan frenar para recuperar la salud o evitar la muerte del paciente.

La valoración del paciente politraumatizado la realiza el equipo multidisciplinar, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora con el médico y la enfermera en los diferentes pasos a realizar.

Lo primero es comprobar que tiene la vía aérea despejada y respira con normalidad. Evitar que el paciente quede inconsciente y se ahogue con su lengua o su propio vómito.

En caso que llevase casco puesto, se le quitará con seguridad, haciendo una pequeña tracción de la columna cervical.

En caso de necesitar ventilación y oxigenoterapia complementaria, nos aseguraremos que la vía es permeable y que hay un correcto intercambio de gases.

Controlar las hemorragias. Se miden las frecuencias cardíaca y respiratoria, pulso radial, tensión arterial y signos de mala perfusión periférica y central.

Comprobar nivel de conciencia del politraumatizado.

Comprobar todo el cuerpo en busca de lesiones ocultas.

Hay que vigilar que el paciente no tenga alergias a medicamentos, tenga patologías previas, conocer la hora de la última ingesta de comida, alcohol u otras sustancias.

Una vez realizadas estas gestiones se evalúan distintas partes del cuerpo importantes, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayudará a realizar estas comprobaciones, desvistiendo al paciente y movilizándolo para que el médico y enfermera puedan valorar cada parte, cabeza, zona maxilofacial, columna cervical y cuello, tórax, abdomen, periné, recto y genitales, sistema musculoesquelético.

Importante es el dolor, hay que tratarlo para evitar mayores sufrimiento al paciente, además si el paciente no tiene dolor se mostrará más tranquilo y colaborará con mayor facilidad en su reevaluación.

5 Discusión-Conclusión

La valoración y tratamiento al paciente politraumatizado en urgencias es un proceso constante, se tiene que revisar de forma continua y dinámica como se encuentra el paciente y qué efectos le está produciendo la medicación.

También es necesario valorar puede producir una intervención quirúrgica, si precisa una operación urgente o por el contrario es mejor esperar y seguir reevaluando las reacciones del paciente según la medicación y el resto de actuaciones que se están practicando con él.

Lo primero donde hay que actuar es el en shock hemorrágico, presionando en los puntos de sangrado, esto no provoca una cirugía mayor porque es un procedimiento mínimamente invasivo.

6 Bibliografía

1. Ballester, Y. Manejo del Paciente Politraumatizado.(2020). Servicio de Urgencias de Pediatría Hospital Universitario Cruces Vizcaya.
2. Martín, A.M., Mellado, M.A. l Manejo del Paciente Politraumatizado. Capítulo 49. Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid).
3. <https://revista-medica.com/plan-cuidados-enfermeria-politraumatizado/amp/>
4. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1728-59172011000200007.
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulorecomendaciones-buena-practica-clinica-atencion-13127193>.

Capítulo 173

LOS JOVENES Y LAS NUEVAS ADICCIONES

ELIZA ZOTIC

CELIA CHACÓN ORTUNO

PILAR ORTUNO FERNANDEZ

LUCÍA CASAS ORTUNO

1 Introducción

La adolescencia siempre representa una etapa complicada de transiciones y crisis personales. De ahí que muchos menores acuden a las drogas o a adicciones. Aunque también las adicciones en la adolescencia se producen debido a la presión social de sus iguales o como imitación de los mayores.

El abuso a las nuevas tecnologías como el internet, las redes sociales virtuales, el teléfono móvil, los video juegos online, las apuestas online, etc.— es un hecho constante. Una alarma social para la cual aún no existen referentes claros sobre cómo tratarlas, dado su carácter novedoso para la mayoría de la gente.

Hay un porcentaje en España de entre los 14 y 18 años que ya están realizando un abuso excesivo de las nuevas tecnologías.

Aunque se dice que la Organización Mundial de la Salud no reconoce la adicción a las nuevas tecnologías, pero en el año 2018 reconocieron que existe una adicción a los videojuegos.

La según la Organización Mundial de la Salud describe la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una necesidad o una dependencia

hacia una actividad, sustancia o relación. La cual se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos. En los cuales podemos encontrar factores genéricos, factores biológicos, factores psicológicos y factores sociales.

2 Objetivos

- Evitar que se produzca el consumo o conducta adictiva.
- Retrasar la edad de inicio.
- Evitar que se convierta en un problema para la persona o para su entorno social.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo de capítulo hemos realizado una búsqueda detalladamente de información sobre las nuevas adicciones en jóvenes en libros y revistas ya revisadas bibliográfica de la literatura existente. También hemos recopilado información de Internet en varias páginas.

4 Resultados

De las nuevas adicciones que podemos decir que son muchas pero algunas son todas las que tienen que ver con la manera de comer, manera de comer compulsiva, manera de comer a veces, bulimia, anorexia creando problemas sumamente complejos, personas que cuidan la mínima caloría, personas que cuidan todos los nutrientes, personas que cuidan la zona. Hay varias maneras de adicciones que se hacen atrevas de los alimentos.

El Internet y el uso de las redes ya que tenemos también el teléfono celular, las redes sociales también fomentan que las personas nos volvamos adictas, un problema muy grave es la adicción a la pornografía, también la adicción al trabajo está creciendo a gran velocidad.

Otra adicción nueva que se está presentando en los jóvenes sobre todo es la adicción a las emociones y eso es debido a las redes sociales. Las emociones son adictivas que son placeres de poca duración y eso nos encanta que las volvamos a repetir.

¿Cuándo se suele convertir una conducta en adicción?

Cuando la persona pierde el control y tiene una conducta agresiva.

Entonces una adicción es el estado que tiene de dependencia que al quitárselo cambia su estado emocional.

A las personas que son adictos les cuesta mucho dejar la conducta ya que les suele causar unos cambios biológicos, emocionales y psicológicos,

PARA EVITAR LAS ADICCIONES

Deberíamos primero que identificar personalidad de cada persona ya que según la personalidad de cada persona uno puede caer en una o otra adicción.

- Si tiene el mismo comportamiento siempre.
- Suelen aparecer signos de mal estar.
- Se le alivia cuando lo realiza.
- No logran controlar la conducta.
- Tienen sentimiento de malestar y de culpa al no tener el control.

5 Discusión-Conclusión

- La adicción a la nuevas tecnologías es un fenómeno nuevo, es aun pronto para saber con exactitud el número de personas y características de las personas que pueden tener ese problema (las consultas por adicción a nuevas tecnologías aún son escasas ya que al ser una adicción nueva para el sistema de la salud todavía no esta lo suficientemente estudiado).
- Todas las adicciones terminan por cambiar la vida de las personas dependientes de ellas y de las que les rodea.
- Deberíamos tratarlo como un problema de la sociedad ya que implica mas personas de las que nos podemos imaginar.

6 Bibliografía

<https://psicologiaymente.com>
<https://solidaridadintergeneracional.es>
<https://scielo.isciii.es/>

Capítulo 174

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE): TERMOTERAPIA PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE CALOR Y FRÍO

DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN

CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ

SONIA MAÑAS MURILLO

MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO

MARIA CALVO CUADRA

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de la termoterapia y la crioterapia como así mismo del procedimiento a seguir con los pacientes para su aplicación.

Pero antes de desarrollar los protocolos vamos a proceder a determinar en qué consisten ambas terapias. Termoterapia: consiste en el tratamiento de una lesión mediante técnicas terapéuticas basadas el uso de calor o del frio.

Aunque la mayoría de las personas utilizan esta terminología como un tratamiento en el que únicamente se emplea el calor y se utiliza para tratar lesiones, especialmente en lesiones inflamatorias de la piel en la que la temperatura aplicada debe ser superior a la del propio cuerpo, y con ella se logra aplicar un

efecto terapéutico y relajante. Utilizándose, el termino crioterapia para referirse a la aplicación de frio como agente terapéutico.

Aunque parecen procedimientos de reciente creación. Por ejemplo, la crioterapia o aplicación de frio para tratar la inflamación de traumatismos o de heridas infectadas data del año 1500 a. C como se puede ver en el texto egipcio el papiro Edwin Smith, La historia de la crioterapia se remonta al antiguo Egipto. En un antiguo texto egipcio, el Papiro Edwin Smith, datado en el 1500 a. C, ya se hablaba sobre el uso del frío para tratar la inflamación en traumatismos. También se usaban compresas frías para tratar la inflamación de las heridas infectadas.

2 Objetivos

Objetivo principal: Poner en conocimiento el protocolo de administración de la termoterapia (aplicación de calor) y la crioterapia (aplicación de frio) con fines terapéuticos.

Objetivo secundario: Dar a conocer las indicaciones terapéuticas para las que son recomendables la aplicación de frio y calor.

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

Estos tratamientos deben aplicarse con mucha prudencia para evitar producir al paciente quemaduras o congelaciones en la piel donde se aplica la técnica. La termoterapia está indicada en:

- Procedimientos antiinflamatorios agudos y crónicos.
- Dolores osteoarticulares y reumáticos.
- Contracturas musculares lisas.
- Problemas circulatorios.
- Procesos infecciosos y supurativos.
- Para cauterizar heridas.

La crioterapia está indicada en:

- Inflamaciones agudas. - Contracturas musculare.
- Pequeñas hemorragias.
- Hipertermia.
- Cirugía.

Procedimiento de aplicación de crioterapia (aplicación de frío) y termoterapia (aplicación de calor):

- Preparar todos los recursos materiales necesarios para la aplicación.
- Lavarse las manos.
- Comprobar que el informe de prescripción coincide con el paciente.
- Explicar al paciente el tratamiento que se le va aplicar.
- Pedir la colaboración del paciente para colocarse en la posición adecuada para poderle aplicar el tratamiento prescrito, si este no puede solo le ayudaremos o lo pondremos en la posición que nos indiquen.
- Observar posibles alteraciones en la piel que impidan aplicar la terapia.
- Tomar las constantes vitales básicas: temperatura y tensión arterial (antes, durante el proceso y al finalizar este).
- No poner el dispositivo en contacto directo con la piel del paciente, teniendo especial cuidado con los niños y los ancianos.
- Manipular los dispositivos para aplicar el calor y el frío siempre con las manos secas.
- Comprobar la temperatura antes y durante todo el proceso.
- Aplicar el calor (seco, húmedo, radiación, electroterapia) o frío (seco, húmedo o gaseoso) según prescripción facultativa.
- Al terminar el tratamiento el secado de la piel se realizará con movimiento de palmeado nunca se frotará.
- Retirar el equipo.
- Proceder a la desinfección del equipo, dejándolo preparado para su próxima utilización.
- Acomodar al paciente.
- Comunicar al enfermero las observaciones que hayamos obtenido durante la aplicación para que las registre.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de enfermería (TCAE) debe conocer todos y cada uno de los procedimientos terapéuticos que se realizan en los centros sanitarios porque con mucha frecuencia son cambiados de servicio y el conocerlos supone que estos puedan contribuir con el equipo que conforma ese servicio a ofrecer un

servicio de calidad y excelencia al paciente, dándole al paciente la posibilidad de una pronta recuperación y no ocasionándole más problemas de los que ya tiene, como por ejemplo, si por no tener control de la temperatura antes y durante el proceso se le hacen quemaduras o congelaciones en la piel al paciente.

6 Bibliografía

- Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. <https://www.auxiliarenfermeria.com>.
- <https://revistas-portalesmedicos.com>.
- <https://www.msmanuals.com>.
- <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.

Capítulo 175

FUNCIONES ASISTENCIALES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS ANTE PACIENTES CON ANSIEDAD

DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN

CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ

SONIA MAÑAS MURILLO

MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO

MARIA CALVO CUADRA

1 Introducción

El servicio de urgencias se considera un servicio especial pues el personal que realiza sus funciones laborales en él debe estar formado a este fin.

Dentro del servicio de urgencias podemos encontrar las especialidades como traumatología las cuales acuden pacientes con traumas, cortes, accidentes etc. Consultas las cuales acudirán los pacientes con patologías de oftalmología, urinarias etc. la destacada es críticos aquí los pacientes como el nombre dice es crítico es el cual los segundos cuentan por lo que ahí será un sitio individual y donde el

proceso de reconocimiento es inmediato, al que acuden TCAE, facultativo, enfermería los cuales procederán cada uno a su función intentando minimizar el tiempo de valoración del paciente.

Que podemos comentar que es una urgencia, pues se puede definir como un riesgo vital que debe ser atendido de inmediato, el cual puede comprometer al paciente físicamente con una patología o psicológicamente afectando a sus emociones.

El servicio de urgencias es un equipo enorme donde el trabajo se ha desempeñar de forma conjunta y hay diferentes categorías las cuales trabajan mucho y el estrés está en el ambiente.

El TCAE es la persona que recibe al paciente tras pasar por el triaje y destinar al paciente a un sitio concreto dentro de urgencias, será ayudado del celador para acomodar al paciente a un box para realizar las pruebas diagnósticas pertinentes. Nuestro trabajo bibliográfico va en base de que funciones va a realizar el TCAE en el servicio de urgencias.

2 Objetivos

Conocer que funciones básicas son las adecuadas para la realización de funciones asistenciales del TCAE.

Describir que tipo de actuación debe realizar ante un paciente con ansiedad que acude a urgencias.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como pueden ser; Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que se han incluido las funciones de TCAE en servicio especial de urgencias.

Palabras clave: urgencias, psicológica, critico, etc.

4 Resultados

El paciente en el momento que acude a urgencias es recibido en triaje el cual destina al paciente dependiendo de sus signos o síntomas a un sitio concreto de urgencias. En el momento que es destinado actúa el TCAE acomodando al paciente. Es importante identificar al paciente con nombre y apellidos se colocará

la pulsera identificativa. Se facilitará la ayuda para desvestirse y proporcionará la intimidad del paciente continuamente.

En caso de que el paciente este inconsciente el TCAE desvestirá al paciente y colocará al paciente de una forma adecuada siempre antes informando de que patología puede tener y si puede realizar alguna posición concreta para facilitar la recuperación o conservar el confort. (Hansagi H, Olsson M,2001).

Durante la ayuda del paciente consciente el TCAE podrá observar y realizar la valoración de este si es autónomo o dependiente, si controla esfínteres o es incontinente, si padece alguna UPP que ya tenga. Con todo lo que se ha observado se registrara todo para que conste ante la atención hospitalaria de este en caso de ingreso hospitalario.

El TCAE en el servicio de urgencias es el encargado de recoger las muestras de orina, heces, se colocará la etiqueta correspondiente y se pondrá en la parte de envió de muestras. (González-Cabrera J,2014).

También será de mandar a esterilizar el material utilizado en curas etc.

El TCAE ayudara en las curas estériles con el facultativo y el DUE para facilitar el material que necesiten y evitar que se contaminen la herida y el material utilizado.

En cuanto a las intervenciones con pacientes con ansiedad, el TCAE deberá llevarlo a una zona que no esté con muchos pacientes hablara con él, empatizara ayudará a todo lo que necesite hasta que el psicólogo pueda realizar sus funciones con ese paciente. (Derlet R,2001).

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en urgencias es un trabajo estresante y que requiere la actuación rápida de cada uno de los componentes del equipo de este. Todo va en cadena pues el Celador ayudara al TCAE y a su vez este ultimo a el DUE, Facultativo.

Hay que conocer los protocolos que existen en cada hospital para poder desempeñar las funciones asistenciales dentro del rango del protocolo. Por ejemplo, en el caso de nuestra revisión bibliográfica es necesario conocer qué tipo de actuación debe realizarse en el paciente con ansiedad que acude a el servicio de urgencias. También hay que interactuar en caso de que el paciente con ansiedad se ponga agresivo y saber también que protocolo hay que seguir.

6 Bibliografía

Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S., Ann Emerg Med. 2001;37(6):561-7. (2)

Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in US emergency departments. Acad Emerg Med. 2001;8(2):151-155.

González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina Ruano R, Trujillo H, Peinado JM. Emergencias. 2014;26(4):275–80.

Rojas Martínez W, Barajas Lizarazo MA.

Capítulo 176

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UCI

DIANA GUTIÉRREZ MARTÍN

CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ

SONIA MAÑAS MURILLO

MARIA MERCEDES MARTÍNEZ CALERO

MARIA CALVO CUADRA

1 Introducción

La UCI esta dividida en:

- Módulos generales.
- Módulos posoperatorios.
- Módulo coronarias.
- Módulo de trasplantes.
- Módulo Covid.

La UCI es una zona del hospital, pero ubicado de forma independiente con acceso rápido y directo con el resto de los servicios del hospital.

Su dinámica debe de ser el trabajo en equipo y las actividades se deben de centrar en el paciente, así se proporciona unos cuidados de calidad e individualizados.

Los médicos que trabajan en la UCI son intensivistas y han sido formados para ese trabajo; el personal de enfermería debe de tener un perfil para poder trabajar en la UCI ; mientras que las de TCAEs (auxiliares de enfermería) no se les otorga el perfil aunque lleven años trabajando en la UCI, por lo que están luchando para que se les valore el trabajo bien realizado.

El trabajo de un auxiliar de enfermería en la UCI no es fácil ya que es un área en el que se trabaja bajo un alto grado de estrés, bajo presión y con una gran responsabilidad.

Las funciones del auxiliar de enfermería en la UCI tienen gran importancia tanto para los demás profesionales como para los pacientes, ya que en la unidad de cuidados intensivos se atiende a pacientes cuyo estado de salud es muy grave o pueden requerir una actuación inmediata y ver amenazada sus vidas, ya sea a causa de accidentes o como consecuencia de enfermedades crónicas.

Las UCIs pueden variar mucho tanto en forma, en organización, protocolo; pero todas ellas reúnen unas características comunes como son: espacios destinados al cuidado de pacientes en estado crítico, personal cualificado y especializado y material de tecnología avanzada.

El que TCAE tiene que saber las funciones a realizar en cada momento, para ello requiere una formación y entrenamiento específico, aunque no haya perfil en esta categoría.

Desde el 2020 con la pandemia, se abrió un módulo de unidad Covid, que la única diferencia que tiene con las otras unidades es que el personal sanitario tiene que ir equipado con un EPI.

El paciente se diferencia de que está relajado y sobre todo para protección del personal el circuito respiratorio es cerrado, para evitar aerosoles.

2 Objetivos

Describir que es una UCI y ver en que partes está dividida.

Explicar cuáles son las funciones del personal tcae que desempeña sus funciones en una UCI de un hospital.

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 es el encargado de limpiar todo el material e instrumental utilizado, esta labor se realiza en todos los turnos.

Las máquinas como por ejemplo el BiPAP, los respiradores, el Prisma, carros de paradas, bombas de perfusión, bombas de jeringa, etc.; se limpian con líquido desinfectante.

En el Ambu hay partes que se lavan y desinfectan y otras que se mandan a esterilización.

El TCAE debe garantizar que en cada box haya el material necesario, al igual que en cada carro ya sea de paradas como en los de curas.

Ayudar al médico y a la enfermera en todas las técnicas que realicen, suministrándoles el material que necesiten en cada momento.

Enseñarles la unidad a la familia así como las normas y las horas de visita. Realizar la higiene y la movilización del enfermo junto con el celador y la enfermera.

Saber dónde está el material, para ir a buscarlo rápidamente en momentos críticos.

Ayudar a la enfermera a limpiar las traqueotomías, realizar curas o aspirar al paciente si fuera necesario y realizar electrocardiogramas si precisará "para ello el TCAE debe de saber colocar los electrodos al paciente adecuadamente".

Vaciar las diuresis en cada turno o cuando precisara. Cuando el paciente se va de alta, el TCAE tiene que recoger todo el material del box, tirar lo fungible y realizar la limpieza de lo demás.

Una vez el servicio de limpieza ha limpiado el box se volverá a montar toda la maquinaria y lo dejarán preparado para un próximo ingreso. Para realizar correctamente esta labor el TCAE tiene que tener:

- Formalidad, cumpliendo con seriedad y puntualidad sus obligaciones. Consideración, amabilidad y empatía, teniendo en cuenta los sentimientos del paciente y poniéndose en el lugar de este.
- Integridad, debe de haber una buena relación con los compañeros y con los pacientes. Cooperación, debe de haber una predisposición a ayudar al resto del equipo para que el trabajo sea de mayor calidad.
- Respeto, tanto para el paciente como para los compañeros de trabajo, además el TCAE debe de cumplir las ordenes e instrucciones que le dan y debe de ser practico, ordenado y debe de seguir un método de trabajo que le permitirá un mayor rendimiento.

5 Discusión-Conclusión

Para favorecer la recuperación de la salud de un paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), es muy importante cuidar el confort y el bienestar del paciente. Los Tcaes (Técnicos Auxiliar de Enfermería), deben de proporcionar los cuidados básicos encaminados al bienestar, especialmente con el cuidado de la higiene y la movilización del paciente.

El Tcae debe de familiarizarse con el entorno en el que va a trabajar y conocer el equipamiento tecnológico que es muy diverso .

Debe de conocer las técnicas habituales a emplear y el uso de material para cada una de ellas, así como conocer las nuevas máquinas y técnicas que se van incorporando a la unidad así como su funcionamiento. Las unidades de cuidados intensivos son complejas existen muchos tipos de maquinaria y de material a utilizar y los pacientes están muy delicados, por lo que el trabajo de la TCAE en la UCI es muy diferente al de cualquier lugar del hospital.

6 Bibliografía

1. <https://congresosfnn.com>>2.
2. <https://revistamédica.com>>amp.
3. <https://enfermeriabuenosaires.com>.
4. www.opolanco.es.

Capítulo 177

ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO: ACTUALIZACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DAVID GALLEGO MARTÍNEZ

1 Introducción

Para todos aquellos materiales que van a estar en contacto con nuestro organismo, en concreto, con nuestros fluidos internos, es requisito fundamental que sean estériles. No obstante, la esterilidad en sí, de manera aislada no es suficiente para un uso seguro ya que el instrumental puede estar recubierto de suciedad estéril o estar recubierto con restos de agentes químicos o corrosión, y esto, puede constituir un serio peligro para la salud. Por todo ello, se debe extraer toda esta suciedad potencialmente peligrosa o los restos de la misma.

Aunque un producto sea estéril, si está sucio, puede ser peligroso para la salud, y este es el motivo por el que cualquier material debe de estar limpio antes de ser esterilizado.

Todo material que va a ser esterilizado primero debe ser limpiado para extraer la suciedad, los restos de tejidos, de sangre y partículas, también para reducir la carga microbiana y por último, para protegerlos y evitar la corrosión y así garantizaremos que es un material seguro en sus usos posteriores.

Todo esto, la esterilización del material quirúrgico utilizado en el hospital y más concretamente en el quirófano de un hospital se realiza en la central de esterilización y es importante conocerlo ya que de este proceso va a depender el funcionamiento de una parte muy importante del hospital.

2 Objetivos

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la esterilización del material quirúrgico, las técnicas y procedimientos disponibles para llevarlo a cabo así como la clasificación de los materiales que se esterilizan.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura realizando una búsqueda sistemática y posterior selección de libros y artículos, publicados y revisados previamente, en Google académico y en las bases de datos Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Se conoce como esterilización al proceso que destruye todo microorganismo tanto en su forma vegetativa como sus esporas; es decir, la ausencia de todo germen vivo. Ello se puede conseguir por diversos procedimientos tanto físicos como químicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la esterilización como una técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas, altamente resistentes.

El ambiente hospitalario está contaminado por gran variedad de microorganismos, los cuales pueden producir enfermedad en los pacientes y por tanto, suponen un riesgo infeccioso importante ya que podrían desencadenar infecciones. Por todo esto, es de vital importancia que el instrumental y material que va a tener una atención directa con los pacientes reciban el tratamiento adecuado para disminuir o evitar este riesgo.

Los procedimientos que eliminan o disminuyen la carga microbiana de los materiales son la limpieza, la desinfección y la esterilización.

Los microorganismos presentan diferentes grados de resistencia a estos procedimientos y esta resistencia va a depender principalmente de la estructura y la capacidad de producir esporas o con la presencia de ciertos componentes en su pared celular como lípidos o proteínas y también del grosor de esta pared, pero también existen otros factores que son la temperatura, el pH, la carga bacteriana total, la presencia de sales minerales y la presencia de materia orgánica.

La esterilización consta de cinco pasos y estos son:

1-Limpieza

2-Preparación del paquete

3-Esterilización

4-Almacenamiento

5-Entrega y uso.

Para controlar que el proceso se ha realizado correctamente, en la práctica clínica se utilizan cepas indicadoras para realizar los controles biológicos y es por ello que se selecciona la cepa más resistente a ese método de esterilización y así se puede tener cierta seguridad que si con un determinado método se destruye la cepa más resistente, todas las demás, también habrán sido destruidas.

Cuando una carga microbiana se expone a un método de esterilización, la velocidad a la que se produce su muerte es proporcional a la aplicación de ese método, durante un tiempo determinado. En función de esto, experimentalmente se determinan las curvas de muerte de los microorganismos, que permiten evaluar los métodos de esterilización. Para ello se utilizan dos valores, llamados valores Z y D, que se describen a continuación:

- Valor Z: temperatura requerida para reducir en un 90 % los microorganismos, sobre un objeto determinado en un tiempo concreto.
- Valor D: tiempo de reducción decimal de una carga de microorganismos, es decir, tiempo necesario para destruir el 90 % de los microorganismos, en un objeto determinado, a una temperatura concreta.

Clasificación de los materiales que se esterilizan:

Los distintos objetos e instrumentos que se someten a esterilización deben clasificarse según sus características antes de ser sometidos a procesos de esterilización. Las características que permiten clasificar a los materiales son resistencia al método al cual va a ser sometido, estabilidad, toxicidad, características de fabricación y como de seguro es para las personas, tanto para las que lo van a manipular, como para las que van a estar en contacto con él, es decir, pacientes y profesionales.

En base a todo esto, el material que puede ser esterilizado lo clasificaremos como vidrio, acero inoxidable, plástico, látex, algodón y textiles especiales.

Como preparar los materiales para empaquetar: El material que va a ser esterilizado se debe de limpiar, secar, inspeccionar, lubricar (si lo precisa) y preparar en un paquete adecuado para después ser esterilizado y almacenarse hasta su uso. De ahí la importancia de envolverlo o empaquetarlo ya que con ello se consigue poner una barrera frente a la contaminación y así, después, cuando vaya a ser manipulado, tener la garantía de que es aséptico.

Los materiales que se utilizarán para empaquetar tienen que tener una serie de características y estas son: deben de ser permeables al método de esterilización,

tienen que tener una porosidad no superior a 0,5 mm (ya que así se impide el paso de microorganismos), tienen que ser impermeables a la humedad, resistentes al aire y a la manipulación, atóxicos y tienen que permitir sellarse para así permitir un cierre hermético.

Estos materiales, utilizados para empaquetar, pueden ser reutilizables o desechables, y según el tipo de material existen distintos tipos: materiales de grado no médico (textiles y papel corriente de envolver), materiales de grado médico (papel de fibra no tejida, papel mixto, polipropileno no tejido y Tyvek Mylar) y contenedores rígidos (perforados con filtro incorporado, perforados sin filtro incorporado, cerrados y tubos de vidrio).

Métodos de esterilización:

El medio de esterilización ideal sería aquel que pudiera contar con todas estas características: máximo poder de destrucción (tanto, bactericida, como tuberculicida, esporicida, fungicida y viricida), ser seguro, sencillo y fácil de manejar, ser inofensivo para la salud de los profesionales y compatible con las características del material, que fuéramos capaces de monitorizar o controlar totalmente, que tuviera un poder penetrante total en el interior del instrumental y de los paquetes que lo envuelven, que tuviera una rápida actividad en poco tiempo, bajo coste y alto rendimiento y que fuera válido para esterilizar cualquier tipo de material. Pero es evidente que este medio de esterilización ideal no existe y por tanto pasaremos a describir los distintos métodos de esterilización, con sus ventajas e inconvenientes:

A. Flameado: Tiene por objeto hacer pasar el material por la llama de un mechero de tipo Bunsen hasta lograr su incandescencia. Se utiliza normalmente en los laboratorios de microbiología, para esterilizar asas de siembra, tubos de vidrio o pipetas, y consiste en la aplicación directa de la llama sobre el material.

B. Incineración: Se destruye la carga microbiana por combustión. Más que como medio de esterilización se usa para eliminación de residuos biopeligrosos mediante su combustión en hornos crematorios o incineradores de características especiales.

C. Estufa Poupinel, también conocida como horno Pasteur: Se calienta el interior de un aparato de acero inoxidable, en el que, por energía eléctrica, se eleva la temperatura, controlada mediante un termostato. El material limpio y seco se coloca en el interior de este aparato, a distintas alturas ya que dentro hay distintas bandejas para depositarlo. El aire caliente, por oxidación de las proteínas bacterianas, es el encargado de la esterilización. Pero se trata de un proceso bastante lento que requiere de altas temperaturas y este es el motivo por el que actualmente ya no se utiliza en los hospitales.

D. Autoclave de vapor: Es un medio en el que se emplea vapor saturado para producir la hidratación, coagulación e hidrólisis de las albúminas y las proteínas en las células microbianas. Es la primera alternativa a tener en cuenta en la esterilización, siendo con diferencia el medio más idóneo y utilizado en el ámbito sanitario. Requiere 134°C durante 7-10 minutos o 121°C durante 20 minutos. Por otro lado, ciclos de 140°C son una alternativa excelente en la esterilización de los priones. Los priones son agentes infecciosos enzimáticos que presentan una resistencia elevada a los ciclos de esterilización habituales y están relacionados con la enfermedad de enfermedad de las vacas locas (Creutzfeldt- Jacob),

En el autoclave es imprescindible que el vapor contacte directamente con todos los objetos y materiales esterilizables y puesto que el aire y el vapor no son mezclables entre sí, es imprescindible la eliminación del aire residual, tanto en el interior de cualquier paquete como en la propia cámara. Para lograr esta eliminación, se somete a la cámara a una inyección fuerte y prolongada de vapor, que por acción de la gravedad consigue desplazar el aire hasta su desalojo total por la válvula ubicada en la parte inferior de la cámara.

En el autoclave, el vapor generado tiene que cumplir una serie de requisitos: tiene que ser accesible a todos los lugares de la cámara donde pueda haber material, no debe de mezclarse con el aire para poder contactar con todos los envoltorios y objetos y además, tiene que tener una calidad de vapor superior o igual al 97% (menos de un 3 % de agua) ya que el vapor que contiene menos del 97 % de vapor es el vapor húmedo o sobresaturado, que deja mojados los paquetes.

E. Radiaciones ionizantes: Tienen una gran capacidad germicida y una gran intensidad de penetración. Esto hace posible la esterilización de materiales sólidos o líquidos envasados en cualquier tipo de envoltorio. Esta gran capacidad germicida y penetrante debe principalmente a la formación de radicales entre los componentes celulares de gran reactividad. Al inhibir la división celular incidiendo directamente sobre los ácidos nucleicos también poseen actividad mutagénica. Las radiaciones ionizantes requieren instalaciones especiales, la utilización de envoltorios específicos y contar con una fuente de radiación basada en cobalto 60.

F. Filtros microporosos: Su acción esterilizante se produce por filtración a través de poros de tamaño muy pequeño, de entre 0,01 y 1,1 micras. Esta acción de criba o tamiz impide el paso de bacterias, virus y micoplasmas. Los filtros microporosos se utilizan para esterilizar fluidos, líquidos y, también, gases.

G. Óxido de etileno: Se considera un agente esterilizante a baja temperatura que requiere de 3 a 8 horas de exposición para penetrar en los materiales. Su acción la ejerce al tener una acción alquilante sobre los radicales libres, que modifica

la estructura molecular de las proteínas de la célula de las bacterias, lo que le confiere el poder antimicrobiano.

H. Glutaraldehído: Tiene acción antimicrobiana ya que mediante alquilación actúa sobre los ácidos nucleicos y proteínas de las bacterias. También es desinfectante de alto nivel que se utiliza para desinfectar equipos médicos y para la esterilización en frío. Para su efectividad es necesario sumergir los objetos en el líquido durante al menos 8 o 10 horas y posteriormente se aclaran con agua destilada estéril.

I. Ácido peracético: Es más efectivo como antimicrobiano que el peróxido de hidrógeno. Se emplea en forma líquida o en estado de plasma pero es muy corrosivo para los instrumentos, a la vez es desinfectante de alto nivel y esterilizante. Es soluble en agua y ejerce su acción mediante oxidación, además no deja residuos tóxicos.

J. Formaldehído: Gas incoloro que se presenta como líquido que posteriormente volatiliza. Su acción se consigue durante dos horas a 60°C. Es un cancerígeno potencial y mutagénico, y requiere instalaciones controladas por su toxicidad. Estas instalaciones controladas requieren de cámaras de formalización y de control exhaustivo de la presión, concentración, humedad y temperatura.

K. Otras alternativas: Plasma de baja temperatura de peróxido de hidrógeno y plasma de gases inertes más vapor.

5 Discusión-Conclusión

El fin de toda central de esterilización es el de asegurar la desinfección, esterilización de todo material utilizado en el hospital, disminuir el número de infecciones, los costes derivados de su tratamiento y el dolor y sufrimiento innecesario.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de estar actualizado y debe de conocer los distintos métodos de esterilización y así como el tipo de material a esterilizar. Además, es importante conocer las recomendaciones a la hora de transportar un material que es estéril, la ubicación y la caducidad de los materiales estériles y en posteriormente, hacer un uso correcto de éste.

6 Bibliografía

- Esterilización en centros sanitarios. Fundación para la Investigación sanitaria en Castilla-La Mancha.

- Manual de Esterilización para los Centros de Salud. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org>
- La esterilización hospitalaria. Departamento Técnico de Steris. Madrid 1997.
- Manual de gestión de los procesos de esterilización y desinfección del material sanitario. Ed. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1997.
- Hoyos M. Esterilización, desinfección, antisépticos y desinfectantes. Rev. Actualización clínica. 2014
- UNE-EN ISO 11737-1:2018 Esterilización de productos para la salud. Métodos microbiológicos. Parte 1: Determinación de la población de microorganismos en los productos.
- UNE-EN ISO 11135:2015 Esterilización de productos sanitarios. Óxido de etileno. Requisitos para el desarrollo, la validación y el control de rutina de un proceso de esterilización para productos sanitarios. (ISO 11135:2014).
- UNE-EN ISO 17665-1:2007 Esterilización de productos sanitarios. Calor húmedo. Parte 1: Requisitos para el desarrollo, validación y control de rutina de un proceso de esterilización para productos sanitarios. (ISO 17665-1:2006)
- UNE-EN 556-1:2002/AC:2007 Esterilización de productos sanitarios. Requisitos de los productos sanitarios para ser designados “ESTÉRIL”. Parte 1: Requisitos de los productos sanitarios esterilizados en su estado terminal.
- Esterilización. Procedimientos relacionados. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448164180.pdf>

Capítulo 178

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ENTRE EL CÁNCER DE OVARIOS

SONIA BRAVO MONTEAGUDO

DOLORES ARROYO RUIZ

MARÍA PÉREZ OLIVER

1 Introducción

El cáncer de ovario es la sexta forma más frecuente de cáncer en la mujer y la cuarta causa principal de muerte por cáncer. Su incidencia está aumentando más rápidamente que la tasa de supervivencia.

Hay que separar los denominados pseudotumores del resto de tumores, estos hacen referencia a procesos benignos que condicionan un aumento de volumen ovárico, pero que no presentan un auténtico neoformativo como entendemos clásicamente.

Todos tienen un carácter evidentemente benigno. Dentro de este grupo se incluyen: quistes foliculares o luteínicos (funcionales), abscesos tubo-ovárico, enometriosis (endometriomas), ovario poliquístico, quiste de inclusión y quiste del para-ovario que son los derivados a partir de restos embrionarios.

La principal causa del cáncer de ovario no se ha determinado aún, pero el aumento de la incidencia del cáncer de ovario entre las mujeres sugiere que la ovu-

lación ininterrumpida puede ser un factor que lo predispone, así mismo, las mujeres mayores de 50 años (postmenopáusicas) muestran una posibilidad creciente de presentarlo, y esto aumenta hasta los 70 años.

Otros posibles factores pueden ser el celibato, la infertilidad, una historia prolongada con irregularidades menstruales, un nivel socioeconómico más elevado, una dieta con alto contenido en grasas y la exposición a sustancias químicas industriales como el asbesto y el talco.

Suele descubrirse tardíamente, raramente se detecta antes de que el tumor alcance el estadio

III por ello es el cáncer ginecológico de más difícil curación. Más del 60% de las mujeres que sufren la enfermedad son diagnosticadas cuando ya está muy avanzada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer la fisiopatología del cáncer de ovario.

Objetivo secundario:

- Explicar la clínica, diagnóstico y tratamientos novedosos que existen hoy en día, sobre el cáncer de ovarios.

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 sobre el cáncer de ovarios. 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 han excluido textos en otras lenguas y se han buscado descriptores como ginecología oncológica, cáncer de ovarios, cuidados del técnico entre otros.

4 Resultados

En el ovario existe varias porciones diferentes:

- A. Cortical. Aquí se puede ver el epitelio germinal superficial que es peritoneo primitivo.
- B. Estroma ovárico específico o goanadal que es el aparato folicular.
- C. Estroma inespecífico: tejido conjuntivo, vasos, etc.
- D. Médula. Vasos, nervios, células de Bergen, restos ováricos de los cordones sexuales primarios. Entre el 70 y el 80% de los cánceres de ovario son de origen epitelial, el tipo más común es el cistadenocarcinoma seroso.

Los diferentes estadios son:

- Estadio I: crecimiento limitado a los ovarios.
- Estadio II: Afecta a uno o ambos ovarios y se extiende por la pelvis.
- Estadio III: crecimiento que afecta uno o ambos ovarios con metástasis intraperitoneales fuera de la pelvis y/o afectación de los ganglios retroperitoneales.
- Estadio IV: crecimiento que afecta uno o varios ovarios con metástasis a distancia.

La diseminación del tumor se produce por la siembra de células en la superficie del peritoneo pélvico, el colon sigmoide, el ciego, el íleon terminal y el epiplón, además de las vías linfáticas. La tasa de supervivencia a los 5 años para los tumores en estadio I es del 55-90%; para los tumores en estadio II, del 0-40% y muy baja para los tumores en estadios III y IV.

La sintomatología es pobre en líneas generales y totalmente inespecífica, motivo por el que el diagnóstico suele ser tardío.

1. Síntomas dependientes de un aumento de volumen: Nota un aumento del perímetro abdominal, con distensión, incluso puede palparse la masa la propia paciente.
2. Síntomas dependientes de la compresión de órganos vecinos. Su intensidad depende de la movilidad del tumor, así los móviles comprimirán menos y más tarde que los fijos, y de su orientación en el crecimiento, así los anteriores darán más síntomas urinarios y los posteriores digestivos.

Los digestivos: dispepsia, estreñimiento; los urinarios: cólico nefrítico, poliuria; los ginecológicos: dismenorrea, metrorragia; los vasos linfáticos: edema de miembros inferiores y en el peritoneo: dolor, molestias abdominales.

Los síntomas dependientes van en función de su capacidad funcionante. Suele ser un síntoma raro. Fundamentalmente están en relación con los tumores del

estroma específico y los germinales. Sus síntomas dependerán de la hormona producida.

La ascitis. Es relativamente frecuente, pone de manifiesto la participación peritoneal y se asocia a malignidad y por último, astenia, anorexia, adelgazamiento y anemia. En ciertos casos los síntomas derivan en la aparición de algún problema que proviene del tumor ovárico.

Los principales son: - Rotura del quiste. - Infección. - Torsión del pedículo.

La valoración del estado de cáncer de ovario:

- Nutricional: o Valorar la ingesta calórica. o Valorar los signos de pérdida de peso y deshidratación. o Valorar la presencia de molestia abdominal.
- Renal: o Valorar los aportes y pérdidas. o Valorar la presencia de hematuria. o Valorar distensión abdominal.
- Psicosocial: o Valorar patrón de sueño y los niveles de actividad. o Valorar la presencia y la calidad de los sistemas de apoyo. o Cambios en la comunicación con los demás.

Los resultados del mal pronóstico en el tratamiento de este tipo de cáncer se basan en un diagnóstico muy tarde. Se han buscado y se buscan medios para poder realizar un diagnóstico precoz.

Esto conlleva unos screening y una mejor metodología a la población que pueda ser de riesgo, pero esto último es difícil catalogarlo en el cáncer de ovario.

Sólo podríamos considerar de riesgo relativo, para el cáncer epitelial, a las mujeres de más de 50 años, con antecedentes familiares, nulíparas, que no han consumido anovulatorios o que han padecido una enfermedad ovárica previa.

5 Discusión-Conclusión

Hay algunos estilos de vida, recomendaciones para la población y comportamientos, desde la prevención primaria, que podrían disminuir el riesgo de padecer cáncer de ovarios, tales como:

- Tener una buena alimentación: Según las investigaciones, una dieta rica en verduras y frutas y baja en grasas animales y alimentos fritos o ahumados, podría prevenir el cáncer de ovarios.
- Mantener una actividad física regular: Los investigadores muestran que las per-

sonas que hacen actividad física de manera regular, parecen tener un riesgo menor de cáncer.

- Evitar la obesidad: Los posibles motivos por los que la obesidad está relacionada con el cáncer incluyen los siguientes:

- Aumento de los niveles de insulina.
- Inflamación crónica de nivel bajo.
- Cantidades más elevadas de estrógenos.
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco: Existen muchos beneficios físicos y mentales al dejar de consumir.

Estos pueden incluir:

- Tratamiento más exitoso.
- Menos efectos secundarios.
- Recuperación más rápida del tratamiento.
- Menor riesgo de infección.
- Mejor calidad de vida.

Los estudios sobre la epidemiología del cáncer de ovario, han sido relativamente escasos y con diferencias de criterio para la selección de grupos de estudio, lo que dificulta llegar a conclusiones fiables de los factores independientes, vinculados con el riesgo de cáncer de ovario.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/690>
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-cancerovario-nuevas-perspectivas-opciones-S0304501312003470>
3. Diccionario terminológico de ciencia médica. 13ª edición. Masson. S.A.
4. Lowdermilk; Perry; Bodak. Materno-infantil. Enfermería Mosby 2000.
5. Valerie Edge, Mindi Miller. Cuidados de salud de la mujer. Serie Mosby de Enfermería clínica.

Capítulo 179

MÉTODOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE ALIMENTACIÓN AL PACIENTE ENCAMADO

SONIA BRAVO MONTEAGUDO

DOLORES ARROYO RUIZ

MARÍA PÉREZ OLIVER

1 Introducción

La nutrición es de las bases para poder llegar a tener una buena salud en base a los hábitos alimentarios. En la realidad actual de nuestra sociedad, las investigaciones realizadas reflejan que la alimentación del ser humano tiene una estrecha relación con determinadas patologías que terminan cronificándose.

La alimentación es una parte indispensable en el período de recuperación de una enfermedad, sobre todo si el paciente está encamado. Por ello, los alimentos que ingieren los pacientes están previamente estudiados y las cantidades están reguladas por el profesional sanitario responsable.

Un paciente encamado es aquel que bien por enfermedad, traumatismo o patología, no tiene movilidad, y está obligado a permanecer inmóvil en una cama, ya sea de forma temporal o definitiva.

En muchas ocasiones los pacientes encamados dada su condición física no son capaces de comer por ellos mismos, siendo ante esta circunstancia función del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería la labor de alimentar a dichos pacientes. Para realizar dicha tarea deberán seguir un protocolo de actuación normalizado establecido por el centro sanitario, garantizando en todo caso la seguridad y el confort del paciente.

Por lo tanto, resulta esencial, tanto desde el punto de vista de la formación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como desde la perspectiva de los medios de los que dicho profesional debe contar, el disponer de unos adecuados protocolos que informen acerca de las medidas a adoptar para una correcta y segura alimentación del paciente encamado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer el protocolo de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para alimentar al paciente encamado.

Objetivo secundario:

- Mostrar el trabajo en equipo para la alimentación de un paciente

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo entre otros. Se han excluido textos en inglés y anteriores a año 2000.

Las palabras claves: técnico en cuidados auxiliares de enfermería, alimentación oral, paciente encamado entre otros.

4 Resultados

Se han analizado los protocolos de actuación de acuerdo a diferentes manuales, siendo las normas comunes a todos ellos, las siguientes:

1. En primer lugar, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe lavar sus manos con agua y jabón. Indicar al paciente que también se las lave, ayudándole si fuera necesario e informándole de lo que va a hacer, que es proporcionarle la alimentación.
2. Deberá comprobar que la dieta que va a administrar al paciente se corresponde con la prescrita, así como la temperatura de la misma. Si existiesen alergias o intolerancias a algún alimento, verificar su ausencia en la dieta.
3. Colocar al paciente una servilleta debajo del mentón para evitar que se manche. Le colocará la mesa con la bandeja a su alcance.
4. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se sentará al lado del enfermo y le dedicará el tiempo necesario, evitando las prisas.
5. Si el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que administrar sopa, caldos u otros líquidos es sumamente importante comprobar la temperatura.
6. Colocará su mano bajo la almohada para con ella levantar la cabeza del paciente ligeramente.
7. Sostendrá con la otra mano el vaso o tazón dejando que el paciente se lo acerque a la boca para beber, ayudándole en caso necesario.
8. En caso de inmovilización que impida la incorporación -aunque sea ligeramente- del paciente, deberá utilizar un "pipote" para darle los líquidos.
9. Extremar las precauciones con pacientes en estado de semiconsciencia a la hora de administrarle los líquidos (riesgo de aspiración).
10. Los alimentos en forma sólida deben ser administrados en pequeñas cantidades.
11. El paciente va a ingerir los alimentos prescritos sin importar el orden de la ingesta.
12. La ingesta del agua se hará con precaución por peligro de broncoaspiración.
13. En los registros, debe quedar reflejado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
14. Recoger los utensilios después de cada comida.

15. Facilitar la higiene bucal del paciente y colocarlo en la posición adecuada.

Cuando vemos al paciente que se encuentra encamado sea cual sea su problema su lesión o patología ya sea de forma permanente porque una patología u otras circunstancias le han llevado a terminar encamado, lo primero que debe hacer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante todo es pensar en la persona. Por ello, antes de establecer un plan de cuidados para este tipo de pacientes, es necesario que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería haga un ejercicio constante de ponerse en su piel y situación.

En esta situación, es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería aplique una extrema visión humanista, que proyecte empatía, cercanía y calor. El paciente encamado puede sufrir una gran angustia al verse postrado en una cama de forma obligatoria y más si tiene dificultad para alimentarse por sí mismo.

Este necesitará asistencia directa en las actividades de autocuidado y de su vida diaria como: bañarse, higiene personal, vestirse, alimentarse, cuidar su cuerpo y evacuaciones, lo que puede implicar una gran frustración para el paciente.

Es por eso, que ante esta situación los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería no solo deberán cumplir los protocolos de actuación de los centros sanitarios en esta actividad, sino que además deberán desarrollar la misma pensando siempre en primer lugar en el paciente dándole el estímulo y el apoyo emocional necesario para garantizar su pronta recuperación. Además, para evitar la broncoaspiración durante la alimentación oral en el paciente que pueda presentar disfagia los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Preguntar si existen problemas de deglución.
- Evitar la ingesta de líquidos (utilizar Espesantes y Gelatinas).
- Ofrecer al paciente alimentos semiblandos en cantidades pequeñas.

5 Discusión-Conclusión

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación de un paciente encamado deberá asegurar lo siguiente:

1. Garantizar que el paciente recibe la alimentación correcta pautada por el profesional sanitario responsable y que es acorde a sus limitaciones y dificultades.

2. Garantizar la seguridad y la comodidad de la persona mientras se está realizando dicha tarea de alimentación.
3. Garantizar el consumo diario de agua para mantener una correcta hidratación del paciente.
4. Cuando existan problemas al tragar, sobre todo líquidos pueden ser conveniente la utilización de espesantes o gelatinas para favorecer la ingesta.
5. Si presenta dificultades para tragar o masticar se le deberá triturar la comida.
6. Si el paciente recibe la nutrición por otra vía diferente de la oral, ya sea por sonda nasogástrica (por la nariz) o sonda de gastrostomía (sonda del estómago), es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería le coloque en la posición correcta, sentándolo o elevándole la cabecera de cara a prevenir complicaciones graves como la broncoaspiración.
7. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá respetar el horario de comidas sin que existan interferencias por visitas (médicas o familiares).
8. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería comprobará la cantidad de comida ingerida por el paciente y lo anotará en el documento de control correspondiente para cumplimentar el balance, así como cualquier incidencia.
9. Una labor importante del técnico en cuidados auxiliares de enfermería no solo en la alimentación del paciente encamado sino en su cuidado en general, es asegurar la seguridad y el confort del paciente y de sus familiares, haciéndoles sentir cómodos en todo momento, y bien atendidos, lo que puede influir de manera positiva en el estado del paciente.
Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería también dan a estos pacientes y a sus familiares el estímulo y el apoyo emocional que necesitan por ejemplo tranquilizando al paciente antes de una operación.
10. la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente encamado que no puede alimentarse implica aún más desarrollar una labor social importante: manteniendo una actitud amable, sensibilidad y simpatía y capacidad de respetar la dignidad de cada paciente, tener paciencia y tacto y mantener habilidades de comunicación para dar soporte al paciente y que se sienta confiado.

6 Bibliografía

1. Manual de protocolo de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofia.
2. Protocolo de actuación en la alimentación del paciente encamado del Hospital de Jarrow.
3. Instrucciones técnicas del procedimiento de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el Hospital Universitario de Oviedo.
4. Palau, A, Villanueva C. Dietas trituradas. Guía práctica de alimentación

Capítulo 180

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS DE LA TERCERA EDAD

SONIA BRAVO MONTEAGUDO

DOLORES ARROYO RUIZ

MARÍA PÉREZ OLIVER

1 Introducción

La geriatría es una de las especialidades de la medicina que se ocupa de las enfermedades y problemas de salud de las personas que se encuentran en la tercera edad, el cómo prevenirlas, manejarlas, y establecer un proceso de envejecer. Únicamente, no se ocupa del tema sanitario sino también en aspectos sociales y psicológicos que habitualmente acompañan este proceso. Las necesidades que tienen las personas mayores incluyen una valoración en todas las áreas de la vida de las personas ya que con el paso del tiempo se produce el cambio viendo disminuidas algunas áreas.

Los cambios a nivel cognitivo pueden dificultar las capacidades para la realización de las actividades de la vida diaria. El concepto de síndrome geriátrico se comenzó a utilizar sobre los años 60, haciendo alusión a las manifestaciones que presentaban frecuentemente los ancianos que vivían institucionalizados en las unidades de geriatría.

Actualmente, se define síndrome, y se entiende como un conjunto de cuadros y se une el concepto de geriátrico por constituir una serie de enfermedades que tienen una gran prevalencia en el anciano, y que sus realidades pueden provocar un gran cambio en lo funcional y lo social. A la hora de valorar el paciente geriátrico debe hacerse en todos estos ámbitos y no sólo en el sanitario.

En todos los estudios y los protocolos que realizan los profesionales de la salud y en concreto los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería relacionados con las personas mayores se incluyen dentro de los grandes gigantes de la geriatría: la falta de movilidad, caídas, incontinencia, deterioro

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la importancia de valorar, planificar e implementar los cuidados de enfermería, para cubrir las necesidades en las personas mayores.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como: Pubmed, Medline, Cochrane, y Scholar Google se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas, con idioma en castellano e inglés.

Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: tercera edad, cuidados al anciano, necesidades básicas, persona mayor, geriatría, atención especializada.

Se han excluido textos y documentos en otras lenguas.

4 Resultados

Los planes de cuidados presentados por enfermería de los que el técnico en cuidados auxiliares forma parte en su ejecución, manifiestan la mejor atención y una alta calidad de servicio en este sector de la población que va en aumento y a su entorno más inmediato. Se debe lograr cubrir de forma integral las necesidades de las personas mayores con la atención humana y digna, fomentando su autonomía y su bienestar, teniendo cuidados de calidad con la participación activa de las personas mayores y ancianas, siempre que sea posible, así como una atención individualizada, puesto que todos somos diferentes a la hora de envejecer.

El sujeto o la persona que se atiende es un ser integral, un conjunto con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman un único entorno. Las rutinas y el entorno habitual es la máquina ensamblada de las condiciones entre las relaciones con su entorno. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden llegar a afectar la salud y el desarrollo de los pacientes mayores. Las personas que se encuentran en la tercera edad pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede dificultar llegar a manejarse en su entorno, en su rutina.

Los cuidados de enfermería y del técnico en cuidados auxiliares son un servicio de ayuda a la persona, en la ayuda a satisfacer sus necesidades básicas. Necesita de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, también las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. El hecho de tener buena salud es la máxima capacidad de independencia que favorece en la calidad de vida, por el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y lograr su capacidad más alta para satisfacer sus necesidades, logra las 14 necesidades básicas. El anciano necesita independencia para lograr satisfacer sus necesidades básicas por sí mismo, y cuando esto no es posible, necesitará la ayuda de otros.

Para satisfacer la salud lo más importante es el cuidado del enfermo. Es de vital importancia identificar cuáles son los factores determinantes para que una persona en la tercera edad pueda recibir la ayuda por parte de un cuidador.

1. Factores físicos asociados con la edad que se dan cuando el anciano se ve limitado o imposibilitado para realizar actividades de la vida diaria debido al deterioro natural del cuerpo por el envejecimiento. Las enfermedades degenerativas o la disminución, así como la pérdida total de las habilidades motrices, visuales o auditivas.
2. Factores psicológicos generados por la Depresión, el Trastornos del ánimo o de las alteraciones de la memoria en base a su aislamiento y en algunos casos al abandono familiar.
3. Factores sociales que se centran en: Los escasos recursos económicos, una vivienda inadecuada para su desarrollo, la falta de atención por parte de los semejantes, la pérdida de su entorno social... Cuando ya se han reconocido los problemas del anciano, se necesita aprender cuáles van a ser las características de un cuidador y qué tipos de cuidados necesitan ser llevados por ellos.

Las consecuencias de cuidar de una persona anciana son cambiantes según su realidad, depende de las circunstancias económicas, sociales y otras pueden determinar un mejor o peor ajuste y adaptación de los cuidados que se ocupan de su cuidado. De la misma manera, la pluripatología va a provocar un tipo de dependencia que va a influir en los efectos que la situación va a provocar en la vida persona del paciente y su entorno familiar.

El cuidador ya sea familiar o un técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe favorecer que el anciano tenga una red social para mantener un ocio, la movilidad y las relaciones sociales. De esta manera, será el apoyo para paliar las necesidades que esa misma persona no es capaz de cubrir por sí misma. Esas necesidades y atenciones son aquellas que se cubren según el anciano va teniendo esa necesidad o ese apoyo de tal manera que no se mantienen de forma fija, sino que cambian y necesitan ser cubiertas según aparecen.

5 Discusión-Conclusión

El hecho de apoyar o suplir los cuidados básicos necesarios para mantener una calidad de vida y evitar, o al menos retrasar al máximo, los síndromes geriátricos, es lo que forma parte de los objetivos de atención a las personas mayores. Por ello, se realiza una valoración integral e interdisciplinar para su abordaje, por lo que unos cuidados básicos adecuados y detección precoz de los problemas pueden retrasar las manifestaciones y que el paciente pueda ver que aún es independiente.

El paso por los distintos niveles de asistencia favorece la calidad de vida de las personas de la tercera edad. La relación y comunicación con ellos plantea dificultades que no se pueden obviar a la hora de actuar en la comunicación interpersonal es un proceso en el que se van a integrar diferentes capacidades para responder que son aprendidas o modificadas gracias al entrenamiento de las habilidades sociales del anciano que se mantiene y se debe fomentar.

Este aprendizaje exige el conocimiento y dominio de un conjunto de habilidades específicas: cognitivas, técnica, sociales, comunicativas entre otras

6 Bibliografía

1. April 2002. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IM-

SERSO);2002.

2. Pérez-Díaz J. Ventajas internacionales del envejecimiento demográfico. Revista CIDOB (Fundación Centro de Información y Documentación Internacional de Barcelona)
3. Brigeiro, M. (2002). Vejez y sexualidad masculina ¿reír o llorar?. Revista latinoamericana de psicología.
4. Triadó, C.; Villar, F. (Coord.) (2006). Psicología de la vejez. Madrid: Alianza Editorial.
5. Ayudante del abuelo (2011). Evolución de la población española de la tercera edad.
6. Loizaga, F. (2008). Psicología de la motivación y la emoción. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España.

Capítulo 181

CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ENFERMEDADES IMPORTADAS

MARÍA DEL PILAR MONTES RODRÍGUEZ

ALMUDENA BERMAL MORA

SANDRA GALLETTI RODRÍGUEZ

1 Introducción

En los últimos años ante el gran aumento de viajes por ocio, trabajo o aventura nos encontramos con muchas enfermedades ya erradicadas y “olvidadas”. Las podemos contraer nosotros al ir allí ante la falta de información y el creer que no nos vamos a contagiar o también las pueden traer ellos cuando vienen a nuestros países.

Es muy importante saber que los microorganismos que causan estas enfermedades proliferan rápidamente, sufren mutaciones y se adaptan con facilidad a nuevas condiciones y nuevos huéspedes. Según la Organización Mundial De La Salud, de la que estamos oyendo hablar tanto, las enfermedades infecciosas son una de las primeras causas de mortalidad en los países del sur o con menor renta. Seis enfermedades infecciosas fueron las responsables de la mayoría de muertes a todas las edades: infecciones respiratorias agudas, sida, enfermedades diarreicas, tuberculosis, paludismo y sarampión.

Podemos dividirla en: enfermedades importadas y enfermedades importadas por inmigrantes: Las enfermedades importadas son las que se contagian en un país y

se diagnostican en otro donde no existe o hay muy pocos casos. Las enfermedades importadas por inmigrantes son sometidas a un cribaje en el que intentamos introducir de manera individualizada y cribando a las personas según criterios de geografía médica.

Estas enfermedades muchas veces se contraen cuando los inmigrantes vuelven a su país de vacaciones y regresan. Es importante incidir en la vacunación internacional del inmigrante que vuelve a su país después de una larga estancia en Europa.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Mostrar la influencia de la globalización en la transmisión de enfermedades nuevas.

Objetivos secundarios:

- Distinguir los diferentes tipos de enfermedades importadas.
- Describir las diferentes vías de abordaje en esta situación.
- Identificar los riesgos para la población residente y para la población que ha emigrado a una zona geográfica nueva, donde ambos se exponen mutuamente a patógenos potencialmente infecciosos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo y 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.

Se han utilizado textos en formato digital que se han encontrado en la red.

4 Resultados

Es importante abordar todos los factores influyentes respecto a la inmigración y emigración. Los lugares de procedencia son factores a tener en cuenta en un estudio inicial de cualquier paciente que presente sintomatología infecciosa. Hay

que destacar que tanto los nuevos residentes o viajeros pueden también ser susceptibles de infecciones por encontrarse en un medio al que su organismo no está adaptado, ni sensibilizado.

Sí estamos bien formados conseguimos evitar la propagación de la infección y las enfermedades que podrían venir después en el caso de que contrajésemos la infección. - La migración puede afectar a las personas en su bienestar físico y mental. Se puede incrementar la vulnerabilidad a las enfermedades, sobre todo en esas personas que emigran de manera involuntaria, por desastres naturales o guerras, o situaciones de búsqueda de trabajo.

En el concepto de la migración nos encontramos factores y condiciones que determinan la salud. Los movimientos de la población se consideran un determinante social de la salud, porque tiene consecuencias sobre ella. El personal deberá tener experiencia en atención primaria intercultural y conocer las enfermedades de este colectivo. La asistencia primaria podría estructurarse en consulta de adultos, materno-infantil, mental, enfermería y servicios sociales. Es un buen momento para poner al día el calendario vacunal del adulto. Intentaremos comunicarnos lo mejor posible con el paciente para hacerle entender que medicamentos tiene que tomar para curarse.

Los viajeros inmigrantes y refugiados son una de las áreas diana sobre las que actuar en la estrategia de prevención de la emergencia de las enfermedades infecciosas y para ser transmitidas. Los inmigrantes pueden traer con ellos una gran variedad de patógenos tropicales, la posibilidad de su diseminación a la comunidad española es muy pequeña porque no existen las condiciones del clima y del ambiente propias, faltan los transmisores intermediarios y los vectores adecuados.

El riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección disminuye según pasa el tiempo en el lugar de destino. Muchas de las enfermedades que se transmiten por parásitos se desvanecen con el tiempo, pero algunas pueden vivir años.

La frecuencia de las distintas enfermedades que aparecen en los inmigrantes cambia según el lugar de procedencia y dónde se estudia. La probabilidad de traer una enfermedad infecciosa va a depender de la distribución y el grado de endémico de la zona que se procede. Esto lo hemos vivido de primera en con la enfermedad del coronavirus.

5 Discusión-Conclusión

Cuanto mejor estemos formados mejor conoceremos estas enfermedades y podremos actuar frente a ellas, las identificaremos y sabremos qué tipo de ais-

lamiento (si es necesario pondremos). El Técnico en Cuidados Auxiliares De Enfermería está en contacto con muchos pacientes por lo que es muy importante que ante la mínima duda de haberse contagiado de alguna de las enfermedades lo comunique para tomar precauciones.

La enfermedad es un importante problema de salud, por lo que es importante hacer pruebas de cribado para una detección precoz de la patología y poder poner cuanto antes un tratamiento, de esta manera se evita la propagación de la enfermedad. Estas pruebas deben ser sencillas, seguras y aceptadas para los pacientes y los profesionales sanitarios que las llevan a cabo.

Para poder realizar esta prueba tiene que tener una buena relación coste-efectividad, resultando el balance entre el riesgo y el beneficio positivo. Utilizaremos las pruebas de cribado solo cuando estén indicadas para salud pública o salud individual y se aportarán los cuidados necesarios de una forma competente y culturizada.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>
3. <https://www.scielo.org/es/>
4. <https://www.paho.org/es/historias/enfermeria-tiempos-covid-19-relato-dos-enfermeros-practica-avanzada-desde-frente-pandemia>
5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100018

Capítulo 182

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

MARÍA DEL PILAR MONTES RODRÍGUEZ

ALMUDENA BERMAL MORA

SANDRA GALLETTI RODRÍGUEZ

1 Introducción

La terapia electroconvulsiva 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 Terapia Electroconvulsiva, aunque sí encontramos con algunas relativas que se tendrán

en cuenta: patología cardiovascular (infarto agudo de miocardio reciente, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial grave y refractaria, uso de marcapasos, terapia anticoagulante, enfermedades tromboembólicas 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.

Realmente, en la actualidad se utiliza para pacientes con enfermedad mental grave y duradera.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los cuidados asistenciales de Enfermería ante un tratamiento de terapia electroconvulsiva.

Objetivo secundario:

- Ofrecer una actuación de calidad, preservándose la seguridad del propio paciente.

3 Metodología

Se trata de realizar en este capítulo una revisión bibliográfica de los documentos en formato digital y papel sobre el tema elegido.

Revisión bibliográfica en las bases de datos Google Académico, Dialnet, Cuiden, Scielo y Medline (Pubmed). Las palabras clave basándose en los descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS, son: Terapia Electroconvulsiva, protocolo y Atención de Enfermería. Se han usado los operadores booleanos “and” y “or”. Criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos años (2015-2019), con enlace al texto completo gratuito y por Internet, escritos o traducidos al castellano

4 Resultados

La terapia electroconvulsiva 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 Terapia Electroconvulsiva:

- 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 Terapia Electroconvulsiva dependientes.

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 reestimar a mayor intensidad, incluso repetir hasta 4-5 veces, debiendo transcurrir 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 anticonvulsivante, 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 divide en varias etapas:

1. PRE-TEC:

- Comprobar Historia Clínica: alergias, antecedentes personales y familiares, tratamiento, pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, coagulación; ECG; radiografía de tórax), evaluación preanestésica.
- 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 O2, temperatura, peso).
- Comprobar ayunas de 8 horas.

- Confirmar retirada de dentadura postiza, lentillas, gafas, audífonos y otras prótesis, 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. Terapia Electroconvulsiva:
 - 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 02.
 - 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).
2. 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: Anticolinérgico: 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 URPA
3. POST-TEC:
- Posición Fowler.
 - Monitorización continua y valoración hemodinámica, respiratoria y neurológ-

ica.

- 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 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.

En la actualidad, es un tratamiento que se utiliza de forma regular y exclusiva para pacientes con depresión mayor según los estudios.

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/87710835/7146/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 183

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA HIPOGLUCEMIA EN UN PACIENTE DEL CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA DEL PILAR MONTES RODRÍGUEZ

ALMUDENA BERMAL MORA

SANDRA GALLETTI RODRÍGUEZ

1 Introducción

La hipoglucemia va unida a la diabetes pues esta se define como una patología en la que los niveles de glucosa en sangre son más bajos de lo normal. La glucosa es el medio que ofrece al cuerpo la energía necesaria para el cuerpo. La diabetes Mellitus es una patología de la especialidad de endocrino que es crónica.

Se produce por la falta de capacidad por del páncreas de la secreción de insulina o cuando el cuerpo no es capaz de utilizar la insulina que secreta el páncreas, a pesar de que esta sea secretada. Hay tres tipos de diabetes, el tipo I que es conocido como diabetes juvenil o insulino dependiente y suele diagnosticarse a edades tempranas. El tratamiento puede constar insulina, dieta, ejercicio y control de la presión arterial y colesterol.

El Tipo II suele ser más tardía que la anterior y suele aparecer en personas con obesidad o sobrepeso. Y la ultima la diabetes gestacional la cual aparece durante

la gestación, aunque suele desaparecer tras dar a luz, sin embargo, estas mujeres y sus hijos presentan más probabilidades de contraer Diabetes tipo 2 con el tiempo. Para saber las cifras de glucemia bajas o altas en un paciente debemos conocer las cifras normales como son cuando el nivel de glucosa en la sangre inferior a 140 mg/dl (7,8 mmol/l) se considera normal. Unos niveles de glucosa en sangre entre 140 y 199 mg/dl (7,8 a 11 mmol/l) se valora como prediabetes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente con hipoglucemia que se encuentra hospitalizado.

Objetivo secundario:

- Describir qué tipo de cuidados debe de necesitar un paciente con diabetes.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos pubmed, Scielo, Cochrane. Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento de los síntomas que puede presentar una hipoglucemia y poder ayudar al paciente en ese momento puntual.

Palabras clave: cuidados, glucosa, glucómetro, baja, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otros.

4 Resultados

Para poder conocer si este está sufriendo de este síntoma de la hipoglucemia en las personas que padecen diabetes se tendrá que saber qué tipo de signos o síntomas va a encontrar por ejemplo sudoración, irritabilidad, fatiga, taquicardias, temblores esto es en todos los pacientes que presentan una hipoglucemia, pero en caso de que esta se agrave se producirán signos y síntomas más graves por lo que hay que actuar rápido, visión borrosa, desorientación, convulsiones e incluso puede llegar al coma sino se actúa con cierta agilidad para poder revertir esta situación. Se debe observar al paciente activamente.

Las actuaciones que se deben realizar para poder saber si el paciente con todos los síntomas que hemos nombrado esta con una hipoglucemia también hay que

confirmarlo con cifras, para ello se realizara una glucemia en ese momento el cual tendrá que estar baja con lo cual se avisara al superior más cercano y él decidirá si es tan baja como para necesitar medicación por vía venosa, o con alimentos se puede llegar a corregir esa hipoglucemia. En muchos casos, se producen cetoacidosis en el organismo en las que los pacientes suelen acabar en las unidades de cuidados intensivos hasta que se regulan los niveles de glucosa.

En caso de alimentos tienen que ser alimentos ricos en azúcar con respuesta rápida como glucosa o carbohidratos, a los 15 minutos se repetirá la glucemia para ver si se ha corregido o necesita algo más. En caso de normalizar habrá que buscar que es lo que ha producido esa hipoglucemia, que pueden ser fármacos, alcohol, algún alimento e incluso la diabetes no diagnosticada. - Cuando el paciente se recupere se preguntará si ya le ha sucedido en alguna otra ocasión y si no es la primera vez tendrá que realizar un perfil glucémico para ver si tiene una diabetes, en caso contrario se valorara que tipo de fármacos se ha estado administrando al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante una reacción rápida pues el paciente puede llegar al coma y después es más difícil de recuperar esa glucemia y tendrá que ser derivado a un servicio especial como unidad de cuidados intensivos.

El equipo debe estar simultáneamente controlado para poder actuar cada profesional en el momento de la hipoglucemia. Por ello deben conocer todos los síntomas que se han nombrado en los resultados, y en caso de dudas preguntar a otro compañero que valore al paciente.

La formación es algo imprescindible en una hipoglucemia pues el paciente puede llegar al coma y pensar que está dormido. Con lo cual un paciente ya con diabetes debe estar más controlado a la hora de su hospitalización también.

6 Bibliografía

1. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256513001239casa_token=oqxdLly0KAIAAAAA:C_PrSCoeU0IHmfB60p9bXqjRESMFGsgR0QLSTu9pXxsS3SMQUQBDbctdn7XER1zF5phZT1hucgp
2. <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/507>
3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116301074>
4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575092202744471>

Capítulo 184

CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO PARA TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS

GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO

JOSEFA MONTERO GARRIDO

1 Introducción

El desarrollo y la implementación del modelo de asistencia comunitario impulsado por diferentes planes de reforma psiquiátrica, exige la responsabilidad de revisar y actualizar dicho modelo, para así mejorar la calidad asistencial, demandada por el servicio de salud mental, diversificando los dispositivos y prestaciones, así como un mayor aumento de los recursos humanos e infraestructuras, para poner a disposición de la atención y calidad integral, cuidados y tratamientos adecuados al paciente psiquiátrico, que abarca tanto, al que permanece institucionalizado como al que vive en comunidad y hace una vida en sociedad, con las ABVD lo más normalizadas posible. La estimación de recursos necesarios para una atención de calidad a los problemas de salud mental es una tarea compleja

que debería poder derivarse de los mejores datos acerca de la efectividad y eficiencia sobre la organización de servicios, dispositivos e intervenciones terapéuticas y profesionales, en función de los estudios de prevalencia geográfica de las distintas patologías mentales. Existe un crecimiento desigual de dichos recursos por poblaciones, que pone de relieve las disponibilidades presupuestarias, que condicionan los programas y la dotación de medios que se despliegan en cada comunidad, en función de dichos presupuestos y que redundan en beneficio o perjuicio, en definitiva, del enfermo mental. y de la calidad asistencial.

2 Objetivos

- Describir los cuidados asistenciales en un recurso en salud mental.
- Analizar los cuidados al paciente psiquiátrico en el ámbito de enfermería y Técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para el desarrollo del actual trabajo, se ha efectuado una revisión bibliográfica relacionada con el ámbito de salud mental y de enfermería, en artículos de Scielo, Dialnet, así como Google y Medline. Utilizando términos de inclusión y palabras claves que incluyen: Paciente psiquiátrico, salud mental, dispositivos, comunidad, ámbito, entre otros.

4 Resultados

El equipo de enfermería teniendo como principal característica brindar y gestionar el cuidado, es decir conservar la vida, asegurando la satisfacción de las necesidades, permanente en el proceso asistencial, se destaca el grado de responsabilidad en el desarrollo de la cualificación profesional y da como resultados, una magnífica calidad asistencial al paciente psiquiátrico que redunda en beneficio de

éste y que va en consonancia con los instrumentos que se despliegan en los servicios de salud mental y en el ámbito psiquiátrico en general. Teniendo en cuenta que dicho equipo de enfermería, concretamente los técnicos, se ven sometidos a situaciones estresantes, tanto en centros asistenciales, como en el ámbito domiciliario y social, con la motivación intrínseca, que esto supone, de preservar la vida

y evitar el sufrimiento, puede muchas veces dejar de lado su propio autocuidado, para brindar y reforzar herramientas a sus usuarios. Al estar presentes de una forma constante ante el padecimiento del enfermo mental, se ven sometidos a una presión emocional y estrés continuo. Por ello las estrategias y recursos óptimos redundan y cubren las necesidades propias exigidas por los servicios. La relación con el paciente conlleva una interacción, de confianza, compromiso y respeto. La integración de los sentimientos compartidos, establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de emociones y acciones en el encuentro, de tal manera, que la comunicación equipo de enfermería-persona, es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado, desde esta perspectiva la interacción profesionales-paciente es la esencia del cuidado. Consecuentemente a estos principios, un despliegue de recursos adecuados, al alcance de los trabajadores de salud mental, redundará en beneficio de ellos y por ende en los pacientes psiquiátricos que se alimentan de los mismos, dando como resultado una mejora en su calidad de vida y bienestar psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Los recursos humanos y la red de dispositivos ubicados en la comunidad, configuran el pilar de una asistencia a la salud mental basada en el modelo comunitario. Una adecuada dotación de profesionales y una amplia red de dispositivos comunitarios, suficientemente dotada de plazas para atender las necesidades presentadas por la población, particularmente por las personas con trastorno mental grave, es imprescindible para una atención de calidad en consonancia con la demanda y necesidades que precisa cada región y por añadidura, específicamente, los pacientes psiquiátricos que en ella residen. El papel que desempeña el equipo de enfermería es crucial en la mejora de una vida digna y más gratificante para el enfermo que padece una enfermedad o trastorno mental, que condiciona su vida de forma cuantificable.

6 Bibliografía

1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUDMENTAL.SNS/PAG_WEB.
2. Bravo Ortiz, MF. (coord.) Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos Técnicos, 4. Madrid.

Capítulo 185

LA MUESTRA Y EL PROCESO ANALÍTICO EN RELACIÓN CON LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS DEL ORGANISMO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO

JOSEFA MONTERO GARRIDO

MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS

1 Introducción

La eliminación de los productos derivados del metabolismo se realiza a través de los siguientes sistemas corporales:

- Por aparato digestivo a través de los vómitos, heces.
- Por sistema urinario a través de la orina.
- Por piel elimina a través de la sudoración.
- Por sistema respiratorio lo realiza con las secreciones y el vapor de agua.

También se produce eliminación de productos derivados del metabolismo, de forma artificial como las ostomías, drenajes torácicos y abdominales, etc.

Las eliminaciones deben de manejarse con cuidado, al contener mucha información analítica e infectocontagiosa, sobre la patología del enfermo.

Las eliminaciones de los pacientes deben medirse en sus cantidades, observándose las características de las mismas:

- La observación macroscópica puede permitir la valoración de un diagnóstico. Así, secreciones purulentas delatan infección respiratoria, y heces líquidas indican un proceso gastrointestinal.

- La observación microscópica, realizada por el laboratorio, facilita datos sobre los componentes químicos, presencia de gérmenes, alteraciones celulares, etc.

Las eliminaciones, junto con las ingestas, forman el balance hidroelectrolítico, muy importante en la valoración de la evolución clínica del paciente.

Una vez realizada la medición y anotación en la gráfica, se procederá a la limpieza y desecho de los materiales de recogida, retirada de guantes utilizados y lavado de manos.

2 Objetivos

Describir e indicar el concepto de muestra y el proceso analítico en relación con la eliminación de desechos del organismo.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas sobre el tema que estamos tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Concepto de muestra.

En cuanto al proceso de recogida de muestras de las cuales tenemos una participación muy activa y que están dentro de nuestras funciones y competencias, siempre y cuando sean muestras obtenidas sin la aplicación de ninguna intervención parenteral, los Técnicos en cuidados de enfermería procedemos a describir el concepto de muestra la cual es que por muestra se entiende la obtención de una

pequeña cantidad para analizarla y determinar sus componentes o la presencia de microorganismos patógenos.

Una de las muestras que no están dentro de nuestras competencias ni funciones, pero de la que debemos saber y conocer tanto la técnica de recogida, así como la conservación y preparación de ella, para su posterior análisis en el laboratorio, una biopsia es una porción de tejido obtenida de un individuo vivo para su estudio anatomopatológico. Según el objetivo perseguido al realizar la toma, existen dos tipos de biopsias las biopsias de diagnóstico y las biopsias de piezas quirúrgicas. Las biopsias, en general, se caracterizan por ser de pequeño tamaño (en ocasiones se trata de cilindros obtenidos por una punción de órganos) y por no comprender la totalidad de una lesión, sino una porción de ella.

La gestión del proceso analítico incluye tres etapas: preanalítica, analítica y postanalítica.

- Etapa preanalítica. Comprende desde la preparación del paciente y toma de la muestra hasta la preparación de ésta para su análisis.
- Extra laboratorio. Desde que el médico solicita la prueba hasta que la muestra llega al laboratorio.
- Intralaboratorio. Desde que la muestra llega al laboratorio hasta que se produce el análisis del mismo.
- Etapa analítica. Conjunto de operaciones relacionadas directamente con las mediciones de la magnitud que se estudia.
- Etapa postanalítica. Incluye la elaboración del informe analítico y envío al médico solicitante.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver a través de la descripción en este artículo la gran importancia que tiene la correcta toma de las muestras, alguna recogida de muestras será en su mayoría función y competencia del Técnico en Cuidados de Enfermería, ya que son las más amplias y más utilizadas asiduamente en las intervenciones de asistencia sanitaria tanto en las unidades de hospitalización como en las consultas de los especialistas. Siempre tenemos que tener en cuenta en no incurrir en la toma de muestras que deriven en tener que practicar técnicas parenteral o de lesiones en el cuerpo del paciente, ya que eso será competencia del personal enfermero o del personal facultativo, dependiendo de la técnica y proceso patológico que se esté investigando en ese momento.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/muestra-biologica#:text=Muestra%20de%20material%20como%20orina,biol%C3%B3gico%20para%20usarse%20en%20investigaci%C3%B3n>.
2. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo42MuestrasMicrobiologia.pdf.
3. <https://www.scribd.com/document/229502402/Tema-Recogida-de-muestrasSondajes-Ostomias-pdf>.

Capítulo 186

GLOMERULOPATÍAS SÍNDROME NEFRÓTICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

JOHN EMILIO MOSQUERA TRUJILLO

JOSEFA MONTERO GARRIDO

MARÍA ROSA MARTÍNEZ BALLESTEROS

GEMA ASCENSION FERNANDEZ HONTANILLA

1 Introducción

Las enfermedades glomerulares son un grupo entre las que se incluye la glomerulonefritis, en la cual la principal estructura afectada en todo el proceso patológico es el glomérulo.

La lesión glomerular produce alteraciones en la permeabilidad capilar del glomérulo, dando por resultado diversos grados de proteinuria, hematuria, leucocituria y cilindros urinarios, si la lesión es grave, las alteraciones hemodinámicas pueden producir oliguria. En general la función tubular se afecta por alteraciones inflamatorias del intersticio.

Existen varias glomerulopatías que pueden ser primarias o secundarias a una enfermedad sistémica.

De acuerdo con ciertas características clínicas e histológicas comunes, las glomerulopatías pueden agregarse en varios síndromes de los cuales, las de mayor relevancia son:

- Síndrome nefrítico agudo.
 - Síndrome nefrítico rápidamente progresivo (glomerulonefritis rápidamente progresiva).
 - Síndrome nefrótico.
- Síndrome nefrótico.

Concepto.

Es la consecuencia de la pérdida de una de las funciones claves de la membrana basal glomerular: servir de barrera efectiva al paso de proteínas.

Esta situación clínica se caracteriza por proteinurias importantes, hipoalbuminuria, acompañadas en grado variable de edema, hiperlipemia y lipiduria.

A pesar de que el síndrome nefrótico es solo una manifestación de diversas enfermedades renales, su importancia radica en que permite hacer hincapié en las complicaciones sistémicas que pueden derivarse de dicha circunstancia.

El síndrome nefrótico aparece a cualquier edad:

- En los niños es más frecuente entre 1,5 y 4 años.
- En los jóvenes existe una predilección por los varones.
- En los pacientes mayores hay una distribución uniforme entre sexos.

2 Objetivos

Describir en cuanto al síndrome Nefrótico su etiología y clasificación, enfermedades asociadas al síndrome nefrótico, signos y síntomas que puede causar y que como Técnicos de enfermería debemos saber diferenciar y conocer, así como ver el diagnóstico y el tratamiento general.

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 los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Etiología y clasificación.

El síndrome nefrótico puede deberse a una enfermedad glomerular primaria:

- Nefritis por insuficiencia crónica.
- Enfermedades focales segmentarias.

También se asocia a una amplia gama de enfermedades sistémicas, metabólicas (diabetes mellitus), neoplásica (carcinomas, linfomas, leucemias), vasculares del colágeno, así como infecciones (VIH) y fármacos.

También existen síndromes nefróticos familiares. El síndrome nefrótico congénito es hereditario (autosómico recesivo) de progresión rápida y suele requerir diálisis antes de transcurrir un año.

Enfermedades asociadas al síndrome nefrótico.

1. Enfermedad renal primaria.

- Enfermedad por cambios mínimos.
- Glomeruloesclerosis focal.
- Glomerulonefritis membranosa.
- Glomerulonefritis membranoproliferativa.
- Otras glomerulonefritis proliferativas mesangial, nefropatía por IgA, glomerulonefritis rápidamente progresiva.

2. Enfermedades secundarias.

- Metabólicas: Diabetes mellitus, amiloidosis.
- Inmunogénicas: Lupus eritematoso sistémico, poliarteritis nudosa, eritema multiforme.
- Nefrotóxica: Oro, penicilina, AINE, litio, heroína.
- Alergénicas: Picadura de serpiente, insectos, antitoxinas, venenos de hiedra.
- Infecciosa:
 - Bacterianas: Endocarditis infecciosa, lepra, sífilis.
 - Víricas: Hepatitis B, Epstein-Barr, herpes zóster, VIH.
 - Protozoarias: Malaria.
 - Helmínticas: Esquistomosis.
- Síndrome nefrótico congénito: Tipo finlandés.
- Heredo-familiar: enfermedad de Fabry.
- Otras: Toxemia gestacional, hipertensión maligna.

Signos y síntomas.

Un signo precoz del síndrome nefrótico, observado por los pacientes es la orina espumosa. En el momento de su presentación la proteinuria suele exceder los 2

g/dl m² o la proporción proteína/creatinina en una muestra de orina tomada al azar y es > 2.

Los síntomas y signos incluyen anorexia, malestar, párpados hinchados, brillo retiniano, dolor abdominal, atrofia muscular y edema.

Son frecuentes las anasarcas con ascitis y derrames pleurales.

El edema puede ser el motivo por el que el paciente acude al médico, refiriendo síntomas muy variados, como dificultad para respirar, dolor torácico sub-esternal, hinchazón de rodillas, hinchazón escrotal, abdomen hinchado (ascitis).

En los niños puede aparecer hipertensión ortostática e incluso shock. Es importante vigilar la atrofia muscular que puede estar enmascarada por el edema.

Diagnóstico.

Se basa en las características clínicas y en los datos de laboratorio, pero la determinación de la causa depende de la historia renal. Una proteinuria intensa es el dato cardinal y esencial para el diagnóstico.

Tratamiento general. a) Tratamiento de edema:

Depende de su intensidad:

- Reposo en cama es una forma muy efectiva de inducir la diuresis, probablemente por reducción de la presión hidrostática en las extremidades inferiores, que permite el paso del líquido desde el espacio intersticial al plasmático, provocando una expansión del volumen circulante. Por ello en las fases de anasarca se aconseja al paciente permanecer en reposo con las piernas levantadas.

En ocasiones la colocación de vendas elásticas hasta la raíz del muslo favorece la diuresis en individuos con anasarca rebelde a otros tratamientos.

- Dieta: las dietas ricas en proteínas producen un incremento de la filtración glomerular y empeoran la evolución de la enfermedad.

La restricción de sal reviste suma importancia, la mayoría de los pacientes en régimen ambulatorio solo necesitan evitar los alimentos salados y no añadir sal a las comidas.

En los periodos de máximos edemas (anasarca) debe restringirse parcialmente la ingesta de líquidos. Si el paciente bebe una cantidad similar a la pérdida de agua más el volumen urinario su peso permanecerá estable, aunque no acumulará más edema. En esta circunstancia para perder peso, la ingesta de líquidos debería disminuirse por debajo de dicho nivel.

- Diurético: Están indicados en muchos pacientes en la fase activa del síndrome nefrótico, aunque de manera habitual se recomienda diuréticos potentes como la furosemina, muchos casos son suficiente el empleo de las tiacidas.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la conclusión de esta descripción del síndrome nefrótico, se observa que si la función renal es normal la aplicación de diuréticos es aconsejable. Algunos individuos presentan resistencia a los diuréticos en general, debido a la mala realización de la dieta hiposódica por parte del paciente. En ocasiones se debe a una disminución de la absorción del fármaco por un intestino edematoso, en cuyo caso debe recurrirse a la vía I.V.

Los diuréticos deben indicarse con sumo cuidado. Los pacientes con síndrome nefrótico pueden tener sobre todo al inicio, un volumen plasmático bajo y el uso intempestivo de diuréticos puede disminuirlo aún más, causando efectos adversos, como hipertensión, shock, fracaso renal agudo y trombosis.

6 Bibliografía

1. <https://kidshealth.org/es/parents/nephrotic-syndrome-esp.html>
2. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_sindrome_nefrotico.pdf
3. <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/sindrome-nefrotico>
4. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/nephrotic-syndrome/symptoms-causes/syc-20375608>.

Capítulo 187

PACIENTES TERMINALES CRÓNICOS-CUIDADOS OTORGADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A ESTOS

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ROCIO MORENO ÁVILA

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ

ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una enfermedad crónica se puede presentar en episodios agudos o de mayor intensidad, al igual que una patología aguda se puede transformar en un proceso terminal. Se suele denominar pacientes terminales a todas aquellas personas cuya muerte biológica está próxima a su término, ya sea como consecuencia de una enfermedad aguda o de una enfermedad crónica.

Tanto si una persona tiene una enfermedad crónica, como si se trata de un proceso en fase terminal, tiene derecho a obtener por su parte una buena asistencia

sanitaria. Igualmente, sus cuidados han de ser solícitos y eficaces, independientemente de que el resultado final de su dolencia sea la curación o la muerte.

Cuando la enfermedad se vuelve incurable y terminal, nuestra labor será aliviar los dolores físicos y morales, teniendo siempre presente mantener la calidad de vida del paciente. La muerte biológica sobrevive tras un hecho irreversible: el fallecimiento. Las reacciones al duelo son muchas y muy variadas, pueden ser emotivas, físicas, mentales, negativas, depresivas. El proceso de duelo no incluye un sentimiento único, sino una sucesión de ellos.

El duelo se compone de distintas fases:

- Negación y aislamiento.
- Ira y agresividad hacia los que le rodean.
- Negociación o pacto para prolongar la vida.
- Depresión, comprender que no hay nada que se pueda hacer.
- Aceptar la muerte.

2 Objetivos

- Explicar las diferentes etapas por las que pasa un paciente con enfermedad terminal describiendo cada una de ellas (inicial, sintomática, declive y agonía).
- Conocer los cuidados a realizar por parte del o de los tcaes ante un paciente en fase agónica (fase IV), los cuales explicaremos detalladamente.

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

Haciendo una lectura sistemática y detallada de los artículos encontrados en varias fuentes científicas vemos como principal consecuencia de la planificación y aplicación de los cuidados correspondientes, el paciente consigue el máximo

nivel de confort manifestado por ausencia de dolor, mejoría del descanso, disminución de la ansiedad, colaboración en las tareas de autocuidado por parte de la familia y apoyo emocional. Cuando las terapias ya no ofrecen los beneficios deseados para el paciente, hay que cambiar el tratamiento por el paliativo. Cuando la expectativa médica ya no es la curación, hay que conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

El paciente terminal pasa por diferentes etapas:

-Etapa I. Inicial: En esta etapa el paciente no conoce el pronóstico de su enfermedad, sin embargo, la familia si es consciente de la evolución.

-Etapa II. Sintomática: En esta etapa la enfermera selecciona los diagnósticos, viendo los cambios del paciente. En esta etapa el paciente presenta signo de debilidad, preocupación, inflamación, anemia.

-Etapa III. Declive: El paciente sufre deterioro en sus funciones, puede afectar a realizar o no actividades de su vida diaria.

-Etapa IV. Agonía: En esta etapa están presentes signos y síntomas, más o menos intentos del proceso de morir. En esta fase la familia necesita mucho apoyo, el cual se lo prestara el tcae que es la persona más cercana a estos en esta etapa. Pueden presentarse síntomas como ausencia de presión arterial, disminución de frecuencia, pulso débil.

En esta etapa el personal de enfermería debe respetar los deseos del paciente, evitar murmurar, responder a sus preguntas con sinceridad, permitirle expresar sus sentimientos, enseñar a la familia en esta etapa final, valorar el apetito del paciente, si es pobre ofrecer pequeñas cantidades de forma frecuente, orientar a la familia sobre los trámites funerales, asistir a la familia los días siguientes al fallecimiento.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de los cuidados ofrecidos en esta etapa de vida, juegan un papel muy importante en el bienestar de la persona tanto psíquico como físico del paciente y sus familiares. El personal sanitario intentará fomentar los estilos de vida saludables y más llevaderos para el enfermo y su familia. La familia juega un papel muy importante, ya que está la mayor parte en contacto con el paciente. La mayoría de pacientes terminales están en sus últimos 6 meses de vida.

El equipo de cuidados para enfermos terminales suele brindar esta atención en el hogar de la persona. O, si es necesario, la persona puede ir a un centro de cuidados especiales para ese tipo de enfermos, ya que el deterioro que el enfermo va a sufrir es cada vez mayor. Ese cuidado debe brindar confort al enfermo y la familia.

6 Bibliografía

1. <https://www.google.com/search?q=paciente+cronico+y+terminal+pubmed&oq>.
2. Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2005). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *Ars Médica*, 34(2).
3. <https://books.google.com/books?id=y-4tDwAAQBAJ>.
4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext.
5. Mayer Rivera, F. J. (2006). Fase terminal y cuidados paliativos. *Revista digital universitaria*, 7(4), 2-10. Del Río, M. I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo.
6. Codorniu, N., Bleda, M., Albuquerque, E., Guanter, L., Adell, J., Garcia, F., & Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index de enfermería*, 20 (1-2), 71-75.
7. <https://aprenderly.com/doc/3421909/atenci%C3%B3n>.
8. <https://medlineplus.gov/spanish/ency>.

Capítulo 188

ATENCIÓN DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES VEGETARIANOS

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

ROCIO MORENO ÁVILA

MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ

ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

A lo largo del tiempo hemos conocido multitud de teorías y estudios que sostenían, con cierta rotundidad, los numerosos beneficios de una dieta única y exclusivamente vegetariana obviando, en muchas ocasiones por desconocimiento y falta de resultados basados en la experimentación, los posibles riesgos que este tipo de dietas puede acarrear a ciertos pacientes o usuarios.

Bajo ningún concepto se pretende demostrar este tipo de dietas, todo lo contrario. Lo que sí se pretende es dar cierta rigurosidad al tema, abarcando tanto beneficios como riesgos y aconsejando, siempre, una planificación correcta de cualquier tipo de dieta, revisada por especialistas teniendo en cuenta las circunstancias sanitarias, sociales, económicas, etc. de cada usuario.

Una de las labores del técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), tanto en centros hospitalarios como en centros sociosanitarios, es acercar al paciente el menú diario y todos nos hemos encontrado con peticiones de dieta vegetariana. El enfermo o el usuario de residencia debe ser consciente en todo momento de sus déficits y dolencias. Debe recibir información detallada de qué tipo de dieta es aconsejable en su caso.

No nos corresponde a nosotros establecer la dieta más apropiada para cada paciente, si, en ocasiones, por la cercanía el explicar el porqué de una decisión acercada a su petición o alejada a la misma. El presente estudio pretende abordar los beneficios de este tipo de dieta, pero sin olvidar, y se hará mención también, de los riesgos que supone en algunos casos.

2 Objetivos

- Conocer tanto los beneficios como riesgos de una dieta exclusivamente vegetariana.
- Dotar al TCAE de la información suficiente sobre las características de una dieta vegetariana para trasladarla al paciente si se le requiere junto al resto del equipo de trabajo.

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

No es necesario exponer en estas líneas que una dieta debe ser variada, de esta manera conseguiremos todos los nutrientes necesarios que nuestro cuerpo necesita. Pretender que un solo alimento nos proporcione todo aquello que necesitamos no deja de ser de hipócritas, sino que, además, es falso. De ese hecho podemos deducir que cuanto más variada sea la dieta más fácil será el acceso a todo lo que nuestro organismo requiere, por lo tanto, la eliminación de productos conlleva, de forma irremediable, una tarea ardua y de mayor complejidad.

Cuanto más restricciones nos imponamos mayores serán los retos para conseguir todo aquello que necesitamos. No es menos cierto que la eliminación de productos no implica automáticamente déficit. No, no lo es. Un buen conocimiento de los diferentes alimentos y sus aportes nos conducirán a conocer cuáles son sus substitutivos.

¿Esta afirmación es válida para todos los grupos de edad?

No, son muchos los estudios que no recomiendan cierto tipo de dietas en edades tempranas ya que pueden resultar deficientes y estar asociadas a problemas en el crecimiento.

La Agencia de Salud Pública de Cataluña afirma: “Las alimentaciones extremadamente restrictivas como la macrobiótica, la frugívora o la crudívora se han asociado a un deterioro en el crecimiento y, por lo tanto, no pueden ser recomendadas para niños”.

De la misma manera podemos afirmar que la dieta vegetariana sin una buena planificación, conocimiento de nuestras necesidades en cuanto a nutrientes y sin vigilancia por parte de expertos resultará deficiente y presentará una nula o mínima absorción de varios nutrientes necesarios como pueden ser: Proteínas de alto valor biológico, hierro, zinc, vitaminas D y B12, calcio, etc.

Pongamos algunos ejemplos:

Calcio: De todos es sabido la necesidad de calcio. La población parte del axioma erróneo de que tan solo lo podemos conseguir a través de productos lácteos. No es cierto. Alimentos como el brócoli, acelgas, yogures de tofu son opciones para conseguirlo y compatibles con la dieta vegetariana.

Proteínas: los productos lácteos son ricas fuentes para satisfacer las necesidades de nuestro organismo en cuanto a proteínas. Con una dieta vegetariana debemos encontrar alimentos vegetales que suplan o sustituyan a estos alimentos. Soja, frutos secos, semillas, cereales, son algunos ejemplos de estos.

Vitamina B12: en este caso nos encontramos con un gran obstáculo ya que esta vitamina se encuentra, casi de forma exclusiva, en productos de origen animal, lo que obligará a vegetarianos y veganos a tomar suplementos de esta vitamina. Hay que tener en cuenta que la deficiencia en vitamina B12, por ejemplo, durante el embarazo puede causar daños neurológicos en el feto y que, por otra parte, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades de tipo cardiovascular.

No debemos olvidar que este tipo de dietas, aunque si no están perfectamente planificadas pueden ser perjudiciales o conllevar algún tipo de riesgo, existen multitud de beneficios que es justo mencionar.

La Asociación Americana de Dietética de Estados Unidos (ADA) que plantea como postura en este tema: “las dietas vegetarianas -incluso aquellas estrictas planificadas de modo apropiado, son saludables, nutricionalmente adecuadas y pueden ser beneficiosas para la prevención y el tratamiento de ciertas enfermedades. Las dietas vegetarianas correctamente planificadas resultan apropiadas en toda etapa de la vida, incluyendo el embarazo, la lactancia, la infancia, la niñez, la adolescencia y también para los deportistas”

Mencionemos pues estos beneficios:

- *Niveles de colesterol más bajos

- *Presión arterial más baja. Muchos de los pacientes con presión arterial alta, cuando inician una dieta vegetariana, logran eliminar la necesidad de medicación.

- *Recomendada en pacientes diabéticos

- *Reduce el índice de masa corporal (IMC). Los veganos tienen menor riesgo de sobrepeso y obesidad

- *Una dieta con unos niveles elevados de proteína animal y bajos de proteína vegetal presenta una mayor tasa de pérdida ósea. Las dietas ricas en sodio o aminoácidos que contengan azufre pueden aumentar las pérdidas de calcio.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto el anterior de resultados el tcae junto con el personal enfermero y personal médico debe supervisar la dieta de sus pacientes vegetarianos, ya que esta como hemos visto sin planificarla es peligrosa para la salud, esta debe planificarse debidamente, ya que así se consiguen múltiples beneficios de este tipo de dietas vegetarianas. De todos es sabido y son continuas las recomendaciones médicas de que una dieta variada nos proporcionará los nutrientes demandados por nuestro organismo, los suficientes y necesarios para no sufrir ningún tipo de ausencia de los mismos. Cualquier tipo de dieta debe ser un acto justificado, planificado y basado en los diferentes estudios que nos aportarán los conocimientos necesarios para evitar déficits y así lograr lograr una vida saludable.

Nosotros, como profesionales sanitarios, debemos conocer los beneficios y riesgos que conlleva este tipo de dietas. Se atenderá, sin duda, las peticiones de los usuarios siempre y cuando no supongan un riesgo para su salud.

6 Bibliografía

1. http://www.vrg.org/nutrition/2009_ADA_position_paper.pdf
2. <http://salutpublica.gencat.cat/>
3. <https://www.ocu.org/>
4. <https://www.mayoclinic.org/>

Capítulo 189

ALIMENTACIÓN POR PEG E INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SU ADMINISTRACIÓN

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ

MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ

ROCIO MORENO ÁVILA

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

1 Introducción

Los pacientes que son portadores de PEG (gastrostomía endoscópica percutánea), normalmente este tipo de pacientes son los que necesitan un reposo largo de su aparato digestivo.

Los pacientes pueden ingerir alimentos por vía oral, enteral o parenteral. Esta última es parte de las funciones del Diplomado Universitario en Enfermería pues va administrada por una vía invasiva a nivel de catéter central. La vía oral es la prioritaria en el paciente salvo que necesite un reposo digestivo, o tenga un

problema neurológico o a nivel de déficit de deglución. Para ello el paciente será portador de una sonda nasogástrica o una PEG.

La PEG también nos aporta información sobre a qué zona anatómica va por ello podemos comentar el ingreso de nutrientes por vía digestiva a nivel del estómago o del intestino delgado.

La colocación de la PEG es mediante una intervención quirúrgica abdominal, en la que se realiza una incisión y queda una estoma con lo cual se coloca una sonda para unir la zona del intestino delgado a el exterior. No es un alimento común si no que son formulas adecuadas para poder ser administradas por esa sonda enteral. Es cuestión de que el paciente en caso de que no tenga ninguna discapacidad pueda incluso poder manejarla autónomamente.

2 Objetivos

-Describir que tipo de actividades o intervención básica puede realizar el TCAE ante un paciente portador de una PEG en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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 cuidados y que intervención va a realizar el TCAE ante la administración de una alimentación por PEG.
- Lo que debe conocer el TCAE es conocer al paciente y que tipo de patología tiene porque se le ha tenido que colocar la PEG, estas se suelen realizar en pacientes con disfagias además de patología neurológica u oncológica.
- Es importante la fecha de colocación de la PEG ya que a nivel de infecciones y cuidados de la estoma es algo que se debe tener en cuenta, en general se suelen reemplazar al año.
- El TCAE deberá colocar al paciente ante la toma de la alimentación, siempre que sea posible sentado, aunque en algunas ocasiones también puede ser imposible y

se le realizará la toma de la alimentación en decúbito supino. Con la excepción de que se debe elevar el cabecero de la cama para evitar el reflujo gastroesofágico.

- El TCAE antes de realizar la administración de la alimentación, se debe comprobar que la sonda esta permeable, para ello cojera una jeringa y intentara extraer liquido gástrico para comprobar que está en intestino delgado. Tras esto el TCAE administrará unos 50 cc de agua para limpiar la sonda y tras esto se comenzará la alimentación del paciente. En un primer momento se empezará con tomas de 50 cc de alimento e ir poco a poco administrándolo, para evitar que el paciente se sienta lleno pronto. Tras la ingesta alimentaria por PEG se administrará otros 50 cc de agua para hidratar a el paciente y a su vez dejar limpio el trayecto de la sonda de PEG.
- Por último, el TCAE dejara elevado la cabecera de la paciente para evitar de nuevo el reflujo gastroesofágico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este tema es algo que en ocasiones el TCAE va a encontrar en sus funciones. Es un tema muy delicado ya que el paciente como se ha podido documentar puede presentar déficit de deglución o cualquier patología neurológica, Parkinson, Alzheimer por lo que el TCAE deberá tener especial cuidado con estos pacientes a la hora de administrar la alimentación por PEG. Como se ha podido evidenciar el TCAE debe tener conocimientos adecuados para el cuidado de la intervención a la hora de la administración de la alimentación, también incluso es importante el orden de administración, no administrar la alimentación en un primer momento.

6 Bibliografía

1. Pereira Bravo JG, Ide E, Kondo A, Hourneaux de Moura DT, Hourneaux de Moura ET, Sakai P. Percutaneous endoscopic versus surgical gastrostomy in patients with benign and malignant diseases: a systematic review and metaanalysis. Clinics [Internet]. 2016; 71(3): 169-178.
2. Olalla MA. Manejo de gastrostomías en Atención Primaria. Semergen Med gen/fam [Internet]. 2008 ; 34(4): 177-182.

Capítulo 190

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

LIDIA LÓPEZ GARCÍA

LAURA MARIA ALFARO GARCIA

CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA

FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA

ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA

1 Introducción

Las UPP son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, ya que se producen por presión prolongada o presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él, o contrapuestos del mismo paciente. Además, deterioran las posibilidades de recuperación de los pacientes siendo en muchos casos lesiones agregadas a la patología original. Una vez instaurada, la úlcera por presión genera un impacto muy importante en el paciente ya que

puede complicar e incluso hacer fracasar el tratamiento de la enfermedad. En general, estas UPP no tienen relación con la enfermedad de base y afectan tanto la evolución como a la calidad de vida de los enfermos. (1)

Las úlceras por presión han constituido un problema para la salud en general a través del tiempo. La realidad es que son una preocupación para el cuidado de la salud y todos los profesionales son responsables de su prevención y tratamiento. Se requieren múltiples estrategias de intervención para evitar el daño de la piel; una de ellas, el manejo de las cargas sobre los tejidos blandos. La correcta elección de las superficies de apoyo, la adecuada redistribución de la presión especialmente en las prominencias óseas y un progresivo programa de movilización constituyen las bases para evitar la producción de las úlceras por presión. (1)

Las UPP están determinadas por diferentes factores: intrínsecos y extrínsecos: Los factores intrínsecos son aquellas situaciones o condiciones inherentes al propio paciente (que en este caso será mayor de 18 años), las cuales aumentan el riesgo del desarrollo o la presencia de una determinada enfermedad o situación de salud, en este caso, de UPP. Interviene: (2)

- Condición física
- Estado mental
- Actividad
- Movilidad
- Incontinencia

Los factores extrínsecos son aquellas situaciones externas a nuestra población de estudio, los cuales aumentan el riesgo de desarrollar o presentar una determinada enfermedad o situación de salud, como las UPP. Interviene: (2)

- Presión
- Fricción
- Cizallamiento
- Irritantes químicos
- Humedad
- Tiempo

Las úlceras por presión se distinguen en 4 grados: (3)

- Grado I No hay pérdida de continuidad en la piel, con eritema que no cede pasados 30 minutos del cese de la presión en esa zona.
- Grado II Afecta a epidermis y dermis, y ya hay pérdida de continuidad de la piel.
- Grado III Ya hay lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Ya afecta a epidermis, dermis y capa subcutánea.
- Grado IV Existe destrucción extensa con necrosis tisular. Afecta la piel, músculo, hueso y/o tendones/cápsula articular.

La valoración conjunta de enfermería y TCAE en las úlceras por presión constituye uno de los pilares básicos que determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados en los pacientes que se encuentran hospitalizados. (3)

2 Objetivos

- Conocer el papel del TCAE en la prevención de las UPP, así como los cambios posturales, cuidados y estadíos de las UPP.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación con una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como son, Google Académico (Google Scholar), Pubmed, Scielo y Medline. La búsqueda se centró en artículos sobre el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la prevención de las úlceras por presión. En cuanto a la estrategia de búsqueda se utilizaron distintas palabras clave en inglés y en español como: “Úlceras por presión”, “Cuidados”, “TCAE”, “Prevención”. La búsqueda de los diferentes artículos seleccionados se acotó entre los años 2014 y 2022.

4 Resultados

Es primordial la utilización de una escala de valoración de riesgo de UPP como, por ejemplo, la escala de Braden y Norton

En cuanto a la escala de Norton se puntúa del 1 al 4 el estado general del paciente, así como nutrición, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. Es una escala inversa, es decir, a mayor puntuación menor riesgo.

En cuanto a la escala de Braden se puntúa también del 1 al 4 el estado general del paciente: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones. A mayor puntuación, menor riesgo de padecer UPP. (4)

De esta manera, si se utilizan este tipo de escalas, el TCAE puede detectar si un paciente hospitalizado tiene riesgo de desarrollar UPP.

Si las lesiones son por presión, el TCAE deberá realizar diferentes medidas para prevenir las UPP como:

- Realizar cambios posturales cada 4h si el riesgo es alto y cada 6h si el riesgo es moderado
- Utilizar espumas locales confortables en talones y codos
- Aliviar la zona de presión con almohadas y cojines

Si en la zona hay asociada dermatitis, se debe de cambiar el dispositivo cada vez que haya humedad, así como emplear cremas/películas de barreras no irritantes (como, por ejemplo, óxido de zinc)

Si la lesión se produce por fricción o cizalla, se deben de utilizar apósitos hidrocoloides extrafinos.

Se debe de examinar la piel mínimo una vez al día y sobretodo hacer hincapié sobre las prominencias óseas (sacro, talones y caderas). Para ello, se deben de utilizar jabones neutros y evitar en el secado la fricción. No se recomienda utilizar alcoholes, ya que reseca la piel.

Los ácidos grasos hiperoxigenados tienen numerosos beneficios para los pacientes ya que protegen la piel, impiden la deshidratación cutánea, fomentan la renovación celular y evitan la isquemia tisular mediante la estimulación de la microcirculación, entre otras. Se deben de aplicar en las UPP grado I.

Para disminuir la presión se deben de realizar cambios posturales cada 2-3h si el paciente está encamado y si el paciente es independiente es necesario que él mismo realice esos cambios cada 15 minutos, evitando siempre que se apoye de forma directa sobre las lesiones y sobretodo evitando el contacto directo entre las prominencias óseas.

Existen diferentes superficies de apoyo que pueden ser estáticas y dinámicas las cuales utilizan ciertos tipos de colchonetas/cojines.

En cuanto a la nutrición, es un factor muy importante para evitar/disminuir las UPP, es por ello que a menudo se deben de recurrir a suplementos nutricionales, sobre todo, para pacientes con heridas crónicas si su dieta no cubre todas las necesidades requeridas.

Si las UPP son de grado II, III o IV se debe de desbridar el tejido necrótico, realizar una correcta limpieza de la herida, así como utilización de antibióticos/productos adecuados para mantener el lecho de la úlcera húmeda.

Es necesario conocer las características del tipo de tejido a desbridar para que se realice un tipo de desbridamiento u otro. (Desbridamiento autolítico, biológico, agudo, quirúrgico)

Los cambios posturales deberán de anotarse en una gráfica registrando así, la hora y la posición del paciente. (5)

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es una pieza clave en la prevención de las úlceras por presión, ya que a través de las distintas escalas citadas anteriormente puede saber qué tipo de úlcera por presión presenta o cuáles son las medidas que debe de realizar para que no lleguen a aparecer, es por ello que se deben de realizar cambios posturales correctamente (no se debe arrastrar al paciente, para ello, se utiliza la sábana o entremetida para elevar al paciente), además de colocar colchones, utilizar almohadas y cojines... Además, se debe de estirar la ropa de coma del paciente evitando las arrugas.

Es muy importante la higiene, puesto que a la hora de realizar el secado al paciente no se debe de friccionar la zona, sino aplicar pequeños toques sobre la zona perilesionada o lesionada, es decir, realizar un secado muy meticuloso.

El TCAE puede ayudar al paciente si su estado nutricional no es adecuado. Para ello, existen diferentes tipos de batidos (hiperproteicos, suplementos vitamínicos, etc.) siempre y cuando lo prescriba el médico responsable.

El TCAE junto con enfermería son el colectivo que tiene un trato más directo con el paciente, ya que son las encargadas de cubrir las necesidades terapéuticas, preventivas y de educación sanitaria.

6 Bibliografía

1. Patiño O, Aguilar HA, Belatti AL. Úlceras por presión: cómo prevenirlas. Rev Hosp Ital B Aires. 2018;38(1):40–6.
2. Novoa Saldaña JR, Quiroz Vicente ER, Durand MR. Factores asociados a la presencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados del servicio de emergencia hospital nacional Cayetano Heredia. 2019.
3. Mesías Roldán VI, Burgos VV. Valoración de enfermería en los pacientes con úlceras por presión del área de cuidados intensivos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil del. 2016.
4. Úlceras por presión: Escalas [Internet]. Ulceras.net. Disponible en: <https://ulceras.net/monografico/111/99/ulceras-por-presion-escalas.html>
5. de Enfermería RM y. Estudio de las úlceras por presión y el papel del técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>

Capítulo 191

EL PAPEL DEL TCAE EN LA HIGIENE DEL NEONATO

LIDIA LÓPEZ GARCÍA

LAURA MARIA ALFARO GARCIA

CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA

FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA

ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA

1 Introducción

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es esencial durante las primeras semanas del nacimiento unos cuidados básicos, prestando especial atención a las diferentes medidas de protección. En el lugar donde se va a producir el nacimiento se deben de sugerir seguir, de forma continua, unos controles prenatales para detectar posibles complicaciones durante el embarazo/parto. (1)

Un neonato es un bebé de 4 semanas o menos. El período neonatal comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé, en el cual, los cambios son muy rápidos.

Se pueden presentar muchos eventos críticos en este período:

- Se establecen los patrones de alimentación.
- Se empiezan a formar los vínculos entre los padres y el bebé.
- El riesgo de infecciones que pueden volverse más graves es más alto, entre otros.

La conservación, cuidado y protección de la piel es importante, por la trascendencia de este órgano como barrera frente a infecciones, protección de órganos internos, regulador de temperatura y como conexión entre el recién nacido, el medio ambiente y sus padres. La piel del RN es rosada, con una textura suave, lisa y brillante. Tiene un pH neutro y está cubierto de vérnix caseosa (capa de grasa) con propiedades aislantes, hidratantes, antioxidantes y antimicrobianas. Los RN presentan una postura muy característica a la que se denomina, posición fetal. (2)

Existen diferentes complicaciones a la hora de la higiene del neonato, como puede ser hipotermia, irritación y sequedad de la piel... (3)

Antes de bañar a un bebé recién nacido se deben conocer ciertas particularidades, ya que su salud es muy delicada y aún se está adaptando al entorno extrauterino, teniendo especial atención en el cordón umbilical. Cuando este ya se ha caído se deben de tener en cuenta diferentes aspectos como la temperatura del agua, el jabón y el secado. (4)

En cuanto a la adaptación a la vida extrauterina, se utiliza el test de APGAR, que sirve para comprobar la frecuencia cardíaca, el tono muscular, coloración, esfuerzo respiratorio y la respuesta a estímulos al minuto y a los 5 minutos, con una puntuación de 0 a 10, siendo el 10 la máxima puntuación (recién nacido sano). (5)

Otro aspecto a destacar es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), el cual, es un servicio especializado, caracterizado por el cuidado de neonatos a término o prematuros en condiciones que pueden suponer un riesgo para la vida y que precisan una monitorización continua y unos cuidados especiales muy importantes. (6)

2 Objetivos

- Conocer el material necesario para la correcta higiene del neonato.
- Vigilar y evitar los procedimientos, así como los posibles efectos adversos del neonato.
- Mantener la integridad cutánea del neonato.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación con una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como son, Google Académico (Google Scholar), Pubmed, Scielo y Medline. La búsqueda se centró

en artículos sobre el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la higiene del neonato. En cuanto a la estrategia de búsqueda, se utilizaron distintas palabras clave en inglés y en español como: “Neonato”, “Cuidados”, “TCAE”, “Higiene”. La búsqueda de los diferentes artículos seleccionados se acotó entre los años 2014 y 2022.

4 Resultados

El TCAE junto con enfermería deben de comprobar la correcta identificación del recién nacido y la disponibilidad del material necesario, además de realizar una correcta higiene de manos. Para ello, el TCAE debe de tener preparado el material necesario para la correcta higiene del neonato (agua, jabón neutro, toallas, esponjas, bañera, termómetro, entre otros).

Para la preparación del neonato se debe:

- Comprobar las condiciones ambientales (la temperatura deberá estar entre 22 °C y 25 °C y evitando las corrientes de aire).
- Crear un ambiente agradable, tranquilo y seguro.
- Fomentar la colaboración de los padres e informarles en todo momento del procedimiento que se va a realizar.

Para el desarrollo del procedimiento se debe de realizar una rigurosa limpieza de manos, seguido de la colocación de guantes. Una vez seguido estos pasos, se debe de colocar al neonato sobre una superficie firme y segura siempre y cuando esté el agua preparada para realizar la correcta higiene, limpiando la piel sin frotar y de forma suave.

Durante las primeras 48 horas vida se seguirán los pasos mencionados anteriormente, pero teniendo en cuenta que no se debe de retirar la vérnix ni las zonas que no lo precisen, solo los restos de sangre y el meconio. Finalmente, se deben de desechar el material utilizado al contenedor adecuado.

Después de las primeras 48 h se realizará el baño por inmersión, para ello, se introduce al recién nacido lentamente reposando sobre el brazo, la cabeza, el cuello y los hombros, siempre y cuando se haya comprobado previamente la temperatura axilar del neonato. La duración debe de ser menor a 5 minutos y se realizará el baño desde la zona más limpia (cara) a la zona más sucia (genitales) prestando especial atención al cordón umbilical. Posteriormente, se secará al bebé con una toalla y seguidamente, se colocará al recién nacido con la madre para hacer piel con piel.

Una vez que el neonato es dado de alta, es importante el papel del TCAE y del personal de enfermería para los cuidados diarios de la higiene, explicando los pasos

a seguir a los progenitores como debe de ser el baño y para que ellos formulen las diferentes dudas que les surjan en el momento.

Es muy importante que todos estos cuidados estén registrados en la gráfica de cuidados del recién nacido para que quede constancia del trabajo realizado por parte del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión de este capítulo es que es un servicio especial en el que se debe de tener un cuidado muy minucioso de los pacientes, ya que son muy frágiles, es por eso que el TCAE juega un papel muy importante, ya que es el encargado de realizar numerosos procesos asistenciales dentro de la estancia del neonato en el hospital.

Como conclusiones secundarias destacan:

- El TCAE es uno de los profesionales sanitarios que más contacto tiene con el neonato, por ello debe estar muy atento y debe de comunicar de inmediato al personal de Enfermería si hubiera algún incidente para que pueda solventarse lo antes posible.
- El TCAE es el encargado de tener preparado todo el material necesario, así como su correcta comprobación de los mismos para evitar cualquier fallo que hubiera.
- Orientar a los padres sobre los cuidados necesarios, así como solventar cualquier duda que les pueda surgir.

Finalmente, se puede concluir este capítulo conque es necesario que haya un equipo multidisciplinar entre los diferentes profesionales sanitarios que intervienen en el cuidado del neonato para conseguir un mismo objetivo, que es el correcto cuidado del recién nacido en cuanto a higiene, alimentación y evitar las posibles complicaciones dentro de los primeros días de la vida del neonato.

6 Bibliografía

1. Amaya Dioses AT, Milla Huamaní RN. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PRIMIGESTAS SOBRE CUIDADOS BÁSICOS DEL NEONATO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2020. Universidad María Auxiliadora; 2021.
2. Neonato [Internet]. Medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>
3. Aprobado ER, Humanos R, De A. Procedimiento Higiene del recién nacido 1 [Internet]. Enfermeriacantabria.com. Disponible en: <http://www.>

enfermeriacantabria.com/acep/protocolo_ba%C3%B1o_HUMV_2016.pdf

4. Soto MCS, Sellán AV. Cuidados Neonatales En Enfermera [Internet]. Del Carmen Sellan Soto M, Vazquez Sellan A, editores. Elsevier; 2017. Disponible en: <https://books.google.at/books?id=MvSfDgAAQBAJ>

5. Blog F. La importancia de la higiene en los bebés recién nacidos [Internet]. Farmacia Online y Parafarmacia Online en España. Farmacia Vieques; 2021. Disponible en: <https://farmaviesques.com/blog/la-importancia-de-la-higiene-en-los-bebes-recien-nacidos/>

6. Ramírez-Perdomo CA, Quintero-Reina CD, Cuellar-Osorio ZF, López-Murcia MI, Heredia-Conde MO, Pulido-Vaca MC, Suarez-Medina MJ. Experiencias de cuidado de padres y profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2020; 17(2): 82-95

Capítulo 192

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA

LIDIA LÓPEZ GARCÍA

LAURA MARIA ALFARO GARCIA

CRISTINA JIMÉNEZ GARCÍA

FÁTIMA GONZÁLEZ GARCÍA

ANA ISABEL SÁNCHEZ CUENCA

1 Introducción

La traqueotomía consiste en una abertura de la pared anterior de la tráquea mediante un procedimiento quirúrgico con el objetivo de mantener abierta de forma temporal la vía aérea, permitiendo el paso de aire desde el exterior al árbol respiratorio mediante una cánula. (1)

La traqueotomía no se admitió de forma definitiva hasta la década de 1920, período en el que el laringólogo estadounidense Chevalier Jackson (1865- 1958) definió claramente las indicaciones y estandarizó la técnica. Desde entonces, las indicaciones han evolucionado, sobre todo en pediatría, donde esta intervención se llevaba a cabo con mucha frecuencia en las epidemias de difteria. Su técnica

también ha experimentado cambios con las primeras descripciones de Ciaglia de la traqueotomía por vía endoscópica en 1985. (2)

Es importante distinguir entre traqueotomía y traqueostomía:

En un traqueotomía se realiza una extirpación de estructuras anatómicas (ej. laringe), produciéndose una separación entre el árbol respiratorio y el sistema digestivo a través de una intervención quirúrgica de forma permanente. (1)

La traqueostomía (TQT) es un procedimiento en el cual se crea una abertura en la pared anterior de la tráquea. Existen cuatro indicaciones más importantes: ventilación mecánica prolongada, falla en el destete, obstrucción de la vía aérea alta y manejo de secreciones

Para este procedimiento, existen complicaciones tempranas y tardías.

- Las complicaciones tempranas se definen como aquellas que ocurren durante las primeras dos semanas posoperatorias. Las tardías, después de este período. Dentro de las complicaciones tempranas, se describe: o Hemorragia o Infección de herida operatoria o Enfisema subcutáneo o Obstrucción del tubo o Falsa vía.
- Dentro de las complicaciones tardías existen: o Los problemas de deglución o Estenosis traqueal o Fístula traqueal-arteria innominada o Formación de granulomas o Estoma persistente.

Existen tres opciones de hacer una TQT en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):

- Quirúrgica clásica hecha en pabellón
- Percutánea
- Quirúrgica clásica realizada en la cama de la UCI (3)

Las indicaciones de la traqueotomía son:

- Necesidad de permeabilización de la vía aérea
- Prevención del daño laringotraqueal por intubación prolongada
- Mantenimiento de una adecuada higiene del árbol traqueobronquial, para facilitar la aspiración de secreciones en pacientes con dificultad para su movilización espontánea.

Las contraindicaciones son:

- Obesidad, cuello corto, bocio o deformidad en el cuello
- Coagulopatía (INR > 1,5)
- Trombopenia (recuento de plaquetas < 50.000)
- Niños (menores de 16 años)
- Necesidad de establecer una vía aérea quirúrgica de emergencia
- Lesión probable o probada de columna cervical
- Cirugía previa en cuello
- Traqueotomía previa

- Infección en la zona quirúrgica
- Las complicaciones son:
- Hipoxemia/hipoxemia grave
 - Pérdida de control de la vía aérea
 - Broncoespasmo
 - Arritmia leve/grave
 - Dificultad de inserción de la cánula de traqueotomía
 - Rotura de balón
 - Hipotensión/moderada/grave
 - Hemorragia
 - Barotrauma
 - Falsa vía
 - Lesión en pared posterior de la tráquea
 - Rotura traqueal
 - Atelectasia
 - Flexión/atrapamiento de la guía metálica
 - Fracaso para finalizar la técnica
 - Lateralización del estoma
 - Fractura de anillo traqueal
 - Exitus (4)

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en los cuidados del paciente traqueotomizado.
- Exponer el material necesario para el cuidado del paciente traqueotomizado.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación con una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como son, Google Académico (Google Scholar), Pubmed, Scielo y Medline. La búsqueda se centró en artículos sobre el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes con traqueotomía. En cuanto a la estrategia de búsqueda se utilizaron distintas palabras clave en inglés y en español como: “Traqueotomía”, “Cuidados”, “TCAE”. La búsqueda de los diferentes artículos seleccionados se acotó entre los años 2014 y 2022.

4 Resultados

Antes de realizar un cambio de cánula o cuidado de la misma es necesario tener preparado el material adecuado, que son:

- Guantes.
- Gafas protección.
- Mascarilla.
- Mesa auxiliar o carro de curas.
- Set de curas.
- Batea.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Cánulas simples o fenestradas del tamaño adecuado.
- Suero fisiológico.
- Lubricante hidrosoluble.
- Jeringa de 10 ml.
- Cinta de fijación
- Apósito de traqueotomía
- Ambú.
- Sistema de O₂.
- Sistema de aspiración.
- Sondas de aspiración.

Es primordial una correcta higiene de manos antes de la colocación de los guantes al igual que comprobar la toma de oxígeno y aspiración. Seguidamente, se debe de identificar correctamente al paciente, así como informar al paciente y familia del procedimiento que se va a realizar.

Es importante conservar la intimidad y confidencialidad e intentar en la medida de lo posible que el paciente colabore, si la situación lo permite.

Se debe de colocar al paciente en posición semi-Fowler/Fowler.

A la hora de realizar el cambio de cánula es necesario oxigenar al paciente durante unos minutos y aspirar secreciones

Es muy importante que el TCAE tranquilice al paciente cuando se proceda a desinflar el balón de la cánula. Para ello, el TCAE debe colocarse en una posición lateral al paciente para evitar la exposición a la vía aérea en caso de tos.

Seguidamente, se retira el apósito del estoma y se corta la cinta de fijación. Se retira la cánula, y se aspira de nuevo secreciones del estoma, si es necesario, sin profundizar para evitar lesiones, etc. Se limpia el estoma con suero fisiológico

y se seca con pequeños toquecitos para no irritar la zona. Se desinfecta la piel periestomal procurando que el antiséptico no entre en el estoma.

Una vez que se colocan los guantes estériles, se coloca al paciente con la cabeza en hiperextensión y se introduce la cánula nueva ya preparada en el menor espacio de tiempo posible, pero sin forzarla evitando la aparición de desgarros y sangrados. Se retira de inmediato el obturador y se coloca la cánula interna, sujetando firmemente con la punta de los dedos la placa pivotante hacia el cuello para evitar su salida brusca por la tos. En el caso de colocación de la cánula con balón, se infla el balón con aire mediante la jeringa en función del calibre de la cánula. Todo este procedimiento se hace de forma conjunta entre el personal de enfermería y TCAE.

Se coloca el apósito alrededor del estoma para evitar decúbitos y maceración de la piel periestomal por exudados y secreciones. Se anuda la cinta de sujeción en la parte posterior del cuello.

Finalmente, se coloca al paciente en posición cómoda y se retira el material utilizado en los contenedores indicados y se procede a la limpieza y esterilización de los materiales que así los requieran.

El personal TCAE debe de vigilar de que el apósito del estoma esté siempre seco y limpio. Aunque si fuera necesario se puede utilizar cremas protectoras. Normalmente se retira y limpia cada 8h siempre que no haya obstrucción debido a las secreciones y, sobre todo, antes de dormir y al despertarse el paciente.

La forma de retirarla es sujetando firmemente con los dedos la placa pivotante, con la otra mano en el conector de la cánula hacerla girar un cuarto de vuelta en el sentido de las agujas del reloj. Se aspirarán secreciones cuando sea preciso para mantener la cánula interna siempre permeable. Se administrarán aerosoles con suero fisiológico cuando las secreciones sean espesas y secas para evitar la formación de tapones mucosos.

En caso de tapón, se realizará lavado traqueal con suero fisiológico y si no se resolviese se consultará la conveniencia de usar un mucolítico. A continuación, se aspirarán las secreciones siempre que así lo indique el personal médico. La limpieza de la cánula interna se realizará con suero fisiológico, con ayuda de una pinza o de una escobilla curva.

Durante las primeras horas después de la traqueotomía el TCAE debe vigilar hemorragias alrededor del estoma, tapones de sangre o moco. En caso de estar conectado a ventilación mecánica, el cambio de cánula se realizará lo más rápido posible, manteniendo asegurada la vía del estoma por medio de una sonda o dilatador traqueal. También se deben de vigilar la respiración y signos vitales durante el taponamiento. Si el paciente está consciente se le debe favorecer la comu-

nicación por medio de la escritura, paneles de comunicación etc. Si presenta una cánula fenestrada y se encuentra en el proceso de taponamiento, podrá comenzar a comunicarse verbalmente.

En pacientes laringectomizados, la alimentación se realizará por SNG hasta que el paciente consiga realizar una deglución adecuada; se debe de vigilar la salida de alimentos a través del traqueostoma.

En caso de que el paciente sea portador de una cánula de plata, se realiza la limpieza y el cambio de cánula completa como mínimo, una vez al día.

Si el paciente tiene que realizarse TAC, RNM o tratamiento con radioterapia (RDT), se cambia la cánula de plata por una sintética.

Si el paciente es portador de una cánula sin balón y presenta un sangrado activo, debemos cambiar la cánula por una con balón de neumotaponamiento e inflarlo para mantener aislado del árbol bronquial y evitar la broncoaspiración.

Si el paciente es portador de una cánula sin balón y fuese a quirófano, debemos cambiarla por una cánula con neumotaponamiento para poder ser conectado a la ventilación mecánica.

Finalmente se debe de registrar en una gráfica el procedimiento realizado, fecha y hora del procedimiento, así como destacar aspectos importantes en el cuidado o cambio de la cánula o si hay alguna complicación durante la técnica. (3)

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante el trabajo en equipo en el cuidado de los pacientes traqueotomizados, evitando así cualquier complicación durante el proceso. Es por eso que el personal debe estar cualificado, para poder llevar a cabo las distintas intervenciones.

En el paciente traqueotomizado, el TCAE juega un papel primordial ya que es el responsable de que todo el material necesario esté preparado, así como la correcta comprobación de las conexiones de las diferentes tomas de aspiración y oxígeno. El TCAE junto con el equipo de enfermería son los encargados de enseñar al paciente los cuidados de la traqueotomía, proporcionándole toda la información necesaria.

Se deben de garantizar unos cuidados eficaces, eficientes y de calidad.

6 Bibliografía

1. Readi R, Gómez F, Osorio J. Traqueostomía quirúrgica clásica en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y

cuello. 2015;75:7–12. 2. De Régloix SB, Maurin O, Crambert A, Bonfort G, Clément P, Pons Y, et al. Traqueotomía. EMC-Cirugía General. 2017;17:1–15. 3. Pérez, S. S, Gracia, C. V, Reyes, R. C. CUIDADOS, CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA. BLOQUE 3. INSERCIÓN, CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS, 2022;134. 4. Añón JM, Araujo JB, Escuela MP, González-Higueras E, Grupo de Trabajo de Insuficiencia Respiratoria Aguda de la SEMICYUC. Traqueotomía percutánea en el paciente ventilado. Med Intensiva [Internet]. 2014;38(3):181–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.11.012>

Capítulo 193

FORMAS DE COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

ROCIO MORENO ÁVILA

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

MERCEDES ALARCÓN RODRÍGUEZ

ELENA MARTÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La forma en que los seres humanos nos comunicamos, a través de un lenguaje complejo en el que tanto la comunicación verbal como la no verbal se entrelazan para hacernos entender con mayor efectividad frente a nuestros congéneres, nos hace únicos.

Es, por tanto, obvio que la comunicación es esencial en todos los aspectos de la vida, pero lo es más aún cuando nos referimos al ámbito de la salud y, en especial, al del paciente, ya que este, al acudir a un centro hospitalario, se encuentra en un entorno desconocido, por lo que puede estar desorientado, y en un estado, tanto físico como emocional, de vulnerabilidad y confusión.

Por todo ello es por lo que se hace necesario que, si queremos mantener una buena relación con nuestros pacientes, desarrollando la confianza necesaria para conseguir su colaboración, sea imprescindible, no solo tener una actitud empática a la par que profesional, sino también que seamos capaces de comunicarnos de manera clara y efectiva.

Cuanta mayor sea nuestra capacidad para desarrollar este tipo de comunicación, mejor será la relación con el paciente y mejor, por tanto, la atención que todo el equipo de salud, y en especial el TCAE, podrá desarrollar en su beneficio. La comunicación terapéutica es, por tanto, esencial para desarrollar la correcta relación con el paciente, teniendo siempre en cuenta factores como: edad, sexo, estado de salud, nivel cultural, situación socioeconómica.

2 Objetivos

- Definir el concepto de comunicación terapéutica.

- Exponer como los tcae desarrollan relación terapéutica con el paciente y como este personal desarrolla destrezas y habilidades necesarias para crear un clima de confianza entre paciente y los auxiliares de enfermería y explicar como dicho personal desarrolla también una escucha activa.

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 desarrollar una buena relación con el paciente y poder brindarle los cuidados necesarios, debemos ser capaces de establecer una relación de confianza y, para conseguirlo, la comunicación terapéutica es el método más eficaz.

Podemos definir la comunicación terapéutica como una comunicación que debe tener en cuenta no solo la comunicación verbal y no verbal (gestos, sonrisas, miradas) sino también los silencios y la escucha activa.

Tendremos en cuenta todo aquello que nos transmita el paciente, no solo por lo que nos diga sino también por todo aquello que podamos interpretar a través de su lenguaje no verbal. Los gestos, miradas, sonrisas e incluso los silencios pueden informarnos de cómo se siente el paciente ante determinadas situaciones.

El paciente puede sentirse incómodo, avergonzado, molesto ante determinadas preguntas, prácticas o situaciones en general y no atreverse a verbalizar por miedo o por la falta de confianza y seguridad que pueda sentir.

En el mismo sentido, los silencios también pueden transmitirnos mucha más información de lo que, en principio, pudiera parecer.

Por todo ello, los sanitarios y, en este caso concreto, los TCAE especialmente debido al estrecho contacto que mantenemos con los pacientes, debemos desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para generar un clima de confianza que nos permita ayudar y apoyar de la forma más efectiva posible.

Debemos tener en cuenta las características particulares de cada paciente, como, por ejemplo: sexo, edad, nivel cultural, situación socioeconómica, estado de salud. Una vez valoradas dichas características, procuraremos utilizar una terminología clara, una comunicación eficaz basada en principios

éticos, siempre desde el respeto e intentando generar la mayor confianza posible.

Tan importante como lo que transmitimos es ser capaces de desarrollar la escucha activa, teniendo en cuenta aquello que el paciente nos comunique y favoreciendo siempre el diálogo; debemos ser conscientes siempre de que el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad frente a nosotros y eso, indiscutiblemente, afectará a la forma en que se enfrente a la situación.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo expuesto anteriormente, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- La comunicación es algo básico en todos los aspectos de la vida.
- En el ámbito sanitario, la comunicación terapéutica es esencial para desarrollar una relación de confianza con el paciente, para poder ofrecerle, de manera más efectiva, los cuidados y el apoyo que necesita.
- La comunicación terapéutica debe estar basada, siempre, en principios éticos.
- Se entiende por comunicación terapéutica aquella que es capaz de desarrollar la confianza necesaria para desempeñar, de la forma más eficaz, nuestras funciones como TCAE.
- Dicha comunicación consta no solo del lenguaje verbal y no verbal sino también y sobre todo, de una eficiente escucha activa de la que los silencios serán también parte fundamental.

-Tendremos siempre en cuenta las peculiaridades de cada paciente, así como la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra. Teniendo en cuenta toda la información recabada a través de los métodos mencionados en el apartado anterior, podemos concluir que la comunicación es básica en todos los aspectos de la vida y especialmente relevante en el ámbito sanitario.

Para desarrollar una buena relación con el paciente y poder brindarle los cuidados necesarios, debemos ser capaces de establecer una relación de confianza y, para conseguirlo, la comunicación terapéutica es el método más eficaz.

6 Bibliografía

1. Naranjo Bermúdez, Isabel C. Ricaurte García, Gloria P.” La comunicación con los pacientes” (2006). www.scielo.org.co.
2. Merayo Pérez, A. “La comunicación con el paciente”. ELSEVIER (2014).
3. “Comunicarse con los pacientes”. www.medlineplus.gov.
4. Instituto Universitario de Pacientes. “Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes” (2019), en www.novartis.es.

Capítulo 194

ESQUIZOFRENIA. HISTORIA Y SUS SINTOMAS

BEATRIZ ANGULO PEINADO

MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ

CRISTINA MORENO MARTINEZ

1 Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, que afecta a las funciones cerebrales, como son los pensamientos, las emociones y la conducta. La persona que lo sufre muestra un lenguaje y pensamientos desordenados, alucinaciones, trastornos afectivos, malas conductas y desvaríos.

Es una enfermedad compleja con el inconveniente de no poder distinguir lo real de lo que no es real. Es un trastorno grave por el que el paciente puede escuchar voces que no están, con el temor de que otras personas les quieren hacer daño.

Tuvo un principio histórico con el nombre de “demencia precoz”, llamado así por Benedict Morel a mediados del siglo XIX. En el año 1898 Emil Kraepelin señaló varios trastornos dentro de la “demencia precoz” como la catatonia y la hebefrenia. Precisamente a causa de la posibilidad de varias combinaciones de síntomas, se ha insinuado que la esquizofrenia no es solo un trastorno, si no varios. Es una enfermedad que se desarrolla en edades muy tempranas, suelen aparecer en adultos jóvenes. De la población, el 1% se ve afectada.

A lo largo del siglo XIX hubo un aumento del ingreso de pacientes en instituciones psiquiátricas (por aquel entonces llamados “manicomios”). El promedio

anual de ingresos paso en 1820 de 31 personas a 182 personas, y el promedio de pacientes aumentó de 57 personas a 143 personas.

Las personas que sufren este trastorno necesitan recibir tratamiento de manera crónica. Se debe detectar y tratar lo antes posible la esquizofrenia para ayudar a los síntomas antes de que puedan causar complicaciones más graves. Esta enfermedad afecta a millones de personas en todo el mundo y afecta sobre todo a adultos jóvenes.

Los primeros casos de personas con esquizofrenia fueron definidos como personas endemoniadas o poseídas por el demonio. En los primeros casos de esquizofrenia, se definía a la persona por endemoniada a causa de las alucinaciones que padecía por la enfermedad y debido a sus comportamientos atípicos que tenían. Las familias de las personas que padecían esta enfermedad llamaban a curas para exorcizarlos.

La definición de locura ha existido desde tiempos antiguos. Las primeras reseñas con síntomas psicóticos apuntan al año 2000 a.C descrito en el “libro de los corazones” parte del antiguo papiro de Ebers. Pero una recién revisión, verificó que, aunque la población general tenía conocimiento de estos trastornos psicóticos, no tenían ningún episodio que fuese semejante a los criterios modernos de la esquizofrenia.

Son insuficientes los datos en la historia de antes del año 1800 de declaraciones de episodios parecidos a la esquizofrenia, pero sí eran habituales las descripciones de conductas irracionales, incoherentes o descontroladas. Se ha elaborado una pequeña conclusión de que las notas en el papiro Ebers del antiguo Egipto pueden significar casos de esquizofrenia, aunque otros estudios no han podido verificar dicho vínculo.

En la literatura médica árabe y en la psicológica de la edad media se apuntaron creencias y conductas raras, psicóticas y parecidas a la esquizofrenia.

Se suelen tener en cuenta los primeros casos de esquizofrenia de la literatura médica y psiquiátrica del pasado, un testimonio minucioso del año 1797, del suceso de James Tilly Matthews, e incluso las descripciones publicadas por Philippe Pinel en el año 1809.

2 Objetivos

Conocer sobre esta enfermedad, los tipos que existen, causas, factores de riesgo y síntomas.

Conocer un poco sobre el tratamiento a seguir.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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.

Utilizamos palabras clave como “esquizofrenia”, “síntomas de la esquizofrenia” o “historia de la esquizofrenia” para averiguar la historia de este trastorno psicológico. con este tipo de investigación nos ayuda a conocer mejor estos trastornos y como tratarlos.

4 Resultados

Los profesionales del área de salud mental que lo investigan creen que la combinación de la genética, la química del cerebro y el ambiente, ayudan al desarrollo de la esquizofrenia. Los antipsicóticos controlan los síntomas de la mejor manera. Otros medicamentos como los antidepresivos y los ansiolíticos también pueden ser útiles, así como con ayuda de un tratamiento psicológico y la colaboración de los propios familiares puede ayudar al paciente .

Cuando el paciente esta diagnosticado, se le efectúan una serie de tratamientos que a veces necesitan hospitalización. La esquizofrenia produce problemas graves que afectan al entorno en todas las circunstancias de la vida. Estas personas necesitaran el tratamiento para toda la vida, aunque los síntomas hayan desaparecido. El principal motivo es que se puedan controlar los signos y síntomas de manera segura y con la menos dosis de medicación posible. El psiquiatra es quien determinara los medicamentos que se pueden utilizar y la dosis a seguir, para obtener los mejores resultados posibles para el paciente.

Observamos diferentes tipos de esquizofrenia:

- Esquizofrenia paranoica: quien la sufre se siente sospechoso, perseguido o con sentimientos de grandeza.
- Esquizofrenia desorganizada: la persona es incomprensible al hablar y al pensar.
- Esquizofrenia catatónica: la persona es silenciosa, negativa y tiene posturas del cuerpo muy extrañas.
- Esquizofrenia residual: la persona no tiene interés por la vida.

- Trastorno esquizoafectivo: la persona tiene los síntomas de la esquizofrenia y de la depresión.

También podemos distinguir varias complicaciones:

- Suicidio, autolisis o ideas suicidas
- Autolesión
- Depresión
- Trastorno de ansiedad o trastornos obsesivo compulsivo
- abuso del consumo de alcohol o drogas
- imposibilidad de trabajar
- aislamiento social
- victimizarse
- problemas económicos y legales
- conducta agresiva

En etapas de crisis puede ser favorable la hospitalización de la persona para asegurarnos una buena alimentación, horas de descanso y una correcta higiene.

5 Discusión-Conclusión

Para identificar la esquizofrenia debemos observar los signos y síntomas de la persona, en la exploración metódica de las vivencias y en cualquier tipo de antecedentes familiares.

La esquizofrenia se trata con medicamentos concretos, llamados neurolépticos o antipsicóticos, que modifican el desequilibrio de los neurotransmisores.

Se diferencian dos tipos de antipsicóticos:

- Los clásicos: o Haloperidol o Tioridazina o Clorpromazina
- Neurolépticos atípicos (son mas recientes y producen menos efectos secundarios) o Clozapina o Risperidona o Olanzapina o Quetiapina o Ziprosidona

No existe una cura exacta para la esquizofrenia. La medicación junto con ayuda de las terapias es importante para la rehabilitación y capacidad personal de la persona enferma. Hay que intentar que la persona se sienta protegida. El tratamiento y la terapia psicosocial benefician el control de esta enfermedad. Algunas veces es inevitable la hospitalización de la persona enferma, sobre todo en crisis agresivas.

Como técnico auxiliar de enfermería debemos acercarnos de una forma individualizada y personal para favorecer la reinserción de la persona a su vida diaria.

Proporcionamos atención y apoyo a este tipo de personas, apoyando a los pacientes a aceptar y coexistir con la enfermedad, a reconocer cuando están en riesgo y darle importancia al seguimiento del tratamiento.

Debemos tener los conocimientos apropiados y renovados para poder hacer frente a este tipo de personas, sobre todos para comprender los tratamientos a la hora de su uso, así como lo que los pacientes necesitan para su cuidado y atención. Se intenta que puedan empezar su recuperación cuando estén en fase de brote o aguda, así como en fase residuales que son las que están mas vigiladas y se puede comenzar el rescate en lo relativo a su autonomía, realización de actividades de su vida diaria y trabajaremos en su reinserción para la realización de las tareas, terapias y para tener la mente ocupada para que la enfermedad les sea más tolerable posible.

6 Bibliografía

- <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/blog/sobre-la-historia-de-la-esquizofrenia/>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
- <https://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>

Capítulo 195

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO

MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ

BEATRIZ ANGULO PEINADO

CRISTINA MORENO MARTINEZ

1 Introducción

La Unidad de Oncología es el espacio destinado a la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer. El cáncer es la enfermedad en la cuál las células de alguna parte del cuerpo se multiplican indevidamente invadiendo los tejidos cercanos, formando así los tumores. También puede originar metástasis, que es la extensión del cáncer a otras zonas orgánicas. Esta enfermedad se puede difundir por vía sanguínea, linfática o por diseminación a otros tejidos. Se desconoce su etiología, aunque algunos de los factores que predisponen al cáncer pueden ser:

- Productos químicos.
- Radiaciones.
- Exposiciones prolongadas al sol.
- Algunos aditivos.
- Dietas incorrectas.
- El tabaco.

Aunque hace falta más de un factor predisponente para que llegue a desarrollarse la enfermedad. Algunas medidas de prevención contra el cáncer son:

- No fumar.
- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Evitar la exposición prolongada al sol.
- Respetar las instrucciones profesionales de seguridad.
- Mantener una dieta sana (frutas, verduras, cereales, fibra...).
- Evitar el exceso de peso.
- Consultar al médico en caso de evolución anormal o trastornos personales.
- Las mujeres, además, pueden hecerse frotis vaginal y revisar los senos regularmente.

Las funciones que tiene el TCAE con el paciente oncológico son:

- Asistenciales.
- Administrativas.
- Rehabilitadoras.
- Acompañamiento en el estado terminal.

1. Funciones asistenciales

- Cuidados básicos.
- Cuidados específicos.
- Cuidados psicológicos.
- Cuidados preoperatorios.
- Cuidados postoperatorios.

2. Funciones administrativas

- Volantes de citaciones.
- Pedidos de material.
- Avisos.
- Facilitar pruebas exploratorias.

3. Funciones rehabilitadoras

- Colaborar en la Educación Sanitaria.
- Ayudar al paciente a superar su disminución funcional.

4. Funciones en el acompañamiento en el estado terminal

- Hablar con el paciente acerca de sus intereses.
- Respetar los deseos y decisiones del paciente.
- Aceptar su necesidad de comunicación e intimidad.

2 Objetivos

1. Conocer la enfermedad del cáncer.
2. Exponer las funciones del TCAE con el paciente oncológico.
3. Averiguar en qué consiste la quimioterapia.

4. Presentar un caso clínico de cáncer de riñón.

3 Caso clínico

Mujer, 50 años, fumadora, consumo de alcohol regularmente, sin antecedentes familiares. Acude al Servicio de Urgencias tras presentar hematuria, fiebre e hipertensión.

Es atendida y tras la exploración se encuentra un bulto en el abdomen.

Se le realiza una Resonancia Magnética y una biopsia de urgencia.

Al obtener los resultados, estos nos indican la presencia de un tumor en el riñón en estado avanzado.

Se procede a intervención urgente en la cuál es extirpado un tumor maligno, además del riñón debido al avanzado estado del cáncer y su complicación.

Una vez dada de alta la paciente, está seguirá con revisiones médicas periódicas y un tratamiento de quimioterapia. Al cuál la paciente tendrá que acudir regularmente al Hospital de Día para realizar dicho tratamiento, el cuál se llevará a cabo mediante la administración de medicamentos citostáticos, los cuales actúan matando las células para evitar la reaparición de un nuevo tumor en el otro riñón o en cualquier otro órgano o parte del cuerpo.

En caso de complicación del riñón sano, la paciente tendría también un tratamiento de diálisis, el cuál consiste en un proceso mediante el cuál la paciente se conectaría a una máquina de diálisis durante varias horas para limpiar la sangre de su cuerpo, trabajo que antes realizaban sus riñones. Esta máquina funciona filtrando la sangre, esta pasa del cuerpo a la máquina, en la máquina se limpia y vuelve a pasar al cuerpo y así sucesivamente hasta estar limpia totalmente. Este procedimiento debe realizarse varias veces por semana. Es importante que la paciente acuda a las revisiones periódicas con el especialista, respete el tratamiento pautado y lleve un estilo de vida saludable, con una dieta adecuada, que no fume, que no consuma alcohol.

4 Discusión-Conclusión

Se ha llegado a la conclusión de que dada la gran mortalidad y el número de casos que presenta esta enfermedad es muy importante que haya una Unidad con unos cuidados específicos para el cáncer. Se ha averiguado que la quimioterapia es el tratamiento más utilizado y el más eficaz contra esta enfermedad. En esta terapia son administrados los medicamentos citostáticos, que evitan la división celular,

aunque tienen muchos efectos secundario, como son: la alopecia, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, anemia, leucopenia, fatiga, complicaciones cardíacas, pulmonares y renales... a pesar de ello, tiene más beneficios que efectos secundarios. Por eso, mejora la calidad de vida del paciente y puede llegar a curar la enfermedad, no por ello conlleva menos riesgo para el paciente y hasta incluso el personal de enfermería y el medio ambiente.

5 Bibliografía

1. WWW.hespanol.com
2. <https://revistamedica.com>
3. Libro Técnicas Básicas de Enfermería/ Editorial Editex.
4. Medline Plus.
5. Focus Medicina.
6. American Cancer Society.

Capítulo 196

EL PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión o también llamadas escaras son lesiones en la piel que resultan de una presión prolongada ya que existe una disminución de sangre en esa área. En la mayoría de los casos estas se manifiestan en la piel que recubre partes óseas como caderas, tobillos...

Las personas que sufren mayor riesgo de tenerlas son aquellas que tienen poca capacidad de cambiar de posición por inmovilidad (ya que se encuentran la mayoría de las veces en cama o silla), la incontinencia ya que tener la piel sometida a la humedad nos puede producir úlcera, la deshidratación y mal nutrición o problemas médicos que afectan al flujo, sanguíneo como la diabetes. Estas áreas pueden empeorar con el rozamiento como por ejemplo con las propias sábanas. Las úlceras pueden aparecer ya sea en horas o días. Los signos más comunes son cambios de color y textura, área sensible, hinchazón... La gran mayoría curan con el tratamiento pero algunas nunca llegan a curarse y ponen en riesgo la vida del paciente. Si se nota que existe algún síntoma de los anteriores debemos de cambiar de posición y utilizar todas las recomendaciones que nos indique el personal sanitario. En caso que no mejore se recomienda llamar al médico ya que puede dar fiebre, secreción, mal olor...

2 Objetivos

- Explicar a los pacientes cuales son las medidas a seguir para la prevención de úlceras
- Explicar que hacer cuando se encuentra ante la situación en la que la úlcera no mejora

3 Metodología

Para proyectar este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda mediante una revisión y una búsqueda en artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas como Medline, Cáncer org... También he tratado con úlceras en mi vida laboral. Esto quiere decir que la información está basada en una exhaustiva búsqueda en paginas adecuadas y bien redactadas además de artículos de gran interés científico.

4 Resultados

Para que el técnico auxiliar de enfermería y todo el personal sanitario pueda prevenir estas úlceras debemos de tener en cuenta que mantendremos de prestar atención a diferentes signos como puede ser la piel agrietada, ampollada, manchas de color amarillo en ropa, puntos de presión que están doloridos, sensibles y rojos.

Tanto el paciente como el tace debe de realizar diferentes técnicas para que no se presenten las úlceras. Por ello recomiendan:

- Mantener la piel limpia y seca además de protegerla con cremas que protejan la piel de roces y humedad. Registrar el estado de la piel diariamente por si existe algún cambio importante. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados como el linovera.
- Realizar cambio de posición para aliviar la presión sobre las zonas de riesgo además del uso del colchón anti escaras si fuera posible. En cuanto a los cambio de posición se recomienda el uso de almohadas para la comodidad del paciente. Estos cambios posicionales se deben de realizar cada 2 h si esta en cama.
- Evitar la humedad por el contacto de incontinencias, sudoración, exudados etc y asear al paciente siempre que sea necesario igual que su cambio de pañal.
- Inducir una buena alimentación e hidratación en el paciente.

En algunos casos nos encontramos con que el paciente no se encuentra en la mejor situación en ese momento debemos de acudir a la atención médica. Por lo

dicho anteriormente entendemos que debemos de llamar al médico si vemos un área de presión enrojecida y dolorosa, piel agrietada y ampollada, si la ulcera se hace grande o si huele ya que estos síntomas no indican que algo no va bien y que la ulcera esta empeorando por lo tanto puede derivar a un problema mayor que el facultativo intentara abordar.

5 Discusión-Conclusión

La función del TCAE en muchos casos que se nos plantean en muchas situaciones es muy importante en estos casos ya que dentro del equipo de profesionales sanitarios y todas las unidades que lo forman son capaces de visualizar y saber reaccionar ante una posible ulcera o comienzo de esta.

Sobre todo el TCAE suele ser la primera persona en darse cuenta ya que pasa mucho tiempo con el paciente y en casos como aseo, la hidratación y el cambio de pañal hace que el TCAE sea quien vea cambios en la piel del paciente y pueda alertar de ello para prevenirlo como los métodos indicados.

6 Bibliografía

- 1- <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
- 2- <https://www.murciasalud.es/preevid/22834>
- 3- <https://www.bb Braun.es/es/productos-y-terapias/cuidado-de-las-heridas/prevencion-ulceras-por-presion.html>

Capítulo 197

FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES

ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ

1 Introducción

El concepto de paciente terminal aparece al cuidado a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se disperso a otras enfermedades que comparten algunas propiedades semejantes. Es un término que hace mención a una situación del paciente.

Según la de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses) es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

El cuidado al paciente terminal tiene como objetivo controlar los síntomas. Estos se realizan mediante tratamientos tanto medicinales como psicológicos ya que la enfermedad altera funciones como puede ser laborales, social, económico...) cuando algún paciente se encuentra en una situación terminal existe un equipo médico especializado con grupos profesionales (médicos, enfermeros, TCAE, terapeutas...) para una atención médica que apoyan al paciente y a sus seres queridos. Este personal médico estará a su disposición las 24h del día para lo que necesite.

Los cuidados para enfermos terminales pueden ser recibidos en varios lugares pero por lo general se realizaran en casa. Otros centros podrían ser en un centro de enfermería, centro especializado en enfermos terminales, hospital...

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia y el papel del TCAE en el cuidado de pacientes terminales

3 Metodología

Para realizar este trabajo sobre el paciente terminal se ha llevado a cabo mediante una búsqueda exhaustiva en libros de lectura como es “el paciente terminal y sus vivencias” de Ángel Cornago Sanchez. Y también consultando artículos de gran calidad como puede ser Medline.

4 Resultados

Comprender y comunicarse con un paciente terminal es clave para alegrar el día del paciente. Los profesionales sanitarios son un medio indispensable para estos pacientes y sus acompañantes.

Respecto a las funciones del técnico auxiliar de enfermería en situaciones con los pacientes terminales y sus acompañantes debe de:

- El TCAE debe de realizar el aseo, normalmente el paciente en estado terminal permanece encamado. Realizando el aseo en sentido correcto empezando por la cara y acabando en los genitales, además de una adecuada hidratación. También mantendremos la comodidad y la intimidad en todo momento.
- En TCAE alimentare al paciente según el grado de terminal en el que se encuentre ofreciendo poca cantidad y mucha hidratación ya que es muy importante. También tenemos que tener en cuenta que debemos de evitar olores fuertes y evitar la aspiración colocando al paciente en posición de fowler 90° para evitar el vomito o una bronco aspiración indeseada. debemos de tener en cuenta una buena higiene bucal
- El TCAE se encargara de la eliminación de los desechos ya sean orina, heces , vómitos... estos se eliminaran en cuanto sea necesario y si no fuera necesario se realizara igual a x horas del día para que este cómodo y fresco.

- El TACE realizara los cambio posturales oportunos para mejorar el descanso y así que no se produzcan ulceras por presión lo que le ocasionaría al paciente más dolor.
- El TCAE debe de asegurarse que el paciente recibe los tratamientos medicinales pautados por el médico, en los días y horas pautadas.
- El TCAE esta para ayudar y dar apoyo moral a las personas terminales además de a sus familiares e indicar a donde pueden acudir si necesitan ayuda profesional.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE unido con el personal de Enfermería y más profesionales sanitarios se unen en equipo para que el paciente terminal este en un entorno cómodo y ameno para lograr su bienestar en sus últimos instantes de su vida ya sea de manera emocional como física reconociendo e interpretando cualquier cambio para poder ayudarlo y mejorar su bienestar.

Asimismo, estos profesionales tienen que poseer cualidades y capacidades para afrontar esta situación ya que son los que van a pasar tiempo con el paciente pero también con la familia vigilando sus emociones y estados de ánimo así como estar apoyándolos en los peores momentos.

6 Bibliografía

- 1- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008
- 2-<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>

Capítulo 198

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA. LOS CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL TRAS EL NACIMIENTO.

CRISTINA MORENO MARTINEZ

MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ

BEATRIZ ANGULO PEINADO

1 Introducción

El cordón umbilical es el canal que une al bebe con su madre a lo largo del embarazo, donde se encuentra ubicado en el ombligo del bebe y la placenta de la madre. De este canal podemos encontrar vasos sanguíneos y una vena, la cual se llama la circulación neonatal. Su función principal, es enlazar el feto con la placenta obteniendo el alimento junto con la sangre oxigenada. Tiene una dimensión de 50-56 cm y es de forma helicoidal. Una vez se produce el nacimiento del bebe, se inicia el cuidado del cordón umbilical, donde se pinza el cordón y se hace un corte de este. En este mismo momento se desunen al bebe de su madre. El muñón (tejido desvitalizado) es muy fácil que proliferen bacterias como es la *S.Aureus* llegando a infectarse, lo que llamaríamos onfalitis.

Las muertes neonatales en todo el mundo solo hay un 30% de las cuales son infecciones por cordón umbilical. En países con buena atención pediátrica varía entre 0,1-2%.

Este muñón debe de secarse, momificar (de ahí el color negro) y caer en un intervalo de 10-15 días aunque hay niños que a los 4-5 días se les ha caído por completo. La cura siempre debe ser seca.

2 Objetivos

Conocer los cuidados estándar del cordón umbilical, su cicatrizado, caída de este sin complicaciones y cura.

3 Metodología

Se ha buscado información sobre el tema de estudio, en libros (cuidados del bebe), web de ciencia sanitaria: Cuiden Plus, Cochrane Plus (Cochrane Library) y MEDLINE. Se seleccionaron los siguientes términos: onfalitis, cordón umbilical, cordón umbilical y cura, cordón umbilical.

4 Resultados

Los cuidados del cordón umbilical tienen una gran importancia, ya que una buena limpieza nos puede evitar muchas complicaciones para él bebe.

Existen varias curas:

1. Cura seca: Es la más habitual y la más eficaz a infecciones. Solo es lavar con agua y jabón, y después secarlo con una gasa limpia, en cada cambio de pañal; para que así el muñón este seco.
2. Cura con mercromina: Esta cura actualmente está desaconsejada por lo toxica que es.
3. Cura con clorhexidina: Es un antiséptico muy eficaz y seguro. Dentro de esta variable existe el alcohol de 70 grados, que menos efectivo que la clorhexidina, porque tarda más en secar, pero esta más alcance de venta.
4. Cura con povidona yodada: Este tipo de cura esta desaconsejada como antiséptico.

Los padres se les debe informar acerca de sus cuidados, como hacerlo ya que en una o dos semanas se debe haber caído de forma natural.

Hace años se han recomendado muchos productos para cuidado del cordón umbilical, pero hoy en día lo mas recomendable es la cura seca, que es con agua y jabón neutro y secar con una gasa estéril. También es cierto que en el hospital te

dan alcohol de 70% para que cicatrice y se seque el cordón umbilical así también prevenir de infecciones.

En cada cambio de pañal es recomendable hacerle el aseo y comprobar el estado de la gasa.

Si se observa cualquiera de estos anomalías debemos acudir a un hospital:

- Inflamación o color rojizo en la zona del cordón.
- Secreción amarilla o maloliente alrededor del cordón umbilical.
- Sangrado abundante.
- Retraso de mas de 20 días en la caída del cordón.
- Observar que no haya ampollas, inflamación, color rojizo, alta temperatura, secreciones o mal olor en el cordón umbilical o en su alrededor.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en este servicio es fundamental ya que les damos consejos sobre los cuidados del cordón umbilical y ayudamos en la primera cura del bebe antes de irse con sus padres a su domicilio. También es importante que el personal sanitario tenga conocimientos para enseñar a los padres en el cuidado del recién nacido, y hacerle la angustia mas llevadera al ser padres primerizos sobre todo. Como personal sanitario debemos incidir en la importancia del cuidado del cordón umbilical, ya que durante los primeros días antes de la caída de este, hay varios riesgos a tener en cuenta, como son infecciones que pueden ir a mas.

6 Bibliografía

1. <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidados-cordon-umbilical>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001926.htm>
3. <https://www.hospitalmanises.es/blog/cordon-umbilical/>

Capítulo 199

INFORMATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

LUCÍA CASAS ORTUNO

PILAR ORTUNO FERNANDEZ

CELIA CHACÓN ORTUNO

ELIZA ZOTIC

1 Introducción

La informatización del Sistema Nacional de Salud Pública es el conjunto de técnicas, métodos y actividades destinadas al uso de la información en salud. Comprenderá información sobre el estado de la población, el conocimiento de las ciencias de la salud y para la toma de decisiones, epidemiologías y estrategias.

En un modelo sanitario el paciente se situará en el eje del sistema, teniendo mas valor los criterios de calidad y la excelencia de los servicios prestados.

En la actualidad se han desarrollado miles de proyectos orientados a la gestión de pacientes, así como a mejorar la atención médica, mejorar la eficacia del uso del personal, disminuir costos, aumentar la calidad de los servicios...

Los objetivos de la informatización serán:

Facilitar la administración y el acceso a los datos de los pacientes del SNS.

Evaluación de resultados y gerencia a niveles de dirección.

Garantizar seguridad y confidencialidad de los datos.

Para instaurar la informatización se llevaron a cabo un grupo de estrategias de trabajo:

- Será una estrategia prioritaria del SNS.
- La informatización debe distribuirse con las tecnologías y estándares de calidad, adecuándose a condiciones particulares.
- El avance de la informática será una actividad básica para la formación de recursos humanos.
- La seguridad informática serán requisitos imprescindibles para los usuarios.

2 Objetivos

Los objetivos de la informatización serán:

- * Fomentar la participación del ciudadano en la toma de decisiones
- * Garantizar la confidencialidad de la información
- * Ofrecer servicios de calidad y accesibilidad
- * Dimensionar la oferta en función de los servicios demandados

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica y una búsqueda de documentación durante el mes de septiembre del 2022 en las siguientes bases de datos: Scielo, Cuiden, Medline, Pubmed seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Así como también hemos consultado distintas páginas de internet recopilando información donde el tema principal era la documentación sanitaria, su informatización y la mejora del sistema de salud

4 Resultados

La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Cualquier paciente tendrá derecho a que quede grabada la información obtenida en todos sus procesos sanitarios.

La Historia Clínica permite a los profesionales contar con los datos del paciente, de sus enfermedades, de sus intervenciones realizadas, de sus tratamientos prescritos, etc., ofreciendo así una asistencia de calidad.

– Los documentos que se agrupan en la historia clínica estarán agrupados en un mismo espacio digital, permitiendo al facultativo un acceso rápido a la información.

Existen distintos tipos de historia clínica. Según el centro en el que se presta la asistencia están la HC hospitalaria y la HC de Atención Primaria.

El uso de medios informáticos para la elaboración y gestión de la historia clínica en nuestro país es cada vez más común. El proyecto de informatización de los nuevos hospitales se basa en planteamientos estratégicos, teniendo las siguientes características:

- * El ciudadano será el núcleo de la actividad asistencial y podrá disponer de su propia información.

- * La historia clínica electrónica única, facilitará el acceso al ciudadano a los recursos y a la asistencia sanitaria.

- * Sistema de información flexible que permita la adaptación al entorno sanitario actual.

- * Mas eficiencia del Sistema Sanitario a través de la gestión.

Todos estos planteamientos se unen con las bases tecnológicas establecidas ayudando a los sistemas, siendo las principales:

- Centralización de información distribuida en diferentes sistemas.
- Integración de sistemas orientada a la Historia Clínica Electrónica Única por paciente.
- Homogeneización de aplicaciones por niveles asistenciales para los usuarios.
- Estándares tecnológicos orientados a una gestión mas eficaz de recursos, respuestas mas rápidas al ciudadano y al profesional.

5 Discusión-Conclusión

La implantación de los sistemas sanitarios en los distintos centros sanitarios ha facilitado y mejorado la calidad asistencial, compartiendo la información de los pacientes entre los distintos grupos sanitarios.

Los profesionales sanitarios tenemos un papel esencial en la educación de nuestros pacientes. El ordenador ha transformado la relación médico-paciente, ahora es mas fácil inculcar hábitos saludables a la población, controlar a los pacientes crónicos y brindar una asistencia de calidad.

6 Bibliografía

1.Víctor Pelegrín Hernando

Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XV. Número 23 <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic00.htm>

2.Informe SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. SEIS. Sociedad Española de Informática de la Salud. Pamplona 2003

3.LA INFORMÁTICA Y LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA. Autor: Miguel Angel Ruiz Cano

Nº de páginas: 71Tamaño Última actualización: 25/12/2017.

Capítulo 200

EL ASMA INFANTIL LA TAREA DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)

ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ

1 Introducción

El asma es una enfermedad pulmonar crónica, esto nos indica que es de largo plazo. Esta enfermedad es una enfermedad que afecta a las vías aéreas, dando lugar a una restricción en el flujo aéreo ya que las vías sufren una inflamación y se comprime.

En cuanto al asma infantil este suele iniciarse en las primeras horas de vida y a lo largo de sus primeros años si es así debemos de llevar al niño al médico en cuanto tengamos alguna sospecha ya que el tratamiento anticipado ayudara a impedir ataques de asma. Muchos de estos casos desaparecen en cuanto el niño llega a la pubertad, en cambio existen muchos otros que siguen con asma o se les agrava más.

Existen diversos factores que provocan el riesgo de asma infantil ya sea hereditario, infecciones en vías respiratorias, factores como la contaminación o la más común como es las alergias. Además de estos factores podemos incluir otros más que hacen que aumente la posibilidad de desarrollarlo como puede ser la obesidad o vivir en zonas de gran contaminación.

El asma suele causar sibilancias, tos que se agrava cuando el niño tiene una infección, está dormido o mediante el ejercicio físico además de una opresión en el pecho. Cuando estos síntomas son mas deficientes que lo habitual, se entiende como ataque de asma o crisis asmática en este caso debemos de acudir a atención

de emergencia. El niño debe de hacer tanto trabajo para respirar que el abdomen se entierra de las costillas cuando inhala.

En la clínica mediante pruebas en el área de neumología se comprobaba como se encuentra el paciente y que tratamiento le corresponde. En caso de tratar con niños nos dirigiremos a los padres o tutor para indicarles todas las precauciones que deben de tomar en cuanto a las alergias que deriva el asma y como deben de actuar ya acudiendo al centro médico o proporcionando la medicina adecuada.

2 Objetivos

- Indicar a los padres o tutores de los niños que es y cómo deben de actuar y tratar la enfermedad.
- Explicar y tranquilizar al niño en la consulta explicándole de manera sencilla y delicada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 caso de que el niño sea asmático los padres o el tutor del niño debe de estar informado de las causas y los síntomas que puede derivar a un ataque de asma. Además debe de tener en cuenta las revisiones que tiene a lo largo de su vida con el médico para tener un seguimiento de la enfermedad.

Los profesionales sanitarios y la atención de los padres en el buen seguimiento de la enfermedad de su hijo son claves para una buena salud a lo largo de su vida sin complicaciones. En el médico de cabecera o el propio especialista se hacen recomendaciones tanto en la primera consulta como las urgencias o su visita anual.

El técnico auxiliar de enfermería (TCAE) se encarga de dar unas indicaciones muy importantes para tener bajo control el asma infantil.

- El TCAE nos explicara con detalle y paso a paso las instrucciones escritas del médico sobre qué medicamentos tomar y cuándo, cómo evitar los desencadenantes, qué hacer entre un ataque, cómo reconocerlos y controlarlos
- El TCAE nos indicara como deben de ingerirse y las dosis necesarias de los medicamentos recetados por el médico. Algunos, son medicamentos que se toman todos los días (medicamentos de control a largo plazo) y otros se utilizan solo durante un ataque para ayudar a abrir las vías respiratorias (medicamentos de alivio rápido). Existen diferentes formas de administrarse ya sea con un nebulizador o un inhalador, como una píldora o un líquido
- El TCAE comunicara que deben de identificar y evitar los desencadenantes del asma. Como indicamos antes los más comunes con alérgenos como el polen y las infecciones entre otros. En consulta realizaremos pruebas médicas de alergias.
- El TCAE debe de indicar que los padres o tutores deben de vacunar a su hijo de la vacuna de la gripe todos los años.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión cabe destacar que el papel de TCAE es importante en todas las unidades sanitarias. Ya que tienen una atención al paciente personalizada donde explica con detalle el procedimiento que deben de seguir.

El asma infantil con el tratamiento apropiado, hace que la mayoría de los niños con asma puedan llevar una vida normal. Cuando el asma no está bien controlada, puede llevar a problemas de deportes, ausentismo escolar, visitas al consultorio. Es de vital importancia que las familias colaboren con la enfermedad de su hijo para desarrollar un plan con el fin de brindarle cuidados al niño con asma.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000990.htm>
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-asthma/symptoms-causes/syc-20351507>
3. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/pediatria-infancia/asma-infantil.html>

Capítulo 201

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN NEONATO PREMATURO

M^a ISABEL TARAVILLA MONTERO

MARIBEL STUART LEON

MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN

MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO

ANTONIO GARCÍA POZO

1 Introducción

Un bebé prematuro (TN) es un niño que nace antes de 37 semanas de gestación y 32 semanas en el caso de bebés muy prematuros. Los bebés prematuros pesan menos de 2.500 g e incluso 1.500 g. en un caso muy temprano. Su piel es muy fina, brillante, rosada o roja, lo que permite visualizar las crestas. Tejido adiposo fino, con poco pelo en la cabeza, aunque puede haber pelo más suave en el cuerpo, lanugo. El llanto y su tensión muscular son muy débiles. Sus genitales son pequeños y subdesarrollados, sus testículos no están en el escroto y sus labios más grandes no cubren toda la vulva. Debido a que todos los órganos internos están inmaduros, los bebés prematuros tendrán

algunos problemas respiratorios, cardiovasculares, del sistema hematopoyético, del metabolismo, etc. Hay muchos estudios que han confirmado que en la etapa posterior, hay niños en riesgo de comparar, capacitación e integración social. Inicialmente, estos cambios fueron el resultado de su inmadura en el cerebro y la patología, que representaban durante la estadía (cuidado de los bebés separados), pero había más y más confianza. Esa agresión continua, el cerebro y la sociedad solteros no son compatibles con el desarrollo del desarrollo El cerebro será responsable de la mayoría de estos continúa y evitar estas consecuencias, es el problema y la responsabilidad de las enfermeras en UCUC. Hay una gran diferencia entre el ambiente en el útero (donde el feto se balancea suavemente en líquido amniótico tibio, aislado de infecciones y bien protegido de la luz y el sonido intensos) y el ambiente en el que nace el bebé prematuro en la unidad de cuidados intensivos. . cerebro joven, que normalmente completa la maduración en el útero para madurar adecuadamente:

- El feto en el útero se anida en una posición encorvada, con ambas manos llegando a la línea media cerca de la boca.
- El proceso de circulación de la sangre hacia el útero se realiza con música relajante, acompañada del sonido del corazón de la madre. Conociendo las enormes diferencias entre la unidad de cuidados intensivos y el útero de la madre, entendemos por qué el bebé inmaduro críticamente enfermo puede no responder adecuadamente a estas diferencias.

2 Objetivos

- Indicar las necesidades de la embarazada durante el parto y postparto y cómo realizar los cuidados dirigidos a cubrir esas necesidades.
- Indicar las necesidades del recién nacido y cómo realizar los cuidados dirigidos a cubrir esas necesidades.

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

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 cardíaca 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 36,5° 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.

5 Discusión-Conclusión

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 bebé 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 bebé 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", individualizando 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. 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.

6 Bibliografía

1. [https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato#:~:text=Un%20neonato%20\(del%20lat%C3%ADn%20neo,por%20parto%20o%20por%20ces%C3%A1rea.](https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato#:~:text=Un%20neonato%20(del%20lat%C3%ADn%20neo,por%20parto%20o%20por%20ces%C3%A1rea.)
2. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
3. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/reci%C3%A9n-nacido-prematuro>

Capítulo 202

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS

MARIBEL STUART LEON

MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN

MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO

ANTONIO GARCÍA POZO

M^a ISABEL TARAVILLA MONTERO

1 Introducción

La diálisis es un método de limpieza de la sangre para eliminar líquidos y desechos del cuerpo cuando los riñones no pueden funcionar debido a una insuficiencia renal. Permite corregir el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base cuando los mecanismos fisiológicos son insuficientes para evitar la acumulación de toxinas en la sangre.

(urea, ácido úrico, creatinina, etc.). Existen dos tipos de diálisis, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, nos centraremos en la hemodiálisis, donde la presencia de una máquina auxiliar juega un papel importante tanto en el trabajo como en la psicología. En la hemodiálisis es necesario extraer sangre del cuerpo para

limpiarlo, para ello necesitamos un lugar, un lugar que nos permita llegar. Este sitio o punto de localización se denomina acceso vascular. Estos derechos de acceso pueden ser:

- Acceso vascular externo -> Fístula arterial externa (F.A.V.E)
- Acceso intravascular -> Fístula de arteria interna (F.A.V.I)
- Catéteres vasculares

Luego, la sangre filtrada se devuelve a la circulación del paciente mediante un detector de burbujas. Durante este proceso, se agrega un anticoagulante.

(heparina) en la sangre secretada para ayudarla a circular a través del filtro. Una máquina de diálisis es un sistema que contiene una membrana semipermeable para separar el líquido osmótico de la sangre sin mezclarla. Debe ser sellado, duradero y, por supuesto, estéril. Las máquinas de diálisis vienen en todas las formas, tamaños y tamaños. Han evolucionado con el tiempo en cuanto a materiales de construcción, volúmenes, dimensiones, etc. Actualmente, existen dos tipos de máquinas de diálisis:

- Fibra hueca o fibra capilar -> Tiene dos compartimentos separados separados por una membrana. Tiene forma tubular. El diafragma tiene forma cilíndrica y tiene unos milímetros de diámetro, lo que permite atrapar la sangre y expulsar las toxinas a través de los poros.
 - Placas -> De forma rectangular, la sangre se distribuye en parches, limitando las membranas con sus poros.
- Un monitor de diálisis es lo que conocemos como aparato, es un aparato electrónico más o menos complicado que permite junto con un filtro o filtro y otros tubos, agujas, pinzas,... realizar la hemodiálisis.

2 Objetivos

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. Preparar el equipo para hemodiálisis. En primer lugar, debe comenzar por preparar el entorno de trabajo, encontrar los documentos necesarios y conocer a los empleados involucrados. El auxiliar de enfermería se asegurará de que el monitor y los suministros necesarios estén listos (filtros, mangueras, bicarbonato, etc.). Será el responsable de encender el monitor de diálisis y asegurarse de que el grifo esté en la posición correcta para que se pueda preparar la solución de diálisis y finalmente entregar el líquido del baño de diálisis (bicarbonato, ácido) al monitor. Una vez hecho esto, el asistente verifica que las pruebas se hayan realizado correctamente y que la máquina siga produciendo líquido de diálisis. Si el monitor detecta un error durante la prueba, el asistente debe corregir el error y proporcionar otro error en reserva para el dispositivo. dos. Procedimiento de conexión

El auxiliar de enfermería es el encargado de preparar la silla o cama del paciente en función de sus características y organización, ya que algunos hospitales periféricos sólo disponen de camas. Se pesará al paciente y se registrará el peso exacto, que es un aspecto muy importante. Si es posible, pese siempre al paciente con la misma ropa y calzado. Si está en una silla de ruedas, debe pesarla por separado y restarla de su peso corporal total, ya que es importante que coincida con su peso real con la mayor precisión posible para planificar su diálisis. Conecte al paciente al dispositivo. una. Cavidad arterial

Los materiales necesarios serán: un paño estéril, gasas, guantes, una jeringa de 10 ml, un desinfectante, un compresor, aguja de hemodiálisis y cinta adhesiva. Todos deben ser estériles. Para conectar la fístula, la enfermera inserta dos agujas, una de las cuales actuará como la arteria a través de la cual se extraerá la sangre del paciente y la otra como la vena de la que el paciente recibirá la sangre de diálisis. Ambas agujas deben apuntar siempre en direcciones opuestas ya una distancia media entre cuatro dedos para asegurar que no haya recirculación. El vaso sanguíneo se compone de diferentes partes. Conexión a arteria, entrada de solución salina, cuerpo de bomba, trampa de burbujas arterial y detector de presión arterial, finalmente conexión a máquina de diálisis. La línea venosa incluye el conector de diálisis, la trampa del globo venoso, el transductor de presión venosa, la abrazadera venosa y el conector venoso del paciente. La línea arterial es roja y la línea venosa es azul. Tanto la cadena como el filtro y la aguja son estériles y están diseñados para su uso exclusivo. dos. Conecte al paciente al catéter. El material necesario será: servilletas estériles, gasas, jeringas, heparina (para la

extracción ayer), guantes estériles, clorhexidina, suero fisiológico y mascarilla. (uno para el paciente y otro para la enfermera). Para conectar el catéter, se quitaron los tapones protectores del catéter, se quitó la heparina durante la diálisis final y se enjuagaron ambos tubos con solución salina. Por lo general, el catéter tiene una luz roja para la arteria y una luz verde para la vena. Después de preparar la entrada vascular, ya sea un catéter urinario o una fistula, la enfermera comienza a conectar al paciente en diálisis. Al finalizar el procedimiento, la enfermera desconectará al paciente, el auxiliar guiará al paciente para que gane peso tras asegurarse de que el proceso de diálisis se ha realizado correctamente y que el paciente se encuentra sano. El peso será registrado e informado a la enfermera responsable del paciente. La hemodiálisis suele requerir tres sesiones por semana de 3 a 6 horas. Cada unidad de diálisis tiene sus propios procedimientos operativos del auxiliar de enfermería que marcan los pasos a seguir ante una determinada técnica o situación. Todo el personal médico debe conocerlos para garantizar la regularidad y el orden en el trabajo del equipo. Las manos deben lavarse a fondo después de manipular y/o cuidar a un paciente. El servicio de diálisis es un servicio donde se puede preferir un auxiliar con funciones únicamente de limpieza y mantenimiento, sin embargo, para trabajar en este servicio, el auxiliar debe tener conocimientos especiales para trabajar con enfermeras y médicos. Este conocimiento permitirá al asistente detectar una situación inusual en cualquier momento. Buscamos el trabajo en equipo, creando una secuencia correlativa de actividades que asegure que no falte un solo eslabón que pueda romper el proceso. Además, el asistente debe monitorear los cambios patológicos en el sistema genitourinario, que muchas veces se pasan por alto o pasan desapercibidos y afectan la calidad de vida del paciente, especialmente en los ancianos. Es importante conocer y respetar los riesgos y síntomas de este tipo de cambios que, si se diagnostican a tiempo, pueden conducir a un tratamiento inmediato. El auxiliar de enfermería debe ser consciente de las consecuencias de la enfermedad renal en el paciente. Conozca las principales condiciones y cuidados que necesitan los pacientes renales. Los pacientes de diálisis dependen de este tratamiento, al igual que los trabajadores sanitarios, que en ocasiones intentan pagar el precio de la inestabilidad que les genera esta nueva situación. Las enfermeras juegan un papel muy importante en la atención primaria de estos pacientes. Hay que enseñarles a comer, enseñarles a limpiar, porque este es un aspecto muy importante no solo de la higiene física sino también de la higiene bucal, el seguimiento de la temperatura corporal para saber el riesgo de infecciones y otras secreciones, como así como el de ellos. Consistencia. Control de entrada y salida de fluidos (con especial énfasis en líquidos pesados)

5 Discusión-Conclusión

La enfermera juega un papel muy importante para estos pacientes y sus familias ya que son los mediadores directos entre la enfermedad y el paciente. Estos pacientes son únicos no por su patología, sino por su naturaleza crónica y por la novedad y el papel cambiante de la hemodiálisis en sus vidas. Recuerde que aunque esté bajo control renal y sea consultado con un análisis previo, el inicio implica la influencia provocando que cambie su comportamiento, forma de pensar, funcionamiento e incluso comportamiento, dando lugar a mecanismos de defensa, como el rechazo, la negación y la depresión. Podemos ayudar a los pacientes a seguir las instrucciones que necesitan para realizar los cambios que ocurrirán como resultado de su enfermedad. Es importante que los pacientes, sus familias y el personal médico reciban apoyo regular de especialistas, especialmente psicólogos. Este apoyo es importante para el paciente y su familia en el enfrentamiento del nuevo estilo de vida, así como para el personal de apoyo, que además de su función, debe cuidar la salud del paciente y comprender a cada uno de ellos individualmente. En definitiva, con el objetivo de conseguir: conseguir que todos los pacientes cooperen en la adherencia al tratamiento y mejoren su autoestima y una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

- Giuseppe Russollillo. Guías didácticas para pacientes dializados y trasplantes de riñón. Fundación ONCE y ALCER. 1999.
- Lola Andreu Preriz. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Editorial Masson 2001.
- John T. Daugirdas, Todd S. Ing. Manual de diálisis. Ed. Masson 1996.

Capítulo 203

LA COMUNICACIÓN ENTRE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL PACIENTE

MARIA LOPEZ DE LERMA GALAN

MARIA ANGELES LOPEZ TAMAYO

ANTONIO GARCÍA POZO

M^a ISABEL TARAVILLA MONTERO

MARIBEL STUART LEON

1 Introducción

La comunicación terapéutica es un enfoque que surge de forma reciente en el contexto sanitario, basado en un trato humanizado al paciente y caracterizado por el adecuado uso de las palabras, las expresiones verbales del sanitario, la prosodia, el tono de la voz, la cercanía o el desarrollo de explicaciones simples y comprensibles. También la postura, mirada o la gestualidad son elementos que forman parte de la comunicación terapéutica (Belda, 2012; Allen, 2014).

En este sentido, otorgar información clara, comprensible y suficiente, es una de las bases del proceso asistencial en el ámbito hospitalario. Por ello, la información aportada debe ser, asimismo, adaptada a la edad, capacidad intelectual y nivel sociocultural del interesado, quien además podrá solicitar no ser informado, decisión que el facultativo o el personal sanitario que le atiende debe de respetar

(García-Millán, 2009).

La calidad de la información se hace especialmente relevante cuando, además, nos encontramos ante un procedimiento quirúrgico. Una cirugía es un proceso complejo que provoca temor y ansiedad en la totalidad de pacientes que se enfrentan a un proceso de este tipo. Por ello, el TCAE será una figura fundamental en esta etapa, pues estará en contacto permanente con el paciente, abordando sus temores y clarificando la situación (Borgani y Cerminara, 2003; ChirvechesPérez et al., 2006)

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de una buena comunicación entre el técnico de cuidados auxiliares de enfermería y el 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

1. Calidad de la información en un contexto preoperatorio:

Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra que ante -un proceso quirúrgico- el paciente va a pasar por varias etapas que le afectarán a nivel psicológico y emocional. Por ello, la visita preoperatoria será fundamental de cara a abordar los temores que puedan surgir. De este modo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tendrá unas funciones básicas a desempeñar, tanto el día previo como momentos antes de la cirugía, ya que podrán tranquilizar al paciente, darle información clara y sencilla, descripciones reducidas sobre el proceso a realizar, trasladar las dudas del paciente a otros sanitarios y complementar dichas explicaciones en caso de ser preciso. Gracias a esta intervención básica realizada por el TCAE, el nivel de ansiedad en los minutos previos a una operación se ve reducida en el paciente en comparación a situaciones donde este apoyo no se lleva a cabo. Por otro lado, información técnica también debe recabada

por parte del personal sanitario en momentos previos a la cirugía, colaborando el TCAE en dicha tarea: confirmar de forma verbal la identidad de la persona, corroborando su patología y zona a operar. Asimismo, la preparación previa del paciente, que también será llevada a cabo por el TCAE, será esencial de cara a evitar infecciones de sitio quirúrgico.

2. Análisis de otros factores que afectan a la calidad de la información:

Se encuentra que la percepción de los pacientes, acerca de la calidad de la información recibida por parte del TCAE y otro personal sanitario, depende del contexto concreto a explorar. Por un lado, en procesos quirúrgicos, no se cumplen las expectativas de los pacientes a la hora de recibir información sobre el mismo, especialmente en relación con la anestesia. En este sentido, se debe tener en cuenta que el grado de información solicitado va a depender de varias características propias de la persona, si bien – a nivel general – se encuentra que las demandas que más verbalizan los pacientes son las referidas a los procesos anestésicos, posibles complicaciones, cuidados postoperatorios y otros temores personales; dudas que no parecen ser respondidas de forma clara por parte del TCAE y resto de sanitarios.

Por otro lado, en otros procesos rutinarios a nivel de hospitalización, los pacientes refieren falta de información clara acerca de los cuidados que se les van a realizar y falta de trato humanizado por parte del TCAE (no llamarles por el nombre ni presentarse por el propio). Sin embargo, la mayoría afirman que, aunque la información facilitada en ocasiones es poco clara y demasiado técnica, suele ser suficiente.

3. Efectos de la comunicación terapéutica:

Tras analizar los artículos seleccionados, se halla que el auxiliar de enfermería (TCAE) no solo aporta cuidados al enfermo, sino también apoyo y estabilidad emocional a partir de la aplicación de la comunicación terapéutica. Así, el TCAE deberá disponer de determinadas capacidades, tales como la compasión, simpatía o empatía, que le permitirán abordar situaciones en las que el paciente se encuentre experimentando ansiedad o temor.

Por otro lado, se detecta que la comunicación terapéutica va directamente ligada a la escucha activa y efectiva, que promueve grandes beneficios a corto y largo plazo, ayuda a la estabilidad emocional del paciente e interviene directamente sobre las preocupaciones de este, apaciguándolas y haciéndolas realistas. Todo esto se vuelve fundamental cuando el paciente va a ser sometido a algún tipo de intervención quirúrgica, aunque también se detecta que en general la comunicación terapéutica funciona de forma eficaz y efectiva en todo tipo de pacientes, independientemente de su edad, patología o tiempo de hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el proceso de comunicación terapéutica no es un complemento de los cuidados, sino que es la base de la atención asistencial por parte del TCAE. Una adecuada formación en este campo, dirigida al TCAE y al resto del personal sanitario, será esencial para ayudar al paciente a afrontar sus inquietudes y a fomentar su confianza en el sistema de salud.

Por otro lado, las funciones del TCAE en etapas previas a la cirugía son fundamentales, ya que no solo prepararán al paciente a nivel físico para la cirugía, sino que también intervendrán a nivel emocional y psicológico, reduciendo niveles altos de ansiedad y permitiendo a la persona afrontar el proceso con seguridad y confianza.

Finalmente, la calidad de la información otorgada al paciente no está claro, haciéndose eco varios estudios analizados acerca de esta controversia: una información amplia, comprensible, sencilla y detallada puede tranquilizar a unos pacientes, pero generar ansiedad en otros. Por ello, la información debe ser aportada siempre, pero tras preguntar al paciente si quiere escucharla, atendiendo a su negativa. En caso de que desee ser informado, las explicaciones deben ser claras, pero también concisas, obviando detalles que puedan generar temores. Así, se conseguirá prevenir la ansiedad asociada a determinados procesos sanitarios.

6 Bibliografía

- Borgani, S., & Cerminara, R. (2003). Preparación del paciente prequirúrgico. *Med Infant* [Internet], 10(4).
- Chirveches-Pérez, E., Arnau-Bartés, A., Soley-Bach, M., Rosell-Cinca, F., ClotetArgemí, G., Roura-Poch, P., ... & Faro-Blasco, M. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*, 16(1), 3-10.
- Gutiérrez, L. A., Natello, L., García, D. D., Gamboa, M. S., Gamba, D. L., & Ruiz, A. F. (2017). Rol de enfermería en la etapa prequirúrgica del paciente ambulatorio. *Medicina Infantil*, 24(2).

Capítulo 204

LA INVESTIGACION SOBRE LOS EFECTOS DE LA MOVILIZACION TEMPRANA EN PACIENTES CRITICOS

PILAR ORTUNO FERNANDEZ

CELIA CHACÓN ORTUNO

LUCÍA CASAS ORTUNO

ELIZA ZOTIC

1 Introducción

La debilidad muscular adquirida en la UCI es una complicación que se presenta con frecuencia en los pacientes críticos con respiración automática, provocando trastornos musculares. La movilización temprana en la actualidad tiene un resultado seguro y efectivo en cuanto a la recuperación de la fuerza muscular del paciente durante su estancia, puesto que la inmovilidad prolongada a la que se someten estos pacientes debido a su estado crítico, conlleva como consecuencia un gran deterioro cognitivo, trastorno de la funcionalidad del organismo en general dando lugar a deficiencias asociadas y discapacidades que persisten incluso al alta de UCI, dejando graves secuelas difíciles de paliar aún teniendo que asistir a sesiones largas de rehabilitación.

En la movilización precoz se tienen en cuenta varios factores como son: el estado del paciente, la fuerza, el grado de consciencia, la autonomía anterior al ingreso... Con todo esto se planifica la técnica adecuada a cada paciente revisando a diario

su evolución y medición de fuerza realizadas a diario al paciente, repercute de una mejora importante en la calidad de vida, la función física, la resistencia del musculo esquelético, respiratorio y periférico, evitando lesiones en la piel (UPP) y muchas repercusiones en el organismo como por ejemplo el acúmulo de secreciones respiratorias que puede desencadenar una neumonía y mayor riesgo de que se produzca una trombosis ,también existe la posibilidad de un desequilibrio en el nivel de glucemia en sangre, trastornos digestivos y aumento de riesgo de mortalidad.

2 Objetivos

- Disminución de mortalidad durante la hospitalización.
- Reducir la discapacidad y conseguir una mayor calidad de vida.
- Aumentar la autonomía del paciente al alta del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del actual capítulo se ha realizado una búsqueda minuciosa de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y contrastadas.

4 Resultados

DEFINICION DE MOVILIDAD TEMPRANA:

Es la actividad física que se ejecuta tras los primeros días del ingreso a un paciente crítico, consistentes en ejercicios pasivos a los pacientes con gran incapacidad y otros activos para los pacientes que puedan colaborar, capaces de provocar mejoras a todos los niveles tanto musculares, circulatorios, respiratorios, así como una mejora psicológica.

El compromiso adquirido por los profesionales es favorecer el bienestar del paciente a los tres niveles (psíquico, físico y emocional) el físico se comienza por hacer de manera ordinaria cambios posturales cada 2 o 3 horas en pacientes sedados y de gran inmovilidad siempre que los aparatos lo permitan, es una técnica que se debe hacer en equipo, al menos de cuatro personas para evitar UPP y favorecer la oxigenación de la piel y disminuir la acumulación de secreciones.

La técnica de movilización precoz aún está en ensayo, puesto que se esta comprobando su efectividad pero no en todos los hospitales hay un equipo formado y es necesario abastecerlos de formación específica, material necesario para poder ejecutar dichas movilizaciones y la realización de protocolos de actuación.

En lo referente al estado psíquico el paciente necesita apoyo emocional, dado el cambio de estado independiente a dependiente.

Y por último destacamos la importancia del apoyo emocional por parte de los profesionales, puesto que el paciente siente temores y dudas ante el futuro inminente de su estado de salud. En este proceso el equipo de profesionales juegan un papel decisivo ya que el paciente está lejos del apoyo de su familia y a los únicos que ve a diario es a ellos, unas palabras amables que reconforten su estancia en la UCI harán que el paciente se implique más en su evolución y adelantará su salida de este servicio.

5 Discusión-Conclusión

La movilización temprana es una innovación en las técnicas con el fin de adelantar la recuperación de un paciente inmovilizado prolongada debido a una sedación o a una inmovilización por traumatismos graves.

Crear un entorno seguro, sin prisas, con dedicación e implicación de manera asertiva, hará que el paciente colabore y se esfuerce más en las movilizaciones para conseguir como meta una mejora en su estado y alcanzar una mejora a corto y largo plazo.

Se está demostrando la efectividad de esta movilización dados los beneficios que alcanzan los pacientes críticos ingresados en el servicio de UCI y acelerando la salida a planta.

6 Bibliografía

- Mejia A.A.C. Martinez N.G.M. Tomas E.D. (MOVILIZACION TEMPRANA EN ESTUDIOS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL)
- Martinez C.M.A. James B.R.A. (ESTUDIOS DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA)
- ESTUDIOS REALIZADOS POR EL EQUIPO DE UCI EN EL HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO

Capítulo 205

EL TCAE Y SUS FUNCIONES EN LA LACTANCIA MATERNA

INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES

PILAR PEREZ ORTEGA

ESTELA GIL BORRALLO

ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ

SERGIO VELA PATERNA

1 Introducción

Desde que la mama da a luz a su bebe , tenemos la posibilidad de mencionar que la cosa mas fundamental y elemental sera la alimentacion por medio de leche al retoño, y la lactación materna sera la mas idonea y recomendada para realizarlo.

La leche materna es un alimento que tiene todos los nutrientes y anticuerpos que requiere el recién nacido para su desarrollo físico, inmunológico y además crea un vinculo emocional con su mamá dandole teta diariamente a la par que lo protege frente a probables patologías .

Las ventajas de la lactación materna son tantisimos para el recién nacido y la mamá, emocionales, económicos y sociales. mas tarde la OMS sugiere la lactancia mista, hasta que el recién nacido tenga 2 años y se alimenten con una mezcla de la misma con alimentos adecuados y nutritivos para su edad1. , siendo más prolongada dependiendo de los recursos o situaciones de los papás.. plantearemos

estas prácticas, y cómo el técnico de cuidados auxiliares de Enfermería puede desarrollarla en su trabajo para ayudar a la mama, a la vez que también se plantean recursos para lograr hacer resolver inconvenientes que puedan surgir a lo largo del tiempo de lactación que serian los 2 años recomendables ,aunque hoy dia haya pediatras que recomiendan su ingesta hasta los 6 meses.

2 Objetivos

estos serian los objetivos prioritarios de nuestro trabajo :

- conocer las recomendaciones para una correcta realizacion de la lactancia materna
- conocer las funciones del tcae ante las mamas que van a dar pecho a su bebe

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación sobre estudios relacionados con la lactancia materna y con las labores del tcae respecto a este tema .

Se ha hecho una búsqueda consultando diversos artículos de bases de datos de Google, artículos académicos y revistas científicas así como hemos aportado nuestro granito de arena mediante la experiencia laboral de algún componente del grupo a la vez que la experiencia vivida en carnes propias de alguna mama que ha dado pecho a sus hijos y es componente de nuestro grupo .

4 Resultados

destacaremos las sugerencias mas importantes a la hora de comenzar la lactancia materna, :

La lactancia deberá iniciarse en las primeras horas de vida del bebe

La lactancia debería ser a demanda, o sea , cada vez que el bebe lo vaya pidiendo tan solo se utilizara el pecho de la mama , nada de biberones

El pecho se dará vaciando uno, antes de pasar al otro pecho, para aprovechar al maximo la toma, puesto que la leche con más grasa está al fin de cada toma

En caso de que la madre sufra estrés, puede ser conveniente amamantar con más frecuencia pues así aumenta el reflejo de eyección

La madre debe tener una alimentación variada para que así el bebé vaya descubriendo nuevos sabores solo se alimentara al bebe con leche materna , nada de otras ayudas

Referente a las funcionalidades del tcae frente a la lactación materna diremos que:

Tras el parto, el TCAE debería comenzar el contacto de la mamá y su bebé, colocando a éste al pecho de la mamá debería contribuir a la mamá a iniciar el contacto y poder adquirir conocimientos hacia su bebe.

Ayudará a la mamá a detectar en el recién nacido signos de que tiene hambre como son: estar intranquilo, abertura de la boca de forma continua, averiguación del pecho, llevarse la mano a la boca, llorar, agitarse, etcétera.

Enseñará a la mamá la técnica para poner al bebé al pecho, aprendiendo a sujetarlo para que el recién nacido este a gusto a medida que mama

Debera contribuir a la mamá a comenzar y conservar la lactancia materna, así como ayudarla a detectar probables inconvenientes y poder resolverlas con la ayuda de la enfermería Intentará solucionar las dudas de la mamá, evitando que se desanime en la práctica del amamantamiento frente a las probables problemas que puedan surgir

Cuando la mama y bebe abandonen el hospital el TCAE aconsejara y ayudara a que continúe con la lactancia materna el periodo recomendado

5 Discusión-Conclusión

muchísimos estudios de investigación médica han demostrado que la leche materna es el mejor alimento que puede dar una madre a su hijo, puesto que tienen dentro todos los nutrientes que necesita el bebé para su crecimiento y bienestar, y además tiene beneficios para los dos.

Los bebés amamantados con leche materna tienen menor posibilidad de sufrir obesidad, favorece el sistema inmunitario del bebé protegiéndole de múltiples patologías - El manejo adecuado por parte del TCAE de los problemas derivados de una lactancia materna equivocada, involucra menos casos de abandono de lactación materna.

. el TCAE será el personal sanitario que más trato cercano tenga con la mamá y el bebé sobre todo en los primeros días de vida , de ahí su relación tan cercana y amable será fundamental para afrontar el tan importante proceso de comenzar a dar pecho.

EL tcae asesorara y ayudara en todo en cuanto este en su mano para que este proceso , que puede ser muy duro por parte de la madre y bebe, sea lo mas llevadero y feliz posible y pueda desarrollarse con la mayor naturalidad posible.

6 Bibliografía

manual básico del tcae www.unicef.org

www.aeped.es

www.e-lactancia.org

[www. formacurae.es](http://www.formacurae.es) www.revistamedica.com

Capítulo 206

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO BÁSICO HACIA EL ENFERMO TERMINAL

MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA

CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO

ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ

ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ

1 Introducción

Un paciente que es además enfermo terminal es un individuo diagnosticado por un especialista que atraviesa y soporta los últimos momentos de su vida con una enfermedad o patología no tratada, no tratada, irreversible y transitoria.

La OMS dice que los Cuidados Paliativos son los cuidados considerados activos y totales de los enfermos, que el tratamiento no es curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible, controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de los enfermos.

Entre las patologías que pueden conseguirlo encontramos las enfermedades neurodegenerativas, las cardiopatías, las pulmonares, las hepáticas, las renales, el

SIDA y el cáncer avanzado. En los cuidados paliativos, son vistos y estimados como el final de la vida y la muerte, un proceso normal que ni acelera ni retrasa la muerte. Este cuidado apoya la prevención y el tratamiento de los efectos adversos causados por el cáncer y su tratamiento, tratando de comprender los síntomas físicos y psicosociales del enfermo. Los enfermos que están siendo tratados en remisión de su tumor o cáncer por lo general tienen más tiempo de vida porque estas células cancerosas las matan con tanto tratamiento, pero esto también debilita al enfermo moribundo y en la mayoría de los casos pierden su fuerza, solo harán que aquellos que padecen la enfermedad desean que les permitan morir en paz, esto se llama cuidados paliativos, se ayuda al enfermo a que en sus últimos días de vida, sufra lo menos posible, este con su familia y pueda morir en paz, sintiéndose querido por toda la familia.

2 Objetivos

Concienciar sobre la importancia de los cuidados paliativos y su uso para aliviar el dolor, mantener al enfermo con la mejor calidad de vida que se pueda, y ayudarlo en todo lo que esté de nuestra mano.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se ha utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas de cuidados del TCAE al enfermo paliativo o terminal y se han utilizado palabras clave como: terminal, paliativo, dolor, cuidados, alivio, etc.

4 Resultados

Cuando un enfermo terminal es tratado con medicación y quimioterapia, necesitan apoyo social, terapéutico y psicológico, sobre todo el equipo de enfermería. En la prevención encontramos elementos de riesgo para evitar el desarrollo de la enfermedad que conduce a la eventual afección y se fundamenta en:

- Tener una buena calidad de vida, con una dieta saludable, rica en Vegetales, pescado y fruta, evitando las grasas saturadas e hidratos de carbono.
- Efectuar ejercicio físico, evitando el sedentarismo.
- Evadir las bebidas alcohólicas.
- Impedir el consumo de drogas y el tabaco.

- Consultas rutinarias al especialista.

- Analíticas, entre otros.

Todo el enfermo terminal y sus familiares pasan por una serie de etapas durante el proceso:

- Negación: en este caso, tanto el enfermo, como los familiares, niega la realidad, frente a la patología que padece.

- Ira: en este periodo se emprende a aceptar la realidad, por tanto, se siente dolor, sufrimiento y, emprende la ira, rabia, el enojo.

- Negociación: durante este periodo la persona intenta retrasar la muerte, suprimiendo el dolor.

- Depresión: la persona emprende a sentirse triste, decaído, con incertidumbre, apatía y miedo.

- Aceptación: en este periodo la persona ya acepta la realidad y principia a reconducir su vida.

El proceso de la enfermedad en estado terminal está establecido en periodos de incertidumbre, malestar, euforia, rabia, culpa, etc., que tiene que pasar tanto el enfermo como los familiares. Están susceptibles ante una situación nueva. Los valores, se da importancia a cosas que en la vida cotidiana te parecen normales. Falta de interés por estar desmotivado, desganado.

El miedo a la soledad se invade por el momento. La adaptación, en este caso, es diferente dependiendo de la edad, ya que una persona joven con una vida laboral y familiar activa se verá más frustrado que una persona con avanzada edad con alguna patología previa que reduzca la movilidad de la persona. Sufren en silencio. Todo el transcurso del tiempo serán momentos duros, en las que el apoyo psicológico que le puede prestar el TCAE es parte fundamental hasta que llegue el final de sus días.

El enfermo terminal pasa por varias etapas, al igual que los familiares más cercanos, es un proceso largo y duro para el que nadie está preparado, por ello la asistencia, junto con la empatía y la asertividad, serán fundamentales para intentar paliar los efectos colaterales de la patología.

En la actualidad este tipo de enfermos cuentan con unas comodidades, dentro de la situación en la que se encuentran, arropado por todo el equipo médico y de enfermería, sobre todo los TCAE.

5 Discusión-Conclusión

Cuando los enfermos estén en estado crítico y pasen sus últimos momentos en paz, se les brindará una mejor atención médica en el hogar y el apoyo de famil-

iares y amigos para que mueran lo más dignamente posible. En esta etapa diferente de la vida, las personas emprenden a recordar y apreciar más todo lo que les rodea, a reconciliarse consigo mismas en las buenas y en las malas, agradecer a familiares y trabajadores de la salud por su apoyo, y prepararse poco a poco para el final de sus días.

Los cuidados paliativos para todos los enfermos terminales tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, aliviando las necesidades físicas, mentales, emocionales, sociales y más. Minimice el dolor tanto como sea posible. El dolor es una gran preocupación para los enfermos, especialmente para sus familias, por lo que es importante prevenir el dolor anticipándose a él y reducir el dolor y el sufrimiento.

6 Bibliografía

1. Barragán, S. A., Bautista, S. S., & Morales, L. H. (2012). Elementos teóricos sobre los cuidados paliativos y el concepto de enfermo terminal.
2. Bayés, R., & Limonero, J. (1999). Prioridad en el tratamiento de los síntomas que padecen los enfermos oncológicos en situación terminal.
3. Cerdá, O. G., Monsalve, V., Mínguez, A., Valía, J., & de Andrés, J. (2000). Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: una propuesta necesaria.
4. Basol, N. (2015). The Integration of Palliative Care into the Emergency Department. *Turk J Emerg Med*, 15(2), 100–107.
5. Lowery, D. & Quest, T. (2015). Emergency Medicine and Palliative Care. *Clin Geriatr Med.*, 31(2), 295-303.

Capítulo 207

SISTEMÁTICAS EN DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN MUESTRA POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA

CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO

MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES

ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ

1 Introducción

La esterilización es una técnica que se puede efectuar con disímiles productos o agentes para matar los gérmenes o microorganismos de objetos inanimados, así como las perjudiciales esporas. Puede matar: Gérmenes → germicidas. Bacterias → bactericidas. Hongos → fungicidas.

La desinfección es la destrucción de todos los considerados gérmenes patógenos y no patógenos sobre las personas, animales, mobiliario o cosas, mediante y a través de diferentes y diversos métodos físicos o químicos. La esterilización destruye todo modo de vida de microorganismos y la desinfección solamente destruye gran parte, pero no toda. La esterilización elimina las esporas, lleva más

tiempo, se consigue una limpieza extrema y la desinfección no elimina las esporas, tiene tiempos más cortos y consigues una limpieza adecuada.

Son dos procesos que eliminan la carga de microorganismos que pueden ocasionar enfermedades en los humanos, pero son diferentes y no se deben confundir.

Tanto la esterilización como la desinfección son muy trascendentales en los hospitales, empresas de alimentación y productos sanitarios. En los hospitales la central de esterilización está situada en un lugar accesible y de fácil comunicación con los servicios.

Pero sobre todo con los quirófanos que son los primordiales consumidores de estos servicios. Normalmente suele estar en el sótano o planta baja. Tiene que haber dos circuitos uno para la recepción del material sucio y otro para la salida del material limpio. Así no habrá peligro y se eliminan los riesgos de contaminación en dicho transporte.

La central puede estar comunicada con los quirófanos en horizontal o en vertical. Si es en vertical habrá dos montacargas, uno para bajar el material contaminado y otro para subir el material esterilizado y si es en horizontal habrá dos pasillos conveniente y debidamente separados, uno para llevar el material sucio y otro para el material limpio. El tamaño de la central, la cuantía de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y de la maquinaria depende del número de quirófanos, partos y camas que tenga dicho hospital. Tiene diferentes áreas, como recepción de sucio lavado de carros, lavado y secado de aparataje, descontaminación de material, revisión y preparación de material, preparado y empaquetado, área de autoclaves, óxido de etileno, salida de material estéril y descontaminado, almacén material estéril, almacén de material limpio, despacho de la supervisión y sala de reuniones.

2 Objetivos

Explicar las principales funciones y conocimientos de los Técnico en cuidados Auxiliares de enfermería en las técnicas y procesos de esterilización y desinfección y de su importancia en efectuar un buen trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha 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.

4 Resultados

Hay tres objetivos primordiales que el profesional técnico de cuidados auxiliares de enfermería debe tener en consideración, son la calidad de que todo esté en perfecto estado, la gestión que todo está debida y correctamente organizado y la trazabilidad llevando sistemáticamente un buen registro del procedimiento.

El objetivo tanto de la esterilización como de la desinfección es que todo el material, agua, alimentos, superficies y objetos tengan los menos posibles microorganismos, gérmenes y esporas o ninguno, así como evitar su propagación que puedan perjudicar nuestra salud, sin que varíen sus propiedades físicas.

Por ello los microorganismos puede ser crio resistentes al frío o termo resistentes. Además, en la central de esterilización será el que suministre material y equipamiento a todos los servicios del hospital controlando que no haya ninguna falla en el tiempo y las condiciones sean las idóneas. Además, es un objetivo fundamental proporcionar al paciente la tranquilidad de que se está usando material estéril y libre de cualquier patógeno o no patógeno que pueda perjudicar su salud. Con estos dos procesos intentamos romper la cadena epidemiológica de la infección para evitar su propagación.

Las infecciones y contagios hospitalarios pueden repercutir muy gravemente. Esto estará asociado a tres responsables principalmente:

- El huésped.
- El agente patógeno.
- El medio hospitalario.

Si el huésped está muy propenso, el agente patógeno es muy dañino y las circunstancias del hospital son deficitarias, la infección puede ser muy grave incluso mortal.

La esterilización puede ser por agentes físicos o químicos.

La esterilización por agentes físicos. Puede ser por calor seco o húmedo, radiaciones ionizantes (gamma o beta), rayos ultravioletas o filtros micro porosos

- Por calor húmedo, se ejecuta con la autoclave, que es un recipiente con cierre hermético que dentro contiene agua y mediante temperaturas elevadas, pero sin llegar a hervir genera. El vapor de por sí solo no esteriliza, pero sometido en un recipiente a una presión mayor que la atmósfera, aumentando la temperatura

del vapor y así se destruye dichos agentes patógenos. El vapor de agua para que esterilice debe estar a una temperatura determinada y durante un tiempo necesario.

Se usan envoltorios porosos para que pase el vapor a través de ellos. El aire entra en la cámara de esterilización y alcanza una presión adecuada. El vapor se empieza a condensar por el contacto con los materiales que ya están fríos. Como los envoltorios son porosos el vapor penetra en el interior de los paquetes y es cuando mata los microorganismos.

- Por calor seco, hay varios y diversos sistemas de esterilización por calor seco, como el flameado, incineración y estufa Poupinel. El flameado es exponer a la llama unos minutos el material que se quiere esterilizar, se ejecuta con mecheros Bunsen de gas o de alcohol. Solo sirve para material metálico. La incineración: se usan unos hornos crematorios para quemar material de un solo uso, así como material contaminado biológicamente (guprecedentemente, jeringas, etc.). Estufa Poupinel: el calor seco mata las bacterias y actúa por oxidación o coagulación de las proteínas. El aire caliente penetra de modo lenta y desigual, no llega de igual manera a todas partes. Para conseguirlo hay que tenerlo largos periodos de tiempo. Dispone de un termostato para la temperatura y dos pilotos, uno para la corriente eléctrica y otro para las resistencias. El envoltorio no tiene que ser poroso, el más usado es el aluminio. Se usa para vidrio, materiales de laboratorio, polvos y sustancias oleosas (aceites y parafinas).

- Por radiación ionizante o frio, se generan rayos cargados de iones que dañan la materia de los seres vivos. La energía que se genera se transforma en calor matando a los microorganismos. Radiación gamma: es un bombardeo de neutrones sobre el material que se quiere esterilizar. Es la forma de esterilización en frio más usada, aunque es un sistema caro y necesita protección especial para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realice dicha esterilización. Es termosensibles, que se estropean con el calor (tejidos humanos, material de goma, medicamentos, etc.). Radiación beta: se consigue energía por medio de isotopos radiactivos y un acelerador de partículas. Radiación ultravioleta: es un tubo que se coloca a 40 centímetros del material a esterilizar. Es muy cara y poco eficaz, por eso es poco usado.

La esterilización por agentes químicos. Los productos químicos manejados son el óxido etileno, glutaldehído, ácido peracético y peróxido de hidrogeno.

- Óxido de etileno, es un gas inoloro, de olor como y asimilable al cloroformo, inflamable y tóxico. Es bactericida porque mata las bacterias del medio debido a que es tóxico y altera las proteínas de los microorganismos. Se usa diluido con anhídrido carbónico para evitar su inflamación. A partir de 30°C es efectivo,

pero entre 55°C-60°C es la mejor temperatura para su eficacia. Depende de varios elementos para su efectividad, como la concentración, la temperatura, el tiempo (de 3 a 8 horas) y la humedad tan necesaria para actuar sobre las esporas que están deshidratadas. Se emplea en materiales de goma, plásticos, antibióticos, etc. Luego hay que airear los materiales esterilizados ya que, si no puede ocasionar quemaduras en la piel, por ejemplo.

- Glutaldehído, se introduce el material a esterilizar 10 horas al 2% de concentración y luego se enjuaga con agua estéril. No es corrosivo y no daña el material, aunque si es irritante para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realice dicho proceso. Pierde su efecto a las 2 semanas. Se usa para instrumentos tales como endoscopios, termómetros, equipos de terapia respiratoria, etc.
- Ácido peracético, es efectivo con materia orgánica. Tiene ciclos cortos, se puede usar a continuación, pero se debe enjuagar con agua destilada.
- Peróxido de hidrógeno, no es tóxico y actúa por oxidación celular. Se pone el material en una solución de agua en estado de vapor. Se maneja para endoscopios y material quirúrgico.

La desinfección puede ser de modo física o química.

- La desinfección de modo física. Puede ser por ebullición, mediante la pasteurización, rayos solares, ultrasonidos o flujo laminar. Por ebullición, se mete en agua el material a desinfectar a 100°C y mata muchos gérmenes, pero no las esporas. Hay materiales que no resisten las altas temperaturas. La pasteurización, es calentar treinta minutos a 68°C y posteriormente enfriar rápidamente. Muy empleado para líquidos como la leche y zumos en empresas de alimentación. Los rayos solares (ultravioletas), son los procedentes por el sol y además, se usan lámparas. Su eficacia depende de la longitud de onda. Los ultrasonidos, son ondas producidas a alta velocidad que destruyen las paredes de las bacterias. El flujo laminar, se ejecuta en una campana con una salida de flujo laminar, que expulsa el aire y reabsorbe las partículas por un filtro que retiene los citostáticos. Se maneja para cultivos estériles y preparación de nutrición parenteral.
- La desinfección de modo química. Se ejecuta con productos químicos tales como antisépticos, cloruros, fenol, aldehídos y óxido de etileno. Los antisépticos, son soluciones para usar de modo tópica sobre tejidos vivos (clorhexidina al 5%, Betadine, etc.). Los cloruros, el cloruro más usado es el hipoclorito sódico o lejía. Se maneja para desinfectar superficies, suelos, lavabos, etc. Además, se maneja para la desinfección del agua de beber. El fenol, se usa principalmente para la desinfección de manos. Los aldehídos, se usan en estufa y a 40°C emite unos vapores que desinfectan el material de goma o caucho, requieren mínimo de 7 a 10 horas para ser efectivos.

El resultado de la desinfección y esterilización es que los materiales sometidos a dichos procesos estén fuera de patógenos y no patógenos perjudiciales para la salud.

Posteriormente de efectuar dichos procesos se tienen que controlar ciertas cosas mediante controles físicos, químicos y biológicos.

- Los controles físicos de las autoclaves precedentemente de sacar las cosas del interior hay que mirar los registros de presión, tiempo y temperatura para asegurarse que este todo correcto. Sino fuera correcto se debe desechar el material, comunicar al servicio de mantenimiento y posteriormente efectuar una prueba de verificación. Además, se puede efectuar un control metiendo un termómetro especial en la autoclave que registra la temperatura alcanzada, aunque tiene el inconveniente de que al estar el termómetro en un punto concreto no recoge la temperatura de todas las partes de la autoclave, dando lugar a error.
- Los controles químicos además, llamados indicadores colorimétricos. Son tiras reactivas con franjas de colores que varían de color solamente si alcanzan una determinada temperatura. Indica si el material que envuelve ha alcanzado la temperatura correcta, es un método para comprobar si la esterilización ha sido correcta.
- Los controles biológicos son ampollas de vidrio o plástico con esporas debilitadas que se colocan dentro del paquete a esterilizar. En el óxido de etileno se introduce *Bacillus Subtilis* en cada ciclo y en ciclos de vapor *Bacillus Stearothermophilus* una vez por semana al menos. Para saber si la esterilización a sido efectiva se ejecuta una comprobación metiendo las esporas en un medio de cultivo adecuado, si existe crecimiento, no está bien y se debe corregir los defectos del esterilizador, así como desechar ese material ya que no tiene una correcta esterilización.

El material esterilizado tiene cierta duración que depende del envoltorio, tipo de material, transporte y las condiciones de almacenamiento. Para ello el almacenamiento debe tener ciertas características, tales como condiciones climáticas ideales, ventilación, temperatura (15°C-25°C) y humedad (40%-60%). Además de tener el acceso restringido a dicho lugar solo a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajen en esa sección. Si por algún casual tiene que bajar por algún material otro técnico en cuidados auxiliares de enfermería (porque no haya en planta y se necesite de urgencia, por ejemplo), será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en esterilización el encargado de entrar en dicho almacén y dárselo al técnico en cuidados auxiliares de enfermería de planta para que este lo pueda subir para su posterior utilización. Se dejará enfriar y se comprobará que el paquete este identificado con la fecha en que se esterilizo, el

paquete este sin roturas ni humedades y que los controles hayan sido los correctos. Se colocará organizado para efectuar la rotación teniendo en cuenta la fecha de caducidad, para ir manejando lo precedentemente esterilizado. El tiempo de caducidad garantiza la viabilidad de la esterilización, que viene relacionada con el envasado y el almacenamiento.

5 Discusión-Conclusión

Destacaremos lo más significativo del artículo en nuestra opinión ya que del delicado proceso dependerá el bienestar e incluso la salud del paciente ya que hay diferentes y diversos métodos para eliminar los microorganismos en los hospitales.

- Se elegirá el más adecuado para los diferentes materiales, pacientes y personal.
- El manejo del material estéril es fundamental que se realice por un técnico de cuidados auxiliares de enfermería que sea conocedor de las técnicas, controles, almacenamiento y transporte para que llegue en óptimas condiciones para su manejo.
- Es importante hacer una correcta limpieza precedentemente de la desinfección o esterilización.
- El método más usado en desinfección es por sustancias químicas o contacto con líquidos y el de esterilización el calor húmedo o el glutaraldehído.
- El envasado, etiquetado y los controles de esterilización deben de ser los adecuados.
- El almacenamiento se hará en zona limpia y protegiendo el material.
- Tan importante es efectuar una buena desinfección y esterilización como llevar un buen control, transporte y almacenaje para cuando se necesite dicho material.
- El transporte se hará según la normativa hasta el usuario final.
- Para evitar infecciones está en nuestras manos aplicar correctamente las medidas preventivas adecuadas.
- Deben de existir programas de capacitación continua para los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería a cargo del cuidado y manejo de los equipos e instrumental de desinfección y esterilización.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Pérez Abilio Ubaldo. La desinfección-antisepsia y esterilización en instituciones de salud: Atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].

2006 Jun [citado 2022 Mar 03] ; 22(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000200005&lng=es.

2. Samamé Luz María, Samalvides Frine. Eficacia del proceso de limpieza y desinfección de los endoscopios en un hospital de nivel III. Rev Med Hered [Internet]. 2014 Oct [citado 2022 Mar 03] ; 25(4): 208-214. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000400005&lng=es.

3. <https://www.netgestotnet.com>

4. <https://www.saludplay.com>

5. <https://www.aragon.es>

6. <http://www.phsserkonten.com>

Capítulo 208

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LA ASISTENCIA Y CONTRIBUCIÓN NUTRICIONAL DEL ENFERMO QUEMADO

ROBERTO FERNÁNDEZ DIAZ

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ PEÑA

CRISTINA FERNÁNDEZ TENORIO

MARINA GARCÍA OCHOA MARTÍN DE VIDALES

ROSA ELENA PALOMINO NÚÑEZ

1 Introducción

La agresión térmica da lugar a una respuesta hipermetabólica más marcada que en otros tipos de agresiones y traumatismos. La quemadura origina una degradación exagerada de proteínas mediada por la respuesta hormonal que está relacionada con la superficie corporal quemada, con el incremento de la escisión quirúrgica de la quemadura, con el gasto energético, la presencia de infección y va acompañado de un acrecentamiento del consumo de oxígeno.

Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del enfermo quemado. El aporte calórico total es mayor que el establecido para otros enfermos críticos, pero nunca debe superar el 200 % del gasto energético basal. Además, se

encomienda un aporte más hiperproteico que el sugerido en otras situaciones. Respecto al cargo de substratos nutrientes, concurren reseñas para recomendar el empleo de farmaconutrientes, como arginina y la glutamina, en los enfermos quemados. Con el fin de estimular la formación y creación de colágeno y la cicatrización, se recomienda además la administración de suplementos de vitamina A, vitamina C y zinc.

Este aporte nutricional se efectuará por vía gástrica, ya sea por sonda nutricional nasoduodenal o nasogástrica cuando se den varios condicionantes que coincidan una situación de riesgo nutricional como son: Intensidad de estrés catabólico, disminución del apetito, intubación endotraqueal.

2 Objetivos

El objetivo es describir la aportación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la necesidad de los aportes y contribuciones en alimentación e hidratación en el enfermo quemado.

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 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

La nutrición del enfermo quemado es una de las tareas asistenciales y primordiales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Un aporte nutricional precoz es un pilar básico para el tratamiento del enfermo quemado debido a la degradación exagerada de proteínas que originan las quemaduras y a una respuesta hipermetabólica muy marcada por la agresión térmica. Este tipo de enfermos demanda una dieta hipercalórica e hiperproteica, que será solicitada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Existen diferentes vías para aportar los nutrientes requeribles que requiere el enfermo.

Las más habituales en el enfermo quemado son:

- Vía parenteral: para enfermos que no pueden recibir nutrición enteral por intolerancia digestiva de la dieta o para aquellos que no alcanzan las necesidades nutritivas necesarias.
- Vía enteral: vía óptima para administrar los nutrientes requeribles ya que suele ser bien tolerada por el enfermo, preserva la integridad de la mucosa intestinal, mantiene el aporte calórico, reduce el grado de respuesta hipermetabólica al estrés, evita el fenómeno de traslocación bacteriana y ocasiona menos complicaciones e infecciones.
- Vía oral: constituye el modo de nutrición más fisiológica y requiere la colaboración del enfermo que debe tener un adecuado nivel de consciencia y reflejo de deglución.

La nutrición del enfermo quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, somos los encargados de: Al ingreso, una vez terminada la cura y acomodado el enfermo en la habitación, le preguntamos sobre sus gustos alimenticios. Verificar por orden médica la dieta prescrita. Si el enfermo no sufre ninguna enfermedad lo más probable es que sea una dieta hipercalórica e hiperproteica. En nuestra unidad existe un programa informático para la petición de dietas en las que elegiremos el desayuno, comida, merienda y cena.

Preparación del enfermo para la ingesta:

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería incorporará la cama hasta conseguir una postura adecuada y cómoda para el enfermo. Le preguntará qué le apetece comer. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de elegir los alimentos más convenientes y triturarlos si el enfermo los requiere. En la ingesta se pueden dar cuatro situaciones según las zonas quemadas y el estado del enfermo:

- Enfermo autónomo: se le colocará un protector, para evitar que le caigan restos de comida en la cura y en la cama que le puedan incomodar. Se le pondrá la mesa y se colocarán los platos, cubiertos, pan, el agua, el batido hiperproteico y se le facilitará la medicación oral que tenga prescrita, colocándose todo a mano. Aprovecharemos para escuchar y hablar al enfermo afectado.
- Enfermo parcialmente incapacitado: se efectuará el mismo proceso que con el enfermo autónomo, pero, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería le ayudará a partir la comida, pelar y trocear la fruta y a la vez se le enseñará a coger los cubiertos del modo más adecuada para que no se le caiga la comida. Al principio estos enfermos se sienten frustrados, nuestra labor es darles confianza en sí mismos, animarlos e intentar que coman solos. Al principio no podrán hacerlo todo

ellos solos ya que sufren dolor y los vendajes les impide la movilidad necesaria, por eso debemos estar con ellos para ayudarles, escucharlos y animarlos en esos momentos bajos que tiene el enfermo.

- Enfermo incapacitado totalmente: actuaremos de la misma forma que con el enfermo parcialmente incapacitado, pero dándole el técnico en cuidados auxiliares de enfermería la comida. Comprobaremos que la temperatura de la comida es la adecuada, no le daremos mucha cantidad de una sola vez para evitar atragantamientos, le ofreceremos agua, evitaremos la sensación de tener prisa.

- Enfermo traqueotomizado con cánula estándar (con balón de baja presión): se le pedirá la dieta prescrita por el médico, se incorporará el cabecero de la cama entre 45 – 60 ° para evitar regurgitaciones, comprobaremos que la presión del balón de la cánula esté a 30mmhg, conservaremos preparado y en funcionamiento el equipo de aspiración, tendremos siempre a mano una cánula limpia para qué, en caso de emergencia, nos permita una rápida sustitución y una eficaz ventilación. Comprobaremos la temperatura de los alimentos antes de dársela. Le explicaremos lo que va a comer, le ofreceremos agua, procuraremos que el enfermo se sienta tranquilo y cómodo. Conservaremos al enfermo incorporado durante al menos 20- 30 minutos después de finalizada la comida para evitar que se produzca una broncoaspiración.

Finalizada la ingesta, en todos los enfermos:

Retiraremos los platos de la mesa y los colocaremos en la bandeja. Limpiaremos la mesa y acercaremos los utensilios para la limpieza bucal. En los enfermos que no pueden efectuarla por ellos solos lo efectuará el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Acomodaremos al enfermo en la posición funcional adecuada. Registraremos en la gráfica la ingesta en el apartado de entradas, los líquidos y el batido hiperproteico tomados. Se comunicará e informará a la enfermera responsable cualquier incidencia que surja.

5 Discusión-Conclusión

Desde nuestra opinión destacamos la importancia de cumplir con estos requerimiento y aportes nutricionales establecidos con prontitud en el enfermo quemado ya que es esencial y es imprescindible para su curación. La nutrición asentada en una dieta hiperproteica e hipercalórica favoreciendo la formación de colágeno y la cicatrización, es además la más adecuada y también la administración de suplementos de vitamina A, vitamina C y zinc del enfermo quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en la que además de darle e informarle acerca de los alimentos requeribles

para su curación, escuchar activamente y hablar con el enfermo ya que es un momento relajado para él.

6 Bibliografía

1. Grau Carmona T., Rincón Ferrari M.^a D., García Labajo D.. Nutrición artificial en el enfermo quemado. Nutr. Hosp. [Internet]. 2005 Jun [citado 2022 Mar 05] ; 20(Suppl 2): 44-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000500013&lng=es.
2. O. Hernández Fernández, V. Pérez Matamoros, M Serrano Hernández. Protocolo de nutrición del enfermo quemado. Unidad de quemados Hospital Universitario La Paz, Madrid. Nutrición Hospitalaria Madrid 2005.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
4. <https://www.scielo.org/es/>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 209

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

BIBIANA GARCIA PEREZ

ALBA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

El síndrome de burnout se considera un elemento de riesgo producto de la actividad laboral, puesto que afecta a la vida diaria del trabajador, a su salud mental, pudiendo poner en riesgo su vida.

Se define como una forma errónea de asumir el estrés, y se caracteriza por agotamiento físico y mental fuera y dentro del ambiente laboral. (Saborío y Hidalgo, 2015).

En el entorno sanitario, podemos encontrar diversos factores de riesgos laborales, relacionados con la carga y el ambiente de trabajo y la seguridad en el puesto, entre otras. La mayoría de veces, estos factores no se tienen en cuenta, ni por el propio trabajador, ni por la dirección del centro. (De Pablo, 2007).

El personal de enfermería, está en continuo trato con personas, tanto pacientes como familiares de los mismos. Todo ello, más la elevada carga de trabajo y su entorno, sumado a la desmotivación del equipo, provocan la aparición de este síndrome en muchas ocasiones.

El síndrome de estar quemado, como así también se le conoce, se atribuye a puestos de trabajo, como es la enfermería, resultado de un constante estrés laboral.

Cualquier trabajo produce en ocasiones estrés en el trabajador, además de cansancio, pero esto hay que sumarlo a la labor asistencial de los pacientes, a los cuales hay que orientar, cuidar y acompañar. (Lorente, Montero, González, García, Trillo, Pendón y Puche, 2000).

A continuación, hablaremos del síndrome de burnout o síndrome de estar quemado, además de las dimensiones que tiene este para el personal de enfermería.

2 Objetivos

- Describir el síndrome de Burnout o síndrome de estar quemado
- Analizar cómo afecta este síndrome al personal de enfermería en general

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diversas bases de datos, empleando los siguientes descriptores: “síndrome”, “burnout”, “quemado”, “estrés”, “laboral”, “enfermería”, “sanidad”.

El idioma utilizado ha sido el castellano, en este caso no nos hemos guiado por ninguna página en otros idiomas. La información es básicamente de Google académico, ayudándonos de Google para completar alguna información.

Como criterios de inclusión, el síndrome de burnout y cómo afecta al personal de enfermería, y como criterios de exclusión, el síndrome de estrés laboral en otros ámbitos.

4 Resultados

Se ha escogido este tema, porque sobre todo en la actualidad el personal de enfermería sufre cansancio no solo físico, sino también mental, que en ocasiones puede llegar a poner en peligro la vida del propio trabajador. Sobre todo desde la pandemia, tanto auxiliares como enfermeras, están sometidas a una elevada carga de trabajo, además del riesgo y la presión que este supone para los trabajadores.

Las características laborales, son la principal causa de desarrollo del síndrome de Burnout en el personal de enfermería. Y es muy importante tenerlas en cuenta

para evitar la aparición de este grave problema.

Para dar respuesta a los objetivos fijados a través del método, hemos obtenido unos resultados, en base a los artículos estudiados.

El síndrome de Burnout o el síndrome de estar quemado, se describe como una fase de agotamiento generalizado, consecuencia de las elevadas exigencias y la excesiva carga de trabajo. Todo ello termina produciendo insatisfacción en el trabajador.

Es un trastorno producido por un conjunto de síntomas: agotamiento físico y mental, desmotivación laboral y despersonalización del trabajador. (Arias y Muñoz del Carpio, 2016).

Como se dijo anteriormente, es un trastorno que se da mayoritariamente entre personas que desempeñan su trabajo de cara al público, como es la sanidad. Se produce como consecuencia de una frustración y desgaste continuos. (Álvarez y Fernández, 1991).

Analizando el síndrome de Burnout en el personal de enfermería, decir que, es un trastorno muy habitual en el sector. Hoy en día se conoce más y se puede diagnosticar fácilmente, ya que el trabajador va a presentar no solo agotamiento físico, sino mental. Es tan frecuente y ha conseguido tanta importancia, que hoy en día se considera un riesgo laboral.

Este trastorno, a la larga, no solo afecta al personal de enfermería sino también a los pacientes a los que se les presta atención. (Aceves, López, Moreno, Jiménez y Campos, 2006).

El personal de enfermería, se enfrenta diariamente a situaciones de verdadera tensión, por lo que puede llegar a ser agotador, no solo física, sino mentalmente. Este trastorno es muy importante, ya que afecta psicológicamente a los trabajadores, y esto puede llegar a afectar no solo a la atención y asistencia que se le brinda al paciente, sino al sistema sanitario. (Ruíz y Ríos, 2004).

En resumen, el síndrome de Burnout es uno de los problemas de salud mental más importante en el trabajador. Tiene como consecuencia: peor rendimiento en el trabajo, desgaste emocional, deterioro físico, acompañado de dolores de cabeza, problemas a nivel intestinal. Y se da sobre todo en personal que trabaja asistiendo a otras personas, como es el personal de enfermería. Supone uno de los motivos más importantes de cara a dejar la profesión.

5 Discusión-Conclusión

Lo que se intenta dar a conocer desde este punto es la importancia que tiene evitar la aparición del síndrome de burnout. Se debe atender a la carga de trabajo, y a los riesgos que supone el empeño del mismo. Actualmente, gran parte del personal de enfermería está desmotivado, y esto se ve reflejado en el ambiente.

A lo largo del trabajo, nos hemos centrado en los motivos que hacen aparecer este síndrome, y por qué se da sobre todo en el personal sanitario, como es el equipo de enfermería. Hemos llegado a la conclusión de que se da sobre todo en enfermeras y auxiliares, porque son los que tienen que tratar de manera constante con personas, mucha carga mental y trabajo físico. Todo esto incluye las continuas quejas de pacientes y familiares, sumado a la situación por la que pasan los mismos.

Personalmente, todos debemos tener una mínima noción sobre lo que es el síndrome de Burnout, por qué aparece, como se manifiesta y como afecta al equipo en su motivación, para así evitarlo.

6 Bibliografía

1. Aceves, G. A., López, M. Á. C., Moreno, S., Jiménez, F. F. S., & Campos, J. D. J. S. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11(4), 305-309.
2. Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 11(39), 257-265.
3. Arias Gallegos, W. L., & Muñoz del Carpio Toia, A. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. Revista Cubana de Salud Pública, 42, 559-575.
4. de Pablo Hernández, C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. Nursing (Ed. española), 25(8), 60-65.
5. Lorente, R. L., Montero, C. M., González, C. F., García, E. G., Trillo, R. O., Pendón, A. D. C., & Puche, J. L. G. (2000). El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. Medicina paliativa, 7(3), 94-100.
6. Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. International journal of clinical

and Health Psychology, 4(1), 137-160.

7. Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.

Capítulo 210

EFECTOS DE LA TURNICIDAD Y NOCTURNIDAD EN LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES

PILAR PEREZ ORTEGA

ESTELA GIL BORRALLO

ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ

SERGIO VELA PATERNA

1 Introducción

El trabajo a turnos lo llamaremos como el trabajo que es desarrollado por diferentes conjuntos sucesivos, cumpliendo todos ellos una jornada laboral, de forma que se concentran un total de entre 16 y 24 horas de trabajo diariamente. La especificación legal, conforme el Estatuto de los Trabajadores, es que el trabajo a turnos es “toda forma de organización del trabajo en grupo conforme con la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, constante o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un lapso definido de días o de semanas”.

El trabajo a turnos te exige conservar al organismo activo en momentos en lo que realmente lo que necesitas es descansar , y al contrario. Además, los turnos colocan al trabajador fuera de las pautas de la vida familiar y social.

Todo ello produce un gran y enorme desajuste entre el tiempo de trabajo, la era biológico y la era social. Aunque ya sabemos que el trabajo a turnos y nocturnos es negativo para la salud, este sistema de trabajo se está ampliando a nuevos sectores laborales no por motivos positivos sociales ni por necesidades tecnológicas, sino para que la empresa que lo imponga logre obtener un mayor beneficio y las inversiones sean amortizadas muy rápidamente.

Los intereses economicos vuelven a estar por encima del bienestar y la calidad de vida de los trabajadores.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo será :

-conocer por parte del TCAE todos y cada uno de los efectos que se pueden producir sobre su salud, debido a la turnicidad laboral tanto a nivel físico como psíquico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 secuelas negativas del trabajo a turnos y nocturno derivan, sobre todo, la alteración de los ritmos biológicos y circadianos del organismo humano: el cuerpo está configurado para trabajar de día y reposar de noche, así como para seguir unos horarios de alimentación lo más estables viables que se ven muy alterados con estas fórmulas de turnos impuestas en los trabajos,

La turnicidad produce efectos negativos a la salud en los sanitarios, esto fue demostrado en varias investigaciones en las que señalan como primordiales afectaciones:

- Trastornos alimentarios y gastrointestinales (ya que cambian nuestro horario de alimentación) que desembocan en diferentes inconvenientes de salud inclusive llegando a ocasionar serios problemas cardiovasculares
 - Alteraciones en el sueño eldebidos por el cambio horario: que poseen diferentes secuelas en la salud física y de la mente del trabajador, que van desde el agotamiento físico hasta hipersomnolencia y diferentes trastornos psíquicos (estrés, depresión, trastornos de ansiedad).
 - Alteraciones en el desarrollo de nuestro trabajo incrementandose la mayor posibilidad de accidentes , así como insatisfacción y absentismo laboral
 - Alteraciones en nuestro entorno privado tanto social como familia r - efecto oncológico: El mantenimiento de los turnos laborales a lo largo de varios años puede ocasionar el incremento de ciertos tipos de cáncer (de endometrio, próstata, mama, colon...)
 - Efectos negativos sobre la vida social: ya que apenas tienes tiempo de participar en relaciones y actividades por ejemplo deportivas o de ocio
- Este sistema de trabajo resulta dañino para la salud y la calidad de vida del trabajador , en nuestro caso el TCAE, por lo cual se deberán tomar medidas preventivas tanto por parte de los trabajadores como por nuestra empresa u organizacion y poder llegar a un acuerdo fructifero para los dos

5 Discusión-Conclusión

En el entorno sanitario, en concreto los/las auxiliares de Enfermería suelen hacer un trabajo a turnos, algo de lo cual difícilmente tendremos la posibilidad de escapar , ya sean turnos, rotatorios, deslizantes, etcétera, la verdad es que la sanidad funciona los 365 días del año, 24 horas al día y esto no creo que cambie nunca

En conclusión podemos decir ya que nosotros mismos lo sufrimos en nuestras propias carnes que este sistema de trabajo resulta nocivo para nuestra salud y para nuestra calidad de vida, por lo cual se deberían tomarse medidas preventivas tanto para nosotros los trabajadores como por nuestra organización.

No solo por nuestra salud física y de la mente, es conveniente cambiar este sistema de trabajo , sino además para que la calidad y efectividad del servicio prestado a los pacientes sea constantemente de una gran calidad .

El TCAE tendrá que alternar su vida privada con estos turnos de noche e intentar llevarlo de la mejor manera posible , por ejemplo practicando medidas como podrían ser evitando dobles turnos , hacerse chequeos médicos periódicos, haciendo pausas de descanso , intentando hacer cambios de turnos con compañeros etc..

Creemos que con el tiempo se mejoren este tipos de desarreglos , reduciendo horas laborales ,reduciendo las horas nocturnas de trabajo o ndisminuyendo la carga laboral...pero lo que si esta claro es que hay que tomar medidas en este asunto.

6 Bibliografía

Experiencia laboral

Manual básico del TCAE www.revistamedica.com

www.mapfre.es

Capítulo 211

EL PARTO Y LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ÁNGELA CLAUDIA NICOLAIESCU

MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO

VANESA INIESTA PULIDO

1 Introducción

El parto es una experiencia única en la vida de la madre.

Es donde se pueden dar los cuidados asistenciales para que se produzca con un mínimo de intervención sanitaria el nacimiento del bebé, pero también donde hay que atender los cuidados en la seguridad de salud de la madre.

Entre las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Organización Mundial de la Salud para cuidarse y tener un parto normal no estara indicado utilizar las enemas, el rasurado, muchos tactos vaginales, la epidural, la oxitocina, la aminorrexis, la posición ginecologica y la incisión que se hace en el perineo si no es obligatorio.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de acompañar a la paciente y a su familia toda la estancia en el hospital, transmitiendo seguridad, confianza, relajando y tranquilizando a la paciente informando de todo lo que necesitan saber para que la experiencia sea más agradable.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería atiende a la paciente en urgencias, en obstétrica y en la planta hospitalaria.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que obtener los datos clínicos de enfermería como los constantes vitales, palpación, tacto.

Si la paciente pide la epidural tiene que recoger la hoja del consentimiento informado y prepara la paciente para la administración del analgésico.

2 Objetivos

Explicar el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el parto y la acción de los profesionales que estarán pendientes de la salud de ellas y sus bebés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de preparar a la paciente para la sala de partos.

Debe de pedir a la paciente que se quite el maquillaje, el pinta labios, el esmalte de uñas y las joyas.

Si la paciente lo pide debe de poner enema y rasurar el pubis.

Debe de ser muy amable, servicial y bien organizado.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería estara siempre pendiente de la paciente.

Debe de dar la bienvenida al hospital a la paciente y su acompañante ,relajado transmitiendo confianza y tranquilidad.

Debe de hacer la valoración clínica e informar a la paciente de todo lo que quiera saber.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de partos asiste al nacimiento del bebé y anota la valoración clínica sobre estado de salud de la madre y el bebé.

Debe de continuar con los cuidados a la madre ,deambulación y los consejos en la educación sanitaria.

La educación sanitaria debe de ser sobre los cuidados de las mamas,lactancia materna y sobre el recién nacido ,el baño y cuidado del cordón umbilical.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe prestar los cuidados habituales al recién nacido, valoración, cribado de hipoacusia,profilaxis con vitamina K, administrar gamma globulina anti HBsAg , en caso de madres portadoras, cuidar la higiene y lactancia cuando la madre está descansando.

En el caso de una cesárea, cuando el trabajo evoluciona lento ,el feto está en mala posición, si hay sufrimiento fetal o la placenta se desprende de útero demasiado pronto se extrae al recién nacido del útero a través de una incisión quirúrgica, El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de preparar el material de la zona limpia y el quirófano;equipos quirúrgicos y paños, mascarillas, gorros, calzas, soluciones desinfectantes, cepillos quirúrgico s, ropa, reponer estanterías incluso medicación.

Ayudar a colocar a la paciente en posición adecuada y colaborar en la realización del sondaje vesical, si se precisa .

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de limpiar y recoger el material utilizado ,desinfectarlo y esterilizarlo según pide el procedimiento de actuación.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional que desarrolla muchas funciones en el área del paritorio que son importantes tanto para el equipo médico,la atención al paciente, la preparación del parto, la limpieza del carro de curas, la esterilización del instrumental quirúrgico, como los cuidados posteriores a la madre y su recién nacido.

Las características del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son de tener empatía, amabilidad, discreción y saber trabajar en equipo lo que hace que los

pacientes se sientan más cómodos y el trabajo sea más fácil.

En el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería la discreción es importantísima.

6 Bibliografía

Protocolo de recepción y acogida del paciente en la unidad de hospitalización de Tocología del Hospital Universitario Las Nieves de Granada; www.mheducation.es;

Manual de la auxiliar sanitaria de P. Osenat;

Mayoclinic.org

Capítulo 212

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO

LAURA LEÓN CABALLERO

VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES

MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO

CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS

ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las patologías neoplásicas infantiles o pediátricas en España son la segunda causa de muerte en edades de infantil y preadolescencia. Como consecuencia de esta enfermedad los pacientes pediátricos son expuestos a largos periodos de estancia en los centros hospitalarios, a tratamientos agresivos y a procedimientos médico -quirúrgicos invasivos que afectan directamente a su desarrollo físico, psíquico y social propio de su edad. A consecuencia de ello producen un aumento de la ansiedad tanto en ellos que ven como no pueden hacer lo que el resto de sus amigos como en su familia por el miedo al futuro. Por ello los profesionales sanitarios deben de buscar estrategias para cuidar y apoyar al paciente pediátrico y a su entorno.

El servicio de oncología infantil surge para responder a una gran demanda social y profesional para cubrir las necesidades de los menores con esta patología. Este tipo de tratamientos que reciben los pacientes pediátricos provoca alteraciones físicas y emocionales poco agradables y dolor, afectando las relaciones familiares y sociales. Por otro lado, los padres o tutores desarrollan una función primordial en los cuidados y atenciones del menor ya que son un pilar fundamental para que el paciente entienda y comprenda la situación que está viviendo.

Por otro lado, es competencia del profesional sanitario dentro del cual se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería mantener informados a la familia ante cualquier situación del niño y hacer que se sientan respaldados, ya que es muy importante para la buena evolución del paciente.

En la actualidad hay técnicas elaboradas que se ofrecen en la formación para el profesional sanitario que afrontan estrategias en el cuidado del niño con neoplasias o linfomas que hagan su paso por el centro hospitalario lo más llevadero posible. Se considera que el personal sanitario es la principal fuente de soporte emocional, por eso juegan un papel muy importante para el cuidado óptimo y eficaz del paciente pediátrico oncológico.

Es importante trabajar con estos menores para mejorar la autoestima, ya que sufrirán bastante cambios físicos importantes como caída de pelo, cicatrices por técnicas quirúrgicas, manchas en la piel etc. que recordarán el resto de su vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar las herramientas utilizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado del paciente pediátrico oncológico.

Objetivos secundarios:

- Analizar las distintas herramientas terapéuticas que existen para disminuir el impacto emocional que supone el tratamiento de la enfermedad en un niño con esta patología.
- Proporcionar al personal sanitario formación e información sobre estrategias terapéuticas para el soporte integral del niño y la familia.

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 búsqueda de documentos en diferentes bases de datos científicas

y artículos publicados en revistas biomédicas. Las bases de datos que han sido utilizadas fueron: Pubmed , Dialnet, Cuiden Plus, Scielo.

La búsqueda en las bases de datos se efectuó en varios idiomas como castellano e inglés. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda de artículos científicos han sido: cuidados enfermería, cáncer infantil, psicooncología infantil, afrontamiento, familia, Oncología pediátrica.

Como criterios de inclusión en la realización de las búsquedas de documentos científicos, se han seleccionado: artículos originales y de texto completo, artículos en lengua tanto inglesa y española, artículos donde el tema principal es la oncología pediátrica y herramientas terapéuticas.

Como criterios de exclusión se han descartado artículos incompletos, artículos en otras lenguas que no fueran el inglés o castellano, y artículos que no cumplieran nuestros principales criterios de búsqueda de pediatría oncológica.

4 Resultados

Se ha realizado una síntesis por diferentes bases de datos buscando artículos referentes a nuestros objetivos detallados anteriormente. Se han seleccionado diferentes artículos los cuales estudiaron en profundidad, analizando la información obtenida e identificando los puntos de interés para nuestro tema en cuestión de numerosos investigadores y escritores sanitarios. Estos autores basaron sus estudios sobre la eficacia de la actuación de los payasos o técnicas de risoterapia sobre el miedo a procedimientos dolorosos e invasivos en las unidades de oncología pediátrica.

Evalando dicha técnica, obtuvieron como resultado que esta acción terapéutica favorece el control de la respuesta al miedo ante procedimientos dolorosos, pero a corto plazo. Los diferentes autores en sus estudios muestran que el masaje tiene un efecto terapéutico muy positivo en este tipo de pacientes pediátricos.

Obteniendo como resultados que los efectos del masaje terapéutico en niños del servicio de oncología producen una disminución muy positiva de los síntomas negativos de la enfermedad como son dolor, náuseas vómitos, estrés, depresión y ansiedad. Aunque es necesario seguir ampliando estudios por la escasez de información.

Otros autores al realizar sus estudios nos muestran que el analizar las respuestas de padres o tutores de los menores y profesionales sanitarios sobre la participación de la familia en el cuidado del menor enfermo. Como resultado se vió que la presencia y la participación de los padres en el cuidado de los niños oncológicos es recibida como una fuente de seguridad y protección para el niño.

Además, permite también una mayor cercanía entre los padres y los profesionales de la salud.

Otros estudios nos indican que el profesional de la salud junto con la familia debe buscar estrategias de afrontamiento para proporcionar la mejor calidad de vida a los niños con esta enfermedad durante su dura etapa. Existen una serie de factores en los pacientes pediátricos oncológicos que se relaciona directamente con la depresión.

Concluyen que la participación del personal de la salud, ayuda a la detección de estos factores y así poder proporcionar los cuidados más adecuados de tal manera que en base a dichos factores se ofrece por parte del equipo del que forma parte el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

También resaltan que se debe insistir en realizar las actividades que potencian la autoestima del paciente pediátrico oncológico, para aportar fuerza y vitalidad. Es primordial y básico tal y como muestran las investigaciones realizadas sobre la humanización de la asistencia del personal sanitario y por tanto del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, concluyen que cuidar de otro necesita más que habilidad técnica.

5 Discusión-Conclusión

En los textos revisados se ha podido analizar todas las preocupaciones del menor oncológico y de su entorno, y así se conocen los medios y los protocolos terapéuticos eficaces de los disponen el personal sanitario del que el técnico forma parte para afrontar este tipo de pacientes en la actualidad.

Las herramientas terapéuticas dirigidas al cuidado del niño permiten al técnico en cuidados auxiliares de enfermería comprender el mundo que le rodea y poder evadirse de la realidad, expresando sus sentimientos y ser simplemente un menor. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe proporcionar al paciente los cuidados necesarios, sin olvidarse del malestar que éste puede sufrir durante sus tratamientos. El paciente pediátrico oncológico debido a ser menor de edad depende del cuidado de sus familiares o tutores legales por lo que se hace imprescindible que existe una relación de confianza entre los profesionales de la salud y los tutores. De esta manera, se podrán proporcionar cuidados de calidad.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá hacer partícipe también a los padres en terapias estudiadas y proporcionarles todo el apoyo posible. Se considera que las herramientas terapéuticas utilizadas para el abordaje de los cuidados del niño oncológico, son tan importantes y necesarias como los tratamientos médicos, ya que éstas pueden ayudar a mejorar la situación del paciente. De ahí,

la necesidad de una formación adecuada en este campo para todos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y demás profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. Ortigosa, J., Méndez, F., Riquelme, A. Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. Psicooncología [Internet]. 2009.
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/revision-bibliografica-actuacion-de-enfermeria-en-el-ambito-de-los-cuidados-en-el-paciente-oncologico-pediatrico-y-su-familia/>
3. Da Silva, L. y Cabral, I. Las repercusiones del cáncer sobre el jugar del niño: implicaciones para el cuidado de enfermería. Enferm, Florianópolis [Internet]. 2014 .
4. Velásquez-Silva S, Zuluaga-Sarmiento L. Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera en su detección. Duazary [Internet]. Dic. 2015.
5. De Lione Melo, L. y Ranier Martins do Valle, E. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010.
6. Reyna Martínez, M., González Romo, R. y López Huerta, J. Un mapa para llegar a la vida: estudio de caso de un niño con leucemia mediante arteterapia. Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social [Internet]. 2011.
7. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100011

Capítulo 213

LOS CUIDADOS AL PACIENTE CARDIOVASCULAR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LAURA LEÓN CABALLERO

CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS

VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES

ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ

MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO

1 Introducción

Al igual que en otros países occidentales, la trombosis ateroesclerótica, la enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica) es la principal causa de muerte y una importante causa de discapacidad. La atención médica ha tenido un gran impacto en los costos de los servicios de salud.

En España, aunque la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular ha descendido en los

últimos años, sigue siendo la principal causa de muerte para toda la población. Entre los hombres, la cardiopatía isquémica es particularmente prominente, mien-

tras que la enfermedad cerebrovascular es la principal causa de muerte cardiovascular en las mujeres.

Las enfermedades cardiovasculares siempre suelen de ser crónicas y en la mayoría de ocasiones limitan al paciente en las capacidades físicas y sociales durante toda su vida. Debemos educar al paciente para prevenir la enfermedad, pero si ya la tiene debemos hacerle un reset en su vida y enseñarle como debe de llevar la enfermedad y cambiar sus hábitos de vida actuando y dándole pautas en la actuación del ejercicio físico, psicológico y así ser independiente para poder integrarse de nuevo a una vida activa y de satisfacción tan pronto sea posible.

La intervención del personal sanitario en la educación sanitaria del paciente es fundamental, tanto en la prevención como en la rehabilitación, favorecen el control de los factores de riesgo, promueven hábitos de vida saludables y disminuyen la morbimortalidad y mejoran su calidad de vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer el papel del TCAE en el cuidado al paciente cardiovascular.

Objetivo secundario:

- Describir la patología cardiovascular.

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 realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Search , Pubmed y, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como enfermedad cardiovascular, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, enfermedad, cardiopatía, vascularización, corazón.

4 Resultados

La Insuficiencia Cardíaca aguda es un fallo agudo del pulmón donde falla el bombeo cardíaco que hace que la sangre retroceda en la circulación pulmonar. La insuficiencia Cardíaca es un problema frecuente que puede afectar a personas de todas las edades, aunque se da con más frecuencia entre las personas mayores.

Es una enfermedad crónica que no tiene curación, pero si tratamiento y poder llevar una mejor vida realizando cambios y educando al paciente sobre la administración correcta del tratamiento con el fin de lograr una mejor calidad de vida del paciente el tiempo que sea posible.

En los cuidados del paciente debemos llevar especial cuidado cuando tiene dolor, comunicarlo a la enfermera para que pueda ponerle medicación o en otro caso llamar al médico cardiólogo para que revise al paciente. También pueden aparecer otros síntomas como dolor de cabeza, palpitaciones o mareos y suele ser pocos minutos el dolor, en otras ocasiones el dolor del pecho sigue y no cede, es frecuente y viene acompañado de náuseas, sudor intenso y falta de respiración, se debe acudir al médico lo antes posible, prontitud, aunque sea antes de la fecha prevista.

Los cuidados al paciente cardiovascular trasplantado es muy parecido a otro paciente que ha sido intervenido de cualquier cirugía y debemos de tenerlo monitorizado para saber en todo momento las constantes como la tensión, saturación y sobre todo ritmo cardíaco, de esta manera se prevén arritmias, seguidamente los pacientes son trasladados a la unidad de cuidados intensivos donde permanecerá unas 6-8 h después del postoperatorio y si todo va correctamente se traslada a planta, para llevar un control en el balance hídrico, cuidado de catéteres y la dieta que ha de ser con aporte de proteínas y baja en sodio y grasas animales. Los cuidados y recomendaciones para cambiar los hábitos de vida son: no olvidar el tratamiento, llevar una dieta equilibrada, tomar poca sal en los alimentos, no beber alcohol ni fumar y realizar ejercicio físico para que muevan las piernas y a la vez se mueve el corazón.

La mayoría de estudios que se han realizado a pacientes cardiovasculares hay una incidencia más alta en hombres que en mujeres de que padezcan o sufran un ataque al corazón o ictus, esta diferencia entre los dos sexos disminuye a medida que aumenta la edad de los mismos, hasta un punto que después de los 65 años el riesgo es igual en hombres que en mujeres

5 Discusión-Conclusión

El paciente trasplantado o cardiovascular es un método que está especializado y es eficaz en la insuficiencia cardíaca terminal, en él intervienen un gran número de profesionales sanitarios que intervienen para realizar un trasplante cardíaco y en las posibles complicaciones infecciosas, quirúrgicas o inmunológicas.

La atención continuada en los cuidados que recibe el paciente cardiovascular requiere una educación sanitaria que de esta manera disminuye los riesgos y

mejora la vida del paciente. Los cuidados de enfermería permiten detectar y analizar un mejor método de trabajo que se estandariza a la hora de ofrecer una calidad asistencial y optimizada en el paciente.

El mejor tratamiento para las enfermedades cardiovasculares es la prevención, hay factores de riesgo que aumentan la posibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares como pueden ser la tensión arterial alta, la diabetes, el colesterol, la obesidad y sobre todo el sedentarismo, debemos controlar continuamente todos los riesgos para reducir en la probabilidad de padecer la enfermedad cardiovascular.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedades-cardiovasculares-13084466>
2. Solís M, Casado MJ, Iza A, Barragán A, & González T. (2004) Trasplante cardíaco. Manual de Enfermería. Programa educativo. Madrid: Editorial Complutense
3. Álvarez, J. M., J. M. Maroto, y L. F. Arós. Guía del enfermo coronario. Madrid: Sociedad Española de Cardiología, 2006.
4. Corazón al Día. Campaña de concienciación sobre riesgo cardiovascular. «Hábitos de vida». http://www.corazondiaadia.cl/habitos_vida.asp. (Fecha de consulta: 28/11/08.)
5. Pablo Zarzosa, C. de. Rehabilitación cardíaca: vuelta al trabajo. Madrid: Mapfre Medicina, 1996.
6. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedades-cardiovasculares-13084466>

Capítulo 214

LAS CONSTANTES VITALES UNA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LAURA LEÓN CABALLERO

VICTORIA EUGENIA PINES CORRALES

MARÍA OLALLA CALZADA ROMERO

CARMEN PILAR MORENO NÚÑEZ DE ARENAS

ELISABETH REDONDO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las constantes vitales son aquellos parámetros que valoran el estado general del paciente.

Estos parámetros tienen unos valores diferentes de unas personas a otras dependiendo de factores como la actividad realizada previamente, la edad, la dolencia, la hora del día, etc.

Por lo general la toma de constantes en el hospital se realizan una vez por turno, si la situación clínica lo requiere será más frecuente. Los valores de las constantes vitales se registrarán en unas gráficas, que permiten valorar el estado y evolución del paciente de manera rápida. La gráfica de registro de constantes vitales es un

documento que forma parte de la historia clínica del paciente, mediante la cual el médico puede valorar rápidamente el estado físico del paciente. Las gráficas se dividen en dos grupos por lo general: - Gráficas mensuales ordinarias.

En ellas se recogen los registros diarios durante treinta días en dos controles (mañana y tarde).

Incluyen las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión venosa central), dieta y peso, tratamiento farmacológico pautado, y balance hídrico (entrada y salida de líquido del organismo). - Gráficas de control horario. Se emplea en aquellos pacientes que requieren una vigilancia más estrecha como aquellos pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, quirófanos, postoperatorios, urgencias, unidades coronarias...

Los datos que se anotan en el registro de constantes son:

- Temperatura: se identifica con una T y los valores van desde 34 a 41 grados. Se marca en color rojo.
- Frecuencia cardíaca: en la gráfica aparece con una P. Sus valores van entre 50 y 160 latidos por minuto. Se marca en color azul.
- Respiración: se identifica con una R, sus valores oscilan entre 10 y 60 respiraciones por minuto. Se marca en color negro.
- Tensión arterial: en la gráfica se identifica con T.A. Se indica la tensión máxima en un punto y la mínima en otro, ambos se unen mediante una línea vertical. Se anota en color verde.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber qué son las constantes vitales para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Objetivo secundario:

- Conocer sus valores normales, cómo y cuándo tomarlas para su correcto registro en la gráfica del paciente.

3 Metodología

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

Palabras claves: constantes vitales, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, temperatura, tensión arterial, respiración entre otras.

4 Resultados

Se va a describir cada una de las constantes vitales del ser humano que debe conocer y practicar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

- La temperatura: Medición de la temperatura. El instrumento utilizado para la medición de la temperatura corporal es el termómetro. La temperatura se puede medir en diferentes lugares y puede realizarlo el auxiliar de enfermería. En la boca la técnica de medición es: - Lavarse las manos y explicar el procedimiento al paciente. Comprobar que la columna de mercurio del termómetro está por debajo de 35°C y situarlo en la boca, manteniéndolo 6 minutos aproximadamente. Registrar la temperatura del paciente y anotarlo en la gráfica. - Volver a bajar la columna del termómetro por debajo de 35°C y desinfectarlo. En la medición de temperatura en la axila la técnica es la siguiente: o Lavado de manos y explicar el procedimiento al paciente. o Comprobar si existe humedad en la axila, si la hubiera, secar la zona con una gasa. -

Comprobar la columna del mercurio. o Colocar bajo la axila el termómetro, y decirle al paciente que cruce su antebrazo sobre su tórax, manteniéndolo durante diez minutos. o Volver a bajar la columna de mercurio y desinfectar el termómetro. o Registrar la temperatura en la gráfica. En la medición de temperatura en el recto la técnica es la siguiente:

☒ Lavarse las manos y explicar lo que se va a hacer al paciente.

☒ El paciente debe colocarse en decúbito lateral.

☒ Se lubrica el termómetro.

☒ Se separan los glúteos con una mano y se introduce suavemente el termómetro por el ano tres o cuatro centímetros, manteniéndolo durante dos-tres minutos.

☒ Se extrae el termómetro y se registra la temperatura en la gráfica.

☒ Se baja el mercurio y se desinfecta el termómetro.

☒ Se acomoda al paciente.

- El pulso arterial. Es la expansión y contracción regular de una arteria causada por la llegada brusca de sangre impulsada por el corazón. El valor normal en un adulto es de 60-80 latidos por minuto. Las zonas en las que se percibe con más claridad el pulso cardíaco periférico son las siguientes: arteria temporal, arteria carótida, arteria branquial, arteria radial, arteria femoral, arteria poplítea, arteria tibial y arteria pedía. El pulso apical o central se toma mediante el fonendoscopio auscultando la punta del corazón en el quinto espacio intercostal en la

línea medio clavicular izquierda. Durante un minuto se contarán los latidos del corazón.

El registro se anotará en la gráfica.

- La respiración. El material a emplear en la medición de la respiración será: reloj con segundero y gráfica. La eupnea es la respiración normal, rítmica, de 12 a 18 respiraciones por minuto con la profundidad y simetría adecuadas. Se debe aprovechar la toma del pulso y no avisar al paciente del procedimiento que se va a realizar para evitar modificaciones inconscientes de su patrón respiratorio. Se observará el ascenso y descenso del tórax sujetando el brazo del paciente sobre el mismo para mejorar la medición. Se contarán durante 30 segundos los ascensos del tórax o inspiraciones, se multiplicará por 2 si es rítmica la respiración; si fuera anormal se tomará durante 1 minuto completo.

- La tensión arterial. Es la fuerza con la que fluye la sangre por el interior de las arterias. Sus valores normales oscilan entre la mínima 70-90 milímetros de mercurio y 120-140 milímetros de mercurio la máxima. Para tomar la tensión arterial: o Se necesitará un esfigmomanómetro y un fonendoscopio. o Se dejará el brazo del paciente al descubierto y alrededor del brazo se enrollará el manguito del esfigmomanómetro. o Se localiza el pulso branquial en la flexura del codo y se colocará la campana del estetoscopio en ese punto. o Se cerrará la válvula y se insuflará el aire en el manguito hasta que deje de palparse el pulso radial. o Se abrirá la válvula dejando salir lentamente el aire hasta que se percibe un primer ruido que corresponde a la presión arterial sistólica, se sigue soltando aire hasta que el latido que se percibe cambie de tono o desaparezca. Ese punto corresponde a la presión arterial diastólica. o Se desinflará totalmente el manguito y se acomodará al paciente. o Se anotará el resultado en la gráfica.

- La presión venosa central. Determina la presión que existe en la aurícula derecha o en la vena cava superior. Se realiza tras la inserción de un catéter, cuya punta llegue a la aurícula derecha o a la vena cava superior, que registrará sus resultados en una columna de agua o manómetro conectada al catéter.

5 Discusión-Conclusión

En las Unidades de Cuidados Intensivos es el Equipo de Enfermería del que forma parte el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el que se encarga de la toma y registro de todas las constantes vitales de los pacientes, pero es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sepa los valores normales de las constantes vitales para alertar a los enfermeros de cualquier anomalía en los valores para actuar con la mayor rapidez posible.

En las unidades de los hospitales es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el encargado de medir la temperatura corporal de los pacientes así cómo registrar sus valores en la gráfica. Para todas las demás medidas de valores será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el encargado de preparar el material necesario, preparar al paciente y ayudar al Equipo de Enfermería en todo lo que precisen.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/constantes-vitales/>
2. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448184106.pdf>
3. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448184106.pdf>

Capítulo 215

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL LAVADO DE MANOS Y SU IMPORTANCIA

INMACULADA SÁNCHEZ MELGARES

PILAR PEREZ ORTEGA

ESTELA GIL BORRALLO

ROCIÓ YOLANDA SÁNCHEZ MELGAREZ

SERGIO VELA PATERNA

1 Introducción

A lo largo de el día a día estamos expuestos a infinidad de infecciones o microorganismos perjudicial para la salud pero tan solo tendemos a protegernos o cuidarnos de lo que realmente vemos no de lo cual no tenemos la posibilidad de valorar.

Hablamos de las patologías de tipo infectocontagioso que tienen la posibilidad de suponer un grave peligro para nuestra salud y se contraen sin que seamos capaces de «verlas». Hay diferentes de vías de ingreso en nuestro organismo por medio de las cuales tenemos la posibilidad de contagiarnos de alguna de estas patologías y nuestras propias manos son una de estas vías de ingreso a nuestro

organismo. el personal TCAE que trabajan o desarrollan su actividad dentro del entorno sanitario va a hallarse expuestas en muchísimas situaciones a diversos agentes patógenos que pueden suponer un peligro para su salud y la de los demás . desde aquí tenemos la posibilidad de resaltar el valor de lavado de manos cada vez que realicemos una actividad para prevenir contagios e infecciones para nosotros mismos y hacia los demás

Una vez que nos lavamos las manos lo cual buscamos es la eliminacion de la suciedad, y la contaminación que es capaz de sobrevivir sobre nuestra piel. A primera vista un lavado de manos puede parecer una cosa bastante simple y basica de hacer, pero dependiendo del tipo de trabajo que vayamos a desarrollar a un paciente puede variar la técnica que debemos utilizar y por esa razón requerimos conocer unas reglas primordiales para que el TCAE pueda relizar correctamente el tipo de lavado de manos dependiendo de su actividad.

2 Objetivos

Veamos el principal objetivo del trabajo que estamos realizando :

-conocer por parte del TCAE los tipos de lavado de manos

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Acontinuacion vamos a ver los tipos de lavado de manos dependiendo de la actividad

Lavado higiénico

El más básico o habitual es el «lavado higiénico», tan solo se necesita de agua y jabón para eliminar la suciedad y debemos realizarlo tanto al inicio de empezar a trabajar como al finalizar nuestra jornada laboral. Tambien se recomienda hacerlo por parte del TCAE antes y despues de realizar las diversa actividades que hace en su trabajo ,como podría ser cunmdo mantiene contacto con un paciente ,

cuando arregla ropa de cama , cuando bolsas de diuresis etc.. lavado por fricción con solución hidroalcohólica

El «lavado de manos por fricción» es una técnica que se puede emplear como sustitutivo del lavado higiénico ya que es más rápido y efectivo,. Consiste en lavarse las manos con productos de base alcohólica, los cuales son un potente protector contra gérmenes o suciedad.

Debemos aplicar la solución en la palma de la mano y extenderlo mediante la fricción por toda ella, incluyendo espacios interdigitales, uñas y muñecas, este lavado se puede realizar en 5 gestos diferenciados para así poder ocupar y llegar a toda la superficie de la mano. Es aconsejable retirar todos las cosas que llevemos en la mano como anillos o pulsera y dejar secarlas al aire.

Para utilizar esta técnica es preferible que antes hayamos hecho un lavado higiénico de manos , para así antes de realizar esta técnica ya tengamos las manos limpias.

Lavado quirúrgico

Este lavado se realiza cuando vayamos a intervenir en cualquier tipo de intervención quirúrgica. Esta técnica es más específica como es el pues se pretende eliminar cualquier microorganismo que pueda encontrarse en la superficie de nuestra piel ya que se va a realizar algún tipo de intervención que requiere unas condiciones de asepsia especiales. Este tipo de lavados de lavados se se realiza obligatoriamente en el área quirúrgica . en uci y las áreas de diálisis

Lavado antiséptico

Por último, tenemos el «lavado de manos antiséptico» que requiere el uso de productos antisépticos como la povidona yodada. Esta técnica se utiliza para realización de cualquier procedimiento que resulte invasivo al paciente, como podría ser cuando se somete al paciente a un sondaje vesical por ejemplo. Si la atención es prestada a pacientes inmuno deprimidos también es aconsejable este tipo de lavado.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería serán quienes más contacto directo tienen con el paciente hospitalario y serán quien mas expuestos estén a estas personas y sus fluidos corporales y a cualquier tipo de enfermedad que tengan y que no podemos saber hasta no haberle realizado las pruebas pertinentes para su detección. El TCAE será en el área hospitalaria uno de los más meticulosos y protocolarios con esta práctica del lavado de manos como mecanismo de protección.

Sabemos que existen muchos métodos de higiene y protección frente a la transmisión de enfermedades e infecciones y podemos afirmar que el lavado de manos es uno de los más importantes básicos y fáciles a seguir a la vez que efectivo, evitando o previniendo de poder coger infecciones y mas tarde transmitirlos.

El TCAE será muy buen conocedor de estas practicas de lavados de manos y las llevara a cabo diariamente en el desempeño de sus funciones dentro del centro hospitalario, aunque estas rutinas al final son llevadas tambien a la practica en su vida social y privada

6 Bibliografía

www.formacurae.es

<https://papelmatic.com>

Google

Manual básico del TCAE

Capítulo 216

TÉCNICAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON ALZHEIMER (DIRIGIDO A TCAE)

CELIA CEDILLO PERALES

SARA LERIA BITO

ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente, se define como un trastorno destructivo del cerebro en el que se notan cambios en la memoria y en la conducta. Es una enfermedad grave que tiene repercusiones sociales y familiares. Su aparición prevalece más en hombres que en mujeres a partir de los 65, pero puede aparecer en edades más tempranas.

Es una enfermedad que no tiene prevención tan solo hábitos y estilo de vida saludables.

Cuando una persona comienza con cambios a nivel de la memoria y la conducta, se recomienda la consulta al médico de atención primaria para que valore y si considera que se está produciendo un cambio en el paciente derivará al especialista, en esta caso el neurólogo para una exploración más específica a través de un TAC u otras pruebas que considere oportunas.

Los medicamentos existentes pueden mejorar la sintomatología o retrasar la aparición, pudiendo los pacientes vivir de una forma más independiente. No existe nada que elimine la enfermedad.

Un diagnóstico precoz de la enfermedad puede mejorar la calidad de vida junto con el tratamiento.

Como hemos dicho antes, es una enfermedad que afecta a la familia, pues son ellos los que tienen que brindar apoyo y cuidados, lo que supone una sobrecarga física y emocional que en ocasiones pueden generar conflictos.

2 Objetivos

Conocer los tipos y síntomas del Alzheimer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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. Al igual que en la Web del Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

Los tipos de enfermedad de Alzheimer son:

Según la edad de inicio, puede ser:

- Presenil o temprana o de inicio precoz.

Relacionada con el ámbito familiar, comienza antes de los 65 años, cursa de forma rápida y lo padece el 0.5-2.5% de los casos.

- Senil o tardía.

Aparece después de los 65 años, es esporádica y cursa de forma lenta; representa más del 95% de los casos.

Según la causa que la produce, puede ser:

- Familiar.

Cuya causa es genética (60-80%) y se debe principalmente a alteraciones en 3 genes.

- Esporádica.

Diferentes factores genéticos se asocian al desarrollo de la enfermedad, siendo en mayores de 65 años su aparición.

La enfermedad de Alzheimer presenta un inicio lento, sutil y progresivo que, en sus fases iniciales, es difícil de diferenciar del envejecimiento normal o de otras entidades clínicas, y llega a crear confusiones.

En general, puede decirse que la enfermedad evoluciona más rápidamente cuanto más joven es el paciente. Así, en los casos, de personas más jóvenes en torno a los 45-50 años, la enfermedad puede avanzar más rápidamente en un plazo de entre 3 y 4 años.

Existen varias fases en el desarrollo de la enfermedad. La evolución es diferente de unas personas a otras.

Por ser una enfermedad gradual es difícil de precisar el momento exacto en que comienza.

En esta primera etapa es necesario buscar un diagnóstico oportuno, ya que muchas veces es confundida por profesionales, familiares y amigos como “vejez” o como algo normal en el proceso de envejecimiento.

A medida que avanza la enfermedad, los síntomas son más evidentes y restrictivos.

Las actividades de la vida diaria resultan de gran dificultad para ser desarrolladas por las personas con Alzheimer.

La última etapa es de total dependencia e incluso inactividad.

En definitiva, para sobrellevar a un paciente con este tipo de patología, damos una serie de pautas a seguir:

Pérdidas de memoria que afectan a las capacidades en el trabajo (Citas, nombres, números de teléfono, etc.)

Dificultades para realizar tareas familiares (problemas para preparar la comida, etc.)

Problemas de lenguaje (Olvido y sustitución de palabras, etc.)

Desorientación en el tiempo y el espacio (El paciente se olvida de la fecha, se pierde, etc.)

Pobreza de juicio (El paciente se viste con ropa inapropiada, sigue conductas anómalas, etc.)

Problemas de pensamiento abstracto (Se olvida del significado del dinero. Aparecen problemas de evaluación de semejanzas, de comprensión de refranes, etc.)

Pérdida de cosas o ubicación en lugares incorrectos (El paciente pone la plancha en la nevera, el reloj en el azucarero, etc.)

Cambios en el humor y la conducta (El estado de ánimo sufre cambios frecuentes e inesperados).

Cambios en la personalidad (Cambios recientes: suspicacia, temor, etc.)

Pérdida de iniciativa (El paciente está muy pasivo y necesita estímulos constantes).

5 Discusión-Conclusión

A través de las investigaciones que se llevan realizando durante muchos años se ha llegado a obtener grandes resultados sobre tratamientos a través de medicamentos para detener el avance rápido en los pacientes y otros tratamientos a nivel cognitivo.

En la actualidad se están desarrollando nuevas terapias, pero es muy importante la inversión para el desarrollo de nuevos y actualizados ensayos clínicos.

Se dedica más presupuesto en otras investigaciones que no conllevan a patologías graves más que a este tipo de demencia y no se tiene en cuenta que son muchos millones de ciudadanos no solo en España, sino en todo el mundo afectas por Alzheimer

6 Bibliografía

- Libro Técnicas básicas de enfermería Editex
- Wikipedia
- Información en cursos realizados de Logoss
- <https://portalgeriatrico.com.ar/cuidados-del-alzheimer-enfermeria/>

Capítulo 217

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON UN ECZEMA TÓPICO HOSPITALIZADO

LIDIA LOZANO GARCÍA

CLARA TORRENTE MAÑAS

M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO

BEATRIZ NAVARRO ESPADAS

CARLOS ESPADAS BARBA

1 Introducción

La palabra tópica es una reacción inmunológica por factores de riesgo como factores irritantes, ciertos estímulos como estrés y ansiedad, o alergenicos.

Podemos referirnos a una tríada para la sintomatología tópica, rinoconjuntivitis, asma y dermatitis atópica. El paciente no va a presentar todos los síntomas, pero sí que puede haber alguna ocasión en la que presenta dos de estos. La atopia cutánea es el estado de hiperreactividad que ocurre en una piel seca, fácilmente irritable, que ante ciertos factores externos manifiesta síntomas y signos de inflamación.

También es importante conocer la palabra eczema, que se puede definir como denominación genérica de cualquier inflamación de la piel, a la que se conoce

como dermatitis y que define un conjunto de enfermedades de la piel que tienen diferentes causas, si bien el eczema también puede ser en ocasiones un síntoma de alguna enfermedad sistémica, etc.

Cuando el paciente presenta un estado de estrés como se ha comentado anteriormente un factor desencadenante de este eczema tópico sufre un brote puntual sobre todo en zonas donde hay pliegues en la piel, en miembros superiores, glúteos, miembros inferiores, detrás del pabellón auricular externo etc. Cuando sucede este brote se ha producido y ha desencadenado también un incremento o aumento de hormonas de cortisol, adrenalina.

Este eczema comienza su debut sobre los 5 años aproximadamente, o en la adolescencia y en casos excepcionales en la adultez.

2 Objetivos

- Determinar que tipo de cuidados recibirá el paciente con un brote de eczema tópico.
- Describir que medicación se debe emplear en ese tipo de piel.

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 de bases en los que nos explican que tipo de cuidados debe de llevar un paciente con un brote de eczema tópica que se encuentra hospitalizado.

PALABRAS CLAVE, piel, riesgo, alergia, brote, picor.

4 Resultados

- Nuestra revisión bibliográfica va en base de que cuidados debe realizar el TCAE que ha realizado en su piel un brote de un eczema tópico en el cual se tendrá que prevenir que vaya a mayores o intentar prevenir que la afección sea tan grave que tenga que llegar a tomar medicación con antibiótico.
- En los artículos encontrados se ha referido muchos de estos a que lo más importante de este tipo de pacientes es cuidar esa piel, prevenir riesgo de integridad

cutánea en la cual, en el momento de aseo, se debe de secar todo muy bien, incidiendo en los pliegues cutáneos. En caso de que el brote sea muy extenso se tendrá que secar con una compresa estéril para no infectar las lesiones de la piel. Es importante la hidratación tanto de la piel en el momento tras el aseo e hidratación oral procurando que el paciente tome abundantes líquidos para que esa sequedad se llegue a hidratar. Los tiempos en cuanto al baño o ducha deben de ser cortos. Los jabones que deben de utilizar deben de ser suaves y sin parabenos. El paciente tendrá que realizar el baño con agua tibia pues el calor les afecta a más irritación y picor. (Garnacho-Saucedo, G., Salido-Vallejo, R., & Moreno-Giménez, J. C. 2013).

- También inciden los autores en que se debe de identificar el efecto causante en ese momento del eczema para poder tratarla y con la ayuda de los cuidados anteriores y medicación se pueda recuperar el paciente normalmente.
- En casos graves se tendrá que medicar con antihistamínicos e incluso antibióticos para poder deshacerse de la infección de piel, que puede llevar a más complicaciones.
- En algún estudio han añadido la fototerapia, aunque no está completamente avalada ni científicamente. (De Argila Fernández-Durán, N., Maldonado, C. B., & Gómez, M. M. 2013).

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es el que suele detectar cualquier irritación o riesgos que van ocurriendo en la piel, con lo cual en ocasiones podrá marcar donde están las lesiones, para ver si aumentan o están estancadas. El facultativo pautará una crema corticoide para unos días para cortar rápidamente que la lesión vaya a más. Pero a esto hay que añadir todos los cuidados descritos como la buena hidratación del paciente, el cuidado en el momento de aseo y el correcto secado de la piel afectada, entre otros.

Si la situación empeorara, el paciente deberá iniciar un tratamiento farmacológico para evitar futuras complicaciones de la piel.

6 Bibliografía

1. De Argila Fernández-Durán, N., Maldonado, C. B., & Gómez, M. M. (2013). Gestión y cuidados de enfermería al paciente dermatológico en tratamiento con fototerapia con rayos ultravioleta B de banda estrecha. *Enfermería Clínica*, 23(4), 170-174.

2. Garnacho-Saucedo, G., Salido-Vallejo, R., & Moreno-Giménez, J. C. (2013). Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 104(1), 4-16.

Capítulo 218

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DIABETES

CLARA TORRENTE MAÑAS

M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO

BEATRIZ NAVARRO ESPADAS

CARLOS ESPADAS BARBA

LIDIA LOZANO GARCÍA

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad que aparece cuando el páncreas no sintetiza la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita.

Si no se cuida de esta enfermedad crónica, puede ocasionar problemas en el sistema circulatorio y neurológico, afectando de manera negativa la calidad de vida humana.

Existen tres tipos de diabetes más conocidas:

La de tipo 1 (no está necesariamente relacionado con antecedentes familiares) surge repentinamente y, normalmente en niños, sin embargo también puede comenzar en cualquier edad. Se necesita inyecciones diarias de insulina.

La de tipo 2 se manifiesta en la adultez, el número de casos incrementa en personas mayores, siendo mucho más frecuente que la de tipo 1.

Y la gestacional aparece cuando la insulina no aumenta durante el embarazo para intensificar las reservas de energía. Por lo general desaparece tras el parto. También hay otros tipos de diabetes que son menos conocidas, la diabetes pancreopriva, ocasionada por lesiones en el páncreas, por extirpación o inflamación de este.

La diabetes es una enfermedad que puede pasar desapercibida durante años y causar complicaciones durante este periodo. Si una persona es predispuesta a tener diabetes lo mejor es tener una vida activa y una alimentación equilibrada, aparte de revisar el nivel de glucosa en sangre.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir los cuidados que precisa un paciente con la enfermedad crónica de diabetes mellitus.

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

Es fundamental un diagnóstico precoz para poder tratar la diabetes de cualquier tipo, es vital para poder adecuar una atención específica eficaz a este tipo de paciente. Por eso la labor de los auxiliares de enfermería es vital sea en un hospital, clínica o residencias de mayores.

Los objetivos primordiales en este procedimiento son controlar la glucemia, para impedir que se eleve el nivel de la glucosa en sangre, ya que un mal control puede dar lugar a una serie de enfermedades asociadas (pie diabético, lesiones renales, ceguera, etc.).

También es importante un control de peso, con dietas y ejercicio físico adecuados a cada paciente, para aumentar la calidad de vida, y prevenir las descompensaciones y complicaciones que puedan aparecer.

Para disminuir la incidencia de complicaciones agudas y crónicas, es muy importante adaptar los cuidados a cada paciente:

- Educando al paciente diabético, asegurando así que funcione los tratamientos.
- Promover el consumo de una dieta equilibrada, para moderar el consumo de calorías propensas a minimizar la producción hepática de glucosa.
- La actividad física regular, es el elemento principal en el tratamiento de la diabetes tipo 2, pues reduce la resistencia a la insulina, controla el peso y diversas causas de riesgo cardiovascular.
- La toma de medicamento, tanto en la aplicación de insulina como hipoglucemiantes orales, el autocontrol de la glucosa sanguínea, para intentar tener una glucemia entre los límites normales.
- Motivar la comunicación entre paciente y personal sanitario, además de darle apoyo psicológico.

La atención a las personas con diabetes es cada vez más importante, independientemente del ámbito que se encuentre.

Se tiene que tener en cuenta, aparte de los controles médicos periódicos (principalmente si hay antecedentes en la familia), los síntomas que pueden ayudar a revelar un alto nivel de azúcar en la sangre, como por ejemplo: aumento de la sed y orina frecuente, sensación de cansancio, visión borrosa, hambre excesiva, pérdida de peso sin razón alguna, heridas que no llegan a cicatrizar, entre otros. No obstante cuando se trata de la diabetes tipo 2, al ser de evolución lenta, algunos pacientes no muestran síntomas.

A pesar de los diversos avances en el tema de la salud, todavía no hay posibilidades de evitar la diabetes tipo 1. Al contrario de la diabetes tipo 2, que si se puede prevenir teniendo un buen estilo de vida.

La labor de un auxiliar de enfermería es fundamental, tanto a la hora de fomentar la prevención, como en el cuidado de los pacientes que ya padecen esta enfermedad. En cualquier uno de los casos, ha de intentar que el paciente mantenga un plan de comidas ajustada y animar a que haga actividad física diaria, evitando así unos de los factores de la aparición de esta, la obesidad.

Aparte de tomar esos cuidados, si el paciente que ya sufre de diabetes, también es de suma importancia el control de la glucosa en sangre, ya que tanto una hiperglucemia (cuando los niveles de azúcar están por encima del umbral establecido) como una hipoglucemia (cuando esos niveles de glucosa en sangre se hallan muy bajos) puede ser muy peligroso para un paciente. Asimismo deberá vigilar que el tratamiento indicado por médico se lleva a cabo.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la diabetes aunque es una patología muy común en el mundo, no se debe tomar a la ligera, ya que puede presentar grandes complicaciones y en extremo, llevar a muerte. Se debe conocer y tratar cada caso, teniendo en cuenta los diferentes factores que puedan ocasionar, tanto internos como externos, procurando que no se manifiesten, con sus debidas medidas preventivas en el caso de que se pueda, o conociendo los síntomas que se puedan dar, para así detectar a tiempo y tratarla.

Los cuidados del auxiliar de enfermería no es menos importante a la hora de tratar con los pacientes, porque al final es el que más cercano está a los pacientes, sea de hospitales o residencias geriátricas. Es imprescindible a la hora de aplicar las pautas médicas y los cuidados del enfermo, para que este pueda llevar una vida lo más normal posible.

6 Bibliografía

1. Elsevier <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-atencion-alpaciente-diabetico-abordaje-X0212047X09453514>.
2. Cuidateplus <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/medicina-interna/diabetes.html>.
3. Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetes/diagnosis-treatment/drc-20371451#>.
4. Medlineplus <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000327.htm>.

Capítulo 219

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON DERMATITIS DE PAÑAL E INCONTINENCIA

BEATRIZ NAVARRO ESPADAS

CARLOS ESPADAS BARBA

LIDIA LOZANO GARCÍA

CLARA TORRENTE MAÑAS

M DEL PILAR LOPEZ MANCEBO

1 Introducción

La persona encamada y con incontinencia tanto urinaria como fecal puede padecer una dermatitis de pañal.

La incontinencia urinaria se puede definir como la pérdida involuntaria de orina que provoca cualquier tipo de molestia o incomodidad. Este tipo de incontinencia es por su gravedad, frecuencia, repercusiones y magnitud, un grave problema social y de salud, ya que afecta a la calidad de vida, limita la autonomía personal y la independencia, provoca el uso de pañal o compresas.

Este tipo de incontinencia suele aparecer más en mujeres y con una edad en la que aparece la menopausia, o ha tenido ya algún hijo vía vaginal. Esto provoca desgarros y una incontinencia de urgencia, debida a esfuerzos físicos, toser, maniobras vagas etc.

En cuanto a la incontinencia fecal que también es un factor de riesgo para la dermatitis de pañal se puede definir como la pérdida de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materia fecal, es frecuente en el anciano, siendo uno de los síndromes geriátricos que comporta más repercusiones en su calidad de vida y una mayor carga en el cuidador, originando un gran impacto psicosocial y económico.

Todo esto nos hace valorar si el paciente puede llevar el pañal o podemos proceder a otra técnica.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de acciones debe llevar a cabo el TCAE ante el paciente con dermatitis de pañal.
- Describir tipos de incontinencias urinarias que puedan producir la dermatitis de pañal.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que nos pueden enseñar que tipo de intervenciones debe realizar el TCAE en pacientes con dermatitis de pañal. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron pañal, erupción, incontinencia, urgencia.

4 Resultados

- Nuestra revisión bibliográfica se ha dedicado a estudios que nos han ayudado a entender que tipo de intervenciones debe realizar el TCAE con un paciente que presenta la dermatitis del pañal.
- Los tipos de incontinencia urinaria de urgencia (00019): emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar. Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176): pérdida involuntaria de orina asociada

a una sobre distensión de la vejiga. incontinencia urinaria funcional (00020): incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina. Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017) –o de estrés–: pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal. Incontinencia urinaria refleja (00018): pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico. Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (00022): riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina asociada a una sensación súbita e intensa de urgencia de orinar.

- La orina irrita la piel formando incluso vesículas y aumenta el pH de esta, incluso puede macerar la piel quedando escamosa. En este caso se comentara con el facultativo para poder colocar el DUE una sonda vesical de esta forma si el paciente se encuentra encamado evitara la humedad continua y rash que le puede salir con el roce y contacto con la orina.(Beckman D, Schoonhoven L, Veragüe S, Heyneman A, Defloor T, 2009).
- También se colocará una crema protectora o llamada barrera en glúteos para evitar que la humedad se inserte en ellos.
- ES importante el cambio de pañal en caso de no poder quitárselo para evitar esa humedad por orina o por heces, limpieza y secado del glúteo para la prevención de la dermatitis.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir este capítulo destacando que el técnico de cuidados auxiliares de enfermería deberá conocer que el paciente según la dermatitis de pañal puede reaccionar a cualquier material de ese mismo componente. El TCAE deberá observar en cada cambio de pañal del paciente las veces que precise si tiene algún rash cutáneo, o alguna herida que nos haga ver que el paciente este reaccionando a ese material.

Es imprescindible la formación por parte del TCAE en cuanto a saber identificar una dermatitis de pañal y no confundirlo con una úlcera por presión pues el tratamiento de cada uno es completamente diferente.

6 Bibliografía

- Beckman D, Schoonhoven L, Veragüe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. J Adv Nurs 2009 Jun;65(6):1141-54.

Capítulo 220

LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

CRISTINA MORENO CUESTAS

ROCIO MALAGON SANTOS

ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO

1 Introducción

La insuficiencia renal es un error de las funciones del riñón, originando un aumento de los productos metabólicos tóxicos en el organismo .

Los pacientes que sufren esta alteración necesitan de la hemodiálisis para aumentar y mejorar su calidad de vida, modificar aspectos como sus relaciones sociales, su trabajo o su alimentación e ingesta de líquidos, ya que todo gira en torno a las sesiones que tienen que realizar cada semana de forma periódica, la edad media que suelen presentar es superior a los 60 años.

La hemodiálisis es un procedimiento invasivo que se realiza en pacientes con una insuficiencia renal, consiste en bombear sangre fuera del organismo a través de

un filtro llamado dializador, también denominado "riñón artificial" para limpiarla, filtrarla y eliminar las toxinas y agua que hay en ella, haciendo parte de la labor que harían los riñones . Se han logrado grandes avances en los últimos años siendo más positiva y eficaz, aun así, los pacientes con insuficiencia renal necesitan de apoyo físico, psicológico, ambiental y social.

Este tratamiento puede ser permanente en el caso de que el paciente no sea apto para un trasplante o temporal en el caso de que el paciente sí que lo sea. España es uno de los países donde se realizan más número de trasplantes por habitante.

2 Objetivos

- Exponer en qué consiste la insuficiencia renal y el proceso de hemodiálisis.
- Determinar el papel que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en hemodiálisis:

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, he realizado una Revisión bibliográfica sobre el servicio de hematología y en concreto sobre las funciones del TCAE en publicaciones científicas en las principales bases de datos: Medline Plus, Google académico, Scielo, Pub Med, Dialnet, Ocronos y Gaceta Médica.

El número final de artículos seleccionados fue de 20.

4 Resultados

La insuficiencia renal se caracteriza porque su fase inicial no presenta síntomas, esto hace muy difícil tratar a estos pacientes de manera precoz, en las fases avanzadas la implantación de la sintomatología es lenta por lo que el organismo se va adaptando a los cambios que se van produciendo, los más comunes son:

- Cansancio.
- Problemas de concentración.
- Falta de apetito.
- Dificultan para conciliar el sueño.
- Calambres nocturnos.
- Pies, tobillos y parpados hinchados a causa de la retención de líquidos.
- Orinar con más frecuencia y en especial por la noche.
- Piel seca.

- Hipertensión arterial
- Cambios en la composición de los huesos, provocando que sean más frágiles y de peor calidad.
- Niveles de urea y creatinina elevados en las analíticas.
- Niveles de fósforo y potasio altos debido a la mala eliminación en la orina.

Esta patología afecta a un gran número de personas, estas deben de estar asesorados y apoyados por un equipo multidisciplinar, en el que el equipo de enfermería cobra especial importancia, ya que es el que va a estar en contacto con el paciente semanalmente.

Este diagnóstico supone para los enfermos renales una gran carga emocional debido al cambio que se va a producir en sus vidas, por eso tanto enfermeras, como auxiliares de enfermería debemos proporcionarles el mayor confort durante las sesiones de hemodiálisis.

Como personal técnico en cuidados de enfermería tenemos dos tareas a desarrollar muy importantes:

Una de carácter social, que consiste en cuidar de cada paciente renal, proporcionándole bienestar, tratando de hacerle más agradable su estancia en la unidad de hemodiálisis, además se deben vigilar los flujos sanguíneos para obtener una eficacia óptima y otra de carácter técnico, donde debemos conocer a la perfección tanto los equipos con los que trabajamos como los productos de limpieza y desinfección para su correcta manipulación, evitando el deterioro de las mismas. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña una labor fundamental en hemodiálisis, tanto de acompañamiento del paciente en las sesiones de hemodiálisis (alrededor de tres veces por semana, con una duración aproximada de 3 / 4 horas cada vez), como de la limpieza y desinfección de los monitores de hemodiálisis, evitando así una contaminación y protegiendo al paciente

.

Como se ha comentado una labor que desempeña el auxiliar de enfermería que tiene muchísima relevancia para salvaguardar la seguridad del paciente es la limpieza y desinfección de los monitores de hemodiálisis, esta limpieza consiste:

1. Sistema externo - extracorpóreo en el que se realizara una limpieza mecánica eliminando la suciedad de la superficie con una solución detergente – desinfectante.
2. Sistema interno – hidráulico donde se realizara una desinfección mediante un procedimiento fisicoquímico para la eliminación de agentes patógenos.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de hemodialisis es una unidad especial y concreta, donde el paciente pasa mucho tiempo de su vida allí debido a la enfermedad que padece, es ahí donde el TCAE debe participar para ofrecer al paciente la intimidad y el bienestar posible durante su larga estancia en estas unidades. Al ser una unidad especial el TCAE debe estar minimamente formado, teniendo en cuenta la calidad de vida por la que atraviesan este tipo de pacientes.

Por ello debemos estar en continua formación, ya que es un área que evoluciona constantemente, para poder realizar nuestras funciones de manera exitosa y eficaz.

Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en la unidad de hemodiálisis, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/el-tcae-en-la-unidad-de-hemodialisis/>
2. <https://www.niddk.nih.gov>
3. <https://www.cocemfeasturias.es/quienes-somos/organizacion/asociaciones/alcer.html>

Capítulo 221

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): CUIDADOS DEL PACIENTE EN EL POSOPERATORIO CONTINUADO

GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

CRISTINA MORENO CUESTAS

ROCIO MALAGON SANTOS

ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO

1 Introducción

Estos cuidados se llevan a cabo en la unidad del paciente o en la sala de hospitalización. El auxiliar de clínica debe asegurar que con el enfermo llega su historia clínica (si no, habrá que reclamarla a la unidad de reanimación) y, además, tiene que haber preparado la habitación, dejándola equipada con los aparatos necesarios para los cuidados.

Por lo que a la herida quirúrgica se refiere, el vendaje no debe levantarse hasta pasados uno o dos días para evitar una infección. La limpieza y desinfección debe ser aséptica y, si aparece tumefacción o rubor en los bordes, se debe avisar a la enfermera antes de proceder a la higiene. De la herida quirúrgica se debe tener en

cuenta el aspecto de la línea de sutura y observar la cicatrización y si hay edema, hemorragia o signos de inflamación o infección.

Cuando el paciente recibe el alta hospitalaria, se recupera en el domicilio del posoperatorio tardío. Se hace un informe de alta donde se le informa por escrito de la educación sanitaria, de las recomendaciones nutricionales, del cuidado de la herida quirúrgica, de la toma de medicamentos, de la relación de signos y síntomas que puedan hacer necesaria una visita al hospital, de la actividad física que se puede realizar y de las limitaciones y precauciones que debe adoptar.

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con el cuidado de los pacientes después de una intervención quirúrgica, en este caso en el posoperatorio continuado, unificando criterios y mejorando nuestros conocimientos.

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

En este proceso, el auxiliar de enfermería tiene las siguientes tareas:

- Tranquilizar al paciente.
- Verificar que el paciente está unas ocho horas en ayunas. Puede haber náuseas y vómitos y las primeras dietas son a base de agua; posteriormente zumos y dieta blanda.
- Aliviar el dolor. Si va en aumento, avisar a la enfermera. Es normal que haya dolor en las articulaciones (por la posición en el quirófano) y en la garganta (por la intubación).
- Realizar actividades para facilitar tos y expectoración.

- Ayudar en la terapia con oxígeno, colocando la mascarilla o las gafas nasales (si está prescrito).
- Analizar la micción, registrando color, aspecto, olor, frecuencia y volumen. El paciente debería poder orinar a partir de las ocho horas. Si no, avisar a la enfermera.
- Facilitar la recuperación del tránsito intestinal, dando fibra.
- Ayudar en un principio en la higiene y en el momento de vestir. Verificar que los apósitos y los vendajes están limpios, secos y bien fijados.
- Favorecer el sueño y el descanso como medio de recuperación. Molestar lo mínimo para la administración de medicamentos y otras actividades.
- Fomentar el movimiento y la deambulación es bueno para la función respiratoria y cardiovascular. También se puede levantar y sentar al paciente en el sillón a las pocas horas, excepto si está contraindicado.
- Mantener el equilibrio de líquidos, examinando entradas y salidas.
- Colocar barreras para evitar traumatismos y prevenir lesiones.

Entre un 30% y un 40% de pacientes presenta fiebre posoperatoria durante los días siguientes a la intervención. No suele ser de origen infeccioso y no precisa, por tanto, tratamiento. Puede venir causada por la fiebre posoperatoria benigna (inhibición por los anestésicos del centro termorregulador), por deshidratación, por hipermetabolismo, por determinados medicamentos, por tormenta tiroidea o por transfusión sanguínea.

La fiebre por infección suele aparecer a partir de las 48 o 72 horas y es de más larga duración. Sus principales manifestaciones son el inicio de la fiebre después del segundo día, temperatura superior a 38,6 °C, leucocitosis y elevación de la urea.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los cuidados que precisa el paciente en el posoperatorio continuado, que se lleva a cabo en la unidad del paciente o en los servicios de hospitalización.

En estas unidades el técnico en cuidados auxiliares de enfermería recibe al paciente tras su llegada del servicio de reanimación quirúrgica y le presta una serie de cuidados enfocados a su recuperación y a conseguir el máximo bienestar posible del individuo, prestando especial atención al dolor y a las posibles complicaciones que puedan derivarse de la cirugía realizada.

6 Bibliografía

1. <https://www.uninet.edu>

Capítulo 222

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y PREPARACIÓN AL PACIENTE PARA SU EXPLORACIÓN

GUADALUPE MARIA SIERRA GARCIA

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

CRISTINA MORENO CUESTAS

ROCIO MALAGON SANTOS

ROSA MARIA MARTÍNEZ MORENO

1 Introducción

Es muy importante La exploración médica es la suma de un conjunto de acciones realizadas para obtener información sobre los síntomas del paciente y las causas de la enfermedad.

Tiene por objeto orientar o determinar el diagnóstico, junto con las exploraciones complementarias que lo confirman. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es una pieza clave del equipo sanitario en la recogida de estos datos.

La exploración médica se compone de dos fases principales:

- El Interrogatorio o anamnesis: el médico recopila los datos personales del paciente.
- El Examen físico: permite recabar más información sobre el estado de salud del paciente. Si los síntomas son generalizados, el médico explora todo el organismo del paciente. Si se trata de una enfermedad localizada o de una herida, la exploración suele limitarse a la parte del cuerpo afectada.

Existen otras exploraciones complementarias como: comprobación de constantes vitales (temperatura, pulso, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria), presión arterial, peso, etc. En función de los síntomas descritos por el paciente, el médico también puede valorar la fuerza muscular, la coordinación de los movimientos, el equilibrio, la movilidad de las articulaciones, la sensibilidad de la piel, los reflejos y el estado de los ojos, oídos, boca y dientes.

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con el protocolo de atención y preparación al paciente para la exploración del 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

Los auxiliares de enfermería colaboran con el personal sanitario (médicos y/o enfermeros) en la realización y extracción de las pruebas diagnósticas, facilitándoles sus funciones.

La preparación de la consulta para la exploración médica debe seguir los siguientes pasos:

1. Preparar cama y material fungible.
2. Preparación de la ficha o historia clínica del paciente.

3. Recepción del paciente.
4. Enviar volantes de las pruebas a los servicios.
5. Ayudar al personal sanitario titulado en la atención a los enfermos, obtención de muestras y realización de pruebas.
6. Tras la exploración, recoger la consulta, retirar y reponer todo el material gastado o sucio, y limpiar/esterilizar el material que lo requiera.

En términos generales, entre las atribuciones de los auxiliares podemos destacar:

1. Recepción de los pacientes.
2. Enviar los volantes de las pruebas a los servicios correspondientes.
- 3 Preparar los materiales necesarios para las distintas pruebas, comprobando su esterilidad.
4. Ayudar al personal auxiliar sanitario titulado en la atención a los enfermos, la obtención de muestras y realización de pruebas.
5. Preparación del paciente para la realización de las pruebas (administrar dietas especiales en los días previos. Suministrar contrastes por vía oral o rectal, rasurar las zonas necesarias).
6. Recoger el material utilizado y reponer el fungible gastado (realizar la limpieza de los mismos cuando proceda, según protocolo. Enviar al servicio de esterilización, según indicaciones del fabricante).

7. Tareas en servicios especiales:

Radiología (ayudar a posicionar al paciente en la postura adecuada para la prueba y colaborar con la preparación de los chasis radiológicos, el revelado, la clasificación y distribución de las radiografías, así como la preparación de los aparatos de electromedicina), realización de electrocardiograma (ayudar en la preparación de la camilla antes de la colocación de los electrodos), pruebas biológicas (controlar las existencias de material de recogida de muestras, conservar las muestras de la forma más conveniente hasta su envío a laboratorio, y enviarlas debidamente etiquetadas junto con sus volantes).

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la preparación del paciente para la exploración clínica, donde se recogerá toda aquella información relevante para el diagnóstico de la enfermedad que presente y también se realiza la exploración física, recabando los signos y síntomas que presentan para ayudar a confirmar el diagnóstico.

Hemos podido conocer que el TCAE es una pieza fundamental que colabora con el resto del personal sanitario tanto en la preparación de la consulta médica como en la preparación del paciente y la ayuda durante la realización de las técnicas diagnósticas.

6 Bibliografía

1. <http://www.juandelostoyos.com>
Preparación del paciente para la exploración.
2. <https://www.formacurae.es>
Técnicas de preparación a la exploración médica.
3. <https://alboranformacion.es>
Cuidado del auxiliar de enfermería en la preparación del paciente

Capítulo 223

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CÓDIGO ICTUS

MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA

ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA

MONTSERRAT MERLO ROMERO

BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ

NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

El Ictus es una enfermedad cerebro-vascular, que tiene una dominante incidencia y prevalencia, que demanda una eminente hospitalización en el servicio de Neurología y supone para el sistema sanitario un sublime gasto, tanto durante la fase aguda como posteriormente en la fase de recuperación, ya que es el primordial origen de discapacidad grave en la edad adulta.

A este elevado gasto o coste a nivel sanitario inicial debe de completarse posteriormente también los costes concernientes con la merma de capacidad laboral del individuo e incluido sus cuidadores, así como el gasto que supone la necesidad de adecuar el domicilio a las nuevas necesidades del paciente.

El Ictus se puede advertir y tratar de manera eficaz mediante la aplicación de un tratamiento temprano que normalmente mejora significativamente la evolu-

ción de los pacientes, comprimiendo el índice de mortalidad y la probabilidad de dependencia.

En un hospital hablamos de Código Ictus (CI) cuando nos referimos al procedimiento basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, priorizando los cuidados necesarios y el traslado inmediato al Hospital para que los pacientes puedan recibir un tratamiento especializado durante las primeras horas de la fase aguda.

Después, vamos a tratar sobre el procedimiento de actuación prehospitalaria para la identificación, cuidados y traslado inmediato al Hospital de un paciente ante un ictus.

2 Objetivos

- Analizar los primordiales aspectos del código ictus.
- Conocer los síntomas que deben hacernos temer que nos encontramos ante un caso de probable.

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

Un ictus es derivado cuando se provoca una rotura u obstrucción de un vaso sanguíneo que transporta el flujo sanguíneo al cerebro, de forma que el cerebro o una parte de él no recibe el aporte sanguíneo necesario, lo que libera que las células no reciban oxígeno y por tanto se mueran y dejen de funcionar.

El Ictus debe ser apreciado una emergencia médica, ya que la enfermedad se desarrolla muy rápido llegando a causar un daño cerebral en pocos minutos, por lo que es transcendental que reconozcamos de forma prematura los síntomas, prevaleciendo el traslado del individuo y poniendo a su disposición el recurso más conveniente para actuar con el mayor apresuramiento y eficiencia de forma conjunta con el resto de los profesionales de la cadena asistencial, para lo que es

necesario una formación específica del personal sanitario y de la población en general.

Cuando hablamos de un "CÓDIGO ICTUS", nos reseñamos a la habilidad que usamos para salvar la vida de estos pacientes, para lo que resulta imprescindible fijar unos objetivos estacionales desde que se inician los síntomas hasta que el paciente llega a la puerta de hospital de manera que no se sobrepasen las 2 horas de duración y desde que activamos la situación de Código Ictus a la puerta de hospital no debe sobrepasarse 1 hora.

- SINTOMATOLOGÍA DE UN PACIENTE PARA ACTIVAR EL "CÓDIGO ICTUS":

- Déficit neurológico agudo, persistente en el momento del diagnóstico; entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, miembros superiores o miembros inferiores, dificultad en el habla o en el proceso de comunicación para entender, una pérdida de visión brusca de uno o de ambos ojos, una cefalea intensa, brusca y sin causa de forma aparente, que frecuentemente va acompañada de náuseas y vómitos, dificultad repentina para caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.

Quedarán excluidos del "código ictus" aquellos pacientes que hayan tenido más de 24 horas de evolución desde que se iniciaron los síntomas, pacientes con elevada dependencia antes de los mismos, una clínica previa de enfermedad grave o irreversible que perjudique su esperanza de vida, una demencia previa (ya sea grave o de nivel moderado).

- Tratamiento y cuidados específicos durante un "código ictus" en una situación prehospitalaria hasta la llegada de la ambulancia o realización del traslado: se debe comprobar la función cardiorrespiratoria y asegurarla; evitar broncoaspiraciones manteniendo permeable la vía aérea; no administrar líquidos ni alimentos por vía oral (salvo medicamentos si es estrictamente necesario); poner el cabecero en una posición elevada a 45° o en posición anti-trendelenburg; evitar sondajes, punciones arteriales o cualquier otra técnica en zonas de difícil compresión; canalizar una vía periférica en el brazo que no se encuentre paralizado, en caso necesario pueden administrarse suero evitando un elevado volumen, tratar la hipoxia si se precisa; no se recomienda tratar una PA elevada; tratar las alteraciones de glucemia si se necesita, tratar la fiebre en caso de que tenga una temperatura de más de 37,5°C, 53 Si es posible trataremos de que nos informen del tiempo estimado para la llegada del vehículo de traslado para poder realizar una mejor gestión del mismo en cuanto al tratamiento de la presión arterial y de la temperatura.

5 Discusión-Conclusión

Se ha evidenciado que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que atarean en el servicio de neurología o de urgencia en qué radica el código ictus, cuáles son sus síntomas y signos más propios para intentar reconocerlo lo antes posible para que el paciente sea tratado de forma correcta, ya que cuanto menor tiempo pase desde el inicio de los síntomas hasta su tratamiento es probable que la evolución médica sea más propicia. No es recomendable que pasen más de 1-2 horas desde el inicio de los síntomas hasta su llegada al centro hospitalario o servicio de urgencias.

Los principales síntomas son: dificultad en el habla, pérdida de movilidad, pérdida de visión, déficit neurológico, cefalea intensa y brusca, pérdida de equilibrio o coordinación.

Es transcendental que sepamos reconocer estos signos y síntomas más comunes y comunicarlos al personal de enfermería responsable en caso de que veamos que se desarrollan en nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1-Código Ictus- comunidad de Madrid- disponible en <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/codigo-ictus>

2-¿Qué es un código ictus?-Por Dr. Jose Vicente Lozano noviembre 15th, 2018-
<https://rithmi.com/que-es-un-codigo-ictus/>

3-Ictus: un problema socio-sanitario-<https://ictusfederacion.es/infoictus/codigoictus/>

4-PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS- 2017- SESCAM- disponible en <https://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2019/10/Código-Ictus2019-La-Mancha-Centro.-SESCAM.pdf>

Capítulo 224

CONOCIMIENTOS E INTERVENCIONES ANTE UN TRANSPLANTE DE ORGANOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA

ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA

MONTSERRAT MERLO ROMERO

BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ

NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

En la actualidad hay miles de personas que están esperando un trasplante para poder seguir viviendo o mejorar la calidad de vida. Pues en muchas ocasiones es como única opción para reparar los daños irreversibles en órganos o tejidos. Podemos definir trasplante como trasplante de órgano es un procedimiento médico que consiste en la implantación de un órgano o tejido procedente de un cuerpo donante en un receptor.

En esta época se han podido trasplantar órganos como riñón, corazón, páncreas, intestino, y en tejidos, trasplante de córneas, hueso, tendón y otras estructuras osteotendinosas, de piel, de segmentos vasculares, progenitores hematopoyéticos, útero, cultivos celulares.

En el caso de piel también se puede llegar a utilizar para grandes quemados con ella realizan injertos adecuados previa limpieza de la quemadura. Para entender este tema tenemos que hablar sobre la donación que quiere decir, dar 'algo' de forma voluntaria sin esperar nada a cambio.

Es considerado uno de los gestos más altruistas. Actualmente existe la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), el cual lleva un control y registro de todos los trasplantes que se realizan en que comunidades autónomas y una lista de espera que va disminuyendo gracias a los donantes y en algunas ocasiones son las familias las que dan el consentimiento para esta donación, ya que su familiar no está en condiciones de decidir.

2 Objetivos

- Aportar Conocimiento por parte del TCAE ante la donación de órganos y trasplantes.
- Describir que tipo de donantes puede haber en el trasplante de órganos.

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

- Nuestra revisión bibliográfica nos ha llevado a entender que tipo de conocimientos y aptitudes puede llegar a tener el TCAE ante un trasplante de órganos.
- Los datos del donante y del receptor son confidenciales, no se deben de dar a conocer ni a los familiares, solo existe una excepción que sería el caso de ser necesaria la utilización de medidas preventivas en situación de riesgo, se llevarán a cabo sin ser impedidas por el deber de confidencialidad.
- Los donantes pueden ser de varios tipos entre los que destacan los donantes vivos, que es la persona

que a lo largo de su vida decide donar sus órganos o porciones de estos, pero debe tener unos requisitos mínimos como ser mayor de edad, el órgano donado no debe ser incompatible con su vida, el trasplante debe ser realizado en un centro autorizado (Alonso, M.; Miranda, M.A.; Vázquez, M.A.; Aranzábal, J.; Ayestaran, J.I.; Benito, J.R. et al.,2012).

- El donante fallecido el cual decide su familia, pero hay que tener constancia de que él nunca se opuso en vida de realizar donación de sus órganos. En este caso será un Juez el que certifique que las causas de la muerte en caso de ser por accidente no hayan sido provocadas o enfermedad en la cual los órganos servirán para mejorar la calidad de vida de ese receptor.
- Los criterios de exclusión para no poder realizar la donación son, neoplasias, enfermedades de transmisión sexual como VIH, sepsis del paciente. Y las relativas tener aproximadamente 70 años, hipertensión, diabetes.
- El TCAE formará parte de la firma del consentimiento e información por parte de la familia del donante. Preparación en cuanto a higiene con un gel especial con el protocolo adecuado y cuidados básicos para la preparación antes de ir a quirófano esto en el caso del receptor.
- En caso del donante dejara que los familiares se despidan de su ser querido en un ambiente de intimidad y respondiendo todas las dudas que puedan aparecer en ese proceso (Fonseca, L.F, 2012).

5 Discusión-Conclusión

La decisión de donar o no los órganos por los familiares es duro, aunque el personal sanitario asentirá y apoyará tanto si los quiere donar como si no, El TCAE estará a disposición de estos para apoyar esa decisión. Si que existen informaciones que pueden llegar a pedir, pero hay que guardar esa confidencialidad sobre a que receptor va a ir ese órgano, pero si que se les puede explicar que va a ser para mejorar la vida de ese paciente y que pueda incluso seguir con vida. Los órganos una vez extraídos debe de ser etiquetados tanto por fuera de el envase como dentro para evitar confusiones, y trasladarlos lo más rápido posible.

6 Bibliografía

1. Miranda, B.; Rodríguez, C.; Vilarrodona, A.; Trias, E. Donación de órganos, tejidos y células de personas fallecidas: más allá de la finalidad terapéutica. Med Clin (Barc). 2012; 138 (8): 338-342.

2. Fonseca, L.F. Rol de enfermería en el proceso de donación de órganos para trasplante: revisión de la literatura-análisis crítico. Rev Colombiana de Enfermería. 2012; 7: 129-139

Capítulo 225

FUNCIONES Y CUIDADOS BASICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

MARÍA GEMA CALDERÓN PIEDRABUENA

ANA BELÉN CALDERÓN PIEDRABUENA

MONTSERRAT MERLO ROMERO

BEATRIZ CHICHARRO FERNANDEZ

NURIA GONZÁLEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

El departamento de pediatría es uno de los muchos departamentos que debe tener un hospital de referencia.

Es definida por la Organización Mundial de la Salud como una entidad orgánica que brinda atención profesional integral en salud a las personas menores de 14 años para promover la protección, prevención y recuperación por medios clínicos en su contexto biopsicosocial, comunitario, familiar.

El término pediatría se puede dividir en varios departamentos hospitalarios y está relacionado con la edad del niño. Los ejemplos incluyen las siguientes clasificaciones: en el útero y al nacer, primera infancia (0 a 5 años), infancia (6 a 11

años), juventud (12 a 18 años). Aunque, como comentábamos anteriormente, la pediatría solo se centra en niños a partir de los 14 años.

En la industria pediátrica podemos encontrar las siguientes categorías: pediatra, DUE, TCAE y muchas otras categorías que conforman los servicios multidisciplinares de esta industria, cada una de las cuales se ha vuelto imprescindible en el cuidado de los niños.

Nuestra revisión se basa en la atención básica y los beneficios que dicha atención puede aportar a TCAE. El TCAE es parte del equipo que conforma el departamento de pediatría y es una pieza clave porque la atención que brinda requiere mucho tiempo de interacción con los niños y sus familias.

En el inodoro se pueden observar erosiones, cambios de comportamiento, patología, etc. Al manipular los alimentos, también puede observar si puede tragar bien o si tiene problemas para tragar.

Cuando los TCAE noten cambios en las rutinas de los niños ingresados en la unidad de pediatría, deben informar a sus superiores lo antes posible para minimizar cualquier cambio.

2 Objetivos

- Definir la atención y función de TCAE en pediatría.
- Describir signos y síntomas que se pueden detectar durante el aseo de un niño en una unidad de pediatría.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se realizó en Internet a través de las bases de datos Pubmed, Scielo, Medline.

Hemos recopilado todos los artículos sobre el funcionamiento, cuidados y funcionamiento de TCAE en salas de pediatría.

Palabras clave: prevención, cuidado, función, TCAE, aseo. Los artículos incluidos en inglés y español tienen base científica, con título, autor.

4 Resultados

Como se mencionó en el equipo multidisciplinario, TCAE es una de las categorías que componen el departamento de pediatría y tiene como objetivo brindar a cada

niño la atención que necesita de manera individual mientras se encuentra en el hospital. (Domingo, a. aprox. 2017)

El TCAE es la persona que recibirá al niño y a su familia el primer día de ingreso, lo acompañará a su habitación y le explicará cómo funciona el departamento infantil, en detalle, cómo funciona el personal, dónde está el baño, la iluminación, el tríptico debe aportarse, especificar todo el contenido del informe TCAE y adjuntar una pegatina con los datos personales del paciente y el número de sala de recepción.

En cuanto a la atención que brinda el TCAE, es para ayudar a la familia a limpiar al niño. Si están sujetos a la cama, limpiarán con el cuidador y ayudarán al niño a moverse.

Hará la cama del niño todos los días y también si hay que cambiarla durante el día por suciedad o algún residuo orgánico, heces, vómitos.

Al realizar esta técnica, se debe tener cuidado de estirar las sábanas y evitar arrugas que puedan provocar la erosión de la piel del bebé.

Técnicas de alimentación, haya o no familia, que pueden verse afectadas por los ingresos, o si el niño tiene alguna deficiencia que le impida comer, el TCAE debe estar presente para controlar la ingesta de alimentos e informarle de los cambios que observe en un momento dado, tiempo, alimentación del mismo.

El TCAE también es fundamental porque el responsable de la preparación de los materiales y de la asistencia al DUE, el médico que debe estar presente ante los métodos invasivos (guantes estériles, agujas, jeringas, etc.) realizados en este servicio de pediatría, observa todas las medidas técnicas y gasta . el niño y su familia a través de la tecnología. (Del Bosque, A. R. 2013).

En cuanto a los signos y síntomas que se pueden detectar en el inodoro, además de preparar el inodoro proporcionando agua a la temperatura adecuada y preparando los materiales adecuados, podemos observar:

- Erosión de la piel, vitíligo, púrpura, rubéola, varicela.
- Sibilancias, opresión en el pecho, dificultad para respirar, apnea, dificultad para respirar.
- Enfermedad cardíaca, vasos sanguíneos inadecuados, relleno capilar.

Aparato digestivo:

- Náuseas, vómitos, etc.

Según muchos autores, parece que podemos detectar más cambios en el aseo que los descritos cuando el niño está hospitalizado.

5 Discusión-Conclusión

La función de TCAE en la sala de pediatría es muy importante ya que ayuda no solo al niño sino también a los padres y al resto del equipo a trabajar juntos.

La atención en la unidad de pediatría es brindada por personal capacitado en el cuidado y enfermería de pacientes pediátricos, lo que beneficia el cuidado de todos y beneficia a los niños mayores al saber resolver cualquier problema de tamizaje, así como una atención temprana integral y continua.

La sintomatología que se puede detectar en esta unidad es adecuada a la edad del paciente, y si no se puede costear la atención de pacientes que necesitan cuidados más intensivos, se traslada la unidad de cuidados intensivos a la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

6 Bibliografía

- García, M. R. (2017). El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería en la UCI-Pediátrica. Revista Española de, 73 (Supl 1), 102-104.
- del Bosque, A. R. (2013). Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Opinión de Enfermería. RevistaEnfermeríaCyL, 5(2), 59-66.
- Bowlby, J. Attachment and Loss, Volumen 1: Attachment. London: Hogarth Press; 1969 Versión castellana: El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- Twycross A. Managing pain in children: ¿where to from here? Journal of Clinical Nursing. 2010; 19: 2090-2099.

Capítulo 226

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: UNA LESIÓN EN MANOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ

M^a DEL MAR MONTERO SANCHEZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS

MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS

ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

Según numerosos estudios realizados por el Grupo Nacional de Úlceras, en España las

úlceras por presión constituyen un gran problema del sistema de salud y del propio sistema sanitario pese a que su prevención es considerada como una prioridad y que a pesar de afectar fundamentalmente a personas mayores y a pacientes con determinadas patologías e ingresados en determinados servicios como las unidades de cuidados intensivos. ,

El rol del técnico en cuidados de enfermería en el cuidado de este tipo de lesiones ha ido evolucionando y adquiriendo mayor relevancia ya que en muchas ocasiones es este profesional dentro del equipo de enfermería el que las detecta.

Las partes del cuerpo propensas a estas heridas son las prominencias óseas como codos, talones, caderas, tobillos, hombros, espalda y parte posterior de la cabeza. En la actualidad, al nombrar las úlceras se sustituye por presión en lugar de decúbito, ya que este último se refiere únicamente a los pacientes encamados. Es la presión lo que engloba la causa de la aparición de estas heridas a permanecer demasiado tiempo en la misma posición.

Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves que pueden poner en peligro la vida del paciente. Hoy en día se considera un problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida del paciente y alarga su estancia hospitalaria aumentando por tanto el gasto de personal y de material.

De hecho es básico incidir en la prevención de las mismas para lograr mejorar todo el sistema sanitario y por ende la vida del paciente y su estancia en los centros hospitalarios. Las úlceras se pueden evitar y prevenir con unos cuidados adecuados y continuos que el equipo de enfermería planifica y lleva a cabo.

El cuidado de las úlceras se realiza en los centros sanitarios y en los domicilios para aquellos pacientes con alto grado de dependencia.

La herida es una necrosis que se produce en la piel en las primeras capas por verse sometida a una presión de planos duros que si continúa afecta los planos más profundos llegando a una afectación

ósea. La falta de oxígeno en estos tejidos provoca la necrosis.

Cuando aparecen estas lesiones es necesario llevar a cabo una serie de tratamientos para que no aumenten las complicaciones y lleva una continuidad de los mismos para lograr una mejoría.

2 Objetivos

El objetivo general de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en estas lesiones es:

- Colaborar en la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras.

Los objetivos específicos son:

- Apoyar con los conocimientos para colaborar y mantener un buen estado de la piel, ayudando en eliminar o disminuir la presión – fricción o cizallamiento y observando el estado de nutrición del paciente.
- Colaborar en la creación de un plan de atención enfermero adecuado para la prevención y el cuidado de las úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración de estudio observacional descriptivo. Se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos bibliográficas (Pub- Med/medline y Scielo) y manualmente a través de Internet en revistas y organismos públicos. La investigación bibliográfica se caracteriza por la utilización de los datos secundarios como fuente de información. Pretende encontrar soluciones a problemas planteados.

Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2006 y de idioma distinto al castellano.

Palabras clave: úlcera por presión, prevención, piel, tratamiento y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel primordial en la detección y prevención de las úlceras por presión. Debe ser el primero en detectar su aparición, además sobre nosotros recae la responsabilidad de prevenirlas observando mientras realizamos los trabajos de higiene.

La persona encamada lleva consigo un cuidado añadido que es el aumento del cuidado de la piel debido a la circunstancia de inmovilidad en la que se encuentra. El enrojecimiento de la zona que no cede después de evitar la presión es un signo de alarma. El cambio postural de forma continuada, mientras no lo prohiban otras circunstancias, junto la aplicación de los aceites hiperoxigenados.

Se debe promover al paciente mientras pueda a mantenerse activo y tratar de movilizarlo en la medida de sus posibilidades.

Las causas externas que influyen en la integridad de la piel son tres:

- **PRESIÓN:** es la fuerza que se ejerce perpendicular a la piel como efecto de la gravedad. La piel puede conseguir aguantar una gran presión, pero sólo en periodos cortos y espaciados.

- **FRICCIÓN:** Es la fuerza que se genera entre dos superficies duras en contacto.

- **CIZALLA:** combina los efectos de presión y fricción.

Las causas intrínsecas que influyen directamente en la formación de las escaras por presión son la edad, la nutrición, la movilidad, las deficiencias sensoriales, la desorientación, los pacientes que se encuentran largo tiempo ingresados en

unidades especiales, la humedad ante la incontinenencia o diaforesis siendo éstas las que destacan como las más importantes.

Las fases de las úlceras son las siguientes:

- Grado 1: compromete a la dermis y a la epidermis, pero sin pérdida de continuidad cutánea. La piel se encuentra enrojecida.
- Grado 2: afecta a las capas dérmicas más profundas e hipodermis y se extiende hasta el tejido celular subcutáneo. Existe aparición de flictenas.
- Grado 3: se observa necrosis o muerte celular con extensión de la lesión hasta el tejido muscular.
- Grado 4: Necrosis que se extiende a la fascia, a hueso y afecta a las articulaciones.

Las localizaciones más frecuentes depende de la presión ejercida sobre un plano duro en decúbito supino (occipital, escapula, codo, sacro, y talón), en decúbito lateral (costillas, oreja, cresta iliaca, maléolo, hombro y trocánter) en decúbito prono (mejillas, mamas, genitales, rodillas, punta de los dedos de los pies y nariz). En esta época de covid, se ven claramente las úlceras del decúbito prono en los pacientes que ingresan en las unidades de intensivos.

Las medidas generales a realizar por el equipo de enfermería para prevenir estas lesiones:

- Cambios posturales cada 2 o 3 horas como mínimo y por la noche cada 4 horas para favorecer el sueño. Evitando la cizalla.
- Favorecer la deambulación en caso de que pueda.
- Realizar ejercicios físicos activos y pasivos.
- Repartir el peso por igual.
- Protección de prominencias óseas.
- Favorecer una alimentación rica en proteínas.

Algunas medidas específicas que previenen y mejoran las úlceras por presión son:

- Uso de colchones con aire alternante que modifica la presión ejercida.
- Empleo de aceites hiperoxigenados en las prominencias óseas cada turno.
- Utilización de dispositivos que almohadillen las zonas óseas.
- Utilización de hidrocoloides para evitar fricciones.
- Cambio de los dispositivos cuando haya humedad.

El equipo de enfermería debe intervenir en su parte más temprana para evitar el avance de la lesión en la piel. Si el eritema no desaparece a los 30 minutos de

haber dejado de ejercer la presión se debe incidir aún más en el plan de cuidados centrándose en las prominencias óseas.

Se debe mantener la piel seca y limpia evitando el uso de alcoholes que resecan y disminuyen la circulación favoreciendo la lesión. Cuando se realiza el aseo se debe evitar la fricción. Por otra parte, se deben incidir en una hidratación de la piel continuamente y en el uso de aceites grasos hiperoxigenados para favorecer la renovación celular.

De nuevo se recuerda que la presión ejercida es el factor más importante en las úlceras por presión creándose una lesión isquémica por la falta de oxígeno en los tejidos y de nutrientes.

Por ello se deben realizar cambios posturales cada 2-3 horas si el paciente es encamado y si el paciente es autónomo debe movilizarse cada 15 minutos. El paciente debe evitar apoyarse en las lesiones directamente.

Se deben utilizar mecanismos para evitar la presión, fricción y cizallamiento con las técnicas y medios que la asistencia sanitaria se han ido introduciendo para manejar y disminuir esta fricción.

Son superficies especiales de apoyo estáticas y dinámicas. Para disminuir la presión hay que mejorar la movilidad del paciente realizando cambios.

La nutrición es otro de los factores a tener en cuenta para prevenir las úlceras por presión y se debe promover una dieta rica en proteínas teniendo en cuenta la edad avanzada, carencia de dientes, estado neurológico etc. incluso sería necesario los aportes de nutrientes necesarios además de la alimentación oportuna.

Los cuidados enfermeros que se realizan a este tipo de lesiones se establecen de acuerdo al proceso de atención enfermero.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería son elementos fundamentales en el trabajo en equipo.

Desde la aprobación de sus funciones en el año 74, esta figura ha visto implementada sus funciones y ampliando sus conocimientos de tal manera que ha sumado más funciones de las que se recogen en el decreto siendo una de ellas el cuidado y prevención de las úlceras por presión. A lo largo de los años se está valorando más su labor además de ampliar sus conocimientos para así cumplir de forma más profesional su cometido.

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en las unidades de hospitalización está relacionado con el apoyo al paciente para que pueda cubrir sus necesidades básicas como son el aseo, control de esfínteres, alimentación,

movilización, cuidado de heridas etc. Sin embargo, en las últimas décadas el aumento de conocimientos y competencias con el paso del tiempo, unido a la vocación de la profesión ha provocado en que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería sean un miembro más en la tomas de decisiones del equipo en el tratamiento de las úlceras por presión y otros tratamientos derivados de los ingresos hospitalarios.

Desde finales de los años 70 del siglo pasado hasta nuestros días, en España y en el resto de Europa se ha producido un cambio significativo en la concepción de la sanidad y su asistencia sesenta hasta día de hoy, en nuestro país se ha producido un cambio significativo de mentalidad respecto a la concepción de la actividad sanitaria. Se debe tener en cuenta que el cuidado de las personas comporta en el que al devolverlos de nuevo a su entorno, se debe en las mejores condiciones posible y eso conlleva el cambio que se está experimentando en la asistencia sanitaria. Esto implica al tratamiento y prevención de las úlceras por presión como consecuencia en la mayoría de los casos de un ingreso hospitalario. En el 95% de los casos las úlceras se pueden prevenir con los cuidados enfermeros adecuados y el compromiso profesional de un trabajo vocacionado.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>
- <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia>
- Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. El Peu, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.
- Plaza Blázquez, R., Guija Rubio, R. M., Martínez Ivars, M. L., Alarcón Alarcón, M., Calero Martínez, C., Piqueras Díaz, M., & Hernández García, E. (2007). Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. Revista Clínica de Medicina de Familia, 1(6).
- Arcos Díaz-Fuentes, M., Barbero López, M., DÍAZ PIZARRO, J. M. D., GARCÍA GARCÍA, J. D., GARCÍA SÁNCHEZ, Á. S. D., & Jiménez Jiménez, M. (2007). Protocolo de actuación en úlceras por presión.

Capítulo 227

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PSIQUIATRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS

M^a DEL MAR MONTERO SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS

ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ

1 Introducción

Las enfermedades mentales constituyen en la actualidad uno de los trastornos con mayor incidencia en nuestra sociedad, caracterizándose por tener unos niveles de prevalencia muy elevados. En España los problemas de salud mental son padecidos por 1/4 adultos, 1/100 niños, siendo el doble los casos en mujeres que en hombres. En personas de más de 65 años 3/10 padecen un deterioro cognitivo, y dadas las circunstancias actuales se ha aumentado exponencialmente el consumo de benzodiacepinas, antidepresivos, etc.

Según la OMS la definición de salud mental consiste en : «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar

las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» Actualmente la salud mental es uno de los objetivos prioritarios para la Organización Mundial de la Salud pese a que siguen siendo insuficientes los recursos destinados para su atención e investigación.

En la unidad de salud mental del hospital se hace frente a este problema gracias al equipo de psiquiatría, el cual está formado por el psiquiatra, enfermera y el TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA, con la ayuda del celador en muchas ocasiones. El TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA resulta ser una pieza fundamental dentro del equipo multidisciplinar ya que actúa sirviendo de enlace entre el paciente y el resto de los profesionales. El TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA es quien acompaña al paciente en todo momento ayudando al resto de personal sanitario y realizando además una de sus funciones más importantes como es la de garantizar el bienestar tanto físico como psíquico del paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es conocer las diferentes funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad psiquiátrica o de salud mental de un hospital.

Como objetivo específico de este capítulo es mostrar el trabajo en equipo como medio para llegar al fin que es la mejoría del paciente.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha realizado una búsqueda de diferente bibliografía relacionada con el tema y se ha seleccionado la información que se adaptase al tema elegido. Se han utilizado palabras clave para realizar el cribado de dicha información tales como: TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA y salud mental, funciones del TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA en la unidad psiquiátrica, funciones del auxiliar de psiquiatría entre otros.

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 salud mental es una prioridad para el sistema nacional de salud (SNS), es un problema creciente en la actualidad y que necesita ser abordado por profesionales cualificados entre los cuales se encuentra el TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA. En la unidad de psiquiatría hospitalaria el TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA es el nexo de unión entre el paciente y el resto de los profesionales que tratan al paciente y además debe realizar una serie de funciones entre las que destacan: - Higiene y aseo de los pacientes, ayudando y motivando a este si no es del todo dependiente en todo cuanto necesite o realizándolo en el caso de pacientes dependientes o incapacitados.

El TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA es quien proporciona la ropa adecuada y los enseres necesarios para la higiene y aseo en pacientes autónomos, siempre bajo supervisión de la enfermera y el psiquiatra. Debe cubrir las necesidades de alimentación en pacientes dependientes o incapacitados, y controlando a aquellos pacientes que no necesiten ayuda, pero si una vigilancia propia de este servicio. Debe ayudar a proporcionar orientación al paciente, transmitiéndoles tranquilidad y sabiendo detectar posibles cambios o síntomas para así garantizar su seguridad. Ayuda a proporcionar al paciente el descanso necesario junto con el resto de los profesionales, para conseguir el mayor bienestar tanto físico como psíquico.

El TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA es quien revisa y muda las camas, hace cumplir los horarios de descanso y revisa o ajusta las posibles contenciones que garanticen la seguridad del paciente. - Colabora con el resto de los profesionales para hacer cumplir las medidas terapéuticas necesarias según cada paciente. Controla la toma de medicación o ayuda en su administración dentro de sus capacidades, realiza actividades bajo la supervisión del psiquiatra y enfermera para la estimulación o bienestar del paciente, realiza actividades de psicomotricidad pautadas por el psiquiatra, controla los objetos que se le entregan al paciente y revisa minuciosamente las habitaciones para que se cumpla el protocolo de la unidad.

Debe controlar las visitas y llamadas que el paciente pudiera tener, poniéndolo en conocimiento del resto de personal. Lleva a cabo un registro de sus funciones diarias según cada paciente dentro del plan de cuidados que éste tenga asignado y sean de su competencia. El TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA es pieza fundamental en la consecución del objetivo marcado que es la mejoría del enfermo y su reincorporación a la vida normal.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la salud mental es un tema de crucial importancia para el sistema sanitario. Las circunstancias actuales han empeorado la situación, haciendo que los gobiernos tomen conciencia de la importancia que requiere.

El equipo multidisciplinar encargado de hacer frente a los problemas de salud mental de la población está formado por el psiquiatra, que es la figura fundamental en el proceso de mejora o curación, seguido de la enfermera y el TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, hace de nexo de unión entre estos y el paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de salud mental hospitalaria tiene numerosas funciones encaminadas a garantizar el bienestar tanto físico como psíquico del paciente. La unidad psiquiátrica hospitalaria tiene una serie de normas y directrices las cuales se deben seguir para garantizar el bienestar de los pacientes y de los profesionales, así como su seguridad.

Es fundamental que todos los integrantes del equipo que atiende a este tipo de pacientes conozcan bien cuáles son sus funciones y el tipo de paciente con el que tratan para asegurar el buen funcionamiento de la unidad.

6 Bibliografía

1. Ribot Reyes, V. D. L. C., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID- 19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19.
2. Ferreras, J. O., Barea, J. V., Casatejada, M. G., Galán, V. M., Abad, L. A., & Anes, J. D. Y. C. EL GRUPO EN UNA UHB. TRABAJO MULTIDISCIPLINAR.
3. Amoedo Casqueiro, S., & Casas Losada, A. J. (2019). Servicio de Psiquiatría. Procedimiento de contención mecánica. PRO-XXIPS-PSQ-22.
4. Morales Carrero, L., Campos, Y. y Castillo, I. (2000). Formación en psiquiatría para auxiliares de enfermería: evaluación de un curso. *Arco. venez. psiquiatra. Neurol.*
5. Esguerra de Cárdenas, I. (1991). Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatra. *Avances en enfermería*

Capítulo 228

MUESTRAS BIOLÓGICAS, PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA Y TRANSPORTE EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL CARMEN PÉREZ ARENAS

M^a DEL MAR MONTERO SANCHEZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ROJAS

ROSA MARIA GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA DEL PRADO BARBA LOPEZ

1 Introducción

Cuando decimos una muestra en el ámbito sanitario consiste en recoger una pequeña sustancia que secreta de nuestro organismo. Las muestras para ser analizadas por cualquier medio más habituales son sangre, orina, heces y esputo, aunque existen otras que pueden recogerse.

En general, el equipo de enfermería del que forma parte el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que es el profesional encargado de custodiar y en algunas ocasiones de extraer. En caso de presentar cierta dificultad o ser muy invasivas suele ser el facultativo el encargado de su obtención como es el caso del líquido cefalorraquídeo.

Existen una serie de protocolos para proceder a la extracción hasta su entrega en los diferentes lugares de análisis de las muestras:

- 1) Indicar al paciente de las precauciones y proceso a seguir antes de la recogida de la muestra
- 2) Recoger la muestra en las mejores condiciones de asepsia
- 3) Identificar las muestras con los datos que figuren en el volante o impreso de la solicitud de la prueba
- 4) Manipular las pruebas con los guantes como precaución estándar
- 5) Al manipular y transportar la muestra tomar todas las precauciones marcadas para su la conservación hasta el momento de su análisis
- 6) Utilizar recipientes desechables y procesarlos como si se tratase de residuos biológicos. Dentro de tratamiento de las muestras biológicas, se encuentra la orina, las heces, la sangre, el esputo entre otros siendo estos en los que el técnico se ocupa más directamente en transportar y aquellos que se excretan como la orina y las heces se ocupa de extraer.

2 Objetivos

Como objetivo principal dentro de este capítulo:

- Explicar los protocolos desde la extracción hasta su llegada al laboratorio de las muestras biológicas en las que colabora el técnico en cuidados de enfermería.

Como objetivos secundarios:

- Mostrar información suficiente para realizar un protocolo de actuación lo más completo posible.
- Aumentar las medidas de asepsia e higiene para evitar contaminaciones.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Scielo, Publimed y otras de carácter científico tanto en formato papel como en digital, y de los resultados arrojados se han tenido en consideración para desarrollar el presente capítulo.

Las palabras claves utilizadas han sido MUESTRAS, BIOLOGICAS y RECOGIDA junto a laboratorio y técnico en cuidados de enfermería. A continuación, se detallan los protocolos para las tomas de las diferentes muestras biológicas, con el fin de unificar criterios y evitar el mayor número posible de casos de contaminación.

4 Resultados

A continuación, se van a describir una serie de métodos para conseguir determinadas muestras, se comienza por el protocolo para una recogida de orina:

1. Se deben lavar las manos y a continuación colocarse los guantes que no sean estériles.
 2. Comentar al paciente el procedimiento y extracción a realizar.
 3. Con la colaboración del paciente si está apto para ello, le informamos de la técnica a realizar debiendo desechar el inicio de la micción.
 4. Ante la imposibilidad de colaboración, el paciente en decúbito supino y se le coloca la cuña o botella para recoger la primera parte y a continuación en el frasco estéril de la orina.
 5. Se tapa e identifica de forma adecuada.
 6. Se desechan los guantes y se procede al lavado de manos.
 7. Enviar la muestra al laboratorio o mantenerla en la nevera hasta su análisis.
- Los recursos materiales fungibles que se utilizan van desde los guantes hasta los frascos pasando por las etiquetas o la cuña o botella que no son fungibles.

El protocolo de urocultivo:

1. Lavado de manos y enguantado.
2. Explicar al cliente el procedimiento a realizar.
3. El paciente debe lavarse la zona de la micción con clorhexidina jabonosa y secarse con una compresa estéril, debe eliminar la primera parte de la orina y recoger lo siguiente.
4. En caso de estar encamado, el procedimiento lo realizará en la cama.
5. Se tapa el frasco y se etiqueta para enviar al laboratorio.
6. Se recoge el material y se abandona el entorno del paciente.
7. La muestra debe enviarse al laboratorio de microbiología sino debe guardarse refrigerada hasta que pueda enviarse.
8. Desechar los guantes y lavado de manos por fricción o con jabón.

Los recursos materiales son los mis que en el caso anterior per ose utiliza el material esteri para la extracción de la orina.

El protocolo de la obtención de sangre siendo de ayuda a la enfermera en lo que nos solicite:

1. Comentar al paciente el procedimiento.
2. Preparar el material necesario y etiquetar los botes que van a contener la sangre.
3. Higiene de manos.
4. Colocar un compresor por encima de la zona de venopunción.

5. Desinfectar la zona y secado.
6. Se realiza la extracción y se retira el compresor y después se quita la aguja.
7. Si se utiliza un sistema de extracción al vacío, ir cambiando de tubo, sujetando el portatubos.
8. Comprimir la zona de punción y colocar un esparadrapo
9. Se recoge el material utilizado y se envía la sangre al laboratorio adecuado perfectamente etiquetada.
10. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Los recursos materiales fungibles que se utilizar son algodón o gasas, antiséptico, compresor, apósito, tubos de extracción, palomilla o jeringas y agujas, contenedor de punzantes y guantes.

El protocolo de recogida de las heces:

1. Informar al paciente del procedimiento.
2. Higiene de mano y enguantado.
3. Colocar la cuña para que el paciente haga deposición.
4. Obtener la muestra con un depresor.
5. Cerrar el frasco etiquetado previamente.
6. Enviar la muestra al laboratorio rápidamente.
7. Realizar la higiene de la zona del paciente y recoger el material utilizado.
8. En caso de ser autónomo el paciente, lo recogerá él.
9. En caso menores de dos años, la recogida de la muestra, se lleva a cabo con una bolsa de poliuretano estéril que se adhiere a la zona anal evitando la contaminación.
10. En caso de coprocultivo, la esterilidad se expresa en su máximo exponente.
11. En el estudio de parásitos, las heces se recogen durante 3 días alternos, en envases estériles con cucharilla o depresor predefinidos.

El protocolo de recogida de muestras de esputo: Estas muestras las recoge:

1. El propio paciente en un bote estéril si es autónomo. La persona afectada va a depositar el esputo en el bote después de respirar dos o tres de manera profunda. Se etiqueta y se envía a analizar.
2. El enfermero en el caso de los que se encuentran inconsciente o portan una traqueotomía. Si está inconsciente se introduce una sonda en las fosas nasales o a través del tubo endotraqueal conectada un sistema de vacío y la muestra se recoge en una bolsa estéril. Si está traqueostomizado, se introduce una sonda de aspiración por el orificio de traqueotomía y se aspira colocándose en un bote estéril.

En un paciente consciente que colabora, el procedimiento es el siguiente:

1. Decir al paciente que se lave la boca

2. Pedirle que respire profundamente dos o tres veces consecutivas, y en la última respiración, que tosa para liberar el esputo.
3. Recoger la muestra en un frasco estéril, cerrarlo y etiquetarlo, enviándolo al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de la recogida de muestras biológicas por parte del técnico en cuidados de enfermería requiere un cumplimiento estricto de los protocolos, evitando así la contaminación. De esta manera, se evita tener que repetir la práctica, lo que conlleva mayor gasto sanitario y aumenta las molestias al paciente. Si se es riguroso con las técnicas expuestas anteriormente, se logra unas prácticas exitosas, tanto para el sistema sanitario como para el paciente.

En conclusión, se deben mantener las mayores condiciones de asepsia en la extracción de todas las muestras para lo cual el lavado de manos es básico. El envío al laboratorio de todas las muestras que se extraen en los centros hospitalarios debe realizarse en el menor tiempo posible y con la menor manipulación.

Por último, la formación tanto básica como específica en cada servicio se debe ofrecer a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para poder realizar su trabajo de forma efectiva.

6 Bibliografía

- Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. Junta de Andalucía 2009.
- Regina Cardelús, Agustín García, Manuela Heredia, Concepción Romo técnicas básicas de enfermería. Macmillan Education
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 229

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES CON OXIGENOTERIA

AMPARO MARCHENA MELGAREJO

MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ

FRANCISCA SORIANO RAMOS

JULITA MARCHENA MELGAREJO

INES GARCIA CABAÑERO

1 Introducción

INTRODUCCIÓN

La oxigenoterapia es un procedimiento y tratamiento sanitario que es un soporte vital que se aplica a los pacientes que tienen un estado inestable o crítico.

Trata de evitar la deficiencia de oxígeno en sangre que recibe el nombre de hipoxia. Al administrar oxígeno todo nuestro organismo recibe los niveles adecuados del mismo y soluciona el problema de oxigenación.

Se utiliza principalmente en la insuficiencia respiratoria crónica, aunque se ha extendido su uso en los últimos años a lo estético con el tema de la mesoterapia o el botox.

El oxígeno es un gas incoloro, inodoro, explosivo e inflamable. Debido a ser un gas que puede estallar se administra mezclado con el aire del propio ambiente que se enriquece con este gas en mayor o menor concentración.

La oxigenoterapia es el uso de una terapia sanitaria en base al oxígeno que se administra en mayor o menor concentración mezclado con el aire del ambiente ante síntomas de los pacientes de hipoxia o para prevenir estos síntomas.

Existe la oxigenoterapia domiciliar que permite controlar al paciente crónico en su ambiente y en su entorno. Esto es muy importante para que el paciente recupere su vida ante una hipoxia grave que se suele mantener. La principal indicación es ante una insuficiencia respiratoria en la que la concentración de oxígeno suele ser superior al 21%.

Normalmente, antes de administrar oxígeno a un paciente se utilizan otras técnicas para verificar la falta de oxígeno en los tejidos. Se suele realizar una analítica de sangre de una arteria (mide los niveles de presión de oxígeno y de dióxido de carbono en sangre) y se conecta al paciente al pulsioxímetro que no permite ver la capacidad de oxigenación. Por otra parte, se puede realizar una espirometría.

2 Objetivos

Los objetivos del presente capítulo son:

- Explicar la finalidad de la oxigenoterapia y sus modos.

Describir los dispositivos de la administración de oxígeno.

Clasificar los distintos tipos de oxigenoterapia y sus vías.

Clarificar las funciones del personal de enfermería en este campo

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en la base de datos tanto en soporte papel como digital que es Scielo, utilizando las palabras claves dificultad respiratoria, oxígeno, oxigenoterapia, gasas nasales de los resultados obtenidos se ha tenido para documentar el tema que se desarrolla en el presente capítulo.

4 Resultados

Cuando se respira con dificultad se utiliza el oxígeno para ayudar al paciente esta es una de las pocas intervenciones que reduce la mortalidad de los pacientes con problemas crónicos respiratorios. Además de aumentar la tolerancia al ejercicio y atenuar los problemas cardíacos.

Ante valores de dióxido de carbono por encima de los normales, aunque la respiración del paciente sea normal y no muestre disnea se aplican las técnicas de oxigenoterapia. La cianosis y el color azulado de la piel son un síntoma de ello.

El material que se utiliza para ofrecer al paciente oxígeno es el siguiente:

- Manorreductor que mide la presión del oxígeno dentro de una bombona.

Flujómetro que mide la cantidad de oxígeno administrado en litros por minuto.

Humidificador para hidratar la mucosa ya que el oxígeno la reseca.

Equipo de administración de oxígeno que son las gafas nasales o catéter nasal, mascarilla Venturi, mascarilla simple, mascarilla con reservorio y ambú.

Toma de oxígeno en el cabecero de la cama.

Balas de oxígeno para el traslado de los pacientes.

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la de comprobar que el equipo que se ha colocado funciona de forma correcta y está en perfecto estado. Ante el uso de las gafas nasales se debe comprobar que el flujo es el correcto y que el humidificador siempre tenga agua, evitar acodamientos en la alargadera y limpiar el material utilizado.

En todo momento sea cuál sea la técnica se debe vigilar el ritmo y la frecuencia de respiración del paciente. Se le debe tranquilizar y comprobar su estado de consciencia ya que si está muy adormilado puede estar respirando demasiado dióxido de carbono.

En muchas ocasiones los dispositivos utilizados provocan ansiedad y estrés en el paciente por ello se debe escuchar a los pacientes y transmitirles los beneficios de dicha técnica pautada por el médico. Se debe apoyar la paciente en la realización de la fisioterapia respiratoria.

Los sistemas de administración del oxígeno se consideran de alto flujo y de bajo flujo según se controla o no la cantidad de oxígeno que se administra mezclada con el aire de ambiente siendo la mascarilla

Venturi de alto flujo ya que se controla el oxígeno que inspira el paciente gracias a la ruedecilla que traen estos dispositivos. El resto son de bajo flujo ya se mezcla con el aire ambiente y no se puede controlar la cantidad que se inspira.

Las gafas nasales o catéter nasal es el dispositivo más barato y menos incómodo siendo los que tapan nariz y boca los más incómodos para el paciente porque no se le entiende al hablar, se resecan la boca y la nariz, tiene dificultad para comer o beber.

Las mascarillas con reservorio pese a ser de bajo flujo permiten una alta concentración de oxígeno para aportar al paciente llegando al 90%. La mascarilla sella la cara del paciente y en la bolsa que debe estar siempre llena de aire, es donde

se concretar el oxígeno que pasa a través de una válvula al paciente.

La importancia de la oxigenoterapia es administrar un porcentaje de oxígeno adecuado para la recuperación del paciente y que este se mantenga hasta que el enfermo pueda respirar por sí mismo sin apoyos o pase la crisis de su enfermedad crónica. Se debe utilizar al dispositivo que el paciente necesite en función de sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con problemas respiratorios crónicos al ser dados de alta suelen necesitar oxigenoterapia domiciliaria por lo que es necesario realizarles controles de forma periódica mensualmente.

Este tipo de pacientes se les realiza en las revisiones de forma regular una gasometría para medir los niveles de oxígeno en sangre.

Ante una recaída a estos pacientes se les realiza un seguimiento más de cerca en los 30 – 90 días siguientes a la reagudización. En algunas ocasiones, estas personas no reciben ningún tipo de soporte en oxígeno cuando se van de alta.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe cuidar del material y saber manejar el material que se ocupa para aportar oxígeno al paciente. Por otra parte, el profesional sanitario debe comprobar que el paciente utiliza de forma correcta el medio por el que se le aporta el oxígeno.

Los sistemas más utilizados para la administración de oxígeno son las gafas nasales, las mascarillas de Venturi y las de reservorio. Será el facultativo el que determine qué sistema se usará y será el equipo de enfermería el que lo aplica y supervisa un buen uso cuidando y limpiando los mismos.

6 Bibliografía

1. Oxigenoterapia y rehabilitación respiratoria en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica .CÉSPEDES G, JUAN; ARANCIBIA H, FRANCISCO. Revista chilena de enfermedades respiratorias Jun 2011, Volumen 27 N° 2
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000200005
3. Estopá R. La oxigenoterapia continua. Arch Bronconeumol 1988
4. Alarcón Ardite A. Oxigenoterapia. Revista ROL Enfermero 1992; 165, 31-38

Capítulo 230

LAS TAREAS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS NEONATOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

AMPARO MARCHENA MELGAREJO

JULITA MARCHENA MELGAREJO

MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ

FRANCISCA SORIANO RAMOS

INES GARCIA CABAÑERO

1 Introducción

Los cuidados de los neonatos con problemas o prematuros tienen un alto riesgo de mortalidad y necesitan una serie de cuidados más intensos que el resto de los nacidos vivos. La prematuridad se asocia a los que nacen entre las 28 y las 37 semanas y suelen pesar entre 500 y 2500 gramos.

El hecho de ser prematuros conlleva una inmadurez de todos los órganos y sus funciones vitales junto con la falta de madurez de su piel. Debido a esta inmadurez se hacen necesarios una serie de cuidados sanitarios más intensos.

Los recién nacidos pretérmino son inmaduros, teniendo problemas para mantener su temperatura debido a la falta de grasa y de masa corporal. El vérnix se

forma a partir de la semana 27 y su hipotálamo es inmaduro. Debido a la falta de desarrollo neurológico, sus pulmones no están maduros y existe una debilidad muscular respiratoria.

El equipo de enfermería del que el técnico en cuidados de enfermería forma parte, debe realizar una serie de cuidados debido a su alta tasa de mortalidad. Desde monitorizarlo en todas sus constantes vitales utilizando oxigenoterapia y manteniendo su temperatura. La incubadora es lo más semejante al útero materno, aunque desde fuera se debe proporcionar el alimento ya sea por vía enteral o parenteral e incluso la leche de la madre. Al recién nacido se le realizan muchas técnicas invasivas de las que el equipo de enfermería es responsable de realizarlas o de apoyar en su cuidado.

2 Objetivos

El objetivo general de este capítulo es:

- Mostrar el proceso de atención y cuidados a un recién nacido prematuro desde las unidades de hospitalización hasta que completen las 40 semanas de gestación.

Los objetivos específicos en los que se centra el capítulo es:

- Adoptar recomendaciones para el cuidado de la prematuridad.
- Explicar los problemas de la prematuridad.
- Mostrar los cuidados a los prematuros de las unidades de hospitalización.
- Aprender a mantener la integridad de la piel.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 nacer pretérmino tiene etiologías variadas desde factores biológicos como enfermedades crónicas como el hipotiroidismo, factores sociales como el consumo de alcohol o el nivel socioeconómico.

Los neonatos pretérminos se clasifican en:

- Extremadamente prematuros con menos de 28 semanas de gestación.
- Muy prematuro entre la 28 y la 32 semana de gestación.
- Moderadamente prematuro entre la 32 y la 37 semana de gestación.

El cerebro del neonato prematuro es inmaduro por lo que el niño será propenso a un retraso madurativo. El hecho de la inmadurez neurológica conlleva una inmadurez en el resto de los sistemas ya que es el ordenador del cuerpo humano. La piel se produce en los primeros días de la vida del embrión, pero su maduración acaba con el nacimiento a término entre la semana 38 y 40 de gestación, aunque sigue madurando fuera del útero materno.

El vernix caseoso protege al recién nacido que llega a término, pero su formación se genera a partir de la semana 27 de gestación. El prematuro tiene este aspecto sin desarrollar siendo más propenso a las infecciones y a problemas posteriores en su desarrollo.

La piel es la clave en el cuidado del prematuro por lo que se debe tener en cuenta una serie de cuestiones en su cuidado:

- Conseguir la integridad de la piel para prevenir lesiones químicas como físicas: uso de electrodos para piel sensible, evitar colocarlos en el tórax, usar clorhexidina acuosa, realizar cambios posturales, evitar que el neonato se apoye sobre los cables o llaves, usar colchones anti escaras etc...
- Mantener la temperatura corporal: se debe minimizar las manipulaciones para evitar el enfriamiento, mantener la temperatura de la incubadora entre otros.
- Prevenir las infecciones: utilizando las medidas universales del lavado de manos, uso de guantes, mantener la capa protectora de la piel y cambio regular del pañal.
- Evitar las pérdidas insensibles de agua
- Prevenir la absorción de agentes tóxicos como soluciones yodadas y evitar cremas hidratantes sobre todo los prematuros que utilizan la incubadora por los problemas que provoca.

Pasando a otros sistemas de los prematuros, se pasa a comentar los problemas de la función gastrointestinal igualmente sin desarrollar adecuadamente por lo que surgen problemas en la alimentación y en la absorción de nutrientes. El uso de la leche materna en la medida en la que el prematuro lo permite favorece un avance más rápido en su proceso madurativo.

La nutrición es uno de los aspectos más relevantes para un desarrollo neurológico y cognitivo normal y adecuado. La alimentación no se realiza por vía oral en los primeros momentos debido a su inmadurez, pero se camina en los cuidados para que se haga de forma oral lo más rápidamente posible.

El sistema renal es inmaduro por lo que existe problemas tanto para retener como para excretar orina. El hígado uno de los órganos fundamentales del ser humano

que interviene en el proceso alimentario y en el circulatorio, pero se encuentra sin completar su maduración y surgen problemas que se tratan en las unidades de cuidados prenatales bajo supervisión y cuidados del equipo.

Por ende, el sistema inmunológico es defectuoso al no haber llegado a término ya que le paso de los anticuerpos y su terminación se produce en el tercer trimestre de gestación. Se debe estar alerta en este ámbito para evitar posibles sepsis por lo que la asepsia es básica.

Al tener falta de madurez del sistema circulatorio, existen problemas oculares por la falta de vascularización muy frecuentemente en los prematuros.

El aparato respiratorio es uno de los más inmaduros junto con el cerebro por lo que la administración de fármacos, técnicas invasivas como la intubación o la aspiración de secreciones son algunas de las realidades a las que estos pacientes se deben enfrentar en los primeros momentos de su vida.

El aire que el menor respira debe ser rico en oxígeno y lo más limpio posible. Se debe evitar en todo lo posible como si se tratase de una rutina que el entorno de la unidad se contamine para evitar que el prematuro desarrolle infecciones.

Se deben usar las medidas universales de protección y mantener un aislamiento inverso para proteger a los prematuros durante toda su estancia en el hospital.

Cada día que pasa el prematuro va adquiriendo fuerza, ganando peso... en una palabra va madurando. Los menores serán dados de alta cuando hayan adquirido más de 2.300 gramos y los padres hayan adquirido habilidades y capacidades en sus cuidados.

5 Discusión-Conclusión

Los neonatos pretérmino son los que nacen antes de la semana 37 de gestación. Estos niños precisan numerosos cuidados sanitarios hasta que equiparan su edad con la de las 40 semanas de gestación porque tienen un alto índice de mortalidad. Los sistemas y órganos de sus cuerpos como son el inmunitario, cardiovascular, nervioso, respiratorio son inmaduros, presentando problemas renales y de regulación de la temperatura en base a su inmadurez de la piel y del sistema neurológico.

El equipo de enfermería debe velar y atender los cuidados de estos recién nacidos para que su salud sea restaurada o llegue a su fin. Se tratará de evitar ruidos, luces, promoviendo una nutrición adecuada y un mantenimiento de la temperatura del cuerpo.

Se debe velar por la función respiratoria teniendo especial cuidado a las infecciones ya que el sistema inmunológico es inmaduro como el resto de sus sistemas.

Se debe tener y realizar las técnicas con la mayor asepsia posible.

Tomándose las medidas adecuadas y en manos de los profesionales sanitarios, el índice de mortalidad de estos menores se ha visto reducido en las últimas décadas. Debe procurarse la integridad de la piel que es la entrada a cualquier sistema del cuerpo del prematuro. En las unidades de prematuros el cuidado de la piel es básico y conlleva parte del cuidado integral del prematuro.

El hospital y las unidades de prematuros se convierten en el hogar provisional de los menores durante un tiempo hasta que se convierten en bebés a término preparados para insertarse en el medio social.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-piel-recien-nacido-prematuro/>
la revista
Ocronos. Vol. III. Nº 6 – Octubre 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº6:122
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/recien-nacido-preterminocuidados-enfermeria/>
- Castro F y Urbina O. (2007). Manual de Enfermería en neonatología. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.
- Cloherty J, Eichenwald E, Stark. Manual de Cuidados Neonatales. 4ª ed. Masson 2005.
- Rellán S, García C y Aragón MP. (2008) El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología.

Capítulo 231

LAS CLAVES PARA LA EFICAZ COMUNICACION ENTRE EL TCAE CON LOS FAMILIARES Y PACIENTES

ESTHER TAJUELO LARA

SORAYA MENDIOLA REY

CRISTIAN CERRATO CAMACHO

DAVID NAVAS RUEDAS

ANA ROSA PADILLA TAPIADOR

1 Introducción

La buena comunicación en el ámbito laboral tanto con el equipo interdisciplinar como con pacientes , familiares, amigos, clientes... forma parte de el desarrollo casi perfecto de cualquier profesional en este caso nos centraremos en el papel fundamental que la comunicación influye en el paciente y familiares con el TCAE. El paciente demanda apoyo psicosocial, información y comunicación constante de parte del profesional, ya que el TCAE será la persona que mas cerca estará de un paciente; por ello su función no se limita a dar ayuda de carácter asistencial y de cuidados físicos sino que la comunicación es una pieza clave para ayudar a la mejoría y recuperación del paciente .

Por otro lado los familiares necesitan no ser simples espectadores de lo que ocurre con su familiar o allegado, sino que demandan una buena comunicación e infor-

mación que les ayude a sobrellevar el cambio o enfermedad que este padeciendo la persona allegada .

Según diversos estudios la familia influye notoriamente en como responderá el paciente ante los tratamientos ,medicamentos ,noticias o adaptabilidad del medio al punto de ser su familia clave en la mejoran de su bienestar y seguridad .

Es posible que en casos adversos la familia experimente varias etapas en el diagnóstico o cambio de circunstancias ante su familiar de Sorpresa y negación – Frustración e ira – Negociación y depresión – Resignación y aceptación.

Por eso si como TCAES logramos establecer una comunicación y relacion constante con los familiares del paciente contribuirá a su adaptación y colaboración con las pautas que el TCAE de esta manera se tendrá como objetivo el bienestar del paciente y los familiares, a continuación de expondrán claves y ayudas para tener una relacion profesional exitosa entre TCAE y familiares.

2 Objetivos

- Explicar las necesidades de comunicación y relacion del paciente y familiares con el TCAE
- Exponer como abordar diferentes casos críticos como TCAES al comunicarnos con el familiar y con el paciente

3 Metodología

Para la realización del trabajo se ha empleado una búsqueda en bases de datos de contenido medico y psicológico orientado a pacientes en geriátricos y hospitales .Además se ha investigado articulos de paginas como scielo ,deustosalud seleccionando artículos científicos corroborados y con base de estudios científicos .También se consultado en diversos libros de apoyo psico-social del TCAE y ayudas de medios como las diapositivas

4 Resultados

Es fácil caer en el error cómo TCAES de no dar tanta importancia a la relacion y comunicación entre el paciente y familiares pero lo cierto que en como evolucione el paciente se debe en gran manera a la comunicación del TCAE; por eso vamos a ver las necesidades que suelen presentar los pacientes y familiares en lo que a comunicación precede.

- Ser escuchados: para ambas partes este factor es fundamental; es normal que el paciente y los familiares muestren su deseo de expresar su opinión ,necesidades, dudas ,y miedos se sentirán valorados si demostramos escucha activa, habilidad que el TCAE debe desarrollar para fomentar una buena relacion con ambas partes
 - Recibir explicaciones : por nuestra parte es importante que el TCAE demuestre empatía a la hora de transmitir información, lo hará con cuidado ,respeto y delicadeza las explicaciones sencillas y claras y veraces, procurando que familiares y pacientes puedan entender la información que le corresponda y les motive a colaborar en todo momento con el TCAE y personal medico.
 - Tranquilizar a pacientes y familiares: cuando se desarrolla la toma de decisiones o se recibe algún cambio o mala noticia es normal que exista confusión ,miedo o angustia, el TCAE debe escuchar y dar apoyo emocional ambas partes siempre utilizando un habla positiva y palabras amables.
 - Recomendaciones y consejos : El paciente y familiares agradecen los consejos médicos que se les pueda facilitar como por ejemplo aspectos de :Su alimentación , hidratación ,movilidad y rehabilitación , la toma de medicamentos. También será útil que el TCAE de consejos a los familiares para que ayuden al paciente y tengan presente que la motivación y el cariño es un aliciente poderoso para la salud emocional y recuperación del mismo.
- A continuación expondremos 3 casos complicados en como debe actuar el TCAE en relacion a la comunicación con el paciente :
- Cuando el enfermo es terminal : Se requiere de mucha comprensión y paciencia al comunicarse el TCAE con los familiares y pacientes, su papel se centrara mas en el apoyo emocional y de consuelo en momentos tan duros ,una escucha activa y empatía facilitara que la etapa difícil del paciente la sobrelleven con la ayuda eficaz del TCAE
 - Cuando el enfermo es infeccioso: En algunos casos puede que el paciente este en aislamiento sin el apoyo de sus familiares por eso es importante que el TCAE se comunique de manera fluida con los familiares , dando información clara ,sencilla y actualizada de como se desarrolla la enfermedad. Incluso puede que requiera de la constante respuestas a dudas y preguntas que puedan tener los familiares esto facilitara el ambiente y comunicación correcta por parte del TCAE.
 - Cuando el enfermo ingresa en un centro Geriátrico: Las familias pueden tener una mezcla de emociones y sentimientos negativos ,de preocupación ,protección y frustración cuando su familiar mayor ingresa en un centro, por eso el TCAE mantendrá informada a la familia de la evolución del paciente, lo ayudara a adaptarse a su nuevo hogar, y cubrir sus necesidades físicas y emocionales , también la escucha activa y la empatía son claves por parte del TCAE.

Como se ha descrito el TCAE tiene un papel fundamental en la relación y comunicación con los familiares si desarrolla destrezas y habilidades comunicativas le resultara mas fácil ayudar a la familia y por ende al paciente , aunque supone un reto de esfuerzo y paciencia se podrá lograr si siempre nos ponemos en el lugar de la otra persona y observamos las necesidades de cada individuo.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales del sector los TCAES se relaciona estrechamente con pacientes y familiares lo que se requiere que el TCAE adquiera destrezas y habilidades a la hora de comunicarse esto contribuye a que si la información y atención que le llega al paciente es satisfactoria será una ayuda en el ambiente profesional incluso una fuerte motivación para el paciente ya que esta comprobado que los lazos afectivo ayuda al paciente

Como se ha descrito en este artículo algunos elementos importantes del lenguaje comunicativo por parte del TCAE será : empatía , escucha activa , paciencia , comunicación positiva , transmitir información clara y sencilla y dar recomendaciones y consejos.

Gracias a este estudio nos ayuda a ver que la labor de un TCAE no es solo a nivel asistencial sino que atender las necesidades psicológicas contribuirá al cuidado y bienestar del paciente así como a nuestro nivel satisfactorio de trabajo

6 Bibliografía

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80882/la-relacion-terapeutica-con-la-familia-del-paciente-critico/>

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100055

<https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/claves-para-buena-relacion-con-paciente-sus-familiares>

Capítulo 232

OBESIDAD, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIRLA

MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR

BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS

MONSERRAT LOPEZ GARCÍA

MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ

INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a la obesidad y al sobre peso como la acumulación excesiva de grasa, la cual puede ser perjudicial para la salud de la persona.

Hoy en día son cada vez más las personas que sufren este problema y cada vez en edades más tempranas, España es uno de los países que tienen más problemas de obesidad pese a contar con una de las dietas más completas de Europa.

Si bien es cierto que cuando hablamos de obesidad o sobre peso no estamos hablando de un tipo de enfermedad infecciosa, pero sí es una enfermedad que causa múltiples problemas al organismo que llegan a ser letales para muchas personas, entre los que destacan problemas de diabetes, problemas cardiovasculares,

respiratorios, enfermedades crónicas, trastornos del aparato locomotor, algunos cánceres (ginecológicos, colon, hígado, vesícula).

La obesidad no es una enfermedad transmisible, pero si se ha observado que es una enfermedad que va asociada a los hábitos de cada persona y pese a que esta no sea hereditaria, los hábitos de salud y el ritmo de vida sí se heredan de generación en generación, por ello surge la necesidad de la educación desde edades tempranas en este aspecto.

2 Objetivos

Reconocer el problema que supone la obesidad en la actualidad para cada vez en más personas y el papel que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para poder prevenirla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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, Google académico.

4 Resultados

Hemos observado que la obesidad es un gran problema cada vez más común en nuestro país y que cada vez conlleva a más personas a tener problemas crónicos para su salud, sobre todo en niños, lo que supone no solo una inversión por parte de la sanidad de nuestro país sino una pérdida de salud para aquellas personas que lo sufren que cada vez son más jóvenes e incluso niños.

Los factores con los que se puede luchar contra la obesidad son:

- Reducir la ingesta calórica.
- Realizar deporte de forma periódica 60' al menos 3 días por semana.
- Limitar la ingesta de dulces procesados y azúcares.
- Aumentar la ingesta de productos frescos, frutas, verduras, cereales.

Para luchar contra esta enfermedad juega un papel importante la labor del auxiliar de enfermería en atención primaria gracias a la promoción de la salud con campañas preventivas e informativas y con un control regular de los pacientes y

de su estado de salud para poder corregir a tiempo malos hábitos en una fase de sobrepeso sin que sea necesario tener que llegar a la obesidad.

Como se ha mencionado anteriormente, una de las pautas de actuación para erradicar este problema es la de la educación en edades tempranas en colegios, lugar donde pueden realizarse campañas por parte del equipo de enfermería, y la promoción de la salud en centros de atención primaria, residencias de ancianos etc.

Es necesario que exista una cooperación entre sanidad, administración pública y escuelas para trabajar en la concienciación de buenos hábitos de vida, como es el deporte y una alimentación variada y equilibrada, pero no solo en los niños, también es necesario trabajar este aspecto en los adultos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, se puede observar que la obesidad es un problema con el que convivimos día a día y que incluso puede llegar a normalizarse en algunos momentos de manera errónea.

Por ello, y porque la incidencia de casos es cada año mayor que la anterior, surge la necesidad de trabajar desde la atención primaria de sanidad de forma coordinada con administraciones, campañas alimenticias, colegios y demás entidades, para concienciar a la población, informándola y proporcionando pautas de actuación y buenos hábitos de vida saludables para disminuir esa alarmante cifra lo que hará que de forma paralela se reduzcan también enfermedades crónicas, problemas cardiovasculares y demás patologías que van ligadas con la obesidad.

6 Bibliografía

1. Aranceta-Bartrina, J., Serra-Majem, L., Foz-Sala, M., Moreno-Esteban, B., & SEEDO, G. C. (2005). Prevalencia de obesidad en España. *Medicina clínica*, 125(12), 460-466.
2. Bartrina, J. A., Rodrigo, C. P., Barba, L. R., & Majem, L. S. (2005). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Revista pediátrica de atención primaria*, 7(Suplemento 1).
3. Royo-Bordonada, M. Á., Rodríguez-Artalejo, F., Bes-Rastrollo, M., FernándezEscobar, C., González, C. A., Rivas, F., ...& Navarro, C. (2020). Políticas alimentarias para prevenir la obesidad y las principales enfermedades no transmisibles en España: querer es poder. *Gaceta Sanitaria*, 33, 584-592.

Capítulo 233

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ

INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA

MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR

BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS

MONSERRAT LOPEZ GARCÍA

1 Introducción

En este capítulo nos vamos a enfocar en unos de tantos labores que tienen los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería que son los cambios posturales, que junto al celador lo llevan a cabo. Los cambios posturales de los pacientes son las modificaciones realizadas en la postura corporal de las personas encamadas.

Los cambios posturales en pacientes que no pueden hacerlo por sus mismos medios se han de realizar varias veces al día, para evitar la aparición de úlceras por presión (lesiones en la piel debido a una presión prolongada de la zona, suelen aparecer en los tejidos que cubren las prominencias óseas, como sacro, talones).

Además de evitar la aparición de úlceras por presión, tiene más beneficios para el paciente encamado tanto físicos, emocionales y biológicos.

Es importante conocer las distintas posiciones anatómicas, así como saber llevar a cabo las técnicas de movilización de los pacientes.

Hay pacientes que dependiendo de sus patologías pueden tener reducida total o parcialmente su movilidad, por ello los profesionales sanitarios han de ayudarlos en sus movilizaciones.

Para realizar una movilización correctamente hay que saber diferenciar las distintas posiciones anatómicas, así como conocer la técnica más apropiada de movilización dependiendo de las dolencias de dichos pacientes.

2 Objetivos

Describir importancia de los cambios posturales en el paciente encamado, así como las principales posiciones anatómicas básicas por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería

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, usando palabras clave; úlcera por presión, cambio postural, posición anatómica.

4 Resultados

Lo recomendable es cambiar de postura cada 2-3 horas intentando alternar diferentes posiciones para ir rotando entre los puntos de apoyo. Las posturas más frecuentes y utilizadas para los cambios posturales son acostado boca arriba (decúbito supino) y acostado de lado (izquierdo o derecho).

Para ayudar a la movilización de pacientes con movilidad reducida se pueden usar: almohadas, transfer, sábanas, grúas y arneses, escabeles, trapecios.

También es importante conocer las distintas posiciones anatómicas básicas, entre otras:

- Decúbito supino (o decúbito dorsal).

Posición corporal acostado sobre su espalda boca arriba, con los brazos y las piernas extendidas. Las rodillas han de estar ligeramente flexionadas, los pies en ángulo recto respecto al cuerpo y los talones sin contactar con la ropa de la cama. También suele ser utilizado en pacientes politraumatizados para que el alineamiento vertebral sea el adecuado.

- Decúbito lateral.

Es con el paciente recostado sobre su lado derecho o izquierdo, dependiendo de la patología o dolencia se suele colocar de un lado u otro.

Posición lateral de seguridad.

Esta posición está indicada en pacientes con un nivel bajo de consciencia, para que así mantenga la respiración.

- Decúbito prono (decúbito ventral).

El paciente se coloca situado con el cuerpo boca abajo, el cuello en posición laxa, con los brazos extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo. Las extremidades inferiores estarán extendidas con los pies en flexión y la punta de los dedos hacia abajo.

- Semifowler:

El paciente se encuentra semisentado, formando un ángulo de 30° respecto al eje horizontal.

Está indicada para pacientes con problemas respiratorios, circulatorios...

- Fowler:

Es la misma que la semifowler pero con el ángulo respecto al eje horizontal a 45°. También indicada para pacientes con cardiopatías, fracturas inferiores, problemas respiratorios.

- Fowler alta:

Igual que las anteriores pero en este caso el ángulo respecto al eje horizontal es de 90°. El paciente se ha de colocar sentado.

Está indicada para pacientes con graves problemas respiratorios agudos, con náuseas...

- Trendelenburg:

El paciente se encuentra situado en decúbito supino o decúbito dorsal inclinado. 45° respecto al plano del suelo con la cabeza siempre más baja que los pies.

Hay que tener en cuenta en el momento de realizar la movilización, que podemos aprovechar dichas movilizaciones para poder llevar a cabo otras actividades como pueden ser realizar masajes, valorar el estado de los pacientes, así como el buen estado de la piel, revisar las zonas de presión para que no se desarrollen úlceras.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer las diferentes posiciones anatómicas para colocar al paciente adecuadamente sin provocar nuevas lesiones.

El objetivo de los cambios posturales es procurar de la mejor forma posible al paciente encamado, así como intentar evitar la aparición de úlceras por presión, beneficiando el tono muscular, la circulación y la respiración.

Además de la conveniencia de realizar los cambios posturales cada tres o cuatro horas, se deben realizar de forma suave y rítmica, intentando deslizar al paciente, evitando los movimientos bruscos e intentando que el paciente colabore en lo que sea posible.

La realización frecuente de cambios posturales puede producir efectos muy positivos en los pacientes tanto a nivel anatómico como fisiológico y psicológico.

6 Bibliografía

1. Saber de Salud. La importancia del cambio postural en el paciente encamado [Internet]. Saberdesalud.com. Saber de Salud; 2018 [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://saberdesalud.com/paciente-encamado-cambio-postural/>.
2. Sebastián. Blog de ortopedia Inse [Internet]. Blogspot.com. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://ortopediainse.blogspot.com/2015/07/paraque-sirven-los-cambios-posturales.html>.

Capítulo 234

INTERVENCION Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN DIAGNOSTICO DE UN NIÑO AUTISTA EDUCACION SANITARIA

MONSERRAT LOPEZ GARCÍA

MATILDE ESPERANZA VIZCAINO MARTINEZ

INMACULADA GÓMEZ PLASENCIA

MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR

BEGOÑA PINAZO DE LAS HERAS

1 Introducción

El autismo es una patología o un trastorno que su función importante es que la relación va unida al desarrollo del cerebro, por ello el cerebro tiende a relacionarse o socializar con su entorno, En el momento que un niño es diagnosticado de este trastorno se va a poder descubrir que no va a relacionarse con los demás de sus iguales o personas que no tienen que ver con su entorno.

En cuanto a la detención de los primeros síntomas se van a observar ya de muy pequeño el niño, ya que en el desarrollo podemos ver retraso o balbuceo en el

lenguaje, cuando se le pregunta algo el niño puede o no contestar o repetir nuestra pregunta, prefiere jugar solo con objetos no usuales que con otros niños y sobre todo lo hace apartado de todo, movimientos repetidos continuos etc.

En muchas ocasiones durante el tiempo que están en proceso de diagnóstico se confunde autismo con síndrome de asperger pues es una variante del autismo, pero hay alguna diferencia en cuanto a tener un sentido del humor diferente, suelen ser muy sinceros, interpreta literalmente lo que se le dice, no entienden de bromas.

El diagnóstico se suele encontrar casualmente durante una revisión correspondiente a la edad del niño, con ello se podrá diagnosticar si realmente padece un trastorno autista, ya observa si tiene alguna característica de las anteriores nombradas, y también deberá preguntar a los padres si notaron algún cambio de la revisión anterior a esta.

La detección precoz es importante, ya que por ello se podrá trabajar y facilitará el poder actuar cuanto antes y poder trabajar con ese niño tanta psicomotricidad, logopeda para su lenguaje, y sobre todo intentar sociabilizar al niño.

2 Objetivos

Determinar e indicar qué tipo de cuidados o ayuda necesitarán los padres o el niño con autismo por parte del equipo de tecnico de cuidados auxiliares de enfermería

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos pubmed, Scielo, Cochrane. Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento del autismo y posibles síndromes derivadas del autismo.

Palabras clave: autismo, asperger, comunicación, déficit.

Se han incluido textos en inglés y español. Textos con validez científica.

4 Resultados

- En nuestro trabajo hemos podido conocer como el TCAE realiza las intervenciones necesarias para que tanto los padres como el niño pueda llegar actuar y sociabilizar con los demás.

- El tipo de diagnóstico del autismo se puede realizar ya aproximadamente sobre los 36 meses de edad del niño, aunque sobre los 18 meses ya pueden aparecer síntomas y los padres ya los pueden observar.
 - En algún artículo hemos conocido que no siempre, pero en diferentes ocasiones el coeficiente de inteligencia suele estar tendente a la baja por lo que también es un signo que se puede observar en edades muy tempranas en el desarrollo y conocimiento de objetos, etc.
 - Muchos de los autores nos han hecho ver que el lenguaje suele llegar a conocer un vocabulario muy limitado, en cuanto al lenguaje no verbal también es muy limitado. Se limitan a repetir continuamente. Por ello el TCAE empleará sus labores de trabajo en que llegue a la lectura se escogerá algún tema de lectura que el niño este interesado.
 - La motricidad es también tendente a la baja, se puede observar ya en el momento del gateo, suelen tener hipotonía (bajo tono muscular) o acinesia (Rigidez) etc. En esta ocasión el TCAE deberá acompañar al fisioterapeuta para que la motricidad y la actividad física en el niño mejore y pueda deambular o ejercer cualquier función física sin problemas.
 - El TCAE será el encargado de recibir a estos padres y realizar una entrevista para posteriormente poder trabajar con ellos la educación sanitaria adecuada a esta etapa.
 - El momento de cualquier síntoma que se detecte y se diagnostique el autismo se podrá en conocimiento para poder guiar a los padres con una educación sanitaria adecuada, dependiendo de la edad del niño va a variar algunas indicaciones a otras.
- 1- Hasta los 5 años los padres deberán preguntar todas las dudas ya que se van a encontrar con un niño con algún déficit de movimiento, comunicación. También pueden llegar a sufrir crisis convulsivas o problemas gastrointestinales. Debemos trabajar con ellos el contacto visual, interactuar con reciprocidad etc.
 - 2- De 6 a 12 años necesitara apoyo escolar por lo que se gestionara con los padres una ayuda de apoyo en el colegio (un plan individual apropiado). Gestionar para que participe en deportes, juegos con otros niños. Y sobre todo preparación para la pubertad en la que las emociones. Explicar también la diferencia entre un sitio publico y privado para evitar situaciones inapropiadas. En el caso de sexualidad.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos podido demostrar que el TCAE es importante en sus funciones laborales tanto para la educación sanitaria adecuada a los padres , como

para poder fomentar las actividades tanto de lenguaje como de actividad física. También deberán acompañar a los padres en el impacto de recibir la noticia de tener un hijo con un trastorno de espectro autista es fuerte, ya que se plantean ya muchos cambios en las vidas de los padres. Por ello los profesionales de la sanidad deben estar ahí apoyando y guiando en cada momento cualquier duda o acontecimiento que pueda ir surgiendo a medida que el niño crezca y se observen conductas que impliquen que está padeciendo ese autismo.

6 Bibliografía

1. Barrera-Carmona, N. y Gutiérrez-Moctezuma, J. (2004). Efecto de la risperidona en la modificación de la conducta y estereotípicas en la paciencia con trastorno autista. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 5, 24-34.
2. Audisio, A., Laguzzi, J., Lavanda, I., Leal, M., Herrera, J., Carrazana, C. y Cilento Pintos, C. (2013). Mejora de los síntomas del autismo y evaluación alimentaria nutricional luego de la realización de una dieta libre de gluten y caseína en un grupo de niños con autismo que acuden a una fundación. *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(3), 39-47.
3. Aguilar Millastre, C. (2014). TDAH y dificultades del aprendizaje: guía para padres y educadores. Valencia: Diálogo.
4. Bravo, Altieri, A., Hortal, A., MitjàFarrerós, S. y Soler Prats, J. (2011). Alumnado con trastorno del espectro autista. Barcelona: Graó.

Capítulo 235

EL TESTAMENTO VITAL COMO CULMEN DEL PRINCIPIO DE BIOÉTICA DE LA AUTONOMIA

AMPARO MARCHENA MELGAREJO

INES GARCIA CABAÑERO

JULITA MARCHENA MELGAREJO

FRANCISCA SORIANO RAMOS

MARIA MONTSERRAT TERCERO GONZALEZ

1 Introducción

Desde el informe Belmont en el año 1974, los principios de la bioética han adquirido gran importancia en todo tipo de intervenciones que se realizan a nivel sanitario.

En base a la justicia, la no maleficencia, la beneficencia y la autonomía sobre todo centrándose en la no maleficencia y la autonomía surge la idea del testamento vital o también llamado últimas voluntades según sea la regulación de la normativa de la Comunidad Autónoma.

Normalmente, este tipo de decisiones se toman ante de padecer una enfermedad terminal o un proceso en el que no tenemos capacidad decisoria debido a nuestro estado. Se trata de dejar por escrito los deseos ante el final de la vida cuando no se tiene ese poder de decidir. Véase donar

órganos o limitar los esfuerzos de la terapia.

Este documento surge para hacer presente aún más en nuestra sociedad el valor de la autonomía que permite que los derechos de cualquier paciente, aunque sea terminal se respeten y se garantiza su cumplimiento.

Dentro del proceso de atención de enfermería se tiene que hacer presente esta normativa

ética para tener en cuenta al paciente. Se trata de que estos principios sigan presentes en todo el proceso sobre todo el de autonomía en base a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre que aboga por la autonomía y en base al principio ético de no maleficencia.

2 Objetivos

Dentro de este capítulo se trata de:

Explicar el proceso para hacer realidad un testamento vital o últimas voluntades según los principios de la bioética.

Tener claros los derechos del paciente terminal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 testamento vital recibe el nombre de documento de instrucciones previas o última voluntad vital según sea la Comunidad Autónoma. Testamento vital. Trata de las decisiones de una persona mayor de edad y con capacidad de obrar respecto a los cuidados y tratamientos sanitarios cuando la persona no lo pueda expresar. Se expresan las decisiones del futuro de su cuerpo una vez fallecido.

Se puede o no designar un representante que hace de interlocutor con los profesionales sanitarios para que se aseguren los deseos del paciente. El documento puede ser revocado, modificado o reformado en cualquier momento por la persona que firmo.

Este escrito queda validado y se inscribe en el Registro de Instrucciones Previas con sede en

Madrid. Quedan validadas las decisiones del paciente frente a las de los familiares o el equipo de salud.

La tramitación del testamento vital se puede hacer ante notario con unos testigos o en la administración ante un funcionario encargado de ello.

Se debe rellenar una solicitud para ser registrado en el registro de instrucciones previas presentando una fotocopia compulsada del DNI o pasaporte. Finalmente, queda inscrito en dicho registro.

En los últimos años, se ha luchado por los derechos del enfermo terminal que tratar de prestar la atención y cuidados que garantizan en la fase final el respeto a sus necesidades. Por eso se ha luchado por hacer realidad este documento instrucciones previas.

Si bien es cierto que la gran mayoría de las personas conocen la existencia de este documento un porcentaje muy bajo lo ha hecho efectivo. En la gran mayoría de los casos se ha hablado con los familiares del tema, pero pocos lo hacen realidad. Dentro del ámbito sociológico y antropológico, puede deberse a que el tema de la muerte en las sociedades occidentales es un tema tabú.

En muchas ocasiones, los duelos patológicos, se podrían evitar si al redactar dicho testamento libera a los familiares de cierta toma de decisiones al final de la vida del paciente.

La eficacia de las últimas voluntades es de gran importancia para la población porque la muerte no tiene en cuenta la edad cuando se presenta. De esta forma, se harían realidad los principios de la bioética de la autonomía y no maleficencia a las personas que se atienden.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el testamento vital tiene un gran valor para cualquier persona que quiere decidir sobre el final de su vida y su entorno tanto familiar como sociales ya que se recogen las actuaciones a tener en cuenta cuando éste no tenga capacidad para tomarlas, liberando así a la familia de tener que tomarlas sin llegar a tener claro si cumplen sus deseos.

Gracias, a los derechos que se han establecido en torno a los pacientes terminales en estos

últimos años del siglo XX facilitan y obligan a los profesionales sanitarios, y por tanto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para que se hagan y presten de forma digna y con calidad bajo el respeto y en base a la bioética.

Por tanto, en base a la normativa vigente de la Ley 1/2003 de 6 de marzo de últimas voluntades, las personas y los pacientes terminales en caso de estar capacitados aún pueden decidir sobre el final de su vida, aunque la realidad sea luego diferente ya que en muchas ocasiones por la realidad cultural de países del Mediterráneo no se lleva a cabo.

Por última conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben conocer y formarse en el proceso de las últimas voluntades para poder respetar la autonomía de los pacientes y su capacidad para tomar decisiones para poder llegar a decir que las personas tienen una muerte digna. Esto mostraría que el campo sanitario cada vez es mucho más profesional en el área de los pacientes terminales.

6 Bibliografía

Tamayo Velázquez MI, Simón Lorda P, Méndez Martínez C, García León FJ. Guía para hacer la voluntad vital anticipada [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2012

Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaVVA.pdf>
2. Astur Salud [sede Web]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2009

Instrucciones previas (testamento vital). Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/361530>

3. Declaración de los derechos de los enfermos en la terminalidad. En: Sociedad Vasca de

Cuidados Paliativos. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad.

San Sebastian: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005.

4. Perelló-Campaner C, Molina-Mula J, Miró-Bonet R. Conflictos éticos ante la manifestación verbal de las últimas voluntades. *Enferm Clin* 2011.

5. Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de

Atención Primaria. *Aten Primaria* 2003

Capítulo 236

CÁNCER DE COLON MUESTRA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

YOLANDA MAESTRO PRIETO

LUCIANO GALERA MARTINEZ

MIGUEL ÁLVAREZ COLETO

REGINA ARNAO GARCÍA

SARA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

El cáncer colorrectal se puede referenciar, por cursar con un crecimiento desmedido y descontrolado de las células del colon o del recto individual o conjuntamente afectando a las zonas. los cánceres colorrectales por regla general, su crecimiento da comienzo en el interno revestimiento del recto o colon, pólipo es el nombre que se le da. Dentro de estos pólipos los hay de varios tipos y pueden derivar en cáncer a lo largo de un prolongado tiempo, incluso años, aunque no todos estos pólipos tienen porque convertirse en cáncer.

En las capas que estructuran el colon que son tres, muscular, mucosa y serosa en ellas en donde se puede dar iniciación el despertar de los tumores colorrectales. Este tipo de cáncer es el más fácil de diagnosticar y a su vez uno de los más comunes a nivel global, si se detecta a tiempo, tiene muy alta probabilidad de curación y buena resolución ya que su proceso de desarrollo es muy lento.

El cáncer de colon puede desarrollarse de tres modos:

- Crecimiento local: En este crecimiento todas las capas del tubo digestivo se ven invadidas en profundidad, llegando asimismo a las capas musculares.
- Diseminación linfática: Aquí se da que va invadiendo, posteriormente de afectar las paredes del intestino, a través de la red del sistema linfático, va accediendo a las regiones ganglionares más cercanas siguiendo un orden de proximidad y después se ira a los más lejanos.
- Diseminación hematógena: El cáncer va a requerir el torrente sanguíneo para ir extendiéndose y para diseminar las células cancerígenas los pulmones, al hígado, el cerebro y los huesos.

2 Objetivos

- Describir la prevalencia que padecer el cáncer colorrectal
- Ver los principales elementos de peligro a la hora de poder desarrollarse la patología de cáncer colorrectal.

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, diagnósticos de cáncer de colon, así como nutrición hospitalaria, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Según los datos que nos encontramos la prevalencia del cáncer colorrectal es uno de los más diagnosticado en la población española y es el más recurrentemente, según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer.

La casuística del cáncer colorrectal influye diversos elementos de peligro, pero los principales relacionados con esta patología son los siguientes:

Edad: Los usuarios con rango de edad entre 50 y 65 se les incluye en un peligro intermedio, en lo que concierne a los usuarios entre los 65 y los 75 años serían las más recurrentes. Si hablamos del rango de edad entre 35 y 40 años aquí sería que si están vulnerables genéticamente se les diagnosticara por el proceso de cribaje.

Dieta: A este cáncer se le atribuyen malos hábitos en la alimentación sobre todo en afectados que llevaron dietas abusivas en cuanto a grasas y sobre todo muy pobres en fibras.

Herencia: Es un cáncer que debito a su predisposición genética se puede transmitir hereditariamente, aunque esta opción es la que mejor se puede prevenir con controles de cribaje.

Historial médico: se sabe por datos obtenidos de diversos estudios y datos clínicos que los afectados con mayor predisposición, ya eran portadores de pólipos benignos, colitis ulcerosa, o afectados en los cuales sus familiares de segundo o primer grado ya padecieron este tipo de cáncer de colon.

Estilo de vida: En lo que concierne a los hábitos de vida saludable se la predisposición de padecer el cáncer de colon a los que no siguen buenos hábitos e incurrir en el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo o consumidores importantes de bebidas alcohólicas.

Cuando hablamos de síntomas o sospechas de que algo no andad bien, los síntomas que se suelen dar y que cuando se presentan es cuando la patología ya está en una de las fases más avanzadas, lo cual los médicos siempre recomiendan que a la mínima sintomatología sospecha o molestias se debe acudir a consulta para poderlo descartar por si el padecimiento es de alguna otra patología intestinal o para que se confirme el diagnostico de cáncer colorrectal lo antes posible.

Los síntomas más recurrentes que se pueden presentar serian los de cambios en el habito de nuestro ritmo intestinal, como diarrea o estreñimiento que va cambiando en periodos alternantes, otro síntoma muy visible seria el de presencia de sangre en las heces pudiendo ser esta roja o negra lo cual se deberá de tratar inmediatamente porque puede derivar en una anemia por la perdida de sangre, lo cual le va a producir , cambios de humor, cansancio, mareos o incluso en caso más graves y sin tratar en una disnea.

El Dolor o las molestias abdominales suelen ser de lo más común. Esto se debe a la ocupación por el tumor obstruyendo en alguna parte el tubo intestinal y incurriendo en dolor, obstrucción intestinal si se obstruyera por completo lo que precisará de una intervención quirúrgica con urgencia

La perdida de peso en estos afectados es evidente por la falta de apetito y astenia continua.

5 Discusión-Conclusión

En lo referente a lo expuesto en este artículo se puede llegar a la conclusión de que el cáncer colorrectal es el que más afecta a los usuarios en todo el mundo y

que dentro de todo lo malo que puede incluir este cáncer, es uno de los que mejor pronóstico de curación tiene, si se le detecta precozmente en los cribados que se realizan a la población, ya sea por que ya manifestó molestias o por los elementos hereditarios y con antecedentes de que sus familiares hasta el tercer grado de parentesco lo hubieran padecido, estos serían los que mejor se podrían detectar y así prevenir, aunque no solo se puede prevenir con estos cribajes, sino también con unos hábitos de vida saludables como pueden ser , eliminar o no incurrir en el tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas y evitar el sedentarismo.

6 Bibliografía

1. <https://cuidateplus.marca.com/patologías/cancer/cancer-de-colon.html#:text=El%20c%C3%A1ncer%20colorrectal%20es%20un,recibe%20el%20nombre%20de%20p%C3%B3lipo>.
2. Franco A., Sikalidis A. K., Solís Herruzo J. A.. Cáncer de colon: influencia de la dieta y el estilo de vida. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2005 Jun [citado 2022 Sep 11] ; 97(6): 432-448. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000600006&lng=es.

Capítulo 237

PROTECCIÓN Y CONTROL DE SALUD DEL PERSONAL EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

REGINA ARNAO GARCÍA

LUCIANO GALERA MARTINEZ

MIGUEL ÁLVAREZ COLETO

YOLANDA MAESTRO PRIETO

SARA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

En esta vigilancia o atención se incluirá a todo profesional que vaya a desarrollar un puesto de trabajo al cual se vea comprometido a estos peligros y que implique un gran riesgo de exposición además de que antes de incluirlo en plantilla se le deberá de controlar con un examen de salud anterior al comienzo de su contrato y poder valorar que no padece ninguna patología o incompatibilidad de las legalmente establecidas para el desempeño del trabajo además de comprobar las aptitudes para la efectución de dicho trabajo.

El servicio Médico especializado en lo que concierne a la vigilancia de estas revisiones de exposición a peligros radiológicos será el responsable siempre y cuando el servicio de Protección radiológica ya haya dado el visto bueno y valorado el puesto de trabajo.

Los protocolos de la historia medica de todos los profesionales comprometidos profesionalmente, que están en activo o hayan estado trabando en los servicios radiológicos y sus instalaciones, se archivarán en los Servicios Facultativos, durante 30 años por lo menos después de haber dejado el trabajo y deberán estar disponibles para su revisión por la competente autoridad si así se requiriera o para consulta por el propio trabajador.

Los Servicios Facultativos podrán determinar la conveniencia de que se prolongue la vigilancia médica, durante el tiempo necesario, de los profesionales que, habiendo sido profesionalmente comprometidos, hayan sido declarados no aptos o hayan cesado en su actividad profesional.

2 Objetivos

- Ver a que controles se debe prestar el trabajador antes de funcionar laboralmente en un servicio radiológico.
- Describir su clasificación y protocolos facultativos.

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 paliativos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Se deberán prestar y someter a revisiones y controles de salud periódicamente todos los profesionales comprometidos que por su profesión trabajen en estas zonas hospitalaria referidas y así poder comprobar su estado de salud general y especialmente el estado en el que se pueden encontrar los órganos y si hubiera alguna alteración en la función de estos.

1. Examen previo.

El historial médico previo, debe incluir:

- Conocer el tipo de trabajo ejecutado anteriormente y peligros a que ha estado comprometido como consecuencia de ello y en su caso, el historial dosimétrico que debe ser aportado por el trabajador.
- Posibles exposiciones sufridas como resultado de su actividad laboral o de tratamientos o diagnósticos facultativos, con especificación de sus causas, dosis recibidas, zonas expuestas y manifestaciones clínicas aparecidas.
- Examen clínico general, completado con estudios hematológicos, dermatológicos y oftálmicos para valorar el estado de los órganos que pueden ser afectados en mayor grado por el riesgo de las radiaciones ionizantes.

2. Controles periódicos.

Se efectuarán al menos una vez al año.

Estos controles comprenderán un examen clínico general donde se valoren los órganos más frecuentemente afectados por las radiaciones ionizantes.

3. Clasificación.

Según el resultado de los controles facultativos, los profesionales profesionalmente comprometidos se clasifican en:

- Aptos. Podrán hacer su trabajo en las actividades que conlleven peligros de exposición relacionados al puesto de trabajo.
- Aptos, en determinadas condiciones. Podrán efectuar su función en las actividades que conlleven el riesgo de exposición relacionado al puesto de trabajo, siempre que se lleven a cabo las condiciones del protocolo desde un punto de vista médico.
- No aptos. Estos profesionales deberán ser retirados de los puestos que incurran en algún tipo de riesgo de exposición. Y sobre todo no podrán trabajar si las directrices medicas así lo indican y se oponen a que realice esa función.

4. Protocolo médico

El trabajador comprometido profesionalmente, dispondrá de un protocolo médico abierto que deberá de tener, por lo menos, las informaciones referentes a sus destinos laborales, los resultados de los controles de salud facultativos previos a la incorporación al puesto, los reconocimientos periódicos facultativos y también los reconocimientos efectuados eventualmente, así como el historial dosimétrico que se fue generando de toda su vida profesional.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que es prioritario y esencial un buen seguimiento tanto de los controles y revisiones periódicas a los que se deberá prestar el trabajador comprometido y que el Servicio de Protección Radiológica enviará anualmente a los Servicios Facultativos Especializados respectivos, una relación de todos los profesionales profesionalmente comprometidos, donde consten las dosis acumuladas y las incidencias significativas. Así mismo, informará de cualquier superación de los límites de dosis por los profesionales. El Servicio facultativo Especializado, según el resultado de los reconocimientos médicos, previos y periódicos, establecerá la categoría de aptitud o modificará la que tenía, notificándolo al Servicio de Protección Radiológica.

6 Bibliografía

1. <http://ri.ues.edu.sv/217/1/10136016.doc>
2. <http://www.guiasanitaria.com/2012/07/peligros-laborales-en-el-sector.html>
3. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-3084>
4. Valenzuela Medina C, Hidalgo Rivas A. Evaluación del conocimiento en protección radiológica en odontología. Revisión narrativa. Av Odontoestomatol [Internet]. 2021 Dic [citado 2022 Sep 11] ; 37(4): 177-182. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852021000400005&lng=es. Epub 06-Dic-2021.

Capítulo 238

LA GESTIÓN DE CITOSTÁTICOS Y CITOTÓXICOS Y SU MANEJO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SARA SEVILLA SERRANO

LUCIANO GALERA MARTINEZ

MIGUEL ÁLVAREZ COLETO

YOLANDA MAESTRO PRIETO

REGINA ARNAO GARCÍA

1 Introducción

La quimioterapia se maneja y utiliza en el tratamiento de determinadas neoplasias malignas. El tratamiento medicamentoso del cáncer en dependencia del estadio en que se encuentra la enfermedad, siendo diversas las posibilidades terapéuticas:

- Cirugía y radioterapia. Son dos modalidades de tratamiento loco-regional.
- Quimioterapia. Útil en sucesos de cáncer avanzado y de recidivas. La quimioterapia se inició en 1943 con el uso de gas mostaza en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin. Al principio la quimioterapia manejaba fármacos de manera individual (Mono quimioterapia). Actualmente se maneja la poliquimioterapia,

con mayor actividad, e incluso la curación. La quimioterapia se puede dar y suministrar por dos modos o técnicas.

- Quimioterapia adyuvante o complementaria. Se maneja después del tratamiento loco-regional (cirugía o radioterapia), en sucesos de un aumento grado de recurrencia, con el fin de combatir las micro metástasis.
- Quimioterapia neoadyuvante. Se maneja como primer tratamiento. Se da en sucesos localmente avanzados sin metástasis para lograr un descenso del volumen tumoral que facilite otras terapéuticas posteriores. Los medicamentos citostáticos, debido a su mecanismo de acción, que justifica su manejo en Oncología, tienen el peligro de una toxicidad aguda relevante, tanto sistémica como a nivel local. Así mismo, se ha evidenciado una toxicidad crónica por exposición repetida. La relevancia de establecer eficaces mecanismos de protección ante la manipulación de citostáticos, radica en que cuando el profesional trabaja convenientemente protegido y siguiendo una técnica rigurosa para evitar la contaminación, ésta es fácilmente evitable.

2 Objetivos

- Exponer cómo manejar los citostáticos por el profesional de salud
- Ver la conservación y transporte a domicilio para su correcta manipulación de los citostáticos.

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 paliativos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Manipulación de citostáticos. Por manipulación se entiende el conjunto de operaciones que comprenden la preparación de una dosis a partir de una presentación comercial, su administración al paciente enfermo, recepción de desechos recibidos de las actuaciones descritas, la eliminación de excretas de paciente

enfermos en tratamiento con citostáticos, o cualquier actuación que implique un contacto potencial con ellos.

Conservación de citostáticos.

- Conservación de envases. Los citostáticos, por regla general, son productos químicamente inestables, que se descomponen por la temperatura y la acción de la luz. Debe procurarse seguir las instrucciones del envase en cuanto a su conservación o no en la nevera y no sacarlos nunca del envase hasta el momento de su preparación, evitando la acción de la luz.
- Conservación de la solución reconstituida. Aunque en muchos preparados su estabilidad química permita conservarlos durante bastante tiempo, la ausencia de conservantes en muchos de ellos hace aconsejable su manipulación lo más pronto posible.

Expedición del producto preparado. Las condiciones de un envase conveniente para la expedición de las reconstituciones comprenden:

- Diseño y uso de los envases para contener únicamente citostáticos.
- Resistencia mecánica al golpe ya la presión.
- Posibilidad de contener derrames producidos por rotura o vertido del envase primario (doble envase).
- Perfecta identificación de la reconstitución.
- Color opaco para los citostáticos fotosensibles. La identificación se realiza con una etiqueta, donde se registrarán:
 - Datos de filiación, identificación y localización del paciente enfermo.
 - Composición (medicamento, dosis, fluido IV, etc.)
 - Preparación (fecha y firma)
 - Conservación (caducidad y condiciones de conservación)
- Transporte de los citostáticos. Cuanto menor sea el camino recorrido de los preparados, habrá menores peligros en cuanto a errores e incidentes. El transporte debe efectuarse de modo exclusiva, no efectuándose simultáneamente ninguna otra tarea.

En caso de transporte para administración a domicilio, los contenedores de citostáticos deben reunir las siguientes características:

- Resistencia conveniente al medio de transporte.
- Contener únicamente el fármaco citostático.
- Etiqueta e identificación precisas.
- Aislante térmico para mantener temperaturas.
- Opacidad en sucesos necesarios. El transporte debe efectuarse de modo exclusivo, no efectuándose simultáneamente ninguna otra tarea.

En caso de transporte para administración a domicilio, los contenedores de citostáticos deben reunir las siguientes características:

- Resistencia conveniente al medio de transporte.
- Contener únicamente el fármaco citostático.
- Etiqueta e identificación precisas.
- Aislante térmico para mantener temperaturas.
- Opacidad en sucesos necesarios. El transporte debe efectuarse de modo exclusivo, no efectuándose simultáneamente ninguna otra tarea. En caso de transporte para administración a domicilio, los contenedores de citostáticos deben reunir las siguientes características:
- Resistencia conveniente al medio de transporte.
- Contener únicamente el fármaco citostático.
- Etiqueta e identificación precisas.
- Aislante térmico para mantener temperaturas.
- Opacidad en sucesos necesarios.

5 Discusión-Conclusión

Se ha descrito exhaustivamente la manipulación y gestión de los citostáticos manejados en quimioterapias y llegamos a la conclusión a través de este artículo de que es muy relevante su correcta manipulación y conservación manejando convenientemente los protocolos y pautas dadas para ellos así como la conveniente conservación con los contenedores habilitados para su uso y observamos que en el transporte de estos citostáticos para su posterior manipulación en asistencias domiciliarias deben reunir unas condiciones como son las de solo contener el citostático únicamente, correcto etiquetado e identificación aislarlo de las temperaturas del ambiente y si precisara tener opacidad ubicarlo y transportarlo en un contenedor opaco, de llevar a cabo correctamente lo anteriormente descrito va a depender que pueda ser manipulado o desechado si no está en correctas condiciones de manipulación.

6 Bibliografía

1. <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Agentescitostaticos.pdf>
2. <https://www.riojasalud.es/files/content/rrhh/prevencion-rrll/manipulación-seguro-de-citostaticos-3173.pdf>
3. Viñeta Ruiz Maite, Gallego Yanez M^a José, Villanueva Ghino Patricio. Manejo de citostáticos y salud reproductiva: revisión bibliográfica. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Sep 11] ; 59(233):

426-443. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000400007&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000400007>.

Capítulo 239

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ADAPTACIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

BEATRIZ VAQUERO GUTIERREZ

MARIA PAZ RODIL ARIAS

ANDREA GARCIA SANCHEZ

BENIGNO TARNO GARCIA

YOLANDA CAMPORRO RODRIGUEZ

1 Introducción

La incorporación de las nuevas tecnologías a la sanidad ha hecho que los profesionales deban adaptarse a su implantación. El objetivo de la incorporación de estas nuevas tecnologías sanitarias emergentes se fundamenta en dotar al sistema nacional de salud de información útil que puede impactar de una manera positiva y relevante sobre los sistemas sanitarios. Para incorporarlas, las agencias y las Unidades de Evaluación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud realizan, de una manera periódica, la revisión de distintas fuentes científicas y de recursos novedosos, que filtran en función de diferentes criterios preestablecidos. Estos listados se derivan al Gobierno Central de las distintas Comunidades Autónomas, con el fin de valorar su incorporación a los distintos sistemas de salud.

Los profesionales de la salud deben, por lo tanto, de una manera periódica y frecuente, adaptarse a estas nuevas tecnologías, con el tiempo que ello conlleva (la formación, flexibilización, cambio de roles laborales... que son cuestiones a tener en cuenta). En concreto, los auxiliares de enfermería van a ser unos de los principales profesionales que van a manejar las mismas, dado que, en muchas ocasiones, son tecnologías básicas de atención y asistencia al paciente.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es identificar y analizar la adaptación del profesional auxiliar de enfermería a las nuevas tecnologías emergentes en los sistemas sanitarios.

3 Metodología

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales fuentes y bases de datos biomédicas: Pubmed, Medline, WOS. Se han aceptado los artículos y documentos más relevantes publicados en los últimos años (desde el 2000 hasta la actualidad), todas relacionadas con el tema de este estudio.

4 Resultados

Se encuentran distintas tecnologías emergentes que impactan, de manera directa, en el trabajo del Auxiliar de Enfermería. Es el caso, por ejemplo, de los sistemas de monitorización cardiovascular mediante fotoplethismografía; los dispositivos intrasaculares; el tratamiento endovascular de aneurismas cerebrales; dispositivos para monitorización continua de glucosa en tiempo real; terapias de modulación cardíaca mediante marcapasos; exoesqueletos; ecografías pulmonares; dispositivos de vacío para el tratamiento de hemorragias por parto; inteligencia artificial en la detección de lesiones precancerosas; marcapasos sin cable...

Por otro lado, encontramos que no solo estas nuevas metodologías de tratamiento se han incorporado recientemente a los sistemas de salud, sino que el paciente también es, actualmente, un usuario online; es decir, la sanidad se encuentra en línea. Hallamos, por ejemplo, tarjetas sanitarias electrónicas, la historia clínica digital, recetas electrónicas, etc.

Los profesionales auxiliares de enfermería han debido adaptarse a los planes de calidad para el Sistema Nacional de Salud, que incluye la utilización de estas

tecnologías para mejorar la atención a los ciudadanos. De hecho, una de sus estrategias se denomina Sanidad en Línea, por lo que, en los últimos 15 años, en los servicios de salud se han incorporado líneas de actuación en materias de Tecnologías de la Información. Así, el auxiliar de enfermería ha debido de actualizarse en estos recursos: en primer lugar, en los sistemas de identificación de los usuarios; también en la informatización de los registros clínicos de cada usuario o paciente; en los sistemas que relacionan los procesos necesarios para hacer efectivas las prestaciones farmacéuticas, la prescripción en los visados o las dispensaciones de fármacos y, en último lugar, en la telemedicina, que son los mecanismos que ayudan a agilizar las citaciones de los usuarios, así como en diagnósticos y tratamientos a distancia.

5 Discusión-Conclusión

Se puede llegar a la conclusión de que el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud recoge distintas líneas de actuación que reportan beneficios en las diferentes Comunidades Autónomas. Sin embargo, esta actualización periódica requiere que los profesionales sanitarios, especialmente los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, deban, constantemente, actualizarse en estos cambios que, al ser muy novedosos, puede derivar en que, en ocasiones, la calidad de la asistencial no sea la esperada. Por este motivo, se propone incluir formaciones periódicas y de revisión de conocimientos con el fin de garantizar la mejor calidad de asistencia posible al usuario del SNS.

6 Bibliografía

- García-Altés, A. (2004). La introducción de tecnologías en los sistemas sanitarios: del dicho al hecho. *Gaceta Sanitaria*, 18, 398-405.
- Rabanales Sotos, J., Párraga Martínez, I., López-Torres Hidalgo, J., Andrés Pretel, F., & Navarro Bravo, B. (2011). Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones: Telemedicina. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(1), 42-48.
- Alfaro, M., Bonis, J., Bravo, R., Fluiters, E., & Minué, S. (2012). Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 107-112.
- Campillo-Artero, C., & Bernal-Delgado, E. (2013). Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 175-179.

Capítulo 240

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES.

ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ

MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON

MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ

YOLANDA MURILLO MORALES

MARIA TERESA COELLO PRIETO

1 Introducción

El traslado sanitario se realiza para desplazar personas enfermas, accidentadas o por otras razones sanitarias, en vehículos especialmente acondicionados al efecto (ambulancias, avión sanitario, etc.). Como norma general, antes de realizar un traslado de un paciente es necesario prepararlo para ello, es decir, preparar al paciente de forma que se eviten posibles complicaciones relacionadas a su movilización.

Atendiendo al objetivo del transporte o traslado del paciente nos encontramos con tres tipos:

- Transporte primario o extrahospitalario:

Que hace referencia al traslado que se realiza del paciente desde el lugar donde se produce la emergencia hasta el hospital.

- Transporte secundario o interhospitalario: Es aquel en el cual se realiza el traslado de pacientes desde un hospital a otro, la motivación puede ser variada como por ejemplo, estar en otro hospital que no es el de referencia, necesitar una prueba específica que no hay en ese hospital, necesitar un tratamiento especializado o por deseo del propio paciente.
- Transporte terciario o intrahospitalario: Se produce este tipo de transporte, cuando el traslado del paciente es dentro del mismo hospital, con diferentes fines como pueden ser hacerse pruebas, someterse a una intervención quirúrgica, someterse a un determinado tratamiento, etc.

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación para preparar un paciente para llevar a cabo un traslado o transporte intrahospitalario.

2 Objetivos

Poner en conocimiento el protocolo de actuación para llevar a cabo la preparación del paciente que va a ser trasladado a otro centro hospitalario.

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, traslado de pacientes, tipos de traslados de pacientes según el objetivo de traslado y protocolo de actuación para llevar a cabo la preparación del paciente que va a ser trasladado a otro centro hospitalario.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, traslado de pacientes, tipos de traslados de pacientes según el objetivo de traslado y protocolo de actuación para llevar a cabo la preparación del paciente que va a ser trasladado a otro centro hospitalario, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo la preparación del paciente que va a ser trasladado a otro centro hospitalario en condiciones de seguridad y comodidad evitándole posibles complicaciones:

Para realizar este protocolo se necesitan los siguientes recursos humanos:

- DUE.
- Técnico en Cuidados de Enfermería (TCAE).
- Celador.

Y los siguientes recursos materiales:

- Silla de ruedas, camilla, cama, cuna o incubadora, según tipo de paciente.
- Ropa de cama.
- Guantes desechables.

- Dos bolsas de basura una para el material desechable y otra para la ropa sucia. Una vez preparado el personal y el material necesario y previa valoración de si el paciente debe ir o no acompañado durante el traslado por personal sanitario, por personal no sanitario o puede ir solo. Se inicia su preparación:

- Higiene de manos (lavado de manos con agua y jabón).
 - Colocación de guantes.
 - Notificar el traslado al hospital receptor.
 - Confirmar la identidad del paciente.
 - Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
 - Pedir la colaboración del paciente de acuerdo sus posibilidades.
 - Dar instrucciones al paciente y/o familiar acompañante en el traslado sobre la posición correcta que debe mantener durante el traslado.
 - Preparar al paciente para su traslado:
 - . Etiquetar las pertenencias del paciente, de que lo acompañan en el traslado.
 - . Si el paciente es pediátrico debe colocársele pulsera identificativa con nombre, fecha de nacimiento y sexo, e ir acompañado con cartilla pediátrica.
 - . Vestir al enfermo de acuerdo a las necesidades.
 - . Colocar la silla o camilla paralela a la cama. Poner frenos en silla o camilla.
- Trasladar al paciente a silla, camilla o incubadora realizando las movilizaciones necesarias para ello atendiendo a las normas generales de movilizaciones para asegurar la integridad del paciente y evitando lesionarse el personal que las realiza.
- . Acomodar al paciente.
 - . Verificar la correcta posición de dispositivos (oxígeno, suero, drenajes, etc.).
 - . Cubrir al paciente correctamente para preservar su intimidad.

- Entregar informe de continuidad de cuidados de enfermería y todos los documentos que sean necesarios para la continuidad asistencial,
- Despedir al paciente y su familia.
- Recoger el material que ha utilizado el paciente y avisar al Servicio de Limpieza para limpiar la habitación.
- Realizar procedimiento de cama cerrada.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes y desecharlos.
- Higiene de manos.
- Anotar traslado en la historia del paciente y enviar cuantos documentos en papel tengamos del paciente para que sean incluido en la historia clínica por el servicio de documentación clínica.
- Avisar al servicio de admisión de pacientes de la disponibilidad de la cama.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería deben conocer el protocolo de preparación de pacientes para el traslado a otro centro hospitalario porque si por ejemplo, no saben que la documentación de las pruebas que ya le han sido realizadas deben acompañar al paciente, cuando este llegue al nuevo centro hospitalario tendrán que solicitarlas (lo que supondría una pérdida de tiempo en el inicio del tratamiento que puede ser valiosa para el paciente), si no se realiza el envío de la documentación en papel al servicio de documentación clínica los documentos se perderán, si no se avisa al servicio de admisión de pacientes de que la cama esta vacía estos no la incorporan a su programa y puede estar desocupada durante varios días habiendo pacientes esperando una cama hospitalaria, etc.

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 241

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: POSICION DE LITOTOMIA

ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ

MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON

MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ

YOLANDA MURILLO MORALES

MARIA TERESA COELLO PRIETO

1 Introducción

Cualquier examen médico o intervención quirúrgica requiere la colocación adecuada del paciente (lo que se conoce como posiciones anatómicas del paciente). Para cada exploración o intervención se requiere una posición determinada (decúbito supino, decúbito lateral izquierdo, decúbito lateral derecho, fowler, decúbito prono, Roser, etc.). Todas estas posiciones requieren de unos cuidados específicos que deben ser conocidos por todo el equipo multiprofesional (médicos, enfermeras, anestesistas, celadores, TCAES, etc.) que actúa directamente sobre el paciente para ser llevadas a cabo correctamente y garantizar la seguridad del paciente y evitar técnicas inadecuadas que pueden derivar en futuras lesiones.

Este capítulo lo vamos a dedicar a explicar cómo colocar al paciente en la posición de litotomía.

La palabra "litotomía" procede del griego y está formada por varias raíces:

- Lithos: que se traduce por piedra.
- Tome: que se traduce por cortar.
- Sufijo ia: que se traduce por cualidad.

Por lo tanto, podríamos decir que la litotomía es la cualidad de cortar piedras, sin embargo nada que ver con la realidad ya que cuando hablamos de posición de litotomía no solo se utiliza en intervenciones destinadas a la ruptura de piedras o cálculos si no que es frecuente en cirugías rectales, urológicas, vaginales y perianales. Y sobre todo es conocida por ser utilizada en el examen de pacientes embarazadas y para el parto vaginal de ahí que también se la conozca como posición ginecológica.

2 Objetivos

Poner en conocimiento las actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo y colocarlo en posición de litotomía o ginecológica para la exploración ginecológica, lavado de genitales ,sondaje vesical en la mujer, administración de medicamentos, contrastes y toma de muestras.

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: litotomía, etimología lipotimia, en que actuaciones sanitarias se requiere la posición de litotomía y actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo y colocarlo en posición de litotomía o ginecológica para la exploración ginecológica, lavado de genitales ,sondaje vesical en la mujer, administración de medicamentos, contrastes y toma de muestras.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: litotomía, etimología lipotimia, en que actuaciones sanitarias se requiere la posición de litotomía y actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo y colocarlo en posición de litotomía o ginecológica para la exploración ginecológica, lavado de genitales ,sondaje vesical en la mujer, administración de

medicamentos, contrastes y toma de muestras, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Actividades para llevar movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo. Y colocarlo en posición de litotomía o ginecológica para la exploración ginecológica, lavado de genitales, sondaje vesical en la mujer, administración de medicamentos, contrastes y toma de muestras:

Preparar material:

. Recursos materiales:

- Guantes desechables.
- Entremetida.
- Cama articulada o camilla ginecológica
- Almohada.

. Recursos personales:

- Técnico en cuidado de auxiliar de enfermería (TCAE)
- Celador.

Una vez preparado todo el material, lavarse las manos con agua y jabón y ponerse los guantes. Iniciamos la técnica de movilización del paciente teniendo en cuenta que para movilizar al paciente siempre hay que tener en cuenta las normas generales de movilización de pacientes para salvaguardar la integridad del paciente y no lesionarnos nosotros mismos.

- Explicar al paciente la técnica que le vamos a realizar y pedir su colaboración en la medida de sus posibilidades.

. Retirar la ropa interior de la paciente si la tiene puesta.

Colocar la cama en posición horizontal.

Poner a la paciente en posición de decúbito supino (acostado boca arriba).

- Pedir a la paciente que flexione las rodillas en posición perpendicular a la cama y que separe las piernas (ayudarla si no lo puede hacerlo por si sola).
- Cubrir abdomen y área genital con una entremetida para salvaguardar intimidad.
- Elevar la parte de la cabeza de la cama con una almohada.

Una vez finalizada la exploración, el lavado de genitales, el sondaje vesical en la mujer, la administración de medicamentos y/o la toma de muestras:

- Dejar a la paciente en una posición, es decir acomodar al paciente.
- Recoger todo el material utilizado según la técnica que se le haya realizado, ubicando cada cosa en el lugar adecuado.

- . Quitarse los guantes.
- Lavarse las manos.
- Anotar en la historia de enfermería del paciente todas y cada una de las actuaciones realizadas a la paciente. Y cuantas incidencias se hayan producido.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible para los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) conocer todas las posiciones anatómicas de movilización que se realizan en el ámbito sanitario diariamente, dentro de estas se incluye una de las más utilizadas en las exploraciones ginecológicas en mujeres la posición de litotomía, es imprescindible que apliquemos en todas las movilizaciones los principios básicos para realizarlas para evitar ocasionar daños mayores a las pacientes y a nosotros mismos. Todo ello implica que debemos actualizar constantemente nuestros conocimientos y no caer en quedarnos obsoletos.

Creemos que todas las movilizaciones deberían realizarse por dos personas (dos TCAES, o un TCAE y un celador) y además que estas parejas fuesen estables porque de esta forma la comunicación y la forma de actuar siempre sería la misma lo que facilitaría el trabajo y contribuiría a hacerlo de forma más eficiente.

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://saludextremadura.ses.es/>

Capítulo 242

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: TRASLADO INTERNO DE PACIENTES.

ENCARNACION ESPINOSA LOPEZ

MARÍA YOLANDA PALOMO BUITRON

MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ BENITEZ

YOLANDA MURILLO MORALES

MARIA TERESA COELLO PRIETO

1 Introducción

La palabra traslado proviene del latín translātus, y hace referencia en nuestro contexto a la acción y efecto de trasladar, es decir llevar a alguien de un lugar hacia otro lugar.

Dentro del ámbito sanitario u hospitalario podemos encontrar dos tipos de traslados:

- Traslado intrahospitalario o traslado dentro de un hospital.
- Traslado extrahospitalario o traslado de un hospital a otro

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación para realizar el traslado del paciente a otra unidad del Hospital en condiciones de seguridad y comodidad, evitando en todo momento complicaciones potenciales.

Cuando hablamos de traslado interno de pacientes nos referimos al acto de cambiar a pacientes de un lugar a otro, pero dentro de ese mismo hospital (intrahospitalario).

El traslado de pacientes dentro del ámbito sanitario es algo habitual, se traslada al paciente desde la unidad de urgencias a la unidad del hospital donde va a ser hospitalizado, de la unidad de hospitalización donde está ingresado a otras unidades del hospital para completar el tratamiento médico (por ejemplo, diálisis) o para la realización de pruebas complementarias (TAC, resonancias magnéticas, ...), desde la unidad de hospitalización a quirófano para ser intervenido quirúrgicamente, desde quirófano a reanimación, desde urgencias a la unidad de cuidados intensivos, etc.

2 Objetivos

Poner en conocimiento el protocolo de actuación para realizar el traslado del paciente a otra unidad del Hospital en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales

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, traslado de pacientes, traslado intrahospitalario y protocolo de actuación para realizar el traslado del paciente a otra unidad del Hospital en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales .

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, traslado de pacientes, traslado intrahospitalario y protocolo de actuación para realizar el traslado del paciente a otra unidad del Hospital en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para realizar el traslado del paciente a otra unidad hospitalaria en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales:

Recursos materiales necesarios:

.Personal necesario:

- DUE.
- Técnico en Cuidados de Enfermería (TCAE).
- Celador.

Dependiendo de la patología del paciente será necesario uno u otros de este personal.

. Recursos materiales necesarios:

- Silla de ruedas, camilla, cama, incubadora o cuna, según necesidad el paciente.
- Ropa para cubrir y abrigar al enfermo.
- Guantes no estériles.
- Dos bolsas (material desechable y ropa sucia).

Una vez preparado todo lo necesario tanto recursos personales y material hay que iniciar la técnica preparando al paciente para el traslado:

- Valorar si debe ser acompañado por personal sanitario o no sanitario y que el número de personas que va a realizar el traslado es el adecuado para mantener la vigilancia continua que requiere el paciente y que durante este no se interrumpe el tratamiento que tenga prescrito.
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Ponerse guantes desechables.
- Identificación del paciente. Ver coincidencia con hoja de prescripción facultativa.
- Informar al paciente y / o familiares del procedimiento a realizar.
- Pedir la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Vestir al enfermo según las necesidades de la prueba o tratamiento que le vayan a realizar (pijama, bata con botones, bata abierta en la parte trasera, etc.).
- Colocar la silla o camilla paralela(asegurar frenos) a la cama.
- Proceder a la movilización de la forma más cómoda y segura para el enfermo y para el equipo el equipo que la realiza, teniendo en cuenta las normas generales para la movilización de pacientes.
- Acomodar al paciente en la silla de ruedas, camilla, cama, cuna o incubadora para su traslado.

- Verificar la correcta posición de apósitos, drenajes, sondas, oxígeno terapia, monitores, etc. así como la comodidad del paciente, una vez realizada la movilización.
- Cubrir al paciente correctamente para preservar su intimidad.
- Colocar al paciente en la posición correcta para el traslado. Identificarlo si es necesario con pulsera identificativa (sobre todo si se trata de un recién nacido).

Una vez preparado el paciente para el traslado y antes de iniciarlo:

- Notificar el traslado al área receptora.
- Adjuntar Historia Clínica y Pruebas complementarias.
- El celador trasladará al paciente acompañado por el DUE, si lo requiere la patología del paciente..
- Entregar Historia Clínica en la Unidad receptora.
- Permanecer al lado del al paciente hasta que haya sido recepcionado por la unidad a la que ha sido trasladado.

Una vez finalizado el traslado:

- Retirar los guantes y desecharlos.
- Lavarse las manos.
- Anotar en el registro correspondiente de la historia de enfermería del paciente el procedimiento, firma ,fecha y hora de realización e incidencias ocurridas durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería(TCAEs) deben de ser capaces de coordinarse con DUES y celadores para preparar y movilizar a un paciente cuando va a ser trasladado dentro del centro hospitalario, para evitar por ejemplo que sea trasladado a una unidad donde aun no lo pueden atender, o que por mala praxis durante el traslado el paciente no siga recibiendo el tratamiento que tiene prescrito (por ejemplo, oxigenoterapia) o que por no tener en cuenta que tiene un drenaje, este se obstruya o se mueva del lugar donde debe estar incluso llegar a arrancarlo, con todos los problemas que le pueden ocasionar estas actuaciones al paciente .Por eso debemos ser conscientes que debemos realizar todas nuestras actuaciones de forma correcta para no perjudicar al paciente y ello implica el conocimiento exhaustivo de las actuaciones a realizar para proceder al traslado intrahospitalario de un paciente.

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 243

CASO EN CONSULTA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RAQUEL GONZÁLEZ PLATA

ANGELINES DEL MAZO SARRO

ALEJANDRA MARTÍN PINILLA

ANA VANESSA SANCHEZ URBINA

NOELIA ALONSO FRECHOSO

1 Introducción

Cuando nos referimos a los (TEA), alteraciones o trastornos del espectro autista son considerados como una discapacidad que se da en el proceso y desarrollo del niño provocando una acuciante problemática de comunicación, conductuales, así como sociales. Los individuos afectados de este trastorno logran pasar desapercibidas, pero se les logra notar por su modo de interactuar en la sociedad y comportarse o comunicarse que difiere de los otros individuos no afectados de TEA.

Sus capacidades cognitivas varían y van a depender del caso, pero que a veces y no es nada raro incluso logran ser individuos con las capacidades muy altas

sobre todo en algunas de las materias o destrezas que llegan a desarrollar con precisión y que, sin embargo, para el resto de los individuos sin afectación tendrían grandes dificultades. En el DSM-V está incluido entre los diagnósticos de TEA a trastornos generalizados del desarrollo no especificados y síndrome de Asperger entre otros agrupando varias de estas definiciones, aunque por norma general se sigan llamando igual.

Según la definición de Medline plus nos reseña a que el trastorno del espectro autista (TEA) es una afección neurológica y de desarrollo que comienza muy temprano en la niñez y dura toda la vida. Afecta a cómo un individuo se comporta, interactúa con otros, se comunica y aprende (1).

2 Objetivos

En este caso clínico se expone cómo actuar para poder diagnosticar el autismo que tiene el paciente un niño llamado Rodrigo, después de terminar la efectucción de las entrevistas y pruebas para su diagnóstico.

3 Caso clínico

El paciente que exponemos es un niño de cuatro años llamado Rodrigo cuando su pediatra le derivó a practicarle una evaluación mucho más exhaustiva y escueta de su hiperactividad y de una acuciante alteración de varias áreas en su funcionamiento, así como de su problemática para la comunicación verbal.

Cuando se le efectuó la escala de inteligencia destinada para preescolar y primaria adaptada la puntuación del

CI fue muy baja, en conjunto con las exploraciones neurológicas derivaban en una disfunción cerebral general sobre las áreas frontales como parietales.

Rodrigo ya desde bebe y en una temprana edad, tenía rabietas constantes llegando inclusive a la agresión de los que se hallaban con él e incluso consiguiendo, autolesionándose, con movimientos marcados y repetitivos.

A la hora de sus relaciones sociales sobre todo con los compañeros del colegio y de clase tenía serios problemas asimismo en el parque y dentro de la familia, problemas a la hora de la comunicación y respuesta y cuando lo hacía era de forma agresiva, por lo que los padres no les quedó más que buscar ayuda en un psicólogo la valoración se realizó por parte del servicio de pediatría y neurología. Tenía una problemática acuciante y grave con el lenguaje, que los padres notaron inmediatamente y la comunicación confirmada con las pruebas y las distintas

pruebas que se le ejerció a la familia a lo largo de varias sesiones. El niño se comunicaba a través y mediante de gruñidos y con continuos brotes de rabietas. Cuando se debía efectuar alguna actividad con los familiares y/o social se manifestaba siempre distante, poco receptivo balanceándose repetida y continuamente y redundando movimientos rápidos y denotando un estado ansioso, otra cosa que les llamaba muchísimo la atención a sus padres era la gran obsesión por el orden en sus cosas y en la alteración de sus rutinas las cuales si se veían cambiadas le llevaba a un estado de rabietas y nerviosismo descontrolado.

4 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos de la exposición del caso clínico de Rodrigo es que la primera impresión y a través de una primera e inicial valoración, Rodrigo sería un caso predispuesto y valorable de poder ser diagnosticado según el referente del modelo biológico respecto del autismo de autismo que está asentado en la hipótesis de una disfunción del sistema nervioso central que logra debutar desde el nacimiento o en unas fases o periodos muy tempranos de la vida del niño.

Con Rodrigo se concibió y planifico un calendario de unas quince sesiones a lo largo de ocho meses, efectuando la mitad de las sesiones en su vivienda y las restantes en el centro en el que era tratado como finalidad de identificar todas las variables que llevaban a tener estos berrinches de Rodrigo y encaminarlas hacia la mejoría de un comportamiento más adecuado dentro de sus limitaciones, para conseguir la interacción y la mejoría del su entorno mental, para que consintiera la convivencia del niño en el entorno familiar y escolar.

5 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/autismspectrumdisorder.html#:text=El%20trastorno%20del%20espectro%20autista,otros%2C%20se%20comunica%20y%20aprende>.
2. American Psychiatric Association (APA) (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed.). Washington, DC: APA.
3. American Psychiatric Association (APA) (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed. rev.). Washington, DC: APA.
4. American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4ª ed.). Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.

5. Courchesne, E. (1991). Neuroanatomic imagining in autism. *Pediatrics*, 87, 781-790.

Capítulo 244

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ELEMENTOS RESPONSABLES DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

ANA VANESSA SANCHEZ URBINA

ANGELINES DEL MAZO SARRO

ALEJANDRA MARTÍN PINILLA

RAQUEL GONZÁLEZ PLATA

NOELIA ALONSO FRECHOSO

1 Introducción

Emprendemos diciendo que las infecciones asociadas y coligadas con la asistencia sanitaria (IAAS) constituyen una problemática transcendental y significativa de salud a nivel mundial.

Las IAAS, asimismo, designadas como las conocidas infecciones «hospitalarias» o «nosocomiales» se representa, como que son infecciones que un paciente enfermo e ingresado contrae durante su tratamiento o estancia en el hospital o en otro centro sanitario y que este paciente enfermo e ingresado no tenía ni tampoco lo estaba incubando en el momento que ingreso.

Las IAAS logran afectar al paciente enfermo en cualquier tipo de esfera en el que reciban atención y asistencia sanitaria, y logran aparecer, asimismo, de que el paciente enfermo e ingresado recibió el alta.

Las IAAS son una complicación muy frecuente que se da mientras se efectúa la atención sanitaria hospitalaria. Según los datos cientos de millones de paciente enfermo de todo el mundo se ven afectados por IAAS.

La prolongación de las estancias hospitalarias, se alargan en el tiempo más de lo esperado y estimado por las IAAS, incurren en discapacidad a plazo largo, una resistencia mayor a los microorganismos y a los antimicrobianos, supone unos enormes y exponenciales costos para los sistemas de salud, al igual que un gran desembolso económico para los paciente ingresados y sus familias o acompañantes, logrando llegar a muertes innecesarias y evitables, una mayor utilización de antibióticos o reintervenciones quirúrgicas, entre otras muchas, a lo que se añaden las consecuencias a personal y social.

2 Objetivos

En esta exposición se da a conocer los elementos que van a influir a la hora de poder surgir y declararse las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria (IAAS) y sus posibles orígenes.

3 Metodología

Para 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 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

Elementos que influyen en la manifestación de las infecciones nosocomiales

1. El agente microbiano

La posibilidad que se pueda ocasionar una infección va a depender de la exposición al agente y de las características de estos microorganismos, incluida su resistencia a los antimicrobianos, la virulencia intrínseca con la que ataca y la cantidad de material infeccioso.

Una gran cantidad de parásitos, virus, bacterias, microorganismo y hongos todos ellos patológicos de diferente índole, logran ocasionar estas infecciones nosocomiales. logran ser originadas estas infecciones por:

1. Un microorganismo pasado de otra persona en el hospital, llamada infección cruzada.
2. La ocasionada por la flora del paciente enfermo e ingresado llamada infección endógena.
3. La infección por algunos microorganismos logra ser transmitida por un objeto inanimado llamados fómites o asimismo, por sustancias contaminadas que emanen de otro foco humano de infección definiéndola como infección ambiental.
2. Paciente enfermo e ingresados y su vulnerabilidad

La vulnerabilidad y estado de estos pacientes ingresados va a influir en la posibilidad de contraer una infección nosocomial y que logran clasificarse como elementos extrínsecos e intrínsecos.

Entre los elementos extrínsecos, intervienen en gran medida las prácticas y asistencias clínicas invasivas y las intervenciones quirúrgicas, o la duración larga de la terapia antimicrobiana, del periodo de hospitalización y el personal sanitario son importantes y trascendentales en esta transmisión de la infección.

3. Elementos ambientales

El reservorio que consiente que el agente subsista y se conserve viable hasta el contacto con el huésped logra ser el trabajador de la salud o el ambiente.

La alta tasa de paciente enfermo e ingresados hospitalizados, el traslado frecuente de paciente enfermo e ingresados, contribuyen a la transmisión de infecciones nosocomiales.

4. Resistencia bacteriana

El principal elemento determinante de resistencia va a ser el manejo generalizado de antimicrobianos para tratamiento o profilaxis, aunque sean de aplicación tópica. Cuanto mayor sea el uso de un antibiótico, es más fácil que a la larga surjan bacterias resistentes a ese tratamiento, que logran propagarse en el centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

De lo que observamos en este artículo en lo concerniente a las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria (IAAS) comúnmente llamadas Infecciones nosocomiales, llegamos a la conclusión que y en opinión de que la manipulación de los paciente ingresado sea del modo que sea y en lo referente a las técnicas invasivas, por el personal sanitario, se deben llevar a cabo con el máximo cuidado

a la hora de la profilaxis preventiva para evitar este tipo de infecciones, con la finalidad de evitar la prolongación de la estancia hospitalaria y de los elevados costes que supone para la sanidad pública, e incluso para el paciente enfermo e ingresado y su propia familia.

6 Bibliografía

1. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
2. https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content
3. https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/03/11/86374#:text=Las%20condiciones%20de%20hacinamiento%20dentro,la%20manifestaci%C3%B3n%20de%20infecciones%20nosocomiales.
4. Maguiña Vargas Ciro. Infecciones nosocomiales. Acta méd. Peru [Internet]. 2016 Jul [citado 2022 Mayo 07] ; 33(3): 175-177. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300001&lng=es.
5. Olaechea P.M., Insausti J., Blanco A., Luque P.. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med. Intensiva [Internet]. 2010 Mayo [citado 2022 Mayo 07] ; 34(4): 256-267. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000400006&lng=es.

Capítulo 245

DESPLAZAMIENTO DE ENFERMOS ABORDAJE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NOELIA ALONSO FRECHOSO

ANGELINES DEL MAZO SARRO

ALEJANDRA MARTÍN PINILLA

RAQUEL GONZÁLEZ PLATA

ANA VANESSA SANCHEZ URBINA

1 Introducción

Cuando un enfermo es apreciado como dependiente, va a requerir de ayuda y ejecución por parte de los profesionales de la salud y en concreto del técnico en cuidados de enfermería y el celador cuando se va a proceder a los desplazamientos.

La premisa de estos desplazamientos será recordar, siempre cuales son los principios de mecánica corporal en cuanto a la colocación del cuerpo del profesional y las recomendaciones en general, en la movilización, para que nos ayude a la prevención de las lesiones y así poder mejorar la seguridad del enfermo.

Se le concreta como desplazamiento, cuando llevamos o ubicamos a un enfermo de un sitio a otro del centro hospitalario. El desplazamiento va a depender del motivo y del estado del enfermo. El cual podría darse de diversas formas, logra

ir andando, manejar la ayuda de andadores o bastones o precisar silla de ruedas o ejecutarlo en camilla o en cama.

El desplazamiento en camilla será el que vamos a describir en profundidad

Lo habitual y en lo referente a competencias, es que los desplazamientos los ejecuten los celadores, aunque no quita de que los técnicos en cuidados de enfermería estemos siempre pendientes de colaborar.

El desplazamiento debe ejecutarse con comodidad y sobre todo y ante todo en seguridad. Debemos revidar y estar seguros de que los dispositivos que precise y que esté manejando el enfermo estén bien colocados, debemos cerciorarnos de que bolsas de sueros permanecerán elevadas, así como de que los sistemas no estén acodados. Las bolsas recolectoras o Uri-meter que recogen la orina y otros líquidos que estén colgadas correctamente cada cuna en sus soportes.

2 Objetivos

- Ver los tipología de movimientos que se logran ejecutar a la hora de asumir el desplazar o movilizar a un enfermo en camilla.
- Describir las técnicas a manejar, así como el material preciso.

3 Metodología

Para 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: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Desplazamiento en camilla

Para movilizar, ubicar y desplazar a un enfermo en camilla primordialmente hay que moverlo desde la cama hasta la camilla.

Uno de los métodos que logramos manejar será la transmisión con una sábana entremetida:

- El modo más esgrimido es con una sábana denominada y conocida como entremetida. Cuando nos referimos a una sábana “entremetida” es una sábana que

es doblada por el lado largo a la mitad; la sábana deberá ubicarse por debajo al enfermo entre la sábana bajera y el enfermo, de forma que vaya desde los hombros hasta los muslos.

- Para movilizar a un enfermo se requieren dos personas y situadas una a cada lado de la cama. Para conseguirlo posicionaremos al enfermo en decúbito lateral, lo más cerca de un borde de la cama y colocamos la sábana «entremetida» como hemos dicho anteriormente, por el lado contrario al que está girado.

- Cuando está posicionada la sábana «entremetida», se enrollará por los laterales agarrándola y sujetándola cada persona fuertemente para mover al enfermo al lado de la cama que se haya establecido previamente.

Otra técnica de movilizar al enfermo sería, cuando se requieren tres personas y se ejecutara de la siguiente manera

- Si el enfermo es dependiente total y no colabora serán necesarias mínimo tres personas. Asegurarnos que la camilla y la cama están frenadas.

- La camilla se coloca siempre que se pueda perpendicular a la cama, la cabecera de la camilla debe estar tocando los pies de la cama; Las tres personas se ubicaran frente a la cama, con un pie adelantado hacia la cama; Doblaran las rodillas todos juntos y a la vez ubicaran sus brazos por debajo del enfermo: o La primera persona posicionara uno de sus brazos debajo de la nuca y de los hombros y el otro brazo por debajo del tórax o La segunda persona posicionara un brazo bajo la región lumbar y otro brazo debajo de las caderas del enfermo o La tercera persona posicionara sus brazos, uno de ellos debajo de las caderas del enfermo y el otro por debajo de las piernas del enfermo.

- A continuación, las tres personas proceden a mover al enfermo hacia ellos al unisonó haciéndolo con cuidado sobre sus brazos.

- Hay que mantener siempre al enfermo lo más próximo que se pueda del cuerpo para evitar esfuerzos y estiramientos imprecisos; Las tres personas levantarán a la par al enfermo, virarán los pies y avanzarán hacia la camilla. Inmediatamente doblando las rodillas y posteriormente apoyando los brazos en la camilla.

- Las tres personas tienen que hacer los movimientos suaves y muy importante a la vez, por la seguridad del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión a raíz de ver y desgranar exhaustivamente el procedimiento de desplazamiento de un enfermo de la cama a la camilla que se logra ejecutar de diversos modos pudiendo ser, con una sábana entremetida y dos personas o con tres personas y que la finalidad a partir de destinar correctamente los

principios de movimiento, es la de infundir al enfermo una seguridad además de proporcionársela y que si esta técnica se ejecuta con los movimientos correctos y trabajando todos en equipo y en colaboración, se alcanzara beneficiosamente al objetivo marcado y establecido el cual es ejecutar un desplazamiento conveniente de una cama a una camilla, destacaremos que todos estos movimientos en nuestra opinión, los más importante es la coordinación de hacerlo a la misma vez para evitar lesiones tanto al enfermo como al personal que lo esté ejecutando.

6 Bibliografía

1. <https://es.scribd.com/document/477875783/Cuidados-de-enfermeria-asociados-a-la-movilizacion-de-enfermos>
2. <https://es.scribd.com/document/456012786/MODULO-5-FARMACOLOGIA>
3. <http://azul-punto.fun/esp-public-health-safety/esp-work-safety/1008080201i-my858m0vxw.html>
4. <https://jesus-alonzorodriguez-5to-a.jimdosite.com/>
5. Juan Antoni, Moya Carles, Tor Sara, Enjamio Eva, Ramos Cristina, Hernández Catalina et al . Experiencia acerca del desplazamiento de un hospital general y su repercusión en la actividad asistencial. Gac Sanit [Internet]. 2012 Feb [citado 2022 Mayo 07] ; 26(1): 94-96. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000100018&lng=es.

Capítulo 246

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

MARIA PILAR GONZALEZ CALERO

MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS

MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER

MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA

MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS

1 Introducción

Las enfermedades y los trastornos mentales pueden afectar a los distintos aspectos de la vida de cada una persona, pueden ser de tipo alimentario, por estrés o ansiedad, de personalidad, psicótico, etc... Las causas o el origen no están claros, aunque sí existen factores predisponentes o de riesgo, como son los antecedentes familiares, el consumo de alcohol y drogas o incluso haber padecido algún trauma o enfermedad grave.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Salud Mental es “un estado de completo bienestar mental”. También define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La Ley 14/1986 de 25 abril General de Sanidad, reconoció la asistencia psiquiátrica como una prestación más del sistema sanitario, haciendo imprescindible que todos los profesionales encargados de la asistencia en Salud Mental trabajen de manera conjunta, formando un equipo multidisciplinar de consulta y apoyo social clínico, no solo a pacientes si no también a familiares.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es una figura clave de este equipo, estando las funciones que realiza orientadas a conseguir una asistencia integral y de calidad al paciente, proporcionándole bienestar físico y psíquico.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer los distintos ámbitos de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la rehabilitación de un paciente psiquiátrico.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Según estos factores, la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de psiquiatría abarca 3 niveles:

- Hospitalario: por un lado tendrá una función asistencial que consiste tanto en enseñar al paciente aquellas normas de la unidad, horarios, tendrá que registrar todas aquellas reacciones del paciente cuando este tiene una crisis, sus interacciones, por otro lado está la función docente, manteniendo actualizada la información sobre las distintas terapias, ayudando si fuese necesario en la formación de las nuevas incorporaciones de personal en la unidad.
- Extra hospitalario: el cual se refiere a pacientes crónicos con los que se actúa tratando de evitar reingresos, se trata de luchar contra el miedo que aún existe en la sociedad frente a la enfermedad mental. Esto se lleva a cabo mediante visitas domiciliarias y consultas de enfermería.

-Rehabilitación: este se refiere al control de la evolución del paciente en centros y hospitales de día. Al igual que ayudarles, ellos conocen a otros en su situación y se les hace ver que es posible la reintegración en la sociedad sin abandonar sus tratamientos.

Las consecuencias de desarrollar algún tipo de trastorno mental se pueden clasificar en: factores biológicos, ambientales o psicológicos.

En el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, es muy importante que el equipo multidisciplinar sanitario y no sanitario que interactúa con ellos esté actualizado en cuanto a conocimientos, libre de estigmas o prejuicios.

El personal sanitario tiene que hablarles en un lenguaje que ellos puedan comprender y a su vez que sea tranquilizador y todo ello desde el respeto. Con todo esto conseguiremos mucho más de un paciente que si intentamos sacarle información con autoridad, porque ellos bloquearán y conseguimos todo lo contrario.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos mentales siguen aumentando y provocando efectos considerables en la salud de las personas. Por ello es importante un diagnóstico precoz, un tratamiento adaptado, y la implicación de todo el ambiente social del enfermo, además de un equipo multidisciplinar que le acompañará durante todo el proceso de recuperación.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de pacientes va a ser fundamental en su mejoría. Estos tienen que mostrarles su apoyo emocional, una escucha activa, siendo empáticos, y proporcionando unos cuidados de calidad que aportarán confianza a los pacientes, lo que ayudará en su recuperación.

6 Bibliografía

www.scielo.org

<https://campussanidad.csif.es/FCCCurso.aspx?IDAreaTematicaPrincipal=&IDAreaTematica=61&IDCurso=947>

Capítulo 247

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE BUCODENTAL

MARIA PILAR GONZALEZ CALERO

MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS

MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER

MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA

MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS

1 Introducción

Se define a la higiene de la boca como un conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una higiene correcta de la boca

Los cuidados higiénicos bucodentales son muy importantes por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, para prevenir posibles infecciones y neumonías por aspiración. La higiene bucodental, que no tiene que ser descuidada, en los pacientes que se encuentran hospitalizados y están encamados o inconscientes, por si solos es imposible que realicen este tipo de higiene, necesitará la ayuda que el auxiliar pueda ofrecerle. La higiene bucodental ayuda a prevenir las posibles infecciones que puedan surgir en la boca, ya que estas pueden derivarse al aparato respiratorio y digestivo, por eso tiene que realizarse de forma eficiente.

Algunos de los factores que se deben tener en cuenta con estos pacientes, son los siguientes:

- Presencia de placa dental.
- Número de piezas dentales funcionales.
- Enfermedades periodontales con bolsa periodontales.
- Presencia de caries.

La higiene en la boca es fundamental, porque gracias a ella podemos conservar la dentadura a lo largo de nuestra vida, evitando enfermedades como la gingivitis y las caries. Si se mantiene unos dientes sanos, exista una posibilidad de llevar siempre una alimentación correcta y saludable, evitando así los problemas a la hora de poder masticar y deglutir.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán los de conocer el procedimiento que debe seguir el auxiliar de enfermería a la hora de practicar la higiene bucodental.

3 Metodología

Para la realización 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 el principal buscador de Google.

4 Resultados

La higiene bucodental en los pacientes es fundamental mientras dure su permanencia en los hospitales, es muy importante y necesaria para evitar la prevención de complicaciones posteriores y el confort del usuario. Una de las principales consecuencias de los pacientes ingresados, en este aspecto, si no es tratada de forma correcta mientras dura su hospitalización, depende también si el paciente posee su dentadura o si es portador de una prótesis parcial o completa.

Dentro de las funciones de los auxiliares de enfermería, deben de ir dirigidas a enseñar a cómo realizar una correcta higiene bucodental y proporcionar los materiales necesarios, estas son:

- Crear un ambiente en el que el paciente se vaya a sentir cómodo, un clima de intimidad.
- Limpiar la lengua mediante barrido de dentro a fuera.
- Secar y aplicar hidratación en los labios.
- Girarle la cabeza al paciente hacia un lado, colocando un empapador debajo de la misma.
- Limpiar la lengua de dentro a fuera con un limpiador y repetir se fuese necesario.
- Secar los labios y zona circundante insistiendo en las comisuras.
- Cepillar los dientes con el cepillo y crema dental.
- Facilitar un vaso con agua para el aclarado de la boca y después un enjuague con colutorio no alcohólico.
- Aspirar secreciones bucofaríngeas si precisa.
- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Aplicar hidratación en los labios.
- Abrir la boca del paciente con la ayuda de un depresor, retirar prótesis dentales, cepillarlas y dejarlas en agua con pastillas desinfectantes.
- Si el paciente es portador de prótesis dentales, se le retirarán con unas gasas antes de proceder a la limpieza de la cavidad bucal.
- Informar al paciente sobre el procedimiento que vamos a realizar.
- Ayudar al paciente a colocarse la dentadura.
- Colocar al paciente sentado o en posición de Fowler si se encuentra encamado.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en su trabajo de cada día se enfrenta a la higiene de los pacientes. Entre algunas de sus funciones no encontramos la de higiene de la cavidad bucal de los pacientes, un gran número de casos, donde se encuentra un descuido en los pacientes de la higiene bucodental. Es muy importante la prevención de estos problemas de salud en la boca, es de vital importancia, porque peligran no solo piezas dentales, sino que también existe la posibilidad de padecer otro tipo de dificultades que no solo afecta a la boca. El auxiliar de enfermería tiene que procurar inculcar a los pacientes la importancia de la higiene bucodental.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com

-<https://salud.cc.net/faq/13895> hemodiálisis.

Capítulo 248

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS EXTERNAS

MARIA PILAR GONZALEZ CALERO

MARIA DEL CARMEN BETETA MAÑAS

MARIA JOSEFA GARCIA ALBUJER

MARIA DEL MAR HONRUBIA OSUNA

MACARENA TEMPORAL SOCUÉLLAMOS

1 Introducción

Es un servicio muy importante dentro de cualquier hospital, ya que no sólo sirve de enlace entre los servicios de Urgencias y Hospitalización, sino que también permite el seguimiento de pacientes hospitalizados.

El Servicio de Consultas Externas, al igual que otros Servicios, está formado por equipos multidisciplinarios, en los que todo el personal sanitario debe implicarse por el bien de la salud del paciente.

Definimos a las consultas externas a las que se refieren a aquellos actos médicos realizados de forma ambulatoria para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base a la anamnesis y la exploración física.

Se puede acceder de varias maneras al servicio de Consultas Externas de tres formas distintas, esencialmente:

1. Desde Atención Primaria: el médico de cabecera considera que debe atendernos un especialista y nos deriva al que sea conveniente.
 2. Desde el propio hospital: probablemente desde el servicio de Urgencias o, si hemos estado hospitalizados, para realizar un seguimiento de nuestro estado.
 3. Desde otros hospitales, por no tener la especialidad que necesita el paciente.
- La labor del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las consultas médicas de Atención Especializada (las del hospital) es acompañar al médico en las visitas con los pacientes y ayudarlo en lo que el médico necesite.

2 Objetivos

En este capítulo conoceremos las funciones que debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro de las Consultas Externas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado 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 “funciones auxiliar enfermería en consultas externas”.

4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Consultas Externas llevarán a cabo una serie de funciones que se desarrollan a continuación:

- Verificarán el listado de pacientes según el día, la hora, el responsable médico, la sala, etc. (agendas).
- Recoger los documentos del paciente, verificando con los listados su correcta programación.
- Darán información al paciente y su familia del tiempo de espera, número de consulta, médico responsable, sala de espera, etc...
- Favorecer, mediante información, la circulación del paciente y acompañante por la Unidad de Consultas Externas, así como por el resto del hospital.
- Colaborar en la formalización de fechas y citas al paciente en coordinación con otros servicios si fuera necesario.

- Colaboraran con el médico y ayudar al paciente para que pueda ser explorado, manteniendo su intimidad.
- Colaborar en los cuidados de enfermería, si los hubiera.
- Facilitar y explicar documentos de información y recomendaciones, relacionadas con la preparación para pruebas diagnósticas.
- Limpieza de carros de curas, aspiraciones, caudalímetros, camillas, etc...
- Control y reposición de material fungible y papelería.
- Revisión y reposición de medicación.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es una pieza más de la cadena que forma el equipo de personal sanitario y no sanitario del cual está compuesto el Servicio de Consultas Externas.

En general llevará a cabo aquellas actividades que sin tener carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y la Enfermera.

Es importante por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tener empatía y un trato amable con el paciente, haciendo que se sienta cómodo, sobre todo si realizamos con él tareas de higiene o en las que se establece un contacto físico.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería en consultas externas estará involucrado en el correcto desarrollo de las actividades realizadas en la consulta médica, formando parte de los procedimientos de asistencia no sólo a nivel administrativo sino también asistencial.

Podemos resumir, de forma general, que las funciones de los auxiliares de enfermería en Consultas Externas son: proporcionar atención al paciente y familiares, colaborar en las tareas delegadas, mantener y conservar el correcto estado de orden y limpieza de las dependencias de la unidad.

Es muy importante la formación y actualización por parte del auxiliar sobre todas estas funciones y procedimientos para poder realizar estos de forma adecuada y con la mayor profesionalidad, siempre en beneficio del paciente.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com

Capítulo 249

EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LA HIGIENE BUCODENTAL

BEATRIZ CABALLERO GARCÍA

JENIFER CONDE VALENCIA

ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ

AMADA SANCHEZ SANCHEZ

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

1 Introducción

La higiene en la boca es fundamental, porque gracias a ella podemos conservar la dentadura a lo largo de nuestra vida, evitando enfermedades como la gingivitis y las caries. Si se mantiene unos dientes sanos, exista una posibilidad de llevar siempre una alimentación correcta y saludable, evitando así los problemas a la hora de poder masticar y deglutir.

La higiene bucodental, que no tiene que ser descuidada, en los pacientes que se encuentran hospitalizados y están encamados o inconscientes, por si solos es imposible que realicen este tipo de higiene, necesitará la ayuda que el auxiliar pueda ofrecerle. La higiene bucodental ayuda a prevenir las posibles infecciones que puedan surgir en la boca, ya que estas pueden derivarse al aparato respiratorio y digestivo, por eso tiene que realizarse de forma eficiente.

Se define a la higiene de la boca como un conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una higiene correcta de la boca

Los cuidados higiénicos bucodentales son muy importantes por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, para prevenir posibles infecciones y neumonías por aspiración.

Algunos de los factores que se deben tener en cuenta con estos pacientes, son los siguientes:

- Presencia de placa dental.
- Número de piezas dentales funcionales.
- Enfermedades periodontales con bolsa periodontales.
- Presencia de caries.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento que debe seguir el auxiliar de enfermería a la hora de practicar la higiene bucodental.

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 y artículos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “higiene bucodental”.

4 Resultados

Una de las principales consecuencias de los pacientes ingresados, en este aspecto, si no es tratada de forma correcta mientras dura su hospitalización, depende también si el paciente posee su dentadura o si es portador de una prótesis parcial o completa.

Dentro de las funciones de los auxiliares de enfermería, deben de ir dirigidas a enseñar a cómo realizar una correcta higiene bucodental y proporcionar los materiales necesarios, estas son:

- Crear un ambiente en el que el paciente se vaya a sentir cómodo, un clima de intimidad.
- Limpiar la lengua mediante barrido de dentro a fuera.
- Secar y aplicar hidratación en los labios.
- Girarle la cabeza al paciente hacia un lado, colocando un empapador debajo de la misma.

- Limpiar la lengua de dentro a fuera con un limpiador y repetir se fuese necesario.
 - Secar los labios y zona circundante insistiendo en las comisuras.
 - Cepillar los dientes con el cepillo y crema dental.
 - Facilitar un vaso con agua para el aclarado de la boca y después un enjuague con colutorio no alcohólico.
 - Aspirar secreciones bucofaríngeas si precisa.
 - Lavarse las manos y ponerse guantes.
 - Aplicar hidratación en los labios.
 - Abrir la boca del paciente con la ayuda de un depresor, retirar prótesis dentales, cepillarlas y dejarlas en agua con pastillas desinfectantes.
 - Si el paciente es portador de prótesis dentales se le retirarán con unas gasas antes de proceder a la limpieza de la cavidad bucal.
 - Informar al paciente sobre el procedimiento que vamos a realizar.
 - Ayudar al paciente a colocarse la dentadura.
 - Colocar al paciente sentado o en posición de Fowler si se encuentra encamado.
- La higiene bucodental en los pacientes es fundamental mientras dure su permanencia en los hospitales, es muy importante y necesaria para evitar la prevención de complicaciones posteriores y el confort del usuario.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la prevención de estos problemas de salud en la boca, es de vital importancia, porque peligran no solo piezas dentales, sino que también existe la posibilidad de padecer otro tipo de dificultades que no solo afecta a la boca. El auxiliar de enfermería tiene que procurar inculcar a los pacientes la importancia de la higiene bucodental.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en su trabajo de cada día se enfrenta a la higiene de los pacientes. Entre algunas de sus funciones no encontramos la de higiene de la cavidad bucal de los pacientes, un gran número de casos, donde se encuentra un descuido en los pacientes de la higiene bucodental.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- www.auxiliar-enfermeria.com

Capítulo 250

LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA DISCAPACIDAD POR ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA O SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

BEATRIZ CABALLERO GARCÍA

JENIFER CONDE VALENCIA

ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ

AMADA SANCHEZ SANCHEZ

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

1 Introducción

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es un trastorno discapacitante complejo, se caracteriza por una fatiga extrema y puede llegar a afectar a varios sistemas del cuerpo, la fatiga se agrava cuando se hace ejercicio físico o mental síntoma conocido como malestar post-esfuerzo, otros síntomas producen problemas para dormir, pensar y concentrarse, mareos, dolor, problemas de visión... Estos síntomas no desaparecen ni disminuyen con el descanso, y el Técnico de Auxiliar en Enfermería (TCAE) es una importante ayuda en algunos síntomas, como a la hora de asearse, o moverse, entre otros.

El TCAE ayudará siempre que le sea posible en el aseo, a vestirse, en la alimentación, en cambios posturales, ayuda en su movilización, dar medicación,

es decir, en todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en las que el paciente no se valga por sí mismo o le suponga un gran esfuerzo.

Es una enfermedad, que como bien dice su nombre, es crónica, de larga duración, y en muchos casos la persona puede quedar postrada en la cama durante un periodo indeterminado de tiempo.

No se sabe a día de hoy que es lo que la provoca, aunque se barajan varias hipótesis, no existen pruebas diagnósticas de laboratorio para detectar este trastorno, por lo que se evalúan todos y cada uno de los síntomas que padece el paciente para ir descartando otras afecciones con síntomas similares.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer los cuidados del auxiliar de enfermería en la discapacidad por encefalomielitis miálgica o síndrome de fatiga crónica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en los principales artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Este tipo de trastorno suele llegar afectar principalmente a niños y mayores, aunque la franja más probable de que aparezca este tipo de enfermedad se sitúa entre los 40 y 60 años, siendo la mujer la que mayor predisposición tiene de llegar a padecerla.

Se desconoce cuál es el motivo que lo llega a producir, solo se pueden tratar de paliar los síntomas.

Con los medicamentos: gran parte de los pacientes acaban padeciendo depresión, por lo que se receta antidepresivos, que en dosis bajas también ayudaran a controlar el dolor y a poder conciliar el sueño.

Con una terapia: se puede incluir el entrenamiento cognitivo (hablar con un terapeuta) y los ejercicios graduales (con un fisioterapeuta).

No se sabe a día de hoy que es lo que la provoca este tipo de trastorno, aunque se barajan varias hipótesis y suposiciones, no existen pruebas diagnósticas de laboratorio que lleguen a detectar este trastorno, por lo que se evalúan todos y cada uno de los síntomas que padece el paciente para ir descartando otras afecciones con síntomas que puedan parecer similares.

A pesar de varias décadas de investigación, no hay pruebas médicas que diagnostique el SFC, no obstante, Investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford (Estados Unidos), han ideado una prueba que se encuentra en fase experimental y que detecta el SFC, basándose en cómo responden las células inmunitarias ante el estrés. Esta prueba podría incluso ayudar a reconocer probables fármacos para el tratamiento del SFC.

Los investigadores se centran entre estas posibles causas (o la combinación de dos o más de ellas):

- Infección.
- Cambios en el sistema inmunitario.
- Estrés mental o físico.
- Producción de energía.
- Factores genéticos o ambientales.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de trastorno suele afectar principalmente a niños y mayores, aunque la franja más probable de que aparezca este tipo de enfermedad se sitúa entre los 40 y 60 años, siendo la mujer la que mayor predisposición tiene de llegar a padecerla.

No se sabe a día de hoy que es lo que la provoca, aunque se barajan varias hipótesis, no existen pruebas diagnósticas de laboratorio para detectar este trastorno, por lo que se evalúan todos y cada uno de los síntomas que padece el paciente para ir descartando otras afecciones con síntomas similares.

Puede llegar a ser tan incapacitante, que puede llegar a afectar en las ABVD y en las tareas comunes más sencillas como son por ejemplo, el ducharse o salir a comprar, aquí es donde debe desempeñar su labor el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.daeformacion.com
- www.auxiliar-enfermeria.com

Capítulo 251

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PRIMEROS AUXILIOS

BEATRIZ CABALLERO GARCÍA

JENIFER CONDE VALENCIA

ROSA MARÍA ROSILLO LÓPEZ

AMADA SANCHEZ SANCHEZ

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

1 Introducción

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tendremos que saber cómo actuar en estas situaciones y cómo se realizan las técnicas para poder realizarlas hasta que llegue personal más especializado como enfermeros y médicos. El entrenamiento en primeros auxilios es obligatorio para los que ejercen ciertas profesiones como son: los enfermeros, técnicos en cuidados de auxiliares de enfermería (TCAE), médicos y agentes de orden público.

Los primeros auxilios son aquellas medidas o actuaciones que realiza cualquier persona en el mismo lugar donde ocurre ese accidente hasta que llega el personal especializado, o a un centro sanitario hasta que llegue el personal especializado para solventar la situación. La reacción de los primeros minutos en una situación

de emergencia, pueden ser vitales para la persona y de ello dependerá la evolución de esa persona. Su finalidad es preservar la vida, evitar complicaciones físicas y psicológicas y asegurar el traslado del paciente a un centro hospitalario. El auxiliador, antes de prestar ayuda a las personas, debe cuidarse el primero, no exponerse a peligros asegurando siempre su propia integridad. Solo cuando su salud no llegue a correr riesgo, se debe asistir a la víctima, hay que basarse en las siglas PAS: proteger, alertar, socorrer.

2 Objetivos

Exponer los conocimientos básicos sobre primeros auxilios que debe tener el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y conocer las técnicas a seguir para una buena actuación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline. También el principal buscador de google con palabras claves como: "primeros auxilios y TCAE".

4 Resultados

La principal técnica que deben aprender los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es la RCP (reanimación cardiopulmonar), ya que es el estado más peligroso que puede entrar una persona. Para ello hay que seguir unos pasos:

- Comprobar constantes vitales (conciencia, respiración y pulso).
- Valorar el nivel de conciencia se estimulará sacudiendo los hombros.
- Si respira se coloca en posición lateral de seguridad y se vigilará.
- Si no responde ni respira estamos ante una PCR y es vital iniciar la reanimación sin pérdida de tiempo.
- Se realizará la apertura de la vía aérea: Maniobra de extensión de la cabeza elevación del mentón con la cabeza en hiperextensión moderada se levanta el mentón, a la vez que se va abriendo la boca y se observa si hay algo que lo obstruya.

- VER-OÍR-SENTIR: colocando nuestra mejilla cerca de su boca y nariz, durante 5-10 segundos, hay que mirar hacia su pecho para ver si sube y baja el tórax y oír la respiración y sentir si respira.
- Todo muy rápido para no perder tiempo se comienza la RCP.
- Lo establecido para esta actuación es la siguiente cadena: 30 compresiones, seguidas de 2 ventilaciones (primer ciclo), y continuar hasta completar 5 ciclos de 30 compresiones/ 2 ventilaciones
- Acabando los 5 ciclos con las 2 ventilaciones. Cada 2 minutos (5 ciclos de 30 compresiones / 2 ventilaciones), y durante 5-10 segundos, se debe ir comprobando la presencia o ausencia de respiración.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que actuar en base a unos principios de actuación básica, proteger, alertar y socorrer.

PROTEGER: Consiste en que antes de actuar tenemos que estar seguros en el lugar de los hechos de emergencia teniendo la seguridad de que el accidentado, nosotros y toda persona que esté cerca, están todos fuera de peligro.

AVISAR: Llamar al 112, nosotros u otra persona informando correctamente: para ello hay que identificarse, decir la localización, el tipo de accidente, las circunstancias y el dato que nos pidan.

SOCORRER: Consiste en la realización de los primeros auxilios aplicando los conocimientos que se tengan, hay que actuar con calma y seguridad, valorar a la víctima y tranquilizarla.

5 Discusión-Conclusión

Estos primeros auxilios son parte fundamental del aprendizaje del sanitario, pues la correcta realización de la reanimación cardiopulmonar (RCP) hace posible mantener el estado vital del paciente hasta los médicos se hagan cargo de la situación con aparatología y fármacos y solventen la situación del paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy necesario que conozca todas las técnicas de primeros auxilios y la RPC (reanimación cardiopulmonar), ya que es la persona que más contacto tiene con los pacientes y la que más tiempo pasa, ya que en caso de urgencia es la primera persona que va a actuar hasta que lleguen los enfermeros o médicos.

6 Bibliografía

<https://es.wikipedia.org/wiki/Primero>

Pérez, E. (2013) Auxiliar de enfermería McGraw-Hill. https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-10_5e40fee9f202b_TCNICASDEPRIMEROSAUXILIOSPARATCAE.pdf

Capítulo 252

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE AISLADO

MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO

INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL

SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ

ELÍAS LÓPEZ GIL

JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN

1 Introducción

Casi a diario en cualquier centro hospitalario es algo rutinario atender a personas que muchas veces sin saberlo, pueden estar transmitiendo algún tipo de enfermedad contagiosa. Debido a eso, una de las medidas que se tienen que llevar a cabo es el aislamiento por contacto siempre que tengamos la sospecha de que ese paciente que llega al centro hospitalario puede ser portador de alguna enfermedad contagiosa, ya sea a través del contacto directo que podamos tener con él o por el contacto con objetos que haya tocado el paciente contagiado. Con esta medida anteriormente mencionada, lo que se quiere es evitar a toda costa que se produzca una diseminación de los microorganismos creando unas barreras protectoras entre las personas y los microbios.

El contacto con los microorganismos puede producirse de dos maneras: a través del contacto directo o mediante el contacto indirecto.

- El contacto directo: se dice que hay contacto directo cuando existe un contacto de piel con piel y los microorganismos pasan de una persona infectada a la persona sana.
- El contacto indirecto: se produce cuando tocamos un objeto que anteriormente fue tocado por una persona infectada y depositó en dicho objeto los microorganismos. Al tocar ese objeto contaminado los microorganismos pasarán del objeto a la persona sana.

Para que se produzca una transmisión tiene que haber 3 elementos claves:

Una fuente, un huésped y una vía de entrada.

2 Objetivos

Objetivo general.

El propósito de este trabajo es analizar cómo influyen las precauciones que tiene que tener el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) frente al aislamiento por contacto.

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 aislamiento de contacto se realiza en los pacientes que cuando acuden al centro hospitalario, tenemos la sospecha de que pueden ser portadores de alguna enfermedad contagiosa ya sea a través de contacto directo o del contacto indirecto. Un ejemplo serían los pacientes que están infectados con *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), con Hepatitis A, escabiosis, etc.

Hay una serie de recomendaciones encomendadas para este tipo de aislamiento:

- Cuando un personal ya sea sanitario o no sanitario va a entrar en contacto directo con un paciente, es necesario que utilice guantes, mascarilla quirúrgica o

en su defecto una FFP2 y una bata antes de que vaya a entrar en la zona donde le espera el paciente. Antes de que el personal sanitario entre en la zona donde está el paciente, es muy importante habilitar otra zona justo antes de entrar para que este sanitario pueda vestirse antes de entrar y desvestirse una vez que salga de la zona donde está el paciente y desechar el material de manera correcta con el objetivo de no propagar al exterior los microorganismos que se encuentren adheridos a la vestimenta usada.

- También es muy importante realizar un lavado de manos frecuente justo antes y después de estar en contacto con este tipo de pacientes. Esta es una medida que la tienen que aplicar todo el personal como es el sanitario, el no sanitario y los visitantes del paciente. Es de vital importancia no llevarse las manos a la cara antes de desinfectarlas.
- Una vez usados los guantes desechables, se recomienda tirarlos lo antes posibles para no contaminar ningún objeto.
- La habitación donde está el paciente tiene que ser individual excepto cuando hay otro paciente contaminado con lo mismo, en este caso si pueden compartirla.
- La habitación de este tipo de pacientes tiene que estar siempre cerrada.
- En la entrada de estas habitaciones deberá de figurar unas instrucciones para seguir correctamente.

Todas estas medidas tienen la finalidad de evitar que los trabajadores puedan contagiarse.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante realizar correctamente el aislamiento por contacto para evitar que cualquier trabajador ya sea sanitario o no sanitario pueda contagiarse y a su vez contagiar a sus compañeros o familiares originando de esta manera un brote. Todas las habitaciones que son ocupadas por pacientes infectados, es de vital importancia señalarlas para que ninguna persona pueda entrar por error sin las medidas de protección necesarias.

El TCAE, por ser un trabajador sanitario que mantiene un contacto más directo con el paciente, debe de aplicar estrictamente todas las medidas mencionadas anteriormente.

Por último, decir que los familiares de estos pacientes han de ser informados en todo momento de las medidas de seguridad, ya que son desconocedoras de ellas.

6 Bibliografía

1. Rubio T, de Jalón J. G, Sanjuan F, Erdozain M. A, de Murieta J. S, Escobar E. Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 23, pp. 105-121).
2. Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002
3. Fernandez Seijas A. Aislamientos hospitalarios según categorías. Medwave 2003 Abr;3(3):e2806 doi: 10.5867/medwave.2003.

Capítulo 253

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO, UN CUIDADO INTEGRAL

MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS

CONCEPCION GARCIA TOMAS

ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ

MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION

MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ

1 Introducción

En este capítulo hablaremos de la figura del profesional sanitario que es el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, este profesional ha realizado unos estudios que le permiten proporcionar unos cuidados integrales y específicos a pacientes con distintas patologías, esta figura forma parte del equipo de enfermería y es multidisciplinar, ya que trabaja de manera autónoma y en equipo cuando así es requerido.

Trataremos de este profesional en el servicio de oncología, de esta terrible enfermedad que con tan solo mentar la palabra Cáncer, se nos encoge el corazón, porque todos a lo largo de esta vida hemos perdido a un familiar o amigo por este

motivo, y hemos visto todas las necesidades que este tipo de pacientes necesita tanto a nivel físico como psíquico.

Es vital que el técnico conozca el funcionamiento de todos los servicios por los que pasa un enfermo oncológico, para poder brindar los cuidados necesarios y conseguir así crear el vínculo. Daremos valor a nuestra experiencia en la gestión del cuidado del paciente oncológico y su familia a través de la búsqueda incansable de las mejores prácticas de enfermería oncológica, con un enfoque en la seguridad del paciente, considerándolo constantemente expuesto, no solo a la severidad de su enfermedad, sino también a los efectos secundarios y a las reacciones adversas del tratamiento que intenta curarlo.

2 Objetivos

Conocer la labor fundamental que este profesional sanitario realiza en este servicio, no solo sus funciones que ya son bien conocidas por todos, sino que nos referimos al cuidado integral del paciente y eso se incluye un cuidado a nivel psicológico

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Empezaremos de manera breve a resumir las funciones del TCAE, para más adelante centrarnos en otro tipo de cuidados.

En el servicio de consultas oncológicas el técnico recibe al paciente, le toma las constantes, el peso y posteriormente lo pasa con el médico, también se encarga de recibir llamadas de otros pacientes, preparar las consultas y recoger pedidos en la farmacia prescritos por el médico oncólogo.

En el hospital de día los pacientes van a recibir los tratamientos de quimioterapia, el técnico los sitúa en sillones o en camillas dependiendo de la situación del

enfermo, nos ocuparemos que siempre se encuentren repuestos todo material fungible y no fungible y se ayudara a la enfermera en lo oportuno.

Para trabajar en este servicio se debe de tener una correcta educación emocional, ya que se necesita tener una mentalidad fuerte y una capacidad de conocer al paciente para ayudarlo en lo que sea posible de la forma más rápida posible.

El trabajo que realiza el TCAE en dicho proceso, reviste particular importancia, porque su participación incluye intervenciones en él antes, durante y después de la administración de quimioterapia. Las acciones anteriores mejoran la calidad de atención y garantizan el cumplimiento de la terapéutica; aún mayor es el beneficio, si se utiliza la metodología del proceso enfermero en el diseño de planes de cuidado individualizados.

El malestar emocional es normal cuando se tiene cáncer, o cuando un familiar próximo convive con la enfermedad, que este paciente esté triste, tenga ansiedad o se haga muchas preguntas, no es patológico en sí mismo, entra dentro de la normalidad.

Las reacciones más habituales son el miedo, la tristeza, la rabia y la incertidumbre, en este momento el apoyo psicológico que podemos ofrecer se centra en ayudar al/a la paciente a expresarse y normalizar las reacciones emocionales. Es habitual que el/la paciente quiera hablar de algún tema que le preocupa (el dolor, la muerte, etc.) y los familiares lo rechacen porque no saben cómo abordarlo, intentaremos demostrar empatía, escuchar y valorar si sería conveniente una ayuda psicológica, comunicando esto a nuestro superior para que el médico realice un seguimiento y lo derive al profesional que le pueda brindar una ayuda más específica, además existen grupos de apoyo que suelen ser de gran ayuda.

El tratamiento del cáncer puede ser largo y combinar diversas modalidades, cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc. Este tratamiento, a veces, provoca efectos secundarios. Los más habituales son la fatiga, los vómitos, la caída del cabello y el aumento del riesgo de infecciones y eso implica que a nivel emocional sea un gran escollo a superar para el paciente y su entorno.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería oncológica se han visto ampliamente favorecidos por la incorporación de estándares de seguridad-calidad y de la enfermería basada en la evidencia, que buscan, en primer lugar, “no dañar” y por supuesto, junto a ello, a pesar de la medicina, asegurar una atención humanizada, cercana al paciente y su familia, quienes en definitiva buscan en los cuidados de enfermería la mano cariñosa que lo acompañe en esta extenuante carrera por recuperar su salud.

Cuando todo está llegando a su fin, es importante que la ayuda psicológica para pacientes de cáncer sea lo más personalizada posible. Porque cada persona tiene sus necesidades y vive la enfermedad a su manera, y es una prioridad respetarlo.

6 Bibliografía

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

El paciente oncológico: atención integral a la persona

La cara humana del cáncer: vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre

Capítulo 254

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y PEDIÁTRICOS

CONCEPCION GARCIA TOMAS

ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ

MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION

MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ

MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS

1 Introducción

Hay ocasiones en que los bebés no nacen a término de 40 semanas, sino que lo hacen antes. Estos bebés son prematuros y la mayoría de ellos van a necesitar una serie de cuidados especiales después del parto. Si el bebé es muy inmaduro, de bajo peso, con complicaciones respiratorias y/o digestivas, va a ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal o UCI NEO.

Estas unidades están preparadas para poder atender todas las complicaciones que puedan surgir, tanto desde el aspecto médico como quirúrgico, al igual que sucede en la UCI de adultos.

Dentro de esta UCI NEO existe otro departamento que es la UCI pediátrica. En la primera se suelen atender niños desde el nacimiento hasta los 28 días de vida generalmente o hasta que según indicaciones médicas, el bebé pueda ser trasladado a planta o dado de alta. En la UCI pediátrica se atienden niños desde el nacimiento hasta los 14 años.

La pediatría es la rama médica que se encarga del estado de salud y enfermedad de los niños, se centra en la atención desde los 0 días de vida hasta la adolescencia. Ambas unidades están organizadas y planificadas conforme al protocolo hospitalario y un plan de trabajo encaminado a la mejora de la salud, confort y bienestar tanto de los niños ingresados como de las familias.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la estructura de la UCI NEO.

Objetivos secundarios:

- Indicar las funciones para con el paciente del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
- Describir las funciones con los familiares del TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

La UCI Neonatal y Pediátrica cuenta con varias zonas, algunas de uso común y otras específicas.

Tiene la zona pediátrica que a su vez integran box para aislamientos. Las causas más comunes del ingreso de niños es esta unidad, suelen ser bronquiolitis o infecciones respiratorias, traumatismos y ahogamientos.

Otra de las zonas específicas que se pueden encontrar es la UCI Neonatal propiamente dicha. Se suele distribuir en 4 puestos, todos con incubadoras, sistemas

de aspiración y monitorización, bombas de medicación y alimentación, ambús y respiradores. En ellos se ingresan a los bebés muy prematuros y con diversas patologías o complicaciones muy graves. Requieren una atención casi exclusiva, y personal con más experiencia debido a la complejidad del uso del aparataje o procedimientos a realizar al bebé. Es por ello que la ratio de enfermero-paciente es más baja. Para 4 incubadoras hay 2 enfermeros y un TCAE.

Cuando los niños cogen peso y su estado de salud es menos grave suelen pasar a otra zona específica denominada cuidados intermedios, que es en los que se pueden encontrar desde incubadoras a cunas térmicas o cunas normales. Es menos probable encontrar el uso de bombas o respiradores, pero sí bebés con fototerapia.

El último paso antes de dar el alta o trasladar a planta es los cuidados mínimos. Aquí también ingresan directamente los niños que vienen de sus casas y hacen una función de triaje, para después trasladarlos a otra zona si fuera preciso.

Tanto en intermedios como en mínimos hay un enfermero (DUE) y un TCAE para el cuidado de esos bebés.

Las zonas comunes que se encuentran en este servicio son la habitación del médico de guardia, sala de aparataje, vestuarios de personal, estar del personal, almacén de material de uso común (pañales, compresas, jeringas, agujas, tubos...), almacén de material específico, lactario, biberonería y despacho del superior.

Las funciones del TCAE para con el bebé ingresado son: preparar todo lo necesario para el aseo del niño, así como de la ropa de cama, cuna o incubadora según sea el caso, registrar ingresos y altas, ayudar en la toma y registro de constantes vitales, preparar la alimentación, reposición de almacenes y material necesario en cada zona, limpieza y montaje del aparataje, limpieza y montaje tanto de cuna como de las incubadoras, ayudar y preparar el material al DUE en los procedimientos a realizar, informar a padres o familiares de las normas de comportamiento así como del horario de visita en la unidad, limpieza de sala de biberonería y lactario...

El TCAE no solo tiene funciones en este servicio para con el resto del equipo o de los pacientes, sino que también lo tiene para con los padres o familiares, sobre todo las madres. Debe favorecer el contacto físico entre los padres y bebé, aunque sea a través de la ventana de la incubadora, se le comenta la necesidad de realizar el método canguro. Procurará en todo momento que los padres dispongan de lo necesario mientras el niño permanezca en la unidad. Se le facilitará a la mamá un kit sacaleches y se le explicará su funcionamiento y uso en el lactario, se informará de horario y normas durante las tomas, así como de los horarios de información médica.

Existe una posibilidad para las mamás lactantes, cuya residencia está lejos del hospital y es el hotel de madres. Son habitaciones del hospital reservados para estos casos, el TCAE informa al equipo médico de la necesidad de adjudicar esta posibilidad y después de su aprobación explicará el funcionamiento y normas. Son habitaciones donde no se permiten acompañantes y donde se deben respetar siempre las normas del hospital en cuanto al ruido y limpieza. El usuario de ellos es quien debe hacerse la cama y mantener el orden en la habitación. El TCAE facilitará la ropa de cama cada vez que sea preciso a la madre lactante y será el encargado de pedirle las dietas o menús.

5 Discusión-Conclusión

Para unos padres, tener a su hijo en la uci es una de las situaciones más estresantes por las que puedan pasar. Suelen sentirse lejos de la familia, amigos, compañeros y tienen la sensación que su vida se ha trastocado y nada es como lo habían imaginado. La labor de todo el equipo de la uci NEO es, aparte de cuidar de los bebés, procurarles el mejor bienestar y conseguir su pronta recuperación, atender emocionalmente a esos padres. Se procura favorecer el contacto con sus hijos y mantenerlos constantemente informados, para aportarles algo de tranquilidad y que la situación sea lo menos traumática posible.

Desde estos servicios, los cuidados del niño ingresado, están orientados a una filosofía que reconoce la familia como miembros que se deben implicar en los cuidados del bebé. Es por ello, que los cuidados que se apliquen serán individualizados y adaptados a cada caso, tanto del niño, como de los padres. Se suele tratar que la separación sea lo menos dolorosa posible.

6 Bibliografía

- www.quironsalud.es
- www.HGUCR.es
- Cuidados neonatales en enfermería. Editorial Elsevier.
- De guardia en neonatología. Editorial Panamericana.

Capítulo 255

COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE NASOGÁSTRICO

ANGÉLICA CRUZ GÓMEZ

MARÍA VICTORIA PICURELLI CARRION

MARÍA JOSÉ ALFONSO SÁNCHEZ

MARIA DOLORES NAVARRO GRIMALDOS

CONCEPCION GARCIA TOMAS

1 Introducción

Una sonda nasogástrica es la inserción de un tubo desde una de las fosas nasales hasta el estómago. La enfermera insertará la sonda nasogástrica y el cuidador trabajará con ella. Cuando planeamos realizar una encuesta, lo primero que verificamos e identificamos al paciente, intentaríamos un ambiente tranquilo con los disturbios necesarios para garantizar la cercanía, notificaremos al paciente lo que se realizará y sus objetivos, además, requerirá cooperación si su situación se resuelve, el paciente se colocará en la posición. Ubicación adecuada y conveniente, la ubicación recomendada es la ubicación de Fowler (con la cabecera o el uso o la mitad de la necesidad de El elemento), si esto no es posible, se colocará en la posición de la posición de la posición. Mente inexacta, se eliminarán las piernas protésicas, si cubre el cofre del paciente con una toalla y coloca un

murciélago (si hay algún vómito después de introducir la sonda), como en el caso de los calcetines, incluso los materiales que necesitamos para hacer equipos, les diremos a los pacientes que sólidos e investigar las fosas nasales que verifiquen su permeabilidad. Las sondas utilizadas son materiales plásticos flexibles, se encuentran más o menos para encontrarse, aunque también se pueden pintar. Las sondas pueden, dependiendo del material:

- Polivinilo grueso y duro apto para aspiración. Silicona suave y flexible y poliuretano adecuado para cateterismo urinario a largo plazo. Según calibre:

Se mide en francés, el número 14 puede ser válido en la mayoría de los casos (a mayor número, mayor calibre), aunque es importante elegir la sonda que mejor se adapte a cada situación. Los tipos comunes de catéteres utilizados son los catéteres de Levin con un solo lumen y múltiples orificios en el extremo distal, o los catéteres de Salen, que tienen la ventaja de tener una válvula de aire.

2 Objetivos

Describir e indicar el procedimiento para el sondaje nasogástrico a los pacientes de los centros hospitalarios por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática con las palabras clave sonda, alimentación, nasogástrica en las principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para llevar a cabo la técnica de exploración, necesitamos los siguientes documentos:

La cinta hipoalergénica, la jeringa de 50 ml, el horno de teléfono, el murciélago, la toalla o la sabanilla, la bolsa y la bolsa de la colección adaptada a la luz de la sonda, si es necesario, se conectarán al sistema de succión, resistir y válvula de gas. Para realizar el USJAJE USGASTRIC, se realizará y aplicará la higiene de las manos y se aplicará a los guantes, especificando la cantidad de tubos que queremos ingresar para ingresar al estómago, mediremos la distancia (ayudarnos de

la sonda), haciendo que los pacientes hagan que los pacientes tengan un La entrada del oído, y así llegar al puente de manzana Xiphoid, señala la medición de la sonda, humedecer la cabeza de la sonda, llevarlo a través de las fosas nasales seleccionadas, dirigirla hacia abajo y alcanzar el oído del mismo lado, realizando desarrollo junto con el movimiento de la rotación. Pacientes con tos, trastornos respiratorios o bacterias azules, esta es una señal de que hemos traído una sonda en la vía aérea, por lo que la sonda debe retirarse hasta que se repita en la garganta., Después de unos minutos de descanso, reinicie el procedimiento, Nunca obligue a la sonda a introducir la sonda, si encuentra un obstáculo. Después de la marca, repetimos en la nariz, la sonda estaba en el estómago y se demostró que la sonda estaba en el estómago, luchando por el estómago y respirando 20-50 ml de aire con una jeringa, revise las burbujas en el estómago con el número de teléfono colocado en la inundación, y luego la sonda está unida a la nariz en la nariz de aproximadamente 10 cm de largo, y un corte hasta la mitad del colon, no tabureteado por la nariz, las cabezas están envueltas alrededor de Probe, primero y luego observe cómo no tener cinturón, presione la correa o presione la nariz. Después de determinar la sonda, puede ser necesario mantener la apertura de la sonda en el zulom del paciente para evitar el inicio si lo desea. Dependiendo del propósito de la sonda, coloque un botón, una bolsa de recolección o succión. Al finalizar la técnica se retiran los guantes y se realiza la higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a finalizar este capítulo destacando que este proceso, como muchos otros métodos, requiere que todo el equipo de atención tenga los conocimientos y habilidades suficientes para garantizar una práctica adecuada. La comunicación y colaboración entre un equipo médico multidisciplinario con el técnico de cuidados auxiliares de enfermería es esencial para garantizar una comunicación adecuada y una atención de alta calidad. Una sonda nasogástrica es un procedimiento que puede tener un impacto físico y emocional en los pacientes, por lo que es importante que estén informados y educados al respecto, para que se cuiden, apoyen mentalmente y se esfuercen por estar lo más cómodos posible.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería de Mc Graw Hill.
2. Protocolo sondaje nasogástrica Fundación Hospital de Jove Octubre 2014. <https://>

[//laenfermeriareal.com/sondaje-digestivo-tipos-y-recomendaciones](http://laenfermeriareal.com/sondaje-digestivo-tipos-y-recomendaciones).

Capítulo 256

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS PRINCIPALES TÉCNICAS PARA EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ

ELENA DEL HORNO DIAZ

PAULA SÁNCHEZ PARIS

MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA

MARIA EVA GARCIA HERAS

1 Introducción

Podemos definir la higiene al conjunto de actividades que se realizan para poder conservar y aumentar la salud, y poder prevenir enfermedades.

Dentro del entorno sanitario es importante fomentar la higiene, ya que siente un contacto estrecho y directo con todos los enfermos.

La responsabilidad de la higiene del paciente es principalmente del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que recibirá el apoyo de la figura del celador para poder movilizar correctamente a los enfermos. Se deberá comunicar a enfermería cualquier incidencia que encontremos, ya que nuestra labor es muy importante y podremos prevenir que desarrolle otro tipo de patologías mientras se encuentre ingresado en el entorno sanitario.

Normalmente, los aseos se realizan una vez al día, preferiblemente por la mañana aprovechando el cambio de sabanas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería proporcionará todos los útiles que se necesitan para realizar el aseo a los pacientes que sean independientes, toalla, jabón, esponja, pijama limpio.

Para los pacientes encamados serán los propios técnicos los encargados de realizar y proporcionar una correcta higiene personal.

Se debe tener en cuenta si los pacientes se van a someter a un procedimiento quirúrgico, ya que la zona que va a ser intervenida se deberá dejar preparada correctamente para la intervención.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuál es el protocolo de higiene que se realiza dentro del entorno sanitario a los pacientes encamados.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha revisado la literatura científica sanitaria existente en referencia con las técnicas que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el aseo del paciente encamado.

4 Resultados

Cuando vayamos a realizar el aseo a un paciente encamado lo primero que realizaremos será informar al mismo del procedimiento que vamos a realizar, y dentro de lo posible pediremos su colaboración.

Evitaremos que haya corrientes, para ello cerraremos correctamente puertas y ventanas. Mantendremos la temperatura de la habitación en torno a los 22 grados. Deberemos de fomentar su intimidad lo máximo posible, y evitaremos desnudarlo del todo, es decir, lo asearemos por partes.

A la hora de realizar las movilizaciones junto con el celador, moveremos al paciente de una manera suave, y tendremos especial cuidado con pacientes que se encuentren graves, o que hayan sido intervenidos quirúrgicamente.

Cuando realicemos el aseo tendremos cuidados con todos los dispositivos que el paciente porte, como por ejemplo, los sueros, el catéter, mascarilla...

Prepararemos todo el material necesario para así evitar salir y entrar de la habitación.

Para realizar el aseo correctamente, lo primero que realizaremos será tener las manos limpias, preparar todo el material que vamos a necesitar, así como la ropa limpia que le pondremos al paciente.

Utilizaremos: guantes desechables, palangana que llenaremos de agua caliente, esponjas jabonosas, ropa limpia tanto para la cama como para el propio paciente, toallas, bolsa para introducir el pañal sucio y empapadores, crema hidratante, colonia...

El paciente deberá de estar colocado en decúbito supino, primero empezaremos por la cara, los ojos los limpiaremos desde dentro hacia afuera. A continuación quitaremos la parte de arriba del pijama, y lavamos cuello, orejas y hombros. Debemos de prestar especial atención a la hora de secar, sobre todo en aquellos pacientes que tengan pliegues. Lo último que limpiamos es la zona sucia. Cuando se limpien los genitales en mujeres se limpiara de arriba hacia abajo, limpiando minuciosamente labios y meato urinario para prevenir cualquier tipo de infección urinaria, en el caso de ser varón retiraremos el prepucio para poder lavar bien el glande, secaremos y colocaremos el prepucio nuevamente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de realizar las técnicas de aseo a los pacientes encamados y a los pacientes que son independientes les proporcionara todos los útiles necesarios. Se encargará junto con el celador de realizar el aseo, tendrán que garantizar la máxima intimidad y discreción a los pacientes. Seguirán el protocolo para realizar el correcto aseo a los pacientes, empezando por las zonas limpias y terminando por las zonas sucias.

Se deberá de observar la piel de los pacientes, para evitar futuras complicaciones, ya que estar largos periodos de tiempo en el hospital pueden desencadenar úlceras por presión.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado/>

<https://www.bi2t.es/aseo-del-paciente-encamado>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-actuacion-correcta-de-tcae-en-la-higiene-de-un-paciente-encamado/>

Capítulo 257

EL PERSONAL TECNICO EN CUIDADES AUXILIARES DE ENFERMERIA EN PRIMEROS AUXILIOS

IVÁN GONZÁLEZ CANO

LUISA MARIA RONCERO TOLEDO

MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON

ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO

ALMUDENA BETETA RUBIO

1 Introducción

Los primeros auxilios que se prestan en el lugar del accidente responden al sentido común y sobre todo se debe mantener la calma y la serenidad. Es mejor no hacer nada si no se sabe, que hacerlo mal.

Definimos primeros auxilios como aquellas medidas o actuaciones que se realizan a una persona en el mismo lugar donde ocurre el accidente, hasta la llegada del personal especializado.

Se define accidente como “toda lesión corporal que se deriva de una acción violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad de la persona”. El accidente se presenta de forma inesperada y puede desencadenar la muerte y dañar la salud de una persona.

Ante un accidente múltiple, el personal tiene que tener presente las prioridades en los primeros auxilios, para decidir cuando haya varias víctimas. De esta actuación va a depender la evolución de la persona.

La mejor forma de prevenir ante un accidente es previniendo todas las situaciones que puedan desencadenarlo, y poner todos los medios humanos y materiales que son necesarios para la intervención en el lugar del accidente.

Existen muchos primeros auxilios que se deben conocer, pero en este capítulo hablaremos más concretamente de la conducta PAS (Proteger, Alertar y Socorrer).

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es dar a conocer la definición de primeros auxilios y accidente y las funciones del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de Pubmed y Medline.

4 Resultados

Los principios básicos de primeros auxilios se resumen con las siglas PAS:

P de proteger: debemos proteger al accidentado y a nosotros mismos. Debemos tener la seguridad de que tanto el accidentado como nosotros no estamos en peligro. Por ejemplo, en un accidente de tráfico debemos señalar de manera adecuada para que no se produzca otro accidente por encontrarnos en medio de la vía.

A de avisar: siempre debemos dar aviso a los servicios sanitarios de emergencia, explicar con detalle el lugar del accidente, el estado de las víctimas, el número que hay de accidentados y seguir los pasos que los profesionales nos indiquen. El número de emergencias en España es el 112.

S de socorrer: una vez estamos protegidos y hemos avisado a las autoridades, procederemos a actuar sobre el accidentado. Debemos reconocer sus signos vitales, la conciencia, la respiración y el pulso (siempre este orden). Unas simples

preguntas o moverlo de los hombros bastarían para comprobar si el accidentado está consciente.

Dentro de las funciones básicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería son la rápida actuación y conocimientos de primeros auxilios.

Las principales funciones y objetivos que tiene el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería son:

- Deberá conocer exactamente donde se colocan los apósitos adecuados para poder realizar una actuación rápida sobre una RCP con desfibrilador, y saber colocar los apósitos y poder conectar el DESA para que ya nos indique que instrucciones se deben seguir ante esta urgencia sanitaria.
- Formarlos para poder abordar cualquier imprevisto que pueda surgir ante una parada cardíaca, un golpe o un desvanecimiento.
- Se deberá elegir un líder del equipo que este perfectamente preparado para atender y poder gestionar un posible triaje en casos extremos de que surja una catástrofe.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que exista Formación continuada en primeros auxilios básicos en el ámbito laboral de la unidad por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, simulacros que involucren muchos casos básicos de nuevo en el que puedan reaccionar y estar preparados para que cada trabajador ejecute que función debe ejercer en ese simulacro.

Los primeros auxilios son aquellas medidas de actuación que se realizan en el mismo lugar del accidente. En el lugar del accidente se debe seguir una secuencia de acciones para poder poner en marcha los primeros auxilios, hablamos más concretamente de la conducta PAS (Proteger, Alertar y Socorrer). Si en el accidente hay varias personas implicadas, valorar cuál de ellas corre más riesgo su vida.

6 Bibliografía

www.medline.com

<https://revistamedica.com/pas-tcae/>

Capítulo 258

LAS FUNCIONES DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE OXIGENOTERAPIA

IVÁN GONZÁLEZ CANO

LUISA MARIA RONCERO TOLEDO

MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON

ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO

ALMUDENA BETETA RUBIO

1 Introducción

Entre los principales objetivos que tiene la oxigenoterapia son: favorecer el confort del paciente y su adaptación a la terapia de oxígeno, tratar la hipertensión pulmonar, prevenir la hipoxemia, proporcionar oxígeno al paciente que lo necesite, en la medida o concentración adecuada, favorecer la adaptación al tratamiento de oxigenoterapia, administrar unos cuidados necesarios, y la reducción del trabajo respiratorio y cardíaco

Definimos oxigenoterapia como la técnica terapéutica de prescripción médica, en la que consiste en suministrar al paciente una cantidad necesaria de oxígeno

para así prevenir, satisfacer o tratar cualquier deficiencia de oxígeno que pueda presentarse en las células, en la sangre, en los tejidos o simplemente para ayudar a pacientes que presenten un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda o crónica. El auxiliar de enfermería debe ayudar a favorecer el confort de los pacientes y comunicar cualquier la posible complicación al personal de enfermería, para así minimizar la entrada de contaminantes en las vías respiratorias.

El uso terapéutico de la oxigenoterapia es fundamental en la terapia respiratoria. Esta terapia tiene como fin, la de incrementar el aporte de oxígeno en los tejidos, que son transportados por la hemoglobina, así con esta forma disminuye el trabajo respiratorio y cardíaco, manteniendo una presión constante de oxígeno.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones y cuidados de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en pacientes con oxigenoterapia.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda en artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline. También en buscadores como Google con palabras clave”, “funciones TCAE en oxigenoterapia”.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, deben tener los conocimientos mínimos de aquellos conceptos que son precisos para la atención de pacientes con problemas respiratorios, como:

- Gasometría.
- Hipoxemia.
- Pulsioximetría.
- Hipoxia.

Dentro del material que utiliza el auxiliar de enfermería para ofrecer el oxígeno a los pacientes, son los siguientes.

- Toma de oxígeno, este se encuentra en el cabecero de la cama. Balas de oxígeno para cuando el paciente es trasladado.

- Humidificador, sirve para la hidratación de la mucosa, ya que el oxígeno la reseca.
- Equipo de administración de oxígeno, entre las que se encuentran las gafas nasales o catéter nasal, mascarilla Venturi, mascarilla simple, mascarilla con reservorio y ambú.
- Flujómetro, mide la cantidad de oxígeno administrado en litros por minuto.
- Manorreductor, mide la presión del oxígeno dentro de una bombona.

La función del auxiliar de enfermería será la de comprobar que el equipo de oxígeno se ha colocado y que funciona correctamente y que está en perfecto estado. Con el uso de las gafas nasales se comprobará que el flujo es correcto y que el humidificador siempre este lleno de agua, para así evitar acodamientos en la alargadera y limpiar el material utilizado.

Entre otras funciones de los auxiliares de enfermería, se encuentran las siguientes:

- Respecto al material: hará comprobaciones de que este funciona correctamente con la central de oxígeno, el caudalímetro o regulador de flujo, rellenar de agua destilada, el humidificador o cambiarlo si es de solo un uso, limpiar, desinfectar o reemplazar todo el material utilizado.
- Respecto al paciente: informarlo del procedimiento que se va a hacer y comprobar que no haya una dificultad respiratoria, valoración de las úlceras de presión sobre zonas como las orejas, nariz y mejillas, higiene oral, colaboración por su parte en las aspiraciones de secreciones, junto con el personal de enfermería, en los pacientes intubados, dar apoyo y tranquilidad para obtener su beneficio deseado.

5 Discusión-Conclusión

La oxigenoterapia es uno de los avances importantes de la medicina, se ha demostrado que ayuda a mejorar la supervivencia y la calidad del paciente, pero es muy importante seguir el cumplimiento correcto del tratamiento prescrito por los profesionales médicos.

Las funciones que un auxiliar de enfermería tiene que seguir para realizar una correcta administración de oxígeno y los cuidados que requiere, son fundamentales para evitar posibles daños, heridas e infecciones en los pacientes.

En el procedimiento de la oxigenoterapia se debe trabajar de una manera multidisciplinar en el que tienen que colaborar tanto el equipo del personal de enfermería y el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 259

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ

ELENA DEL HORNO DIAZ

PAULA SÁNCHEZ PARIS

MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA

MARIA EVA GARCIA HERAS

1 Introducción

Entendemos por úlceras por presión al área de piel que se lesiona a consecuencia de permanecer en una misma posición durante un prolongado tiempo. Son más propensas a formarse donde existen prominencias óseas, como por ejemplo crestas iliacas, coxis, y talones. Los pacientes que tienen más riesgo de padecerlas son aquellos que deben de permanecer un largo periodo de tiempo encamados o los pacientes que utilizan sillas de ruedas y se les complica cambiar de posición de manera recurrente. Las úlceras por presión pueden provocar grandes complicaciones, como sufrir infecciones graves incluso pudiendo llegar a comprometer la vida del paciente.

Una de las claves para evitar que los pacientes sufran úlceras por presión sin dudas es la correcta prevención de las mismas, algunas recomendaciones son:

- Mantener una piel limpia y sin humedad.
- Realizar cambios posturales máximo cada dos horas.
- Utilizar materiales que nos ayuden acolchar las protuberancias óseas como almohadas o cojines.

Para el cuidado de las úlceras por presión existen varios tipos de tratamientos. Aquellas úlceras que se encuentren en un estadio más avanzado se curan muy despacio, por eso el mejor tratamiento es la prevención.

La úlcera se produce cuando se bloquea de manera prolongada el suministro de sangre a la zona, produciendo que la piel de la zona afectada empiece a presentar necrosis.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los estadios de las úlceras por presión e identificar cuáles son los métodos más recomendables que deben de seguir los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para su correcta prevención

3 Metodología

Para el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica revisando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline y Google Scholar.

También se ha revisado la literatura científico-sanitaria en referencia con las úlceras por presión y la prevención que debe adoptar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Para tener un correcto mantenimiento de la piel y así poder evitar las úlceras por presión se recomienda realizar un aseo parcial cada 24 horas, debemos de prestar especial atención a la hora de secar, para evitar que se acumule humedad en los pliegues, pudiendo producir maceración y posibles úlceras.

Se realizarán cambios posturales cada dos horas, llevando un control de los mismos para ir haciendo los cambios de manera rotatoria, nos ayudaremos de cojines y almohadas para proteger aquellas zonas mas vulnerables, en aquellos pacientes en los que esté prescrito por el médico haremos cambios posturales cama-sillón.

Existe un sistema que nos permite valorar y evaluar las úlceras por presión según en que estadio se encuentren, podemos clasificarlas hasta en cuatro categorías.

Estadio I: Consiste en un eritema que no es blanqueante y la piel se mantiene intacta, en un área localizada, generalmente se suele producir en una prominencia ósea. El área afectada puede ser dolorosa.

Estadio II: Presenta una pérdida parcial del espesor de la piel, también se manifiesta con ampollas. La capa afectada de la piel es la dermis, produciendo una úlcera abierta poco profunda.

Estadio III: En esta categoría se manifiesta la pérdida total del grosor de la piel. Se puede apreciar en algunos casos la grasa subcutánea, pero los músculos, huesos o tendones no se encuentran expuestos. Otra característica de esta fase es que pueden presentar cavitaciones y tunelaciones.

Estadio IV: En esta categoría se puede apreciar la pérdida total de los tejidos, pudiendo dejar visible el hueso y músculo. También se caracterizan por presentar cavitaciones y tunelaciones.

Dependiendo de que en estadio se encuentren las úlceras de nuestro paciente recibirá un tratamiento u otro. En las úlceras de estadios más avanzados en la gran mayoría precisarán de intervenciones quirúrgicas donde desbridaran la herida para quitar todos los tejidos que se encuentren necrosados y así ayudar a que se realice una correcta cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel muy importante en la prevención de las úlceras por presión, sobre todo en aquellos pacientes que manifiesten movilidad reducida.

Deberán de examinar la piel cada vez que realicen el aseo de los mismos, secaran cuidadosamente todas las zonas que presenten pliegues, para evitar que se produzca humedad. Y otro de los factores más importantes que debe de realizar correctamente, son los cambios posturales, que se realizarán sin excederse de las dos horas, llevando un control de los mismos para que se realicen de manera rotatoria, nos ayudaremos de almohadas y cojines en aquellas zonas que sean más vulnerables, y así relajar la presión que se ejerce en las prominencias óseas.

6 Bibliografía

<https://www.bbraun.es/es/productos-y-terapias/cuidado-de-las-heridas/ulceras-por-presion.html>

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>
<https://theramart.com/blogs/de-salud/las-etapas-de-las-ulceras-por-presion>

Capítulo 260

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ESPECIAL DE FARMACIA

MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ

ELENA DEL HORNO DIAZ

PAULA SÁNCHEZ PARIS

MARIA DEL MAR SANCHEZ PEÑA

MARIA EVA GARCIA HERAS

1 Introducción

Dentro de los centros hospitalarios encontramos el servicio especial de farmacia que será el encargado de suministro al resto del hospital todos aquellos fármacos que necesiten. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tendrá labores como la de reponer, almacenar y suministrar medicamentos.

La farmacia de un centro hospitalario está compuesta por un equipo multidisciplinar, compuesto por farmacéutico, profesional que ayuda y apoya al farmacéutico y está bajo su supervisión y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Se debe tener en cuenta que este trabajo exige mucha responsabilidad y atención, ya que los errores que se producen a la hora de administrar la medicación se considera una de las causas principales de lesiones y daños que pueden ser evitables.

Para desempeñar las funciones correspondientes en el servicio de farmacia no solo se requiere la formación adecuada, sino que además se debe de poseer una serie de habilidades y aptitudes personales, para desempeñar las funciones de la mejor manera posible. Algunas de ellas las enumeramos a continuación:

- Disponer de unas buenas habilidades para mantener una correcta comunicación con los pacientes a los que vamos a atender.
- Tener una buena capacidad para trabajar en equipo
- Tener conocimientos informáticos, ya que a día de hoy toda va informatizando.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las funciones básicas que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del servicio especial de farmacia.

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, Google Scholar, Scielo, Medline.

También se ha consultado la literatura científico-sanitaria existente en referencia a las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio especial de farmacia.

4 Resultados

1. Atender a los pacientes: Por lo general los pacientes que se atienden en las farmacias hospitalarias son pacientes que se encuentran ingresados y apenas tenemos trato con ellos, ya que los encargados de pedir la medicación que necesitan son los propios enfermeros de planta que serán los responsables de su correcta administración. Pero también existe un porcentaje de pacientes que padecen enfermedades crónicas a los que debemos de proporcionarle la medicación que necesiten, previamente prescrita por el facultativo correspondiente, y debemos de proporcionarle toda la información respecto al fármaco que le vamos a suministrar, como debe de tomarlo, cuáles son los efectos secundarios más probables, y asegurarse de que no se produzca ningún tipo de interacción con otros medicamentos que se esté tomando.

2. Suministrar los medicamentos. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de suministrar los medicamentos y de preparar toda la medicación para aquellos pacientes que se encuentren ingresados en el centro hospitalario. En las farmacias hospitalarias también se proporciona otros productos que no son medicamentos, como por ejemplo, los alimentos para bebés y los biberones. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe procurar que los medicamentos estén correctamente preparados así como la dosis que necesiten.
3. Preparar los medicamentos. Siempre lo realizarán bajo la supervisión de un farmacéutico, podemos medir y mezclar compuestos para crear pomadas u otros medicamentos, y crear las etiquetas correspondientes para dichos fármacos.
4. Correcto mantenimiento de los equipos, Se encargarán personalmente del correcto mantenimiento de todos los equipos, así como de su limpieza y desinfección.
5. Supervisar el stock del almacén. Deberá de tener en cuenta todo el stock del almacén y pedir todos aquellos medicamentos que queden escasas unidades, para evitar quedarnos sin suministro. También deberán de mirar las fechas de caducidad de los mismos cada cierto tiempo y desechar aquellos medicamentos que no se encuentren dentro de la fecha recomendada.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla un papel fundamental dentro del servicio especial de farmacia. Trabaja con un equipo multidisciplinar en el que, el supervisor de área será un farmacéutico. Como podemos observar desempeñan diferentes funciones dentro de esta área, y además de gran responsabilidad, ya que deben de tener ciertas nociones básicas sobre los medicamentos que les van a administrar a los usuarios.

Desarrolla diferentes funciones, y una de las que cabe destacar es el suministro de las medicaciones a los pacientes crónicos que acuden a las farmacias hospitalarias a que les administren su medicación correspondiente, ya que debemos de tener especial cuidado de darle la medicación correcta, dosis, y explicar de qué manera la debe de tomar, y si existen efectos secundarios.

6 Bibliografía

<https://essaeformacion.com/el-auxiliar-de-farmacia-hospitalaria#:text=El%20auxiliar%20de%20farmacia%20hospitalaria%20se%20encarga%20de%20suministrar%20los,biberones%20y%20alimentos%20para%20beb%C3%A9s.>

<https://prezi.com/p/abswoeh2hesz/tcae-en-farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 261

MIASTENIA GRAVE UNA ENFERMEDAD AL ALZA

CINTIA DEL HOYO DELGADO

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

ROCIO ARAQUE JUAREZ

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

TERESA TRUJILLO GARCIA

1 Introducción

Actualmente, se está dando un alza de las enfermedades consideradas rara o ER. Para que tenga consideración debe darse una frecuencia de aparición inferior a 5 casos por cada 10.000 habitantes. Hay descritas unas 7.000 enfermedades raras y la mayoría tienen su origen en un trastorno genético. Otras características de este tipo de enfermedades es que son crónicas y degenerativas, son graves y suelen ocasionar algún tipo de discapacidad, suelen ser tardías en su diagnóstico de elevada complejidad pronóstica y para su tratamiento requiere de diversas especialidades.

La miastenia grave es una enfermedad rara de origen neuromuscular, puede llegar a ser muy invalidante, y afecta a la calidad de vida de quien la padece. En España hay aproximadamente 15.000 personas diagnosticadas y en su mayoría con un 62% son mujeres. Se la conoce como la enfermedad del copo de nieve porque no se han dado casos de dos experiencias iguales entre los pacientes, aunque gran

parte de las afectadas refieren los problemas oculares, la visión doble o la caída de párpados como los primeros síntomas.

Existen casos cuya aparición es en cualquier franja de edad, con lo cual puede afectar a cualquier persona, pero su aparición se suele dar en la edad adulta. No existe ninguna cura, pero si se dan casos de una remisión de la enfermedad a largo plazo.

2 Objetivos

- Reconocer cuales son los principales síntomas con las que suele causar esta enfermedad.
- Exponer pruebas y exámenes que se realizan para su detención.
- Aprender cuáles son los principales tratamientos que existen para su remisión.

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

La miastenia grave es un trastorno neuromuscular en el que se ven afectados los músculos y los nervios. Es autoinmune, con lo que el sistema inmunitario ataca por error al tejido sano. En este caso el cuerpo produce anticuerpos que bloquean a las células musculares, evitando que reciban órdenes por los neurotransmisores desde las células nerviosas. Se caracteriza por una debilidad muscular generalizada que aparece tras los esfuerzos y desaparecen con el reposo. Afecta sólo a los músculos estriados o voluntarios.

La presentación de sus síntomas es diferente en cada paciente, pero se suele dar con una debilidad y fatiga muscular tras la actividad física, se da un empeoramiento durante el día y se observa una mejora total o parcial con el reposo.

Los primeros síntomas suelen ser una caída de párpados, visión doble o diplopía, debilidad en los músculos bulbares que producen dificultad para hablar, masticar o deglutir. Los síntomas se pueden extender a los brazos y piernas presentando falta de fuerza en ello, esta debilidad no suele ser simétrica. En su fase más grave se ven afectados los músculos respiratorios que pueden ocasionar disnea, o insuficiencia respiratoria.

Si el equipo médico sospecha que un paciente puede padecer miastenia, debe verificar el diagnóstico a través de varias pruebas:

- Análisis de sangre que confirmen la presencia de anticuerpos frente a receptores acetilcolínicos propias de esta enfermedad.
- Tomografía computerizada o resonancia nerviosa para evaluar magnética del tórax en busca de algún tumor asociado.
- Estudios de conducción nerviosa para evaluar la rapidez de las señales nerviosas.
- Electrograma o EMG con las que evaluar el estado de salud de los músculos y los nervios.
- Pruebas de la función pulmonar que miden las respiraciones y el funcionamiento de los pulmones.
- Prueba del edrofenio que es un medicamento que neutraliza los síntomas por un periodo corto de tiempo.

Unos cambios en los hábitos de vida pueden ayudar a notar una mejoría y a continuar con la vida diaria normal. Es recomendable descansar todo el día, usar un parche para los ojos si la visión doble resultase molesta y evitar el estrés o el calor, ya que favorecen el empeoramiento del paciente.

Aunque ya se sabe que la enfermedad no tiene cura, sí que existen medicamentos para tratar la miastenia y son:

- Anticolinesterásicos que bloquean la degradación de la acetilcolina ayudando al músculo a trabajar mejor.
- Corticoides o inmunosupresores como metotrexate azatioprina o ciclosporina. Se pueden administrar solos o asociadas a los corticoides. La mayoría de los pacientes van a necesitar el corticoesteroide de forma indefinida.
- Anticuerpos monoclonales. Actúan sobre el sistema inmunológico deprimiéndolo.
- Concentrado de inmunoglobulinas. Se administra por vía venosa. Contiene anticuerpos que ayudan a controlar el sistema inmunológico y detienen la renovación autoinmunitaria.
- Plasmaféresis. Se filtran sustancias tóxicas de la sangre.

5 Discusión-Conclusión

Una crisis miasténica pone en riesgo la vida de quien la sufre ya que ocurre cuando los músculos encargados de la respiración no funcionan correctamente y causan dificultad respiratoria e insuficiencia.

Actualmente se están elevando los casos de pacientes diagnosticados con miastenia y tal como ocurre con otras enfermedades y en un principio suelen compartir sintomatología lo que dificulta su diagnóstico y este no suele darse de manera precoz.

Hay que estar muy atentos si la fatiga y debilidad muscular se torna crónica y no aparece y desaparece de forma esporádica, al igual que si se observa dificultad para tragar, respirar o los párpados se encuentran caídos. Se debe consultar al médico de forma urgente estos síntomas.

A pesar de que la enfermedad no tiene cura, los pacientes llevando unos hábitos de vida recomendados para ellos y con la administración de los medicamentos pertinentes, suelen encontrar una mejoría y pueden llevar una vida normal.

El estrés que causa esta enfermedad se puede aliviar uniéndose a los grupos de apoyo que existen de la miastenia grave. El hecho de acudir a las sesiones y compartir experiencias con otras personas que lo padecen, hacen sentir menos solas a los pacientes.

6 Bibliografía

-www.medlineplus.org

-www.mayoclinic.org

-Sos vivir bien con miastenia. Editorial Pirámide.

-Miastenia gravis: La mejor guía de cuidado. Editorial Independently published.

Capítulo 262

EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

CINTIA DEL HOYO DELGADO

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

ROCIO ARAQUE JUAREZ

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

TERESA TRUJILLO GARCIA

1 Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada o TAG es uno de los problemas de salud mental que más interés han despertado entre los psicólogos, ya que cada vez aparecen más casos y se cronifican en el tiempo. Los tratamientos actuales no muestran puntos positivos en la recuperación de los afectados con lo que el paciente debe aprender a vivir día a día, con este trastorno.

La ansiedad puede aparecer de forma repentina cursando con angustia, o de forma progresiva en los próximos minutos, días u horas. Su duración no es predecible y puede ser de segundos o minutos, hasta horas, además varía su intensidad. Puede aparecer con una inquietud apenas perceptible, hasta una intensa crisis de angustia durante la cual, el paciente experimentará sensación de ahogo, falta de aire, mareos, sudores, temblores y aumento de la frecuencia cardíaca.

Este tipo de trastornos provoca un gran malestar en la persona y le interfiere de forma considerable en su vida habitual y puede llegar a causarle una depresión.

Suele ser habitual que la persona desarrolle un consumo excesivo de sustancias, lo que agravará su salud tanto físico como mental. El riesgo de padecer depresión es más elevado en personas que sufren ansiedad, que en la población sana. En algunas ocasiones, las personas que padecen depresión, suelen desarrollar trastornos de ansiedad.

2 Objetivos

- Conocer qué es el trastorno de ansiedad generalizada.
- Saber reconocer los síntomas de una crisis de ansiedad o síntomas iniciales.
- Aprender los tipos de tratamientos existentes.

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

Padecer ansiedad de forma ocasional forma parte de la vida normal, la preocupación por la economía, la salud, el trabajo o la familia es algo normal. Las personas con TAG se preocupan de forma excesiva o se encuentran muy nerviosas ante este tipo de preocupaciones. Las personas con este trastorno sienten ansiedad con frecuencia durante meses incluso años y no de forma puntual. Su aparición y desarrollo se da lentamente y suele ser más frecuente en mujeres en la edad adulta.

Las causas que provocan un TAG son desconocidas, una posibilidad es que sea hereditario o intervengan los genes en ellos, pero el ritmo de vida y el estrés también pueden contribuir a su aparición. Se considera una afección común, cualquier persona, incluido los niños, pueden sufrir de ataques de ansiedad.

El síntoma principal suele ser una preocupación exagerada o nerviosismo durante al menos 6 meses. Las preocupaciones van fluctuando de un problema a otro y suelen involucrar a la familia, a las relaciones sociales y laborales, a la economía y la salud.

Aún a pesar de que quien lo puede padecer sabe que sus respuestas a ciertas preocupaciones o miedos son exagerados, le es muy difícil controlarlos.

La ansiedad pasa a considerarse como un trastorno cuando ocurre en momentos inapropiados, ocurren con frecuencia, es de tal intensidad y duración que impiden una vida o rutina normal a quien lo padece.

Las personas con este tipo de trastorno se preocupan demasiado por cosas rutinarias, tienen serios problemas para controlar sus preocupaciones o el nerviosismo, son conscientes de que sus preocupaciones son exageradas se muestran muy inquietos, tienen dificultad para relajarse, no se logran concentrar, se sorprenden de forma fácil, sufren insomnio, normalmente se encuentran fatigados y cansados, padecen de muchos dolores musculares, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales. Tienen dificultad para tragar, presentan tics y temblores corporales, suelen estar muy irritables, van al baño de forma constante, presentan sudores, se sienten mareados y sensación de falta de aire.

Normalmente, el rendimiento escolar y laboral suele ser bajo y presentan muchas dificultades para completar tareas y asumir responsabilidades.

Antes de realizar ningún tipo de tratamiento, es recomendable un diagnóstico realizado por un profesional en salud mental.

Existen tratamientos con analgésicos como la morfina que alivian tanto el dolor como la ansiedad. Los antidepresivos también suelen ser efectivos tanto para la ansiedad como para la depresión.

La Psicoterapia ayuda al paciente a entender y controlar los puntos de vista distorsionados de los factores estresantes, facilitan el reconocer y reemplazar los pensamientos que les causan pánico, les ayuda a manejar el estrés y aprender a relajarse y evita que el afectado piense en que un problema menor se tornará en uno grande.

Hay ocasiones donde los especialistas recomienda la psicoterapia combinada con los medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Existen grupos de apoyo que ayudan a aliviar el estrés, en ellos se comparten experiencias y preocupaciones con otras personas, de modo que el paciente se

da cuenta que no está solo. No se debe tomar estos grupos como un sustituto de las recomendaciones médicas, pero sí como un añadido en la terapia de recuperación.

El pronóstico de una persona con TAG va a depender de la gravedad del trastorno. La mayoría de las personas mejoran con las pautas médicas, pero para otras personas se volverá crónico.

Practicar hábitos de vida saludable como reducir el consumo de cafeína, no tomar alcohol o drogas, descansar y dormir lo suficiente, practicar ejercicio físico ayudan a combatir la ansiedad.

Debe existir una buena comunicación médico-paciente para mejorar los cuidados a recibir y entre ambos tomar la mejor decisión para su salud.

6 Bibliografía

- www.medlineplus.com
- www.mayoclinic.org
- Ansiedad generalizada. Editorial Sintesis.
- El fin de la ansiedad. Editorial Vergara

Capítulo 263

TIPOS DE SONDAS. USOS Y RECOMENDACIONES.

CINTIA DEL HOYO DELGADO

VICENTA GONZÁLEZ SANTOS

ROCIO ARAQUE JUAREZ

ANA ISABEL FERNANDEZ CANALES

TERESA TRUJILLO GARCIA

1 Introducción

Lo normal en una persona es que su alimentación sea oral (a través de la boca) y que tome una dieta líquida, triturada, blanda o normal y su eliminación sea través del sistema urinario y digestivo. Ocurren situaciones donde el paciente sufre de alguna complicación y su alimentación será de forma enteral que consiste en administrar los medicamentos y nutrientes en el tracto gastrointestinales a través de una sonda.

La elección de la vía de administración debe ser planificada y va a depender de la estrategia de soporte nutricional planificado a nivel individual. En gran medida, esta estrategia dependerá del Estado nutricional del paciente, su edad y el diagnóstico de su enfermedad base, siendo el factor más importante en la valoración. Cuando se decide la administración por sonda debe quedar bien determinados sus objetivos, Así pues, si se prevé que va a ser de corta duración la sonda será nasogástrica y si la tolerancia gástrica se encuentra disminuida se pautará sondas

naso- duodenal o naso- yeyunal pero si se prevé una larga duración se realizará una gastrostomía.

Asimismo, existen otro tipo de sondas de eliminación que pueden ser vesicales o uretrales que se emplean para drenar y recoger la orina de la vejiga. A este proceso se le conoce como cateterismo o sondaje puede ser necesario también tras realizar una cirugía o durante una hospitalización.

2 Objetivos

- Definir que es una sonda tanto gástrica como vesical.
- Reconocer qué tipo de sondas gástricas existen y sus usos.
- Conocer cuáles son los tipos de sondas vesicales existentes

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

Cuando un paciente no puede o no quiere comer y siempre que el intestino funcione

,se pautará una alimentación enteral a través de una sonda. Las sondas son tubos largos y huecos con diferente diámetro, pueden ser flexibles, rígidos o semirrígidos. Su diámetro viene en French y se calcula multiplicando estas unidades por 0,33. El extremo proximal de la sonda es el que queda en el exterior y el extremo distal el que se introduce dentro del paciente. Su prescripción siempre debe ser médica.

Los tipos de sondas alimentarias se dividen según el lugar donde se introducen, así están:

-Nasogástrica: al extremo distal queda colocado en el estómago. Su introducción es por la nariz. Se pueden utilizar también para realizar lavados gástricos. Son de gran diámetro para evitar obstrucciones. Dentro de esta clase hay varios tipos: sonda levin

(tiene una luz y se utiliza para lavados gástricos, aspiraciones gástricas, drenajes recogidos de muestras) fouchet (una luz se emplea para lavados gástricos), freka (una luz se utiliza para alimentación enteral), con dos luces la Salem sump (una luz para entrada y salida de líquido o contenido gástrico y la otra luz para la entrada del aire),

Sengstaken-Blakenmore (3 luces y dos balones se emplea en varices esofágicas), linton-Nachlas (3 luces y un balón gástrico también para varices esofágicas) y Minesotta (con cuatro luces y dos balones y se usa igualmente en varices esofágicas).

-Nasoentéricas. el extremo distal queda en el intestino. Se introduce por la nariz. Se encuentran: nutrisoft (con una luz y fiador para facilitar la inserción se usa en la nutrición enteral), Cantor (una luz y una bolsa de latex con mercurio, se emplean la obstrucción intestinal y gastroenterostomías), Kaslow (una luz y un balón, es desechable, para aspiraciones gastrointestinales en intoxicaciones), Miller Abbott (tiene dos luces y un balón se emplea para recogida de muestras, irrigaciones o drenaje de secreciones), Moss (con 3 luces y un balón en aspiraciones y alimentación) y la Dennis

(con 3 luces y un balón su uso es cómo conectar gastrointestinal).

-Sondas vesicales. Se emplean para sondajes intermitentes, temporales y permanentes. Dentro de ellas hay varios tipos: Robinson (es rígida con el extremo distal acodado y se usa para sondaje temporal, tiene una luz), Malecot (una luz, semi rígido y recto se emplean en citostomías), Pezzer (una luz, semirígido, perfecto y punta fungiforme, se usa para el drenaje renal, suprapúblico), Nelaton (una luz es semi rígida y recta, su uso es para vaciado de vejiga, recogida de muestras y sondaje intermitente),

Tieman (una luz y un balón, es curva y puntiaguda, se emplea en vaciados difíciles o prestáticos), Folsysil (tiene dos o 3 luces y un balón, es flexible y recta, para vaciado vesical y como sondaje permanente), Couvelaire (3 luces y un balón, tiene punta biselada, se emplea en hematuria o un circuito de lavado), Doufour (3 luces y un balón, punta acodada, para lavado vesical con coágulos) y Mercier (con o sin balón, punta acodada, se usa tras resección adenoma prostática).

El tener un tipo de sonda u otra requiere de unos cuidados especiales, ya que de no seguir las pautas médicas, la sonda se puede obstruir con restos de comida o medicación, puede causar heridas o úlceras debido al roce, la presión y el tiempo

que se lleve puesta, puede causar infecciones por no llevar una adecuada higiene y causar traumatismos al no tener cuidado en su manipulación.

5 Discusión-Conclusión

Las sondas las pauta el médico, pero pueden ocasionar, molestias y perjuicios como la aparición de úlceras yatrogénicas en el paciente. Se debe vigilar siempre el estado de la sonda, que se encuentre bien situada, limpia y con buen aspecto, así como cuidar la piel de alrededor manteniéndola limpia e hidratada. Si fuera necesario se puede aplicar apósitos para evitar la presión o el roce y evitar las úlceras.

En las sondas de alimentación es conveniente que, tras la administración tanto de medicamentos, como de nutrientes, se administre agua así se mantendrá hidratado al paciente y se limpiará la sonda de posibles restos que puedan quedar adheridas a ella.

Para evitar tirones accidentales de la sonda, es recomendable fiarla, ya sea en el lateral de la nariz o mejillas en las nasogástricas o nasoentéricas, y en la pierna en el caso de las vesicales

6 Bibliografía

- Técnico medio sanitario: cuidadas auxiliares de enfermería (SESCAM). Editorial CET.
- Auxiliar de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
- www.postgradomedicina.com
- www.wellspest.es

Capítulo 264

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE Y LA IMPORTANCIA EN SU SALUD

INES JIMENEZ CEBRIAN

PAOLA LORENZO GALDÓN

ROCIO SANTIAGO BERNABÉ

ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA

MARÍA LÒPEZ REOLID

1 Introducción

La piel es el órgano que recubre toda la parte externa de nuestro cuerpo, compuesta por tres capas: la epidermis, la dermis y la hipodermis, cada una de ellas formada por sus propias células, actuando como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno.

La higiene y el aseo del paciente supone una de las funciones principales del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería, TCAE, formando parte de las curas diarias que lleva a cabo, siendo una tarea que evita que aparezcan otras enfermedades, fomentando la salud de los pacientes y el bienestar tanto físico como psicológico, ya que aporta sensación de limpieza y de bienestar lo cual repercute positivamente en el ánimo de la persona.

Y es que la higiene es una necesidad básica del ser humano, de manera que cuando la persona enferma, o se encuentra incapacitada, esta cuestión se vuelve difícil de hacer por sí mismo, es por ello que la figura del TCAE se hace necesaria, ya que no es solamente asear al paciente, sino que es ver en que estado está la piel, detectar anomalías, úlceras por presión, ver si presenta dolores nuevos al hacer los movimientos, etc., es decir, supone una vigilancia integral del estado de salud física y mental del paciente.

En el ámbito sanitario, el tema de la higiene, es de vital importancia, ya que de ellos depende la salud integral de los pacientes, sus familiares y de todo el personal sanitario y no sanitario que trabaja en este sector, ya que en ocasiones por contacto directo con pacientes infectados, por contaminación de instrumental incorrectamente higienizado, por alimentos, por medicamentos o materiales sanitarios en mal estado, pueden convertirse en canales para que se produzca una infección. Ante una infección los pacientes son los mas vulnerables por su estado inmunodeprimido.

2 Objetivos

- Identificar la importancia de la higiene para la salud y bienestar de los pacientes.
- Desarrollar el protocolo que realiza el TCAE para la realización de la higiene de manera correcta y segura para el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE deberá tener en cuenta una serie de recomendaciones a la hora de realizar el aseo del paciente:

- Hablar con el paciente explicándole lo que vamos a hacer, mostrando confianza y amabilidad.
- El baño se realiza generalmente por la mañana. En servicios especiales, se practica dos veces por día.
- Cerrar ventanas y evitar corrientes, observando que existe una temperatura adecuada en la habitación, entre 22 y 24 grados.
- Se aislará al paciente del entorno, echando las cortinas y pidiendo a los familiares que salgan de la habitación.
- Preparar el material que va a necesitar, como pañales, toallas, bolsas, esponjas desechables, cuña o botella, entremetidas, observando que la temperatura del agua esté entre 38 40 grados.
- La limpieza y corte de las uñas se realizará tantas veces como sea necesario.
- El orden que se seguirá será: enjabonado, enjuagado, aclarado y secado. Se secará evitando la fricción, siempre con toques.
- Cuando la piel esté seca, aplicará cremas o aceites, para evitar roces, curar rojeces o evitarlas, sobre todo en las zonas de fricción.
- Velar por la intimidad del paciente y que no le dé pudor, cubriéndolo con una toalla o sábana, dejando únicamente al descubierto la zona a lavar.
- El aseo del paciente encamado se realiza generalmente por dos personas para facilitar la movilización y agilizar el tiempo.
- En el paciente encamado se cambiará el agua las veces necesarias, ya sea cuando se enfría la temperatura o cuando esté muy jabonosa.
- En el caso de que sea en la bañera y se necesite movilizar al paciente se pueden usar grúas.
- No deben mojarse los apósitos de oclusión de vías, ni traqueales ni quirúrgicos.
- Después del aseo, se aprovechará para cambiar las sábanas, debiendo de coger: la sabana bajera, sabana encimera, colcha, entremetida, manta y la almohada.
- Debemos seguir entre paciente y paciente las correctas normas de asepsia.

Existe un protocolo a la hora del aseo que deberá de llevar a cabo el TCAE por ese mismo orden, siempre realizándolo con los guantes puestos:

1. Ojos: con una gasa empapada con suero fisiológico o agua, desde el lagrimal hasta el final del ojo.
2. Cara: con agua y jabón pH neutro, después se seca bien con una toalla.

3. Extremidades superiores: se lavan con agua y jabón desde la parte distal a la próxima, haciendo un refuerzo en las axilas.
4. Extremidades inferiores: las piernas se lavarán suavemente desde las partes distales a las proximales, secando muy bien los dedos de los pies.
5. Espalda y nalgas: Se coloca al paciente en posición decúbito lateral para lavar su espalda, nalgas y parte superior de los muslos, posteriormente se secará bien, después se colocará al paciente en posición supina.
6. Tórax y abdomen: se lavará con agua y jabón, prestando atención a los pliegues bajo las mamas, que deberán secarse muy bien para evitar la maceración de la piel con la humedad y el sudor.
7. Región perineal: se utilizan otra esponja y agua limpia, para no usar con la que se limpiaban las anteriores zonas. Si lleva sonda vesical se procede a su limpieza desde la zona más próxima al meato urinario hasta la más distal, con sumo cuidado para no desengancharla. Se coloca la cuña y se echará agua templada sobre la zona genital enjabonándose a continuación desde la región suprapúbica a la perianal, después se aclara y se seca.

5 Discusión-Conclusión

La higiene y aseo personal supone una parte muy importante de los cuidados básicos, pero cuando el paciente enferma o se encuentra incapacitado, el TCAE será la persona encargada de llevarla a cabo, aprovechando para observar si hay alguna lesión en la piel, la aparición de las úlceras por presión, registrar si presenta algún dolor nuevo en los cambios posturales que haya que tener en cuenta, activar la circulación con cremas hidratantes, prevenir la aparición de infecciones, etc., en definitiva supone una sensación de limpieza y bienestar para el paciente, un pequeño paso en su recuperación, no solo física, sino también psicológica. Existe un protocolo para realizar el aseo, con un orden establecido el cual seguirá el TCAE y una serie de recomendaciones, como: controlar la temperatura del agua y de la habitación, invitar a salir a los familiares de la habitación, no destaparlo gratuitamente para que no coja frío, etc. En los hospitales esta es una función compartida entre el enfermero, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el celador. Para realizarlo correctamente el aseo en la cama se necesitan al menos dos personas.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google,: aseo del paciente, TCAE, auxiliar de enfermería, higiene, orden en el aseo del paciente.
2. Auxiliar de enfermería, séptima edición, editorial McGraw Hill.
3. <https://revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado/>.
4. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
5. <https://revistamedica.com/higiene-aseotcae-tipos-de-pacientes-encamados/#::text=Colocar%20cama%20en%20posici%C3%B3n%20horizontal,%20genitales%20piernas%20y%20pies.>

Capítulo 265

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INES JIMENEZ CEBRIAN

PAOLA LORENZO GALDÓN

ROCIO SANTIAGO BERNABÉ

ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA

MARÍA LÒPEZ REOLID

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), constituye un servicio muy completo cuya finalidad es aportar un cuidado total a las personas que llegan en condiciones críticas de salud, bien sea porque están allí ingresados y han empeorado, por un postoperatorio, o también porque han sufrido un accidente, constando de una serie de profesionales sanitarios y no sanitarios, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de manera que se ofrezca un servicio seguro, de calidad y eficiente a los pacientes y familiares.

En esta unidad los pacientes son los que se encuentran más críticos o delicados, permaneciendo principalmente encamados y conectados a diversos aparatos que

vigilan las constantes vitales permanentemente, es por ello que las personas que trabajan aquí, y más concretamente el caso que nos ocupa, el TCAE, está debidamente formado, conociendo todos los aparatajes y realizando los cambios posturales de manera adecuada para no perjudicar más la salud del paciente, ya que la vida de estos pacientes corre peligro, debiéndose de actuar con rapidez, sabiendo trabajar en equipo y manteniendo en todo momento la calma.

En la UCI, existe un protocolo que establecen unas medidas organizativas para que el trabajo en ellas se desarrolle de la manera más eficiente posible:

- La UCI es un espacio cerrado, dirigido por un médico intensivista y multitud de profesionales de diferentes escalas.
- Debe de existir una respuesta rápida, esto se le conoce como un servicio ampliado de cuidados críticos.
- Establecimiento de pases de visita multidisciplinarios.
- Velar por la vigilancia y evaluación de los objetivos que se plantean para cada paciente según su gravedad.

2 Objetivos

- Explicar el concepto de UCI y sus principales características.
- Identificar las funciones del TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos y la importancia de una debida formación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En toda UCI, existen una serie de requisitos organizacionales:

- Es obligatoria la figura del director de la UCI, un responsable de UCI de presencia física las 24 horas del día, un responsable del equipo de enfermería, responsable

de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la unidad y una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno.

- La existencia de un protocolo de información para los profesionales del estado de salud de los pacientes al terminar y empezar el siguiente turno.
- La evaluación diaria de objetivos para cada paciente, así como el protocolo para la admisión y el alta del paciente.
- Obligatoriedad de un protocolo de seguridad para al paciente y sus derechos.
- Protocolo para las visitas de familiares y para las visitas de otros profesionales facultativos.

Las UCI siempre se han visto, como lugares donde los pacientes están aislados de sus familiares, sufren dolores, con horarios estrictos que cumplir y donde se concretan horarios fijos para recibir información del familiar ingresado, donde hay mucho ruido de aparatos y excesiva luz incluso por las noches, con privacidad muy limitada, etc., en definitiva, sitios nada agradables por todo lo que conlleva, produciendo dolor, miedo y ansiedad tanto en los pacientes como en los familiares.

En esta unidad son numerosas las funciones que realiza el TCAE:

- Revisar y comprobar la correcta identificación del paciente, que tenga las barreras en la cama, ver si se cumplen las medidas de aislamiento.
- Comprobar con la enfermera las pautas de medicación y los cuidados adecuados, así como ayudar en las curas, en los cambios de cintas de tubo endotraqueal, traqueotomías, cuidar de las heridas quirúrgicas y de las úlceras por presión.
- Realizar el aseo de los pacientes, dando prioridad a los pacientes que tengan que ser operados en ese mismo turno, administrar la medicación y ayudarles en las comidas, llevar el control de los drenajes y las diuresis, comprobar la tolerancia de pacientes con nutrición enteral.
- Ayudar en la realización de los cambios posturales siempre con la ayuda del celador.
- Recepción y envío de materiales de esterilización, reponer los materiales en los boxes y en los carros de medicación, material y lencería, así como reponer los carros de curas, sueros y nutriciones, medicación, jeringas, equipos y materiales del control limpio.
- Hacer los pedidos al almacén general y farmacia, verificando la fecha de caducidad de los medicamentos.
- Auxiliar al equipo médico y al de enfermería en todo lo que necesiten.
- Comunicarse con la familia: indicándoles donde se encuentra la unidad, las nor-

mas en el ingreso, o ir a por ello para los horarios de visitas

También es importante que el TCAE, sepa que funciones no puede llevar a cabo:

- Llevar a cabo pruebas diagnósticas.
- Administrar medicación por vía parenteral.
- Realizar punciones ni poner inyecciones.

5 Discusión-Conclusión

Las Unidades de Cuidados Intensivos, debido a la complejidad o gravedad de los pacientes que en ella se encuentran, debe de contar con una tecnología, personal e infraestructuras avanzadas, ya que cualquier aspecto que se omita u olvide puede jugar contra la salud del paciente crítico, por ello existe una correcta organización de los recursos que favorecerá una atención de calidad a pacientes y familiares, velando siempre por el bienestar y confort del paciente, constituyendo un elemento básico para la recuperación de la salud del mismo.

El TCAE debe familiarizarse con el entorno en el que trabaja, sobre todo con el equipamiento tecnológico, respiradores, carros de curas, sondajes, catéteres, con la complejidad de síntomas que observa de los pacientes críticos, de manera que pueda ofrecer unos cuidados adecuados y específicos, prestando especial atención en los cambios posturales si fueran necesarios, ya que normalmente los pacientes estarán encamados la mayor parte del tiempo, realizándoles el aseo diario, ayudándoles con la alimentación, aportándoles bienestar, y ayudando en todo lo que precisen los compañeros.

6 Bibliografía

1. Buscadores en internet con palabras clave: UCI, TCAE, unidad cuidados intensivos, humanización de las UCIs.
2. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
3. <https://revistamedica.com/celador-paciente-critico-unidadcuidadosintensivos-covid-19>
4. 1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-uci-uci/>
5. <https://www.medline.eu/es/soluciones/cuidados-intensivos>.

Capítulo 266

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

INES JIMENEZ CEBRIAN

PAOLA LORENZO GALDÓN

ROCIO SANTIAGO BERNABÉ

ANA CRISTINA CAMPOS GARCÍA

MARÍA LÒPEZ REOLID

1 Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica, (ELA), también llamada la enfermedad de Lou Gehrig o la enfermedad de Stephen Hawking, que provoca que las neuronas motoras se degeneren o mueran y dejen de enviar mensajes a los músculos, los cuales poco a poco se van debilitando y gastando (atrofia muscular) y se contraen (fasciculaciones). Se caracteriza por una atrofia progresiva de casi todos los músculos del organismo, aunque normalmente el corazón y los esfínteres no, al igual como tampoco se ven alteradas la función sexual y la capacidad intelectual, por lo que el enfermo se da cuenta por completo del avance de esta enfermedad.

Supone una degeneración progresiva de las motoneuronas en la corteza cerebral (motoneuronas superiores), el tronco encefálico y la médula espinal (motoneuronas inferiores), sin tratamiento curativo, solo sintomático, suponiendo una esperanza de vida para el paciente de 2 a 5 años.

Esta enfermedad, normalmente comienza en las manos, los pies o las extremidades y luego se extiende a otras partes del cuerpo, de manera que a medida avanza y las neuronas se van destruyendo, los músculos se debilitan, provocando que el enfermo tenga dificultades cada vez mas severas: el habla y la respiración, la masticación y la deglución. Es aquí donde entra en juego la importante labor del TCAE ante pacientes hospitalizados o ancianos institucionalizados, colaborando con ellos a la hora de llevar a cabo estas necesidades básicas, tratándoles de forma cordial, amable y siempre empática por este proceso tan duro que les ha tocado vivir.

2 Objetivos

- Definir el concepto de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), sus síntomas y secuelas.
- Desarrollar el papel del TCAE ante este tipo de pacientes y la importancia en sus cuidados y actitudes.

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

Es una enfermedad sin ningún tratamiento curativo, con una esperanza de vida muy limitada, que cursa con una gran incapacidad o invalidez y con graves secuelas para el que la padece, además esta necesidad de cuidados constantes hará mella en su estado de ánimo, conduciéndole a problemas emocionales y psicológicos. Los síntomas de la esclerosis lateral amiotrófica varían mucho dependiendo

de la persona, según qué neuronas estén afectadas, estos son algunos de los síntomas posibles:

- Dificultad para caminar o realizar actividades normales.
- Debilidad o torpeza en cualquier extremidad.
- Caídas o tropiezos.
- Calambres musculares, espasmos en brazos, hombros y lengua, edema de tobillo.
- Llanto, risa o bostezos inapropiados, dificultad para hablar.
- Cambios cognitivos y de comportamiento, alteración de la conciencia.
- Problemas de deglución.
- Función respiratoria alterada y dificultad para excretar secreciones respiratorias.
- Disnea, ortopnea, somnolencia, taquipnea.

Es la tercera enfermedad neurodegenerativa, tras la demencia y la enfermedad de Parkinson, siendo las causas desconocidas, pero a día de hoy se sabe que pueden influir razones de tipo: geográficas, genéticas y ciertos virus.

En esta enfermedad, el aplicar al paciente terapéuticos servirá para aliviar los síntomas, pero este proceso también debe ir de la mano de una buena alimentación, un buen descanso, y el ejercicio adecuado a sus capacidades, ya que la terapia física o rehabilitadora, le ayudará a mantener su fuerza muscular el mayor tiempo posible, y una positiva movilidad de las articulaciones. A estas recomendaciones, sería ideal sumarle la práctica de yoga, acupuntura y técnicas relajantes, que permitan aceptar y sobrellevar la enfermedad con una actitud mas positiva.

Ante este paciente, el TCAE lleva a cabo las siguientes funciones:

- Controlar las funciones vitales, la tensión, el índice glucémico.
- Supervisar la respiración, ya que esta se hará mas difícil conforme avance la enfermedad.
- Observar el grado de fatiga, el bajo ánimo o autoestima, por lo que le tratará de animar hablando de cualquier otra cosa que le haga cambiar de pensamientos.
- Realizar los cambios posturales que precise, teniendo mucho cuidado de no lastimarlo.
- Como presentan disfagia, lo ayudará en la alimentación, debiendo de estar siempre sentado o en posición de Fowler con el paciente atado a la cama, manteniéndolo erguido durante al menos 1 hora después de comer. Se utilizarán espesantes para el agua para facilitar la deglución.
- Debido a su poca o nula movilidad, la ingesta baja de líquidos, la dieta baja en fibra, la medicación o incluso factores psicológicos, tendrán estreñimiento, por

lo que la TCAE le ayudará a hidratarse mas, incentivándole a comer mas fibra, dándole laxantes.

- Ayudarles con el aseo e higiene, a vestirse y calzarse, así como acomodarle la almohada y las sábanas.

5 Discusión-Conclusión

Sintomáticamente, esta enfermedad cursa con debilidad muscular que se agrava hasta convertirse en parálisis, lo que tendrá graves repercusiones en la capacidad de deglución, respiración, movimiento y comunicación oral, y es que afecta al control de los músculos que son necesarios para moverse, así como a los músculos de la cara, que provocará que el paciente no pueda hablar, ni comer, ni incluso respirar.

El TCAE, forma una parte esencial de un equipo interdisciplinario y profesional, con un importante papel de soporte y apoyo al enfermo y a sus familiares, y dado el carácter progresivo de la enfermedad y la falta de tratamiento, el TCAE y los familiares juegan un papel muy importante en la autonomía del enfermo, intentándole dar calidad de vida, ayudándole en su alimentación, en el aseo, en el vestir, motivándoles a hacer ejercicio moderado según sus capacidades, y que no tengan dolor, gracias a los tratamientos farmacológicos.

6 Bibliografía

1. Buscadores en internet con palabras clave: TCAE, ELA, esclerosis lateral amiotrófica, debilidad muscular.
2. https://adelaweb.org/wp-content/uploads/2015/01/Manual-de-Cuidados-paraPersonas-con-ELA_ADELA_2004.pdf:
3. <http://www.medicosyenfermos.com/sites/default/files/Mapa%20de%20cuidados%20ELA%20Fundaci%C3%B3n%20Luz%C3%B3n.pdf>
4. Esclerosis lateral amiotrófica (ELA): MedlinePlus enciclopedia médica

Capítulo 267

CUIDADO EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO

VANESA INIESTA PULIDO

1 Introducción

Una de las principales causas por las que se producen las úlceras por presión es cuando un paciente tiene que estar mucho tiempo sin moverse, en estos casos es cuando hay que mantener un especial cuidado y unas pautas adecuadas para su prevención.

Efectivamente, suele aparecer de mantenerse en una misma posición o cuando se comprime alguna parte de nuestro cuerpo, por lo cual es de gran importancia mencionar que todo tipo de úlceras que se producen se podrían evitar, siguiendo las pautas y la atención básica de cada paciente.

La aparición de úlceras por presión puede llevar a mayores complicaciones, en casos graves pueden llegar a comprometer la vida. En mujeres suelen aparecer con mayor probabilidad y la edad en la que suele ser más común son de 71 a 90 años.

Las úlceras por presión son una necrosis o muerte del tejido de la piel, donde se ve afectada la piel y el tejido subcutáneo. Como anteriormente he explicado se da cuando una parte de la piel tiene presión. Esta presión hace que los vasos sanguíneos queden aplastados. Si no se recibe oxígeno la piel y mueren los tejidos su consecuencia es la obtención de úlceras por presión.

2 Objetivos

- Conocer las causas y los diferentes tipos de úlceras por presión.
- Exponer los cuidados y tratamientos en úlceras por presión.
- Dar consejos para la prevención de úlceras por presión.

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 al tema cuidado en pacientes por úlceras con presión que requieren de un gran interés en nuestro trabajo y para ello esta información es de gran importancia en nuestro sector.

4 Resultados

-CAUSAS Y DIFERENTES TIPOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

La primera causa es la falta de medidas preventivas y de cuidados. Cuando un paciente tiene que estar mucho tiempo sin poder moverse, se deben mantener las pautas adecuadas para prevenir la aparición de úlceras por presión.

Dependiendo del aspecto y de la profundidad de la lesión, se clasifican en cuatro tipos:

- Grado I. Desde el principio o inicio de la presión en la zona suelen tardar en aparecer alrededor de unas dos horas. El aspecto es de enrojecimiento y eritema, que no desaparece fácilmente.
- Grado II. Afecta ya a la epidermis y la dermis. Su aspecto es como una laceración.
- Grado III. Afecta ya a la dermis, epidermis, y tejido subcutáneo. Si se infecta la úlcera, drenará un líquido purulento.
- Grado IV. Afectaría ya al músculo, huesos, cartílagos y las vísceras. El tejido muerto se puede ver en ocasiones a simple vista.

-CUIDADOS Y TRATAMIENTOS EN ÚLCERAS POR PRESIÓN:

- Una de las cosas más importantes es mantener una constancia en la revisión de la piel. Si se encuentra eritema o enrojecimiento, es síntoma de que va a aparecer

una úlcera por lo que ya se deberían tomar medidas. Las úlceras mas frecuentes por presión suelen aparecer al no realizar bien estos pasos.

- Piel limpia y seca.
- Siempre que haya restos de suciedad hay que limpiar la zona.
- Jabones neutros y agua tibia es lo aconsejable.
- No aplicar alcohol.
- Es fundamental la aplicación de cremas humectantes con regularidad y esperar a que la piel las absorba.
- Ropa seca y limpia.
- Hacer uso de apósitos bien reforzados o protectores en la zona de presión.
- CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Se debe de mover al enfermo cambiando la posición cada dos o tres horas. Si se encuentra sentado cada 12 o 30 minutos. Se deben evitar roces de las prominencias óseas entre sí. Es recomendable hacer uso de almohadillas, no es bueno arrastrar a la persona para moverla.

Otra recomendación muy importante es evitar la humedad. Si hay heces, orina, sudor, es imprescindible realizar lo antes posible su limpieza luego secarla bien con pequeños golpecitos evitando el arrastre de la zona.

5 Discusión-Conclusión

Bajo mi punto de vista la TCAE es la mayor aliada para reconocer, identificar y prevenir la aparición de úlceras por presión tanto en el medio hospitalario, como en centros de mayores que es donde tenemos ese papel fundamental en el paciente con úlceras por presión.

En mi profesión, es algo que tengo día a día y que tengo muy en cuenta en el aseo del paciente muy minuciosamente y cuidadosamente e intentando evitar muchas veces la aparición de úlceras por presión o que llegaran a un menos grado y en muchas ocasiones se ha conseguido con un buen trabajo en equipo entre TCAE y ENFERMERA también con la ayuda de la familia.

6 Bibliografía

En este capítulo se ha tomado en cuenta: mejorconsalud.as.com y mi experiencia profesional

Capítulo 268

LA FUNCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA

ROCIO PRIETO RUBIO

FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ

INMACULADA MONTOYA LOPEZ

CRISTINA GONZALEZ AMAT

ANA BELEN LARA ARAQUE

1 Introducción

La sonda Nasogástrica es un tubo de plástico fino que se introduce a través de la nariz pasando por el esófago llegando siempre al estómago. Su uso es bien para administrar medicamentos, líquidos o alimentos líquidos o bien para la extracción de sustancias del estómago. No existe ningún tipo de polémica en la utilización de la sonda en los casos que el paciente necesita en un momento dado su uso. Niños prematuros, Casos graves de desnutrición, Drenar contenido del estómago. Trastornos metabólicos y gastrointestinales, Disfagia, Ciertas enfermedades mentales que en un tiempo limitado la precisan.

Otras enfermedades que impiden o dificultan la alimentación oral recordando que la Sonda Nasogástrica sirve para alimentar a los pacientes que presentan dificultades para masticar o tragar los alimentos, pero no para digerirlos. Siempre con una duración relativamente limitada y siempre por indicación de un profesional.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener siempre presente que los cuidados que requieren este dispositivo de nutrición enteral no solo deben ser de la propia sonda sino de los siguientes puntos.

Cuidados de la Nariz: Limpieza de las fosas nasales, movimientos de la sonda haciendo girar sobre sí misma, cambios a diario el esparadrapo, hidratar la nariz con crema o la utilización de antisépticos tópicos si hubiera irritación Nasogástrica.

Cuidados de la boca: cepillar los dientes y la boca a diario, aplicar vaselina, ya que son zonas que se agrietan y se secan, si es posible enjuagues o chupar caramelos por ejemplo. Comprobar la colocación de la sonda a través de las marcas de la misma y pasar 20 o 30mm de agua para evitar obstrucciones.

Colocación del paciente: La colocación debe ser unos 30 o 45 grados durante la administración y 1 hora después de la ingesta tanto de medicación como de alimentación. Administración de la nutrición: Se debe hacer lentamente y nunca superior a 20 mm por minuto.

Administración de medicación: Nunca debe mezclarse con la alimentación los comprimidos deben ser triturados y convertidos en polvo para su administración con 20 ml de agua, no mezclar varios en la misma jeringa y como norma general aparte de la cantidad de la dieta y la cantidad del agua para la limpieza de la sonda se debe administrar de 500 mm a 1000 mm. Cuidados de la sonda: limpieza diaria de su parte externa aclarándola y secándola siempre, respecto a su parte interna después de cada nutrición o medicación introducida, pasar de 20 mm a 30 mm.

2 Objetivos

El objetivo principal de nuestro capítulo es dar a conocer las funciones, las utilidades y complicaciones tanto físicas como éticas del uso de la sonda Nasogástrica.

Como objetivo secundario sería justificar la decisión de comenzar con esta alimentación.

3 Metodología

Para la preparación de este capítulo sobre su tema tan complejo nos hemos basado en la búsqueda y estudio de revisiones bibliográficas sobre artículos de profesionales en la materia, sobre todo geriátricos y personal muy especializado tanto en la experiencia laboral como en sus estudios en dicha temática.

Por otro lado, para elaborar la parte correspondiente en este artículo a las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el proceso de administración y cuidados hemos investigado en artículos científicos, protocolos establecidos, y publicaciones académicas de profesionales como Alonso Babarro (Médico jefe de la unidad de cuidados paliativos en el Hospital Universitario de la Paz.) o Willian Oslez (Médico canadiense del siglo XIV).

4 Resultados

La sonda Nasogástrica como procedimiento clínico esté implícitamente relacionado con la alimentación. La alimentación tiene un valor social profundo, entonces la decisión de comenzar con esta alimentación artificial se puede justificar por el intento de prolongar la vida de la persona. Reducir el riesgo de aspiraciones y úlceras, neumonía u otras infecciones.

Promover la calidad de los cuidados y comodidad física de la persona. Pero todas estas justificaciones no están demostradas que eviten o reduzcan nada de lo explicado anteriormente. Aparte de la problemática ética de este procedimiento existen complicaciones del sondaje puramente físicas. Obstrucción de la sonda; se podría prevenir administrando 50ml de agua después de cada toma o medicación. Irritación o ulceración de la nariz; se podría prevenir movilizandop periódicamente la sonda para no presionar ningún punto de la piel.

Neumonía por aspiración; se podría prevenir con una buena colocación del paciente y una observación por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería del estado físico general, parar, y avisar a urgencias. Náuseas o vómitos; directamente el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener la ingesta y comprobar la velocidad de la administración, el exceso contenido gástrico, o la posición de la sonda.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe limpiar a diario la parte externa de la sonda utilizando una gasa, agua caliente y jabón como resultado del estudio sobre los problemas creados por la Sonda Nasogástrica se deduce

que la prevención (como por ejemplo se evitan las úlceras cambiando los puntos de presión) es el mejor tratamiento. Aparte de la problemática física, se deben valorar siempre la justificación de la intervención para superar adecuadamente la relación beneficio-riesgo de esta medida y que en la mayoría de los casos no está indicada.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la decisión de colocar o no una Sonda Nasogástrica deberían realizarse de forma consensuada ante familiares y/o tutor legal del paciente y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería responsable de los cuidados, hay que valorar todos los aspectos. El debate incluye muchas dudas, inquietudes y miedos para llegar a la toma de decisiones, ya que son las últimas fases de la vida generalmente.

El paciente no se muere por qué no quiera comer, no come porque se está muriendo. Esto se debe tener en cuenta en pacientes oncológicos o con demencia, porque creemos que la indicación de nutrirlos vía Sonda Nasogástrica lo único que hace es prolongar el sufrimiento.

Al final de la vida somos más frágiles y cualquier terapia agresiva tiene más efectos secundarios. Siempre se considera que la alimentación oral es lo más natural y menos inocuo. Coincidimos, pues con que siempre se debe reflexionar para no hacer lo mismo en un paciente que en otro, pues ninguno tiene las mismas patologías. Lo importante es evitar el sufrimiento.

6 Bibliografía

1. <http://revistamedica.com>
<http://elrevier.innovaasistencial.com>
2. Artículos Willian Osler (Médico y escritor de artículos en revistas medicas del siglo XIV, Padre de la medicina Moderna).
3. Artículos Alonso Babarro (Profesor y Medico jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos en el hospital Universitario de la Paz).
4. Artículos Marcos Gomez Sancho (Medico en la Unidad de Medicina Paliativa).

5. 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 269

SINDROME DE COTARD

ESTEFANÍA CURRÁS

M^a MAGDALENA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Este síndrome toma el nombre del apellido de Jules Cotard, neurólogo francés (1840-1889) que lo dio a conocer durante una conferencia médica y psicológica que se produjo en París en 1980.

El síndrome de Cotard también es conocido como delirio nihilista o delirio de negación, se define como una enfermedad mental poco frecuente que deriva de la hipocondría. El individuo que la padece cree estar muerto, pudriéndose o simplemente no existir.

Puede aparecer de forma repentina sin haberse dado condiciones psiquiátricas anteriores, aunque está vinculada a la ansiedad que puede ser reciente o duradera y arrastrada durante años, dando lugar en muchos casos a irritabilidad. No existen unas causas precisas, aunque se cree que está muy ligada a la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y en algunos casos de enfermedades neurológicas degenerativas como Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, etc.

Considerando las definiciones anteriores, el síndrome de Cotard, propiamente dicho, no es catalogado como enfermedad por una causa única, no se trata de un síntoma, es más bien, la representación de un conjunto de manifestaciones con una pluripatología. Estas son:

- Negar su cuerpo, consideran que no tienen nervios, sangre, cerebro, carecen de órganos internos
- Creen estar putrefactos, incluso describen el olor, sintiendo los gusanos por su cuerpo.

- Se creen inmortales.
- Niegan la existencia externa, llegando posteriormente a la negación de su propia existencia.
- Se aíslan del mundo que tienen a su alrededor.
- Pensamientos negativos y suicidas.
- Ausencia del dolor.
- Provocación de autolesiones.

Existen tres tipos:

- Cotard: depresión psicótica, melancolía y delirios de negación.
- Cotard tipo I: depresión y otras enfermedades, predominando más las alucinaciones que la depresión.
- Cotard Tipo II: ansiedad, depresión, alucinaciones auditivas, delirios de inmortalidad, comportamiento suicida, se trata de un grupo mezclado.

2 Objetivos

Dar a conocer más el síndrome de Cotard.

Conocer las causas que provocan este síndrome.

Mejorar los conocimientos del personal que trata con pacientes con dicho síndrome.

Aprender que tipos de tratamientos son beneficiosos para esta enfermedad.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos realizado una búsqueda en las diferentes bases de datos principales como Pubmed, Medline, y Scielo. Comparando diferentes artículos y revistas científicas revisadas para obtener datos actualizados y verídicos de las aportaciones que aquí hemos realizado.

4 Resultados

El tratamiento para este síndrome dependerá del grado de severidad y también de la causa de su aparición. En casos de trastornos afectivos se tratará con antidepresivos, si por el contrario existe una causa orgánica como puede ser el Parkinson se tratará la causa subyacente, es decir el Parkinson; para esquizofrénicos se

tratara con antipsicóticos y dependiendo de la severidad será necesaria la hospitalización, sobre todo en casos de donde se ha producido autolesiones o existen conductas suicidas.

Si vemos los artículos relacionados con esta enfermedad, vemos que en la población de mayor edad se desencadena por una depresión mayor y trastorno mental orgánico.

Si analizamos los artículos que hemos visitado encontramos 3 factores:

- Depresión psicótica en la cual se ven ideas suicidas, delirios de culpa e hipocondriacos y depresión.
- Factor delirante alucinatorio: los pacientes que sufrían delirio de inmortalidad, alucinaciones visuales y delirio nihilista de la existencia.
- Mixto: los pacientes que sufrían delirio nihilista de los conceptos, ansiedad y alucinaciones auditivas.

Revisando todos los artículos encontrados en nuestra búsqueda, vemos que afecta a mujeres (55.1% de los casos) más que a hombres (44.9%), y si dividimos estos porcentajes por los tipos que nos encontramos o por sus factores de aparición, nombrados en varias ocasiones vemos que el mayor porcentaje se encuentra en la depresión mayor con más de un 46 % de los casos.

Como podemos ver esta enfermedad psicopática es más compleja que la simple asociación de algunos tipos de delirios que se suceden entre sí, en muchas enfermedades mentales nos encontramos con todo este tipo de delirios, alucinaciones e incluso sensaciones y no todas dan lugar a este síndrome, a su vez muchos casos pueden ser mal diagnosticados ya todos los criterios asociados a ella.

5 Discusión-Conclusión

Este último dato es bastante relevante, ya que si la mayor parte de los casos se da por depresión y en un porcentaje superior en mujeres podemos decir que aunque sea una enfermedad desconocida que se da en una mínima parte de la población en vistas de la actual sociedad y los cambios que se están sucediendo de manera constante no sería descabellado pensar que a la larga se hará más visible y que será difícil de tratar, pues para ello es necesario un equipo interdisciplinar que no trate solo con medicación, sino con terapia y otras técnicas que favorezcan la recuperación de los pacientes. Además debemos utilizar todas las herramientas necesarias para la mejora, el tratamiento de las enfermedades mentales que a día de hoy son las eternas olvidadas en la atención primaria.

6 Bibliografía

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100014
[https://codigof.mx/estoy-muerto-sindrome-de-cotard/#::text=Las%20causas%20precisas%20por%20las,a%201995\)%2C%20trastorno%20bipolar%2C](https://codigof.mx/estoy-muerto-sindrome-de-cotard/#::text=Las%20causas%20precisas%20por%20las,a%201995)%2C%20trastorno%20bipolar%2C)
https://es.wikipedia.org/wiki/Jules_Cotard
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v58n4/0717-9227-rchnp-58-04-0425.pdf>
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n2/a10v81n2.pdf>
<https://www.psicologia-online.com/sindrome-de-cotard-sintomas-causas-y-tratamiento-4836.html>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000300187

Capítulo 270

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD

ROCIO PRIETO RUBIO

FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ

INMACULADA MONTOYA LOPEZ

CRISTINA GONZALEZ AMAT

ANA BELEN LARA ARAQUE

1 Introducción

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, de esta manera como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La Atención Primaria debería ser considerada como un factor determinante en el sistema sanitario dado el papel fundamental que posee sobre los indicadores del nivel de salud de la comunidad y por su gran importancia en cuanto a la curación y prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La Atención Primaria debe ofrecer servicios según la necesidad, y dar respuesta a la mayoría de los problemas. Los atributos básicos de la atención primaria, la accesibilidad, la coordinación, la integralidad, la longitudinalidad y la calidad de la prestación, son los que marcan su calidad y eficiencia

2 Objetivos

El principal objetivo será conocer las Funciones que debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria

Como objetivo secundario sería valorar la importancia de los Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería en 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 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 incluido palabras claves como atención primaria, zona básica de salud, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otros.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un eslabón más de la cadena que forma el equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y no sanitario del que se compone la Atención Primaria.

En cuanto a las funciones específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de Atención Primaria podemos mencionar las siguientes:

- Colaborar en pruebas diagnósticas, supervisados por el personal de enfermería.

- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona, colaborando en tareas de planificación, organización y evaluación de los programas de salud.
- Otra de sus funciones consiste en contribuir con los proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se realicen en el Centro de Salud.
- Realizar las tareas relacionadas con la higiene, vestir o desvestir al paciente y ayudarlo siempre que sea preciso.
- Procesos de abastecimiento de medicación, de material fungible y de instrumental. - Revisión y reposición de medicación, material fungible e instrumental de la sala de urgencias, sala de curas y consultas.
- Apoyar en las tareas que sean precisas al resto del personal sanitario, sobre todo trabajando codo con codo con enfermería. Es importante por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tener empatía y un trato amable con el paciente, haciendo que se sienta cómodo, sobre todo si realizamos con él tareas de higiene o en las que se establece un contacto físico.

A su vez, es de vital importancia que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería conozca el uso del material del carro de emergencias, y además una formación continua adecuada. El Servicio de Atención Primaria, al igual que otros Servicios, está formado por equipos multidisciplinares, en los que todo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe implicarse por el bien de la salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con que cuando hablamos de Atención Primaria nos referimos al primer nivel del sistema de salud, que se caracteriza por prestar atención integral a la salud.

Este sistema de atención tiene como principal objetivo atender a todas las personas en sus problemas de salud, así como también llevar adelante campañas preventivas y de rehabilitación. Generalmente, el servicio de Atención Primaria está organizado en equipos de trabajo multidisciplinarios donde Técnico de cuidados auxiliares de enfermería, Enfermeros y Médicos se complementan a fin de llevar a cabo sus tareas y funciones de prevención, curación y promoción de la salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.aetesys.es/que-hace-la-técnico-en-Enfermería-en-atención-primaria/>.
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud.
3. <https://www.fp-santagema.es/funciones-los-auxiliares-Enfermería-los-centros-salud-públicos/>.
4. Declaración de Alma-Ata http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
5. 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 271

PAPEL QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL

ROCIO PRIETO RUBIO

FÁTIMA SOLERA FERNÁNDEZ

INMACULADA MONTOYA LOPEZ

CRISTINA GONZALEZ AMAT

ANA BELEN LARA ARAQUE

1 Introducción

La salud mental engloba todo lo relacionado con el bienestar emocional, psicológico y social del paciente. Es muy importante, ya que afecta a la vida en la forma en que se piensan, sientan y actúan las personas al enfrentarse con las situaciones que vayan surgiendo.

El manejo del estrés es un punto que necesita ayuda, así como la toma de decisiones y la manera de relacionarse con los demás. La Salud Mental engloba todas las etapas de la vida, desde la niñez, la adolescencia, una vez adultos hasta la vejez.

Se habla de un problema mental se trasforma en enfermedad cuando los signos y síntomas son permanentes y afectan a las funciones normales de la persona

viéndose estas mermaidas provocando en ocasiones el necesario ingreso hospitalario en la Unidad de Psiquiatría. Los especialistas en Salud Mental trabajan junto con expertos de la salud y trabajadores sociales para coordinar el cuidado y la atención de los pacientes.

El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería colaborará con el personal especializado en esta área, ya que es ocupan de una extensa gama de problemas de tipo mental como son la depresión, estrés, dependencia de las drogas, esquizofrenia, enfermedades relacionadas con autolesiones entre otras.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Exponer las actuaciones necesarias a desempeñar por el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería en la unidad de salud mental o psiquiátrica.

Como objetivo secundario:

- Realizar un análisis de como influyen los cuidados realizados en la mejoría del paciente y su posterior incorporación a la sociedad.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo la fuente de datos de esta investigación la forman la base de datos de Google Académico, material científico relacionado con la psiquiatría hospitalaria, así como la búsqueda sistemática de libros y revistas científicas procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El trabajo en Salud mental y psiquiatría es un proceso interpersonal en el cual se presta la asistencia al paciente, la familia y la comunidad con el fin de promover la Salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés de la enfermedad mental. Se calcula que afecta a una de cada cuatro personas según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud.

Las enfermedades mentales son uno de los trastornos con más incidencia en nuestra sociedad. Este tipo de enfermedades se deben de tratar a tiempo, de modo

contrario pueden tener serias e importantes consecuencias.

Durante el proceso de tratamiento el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería es un elemento clave en su curación, mediante la escucha activa, la empatía y los cuidados utilizados le aportarán confianza y seguridad al paciente, con el fin de conseguir una pronta recuperación. Para las personas con enfermedad mental la posibilidad de convivir en normalidad les da la posibilidad de dar sentido a sus esfuerzos por mejorar y de integración.

El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería es en ese momento una pieza muy importante dentro del equipo multidisciplinar, ya que es el encargado de actuar como enlace entre el paciente y el resto de los profesionales.

Acompaña al paciente en todo momento, intentando conseguir dentro de lo posible su bienestar físico y psíquico. Deberá cubrir las necesidades del paciente, ya que puede tener mermadas sus capacidades, tales como es proporcionar al paciente la ropa adecuada, explicarle las normas de la unidad para que conozca sus derechos y obligaciones, realizar el registro de sus pertenencias, proporcionarle ayuda en el aseo e higiene, cuidar su alimentación, hidratación, movilidad y desplazamientos.

Debe de llevar un control de la toma de medicación y tratamientos y colocar las contenciones mecánicas siempre bajo prescripción y supervisión médica.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería se considera la figura sanitaria más cercana al paciente, ya que trabaja mano a mano con el equipo multidisciplinar garantizando una asistencia integral y de calidad al paciente, siendo una persona amable y cercana para lograr que el paciente confíe. Les ayuda a que aprendan a aceptar la enfermedad y los enseña a cómo convivir con ella y siga las pautas médicas con el fin de conseguir la recuperación. La Salud mental consiste en el bienestar psicológico, emocional y social de todos los seres humanos. Nos afecta en la forma en que pensamos, sentimos y nos enfrentamos a la vida diaria, el comportamiento en los demás, la toma de decisiones. Es una parte de nuestra salud que no puede descuidarse nunca porque puede desencadenar en afecciones graves.

6 Bibliografía

1. <https://csisanidad.blogspot.com>
2. <https://revistamedica.com/funciones-técnico>
en cuidados auxiliares de enfermería-psiquiatria
3. <https://salutmental.cat/la-enfermedad-mental>
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 272

ENFERMEDAD DE CROHN. CUIDADOS DEL TCE

CRISTINA MOHEDANO CASTILLO

ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ

IRENE ESPINOSA ESCRIBANO

1 Introducción

La enfermedad de Crohn, es una enfermedad autoinmune inflamatoria intestinal, que cursa con problemas desde la boca hasta el ano. Es una enfermedad que llega a ser invalidante a todos los niveles, produciendo diarreas, adelgazamiento, desnutrición y una serie de signos y síntomas como abscesos del ano, irritación de la mucosa bucal (estomatitis), etc. Es una enfermedad dolorosa y puede dar complicaciones a largo plazo, ya que algunos pacientes necesitan por su grado de enfermedad ser intervenidos quirúrgicamente. Las zonas donde empiezan a producir daño es la última porción del intestino delgado entre el íleon y gran parte del colon, dependiendo de la localización de la enfermedad los síntomas serán diferentes y de forma gradual o por brotes, hay otras veces que el paciente no siente síntomas ni signos llegando hacer una vida normal.

Sin embargo en los brotes de la enfermedad el paciente puede sentir:

- Fiebre.
- Diarreas copiosas.
- Dolor abdominal tipo cólico.
- Sangre en las heces.
- Anorexia.

- Hepatomegalia e inflamación de las vías biliares.
- Retraso en el crecimiento (en niños).
- Abscesos y fistulas anales.

Hay veces que todos estos síntomas del brote se confundan a primera vista con otras enfermedades. Los análisis de sangre junto con los estudios radiográficos y endoscópicos no se hacen clara la visualización de la enfermedad, ya que puede aparecer en cualquier parte del tubo digestivo y presentar manifestaciones de signos y síntomas diferentes a los mencionados anteriormente. Estudios recientes muestran que hay un gran porcentaje que tarda bastante tiempo con hacer un diagnóstico definitivo de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Cuando el paciente se encuentra clínicamente deteriorado: anemia, mal control del dolor, fatiga, anorexia, etc. El médico es el que decide su hospitalización de acuerdo con los exámenes realizados, pautando un tratamiento que debe seguir el personal de enfermería en el ingreso a la unidad de digestivo, cuidando el TCE todo lo que concierne a su alimentación como es dar una dieta pautada sin fibra, siendo una dieta equilibrada, aun así no está descartado que se tome la decisión de pautar nutrición parenteral dependiendo de los análisis de sangre y de lo marcada que se encuentre la desnutrición.

No obstante, los fármacos no curan la enfermedad porque es una enfermedad crónica que no hay cura definitiva para ello, pero si disminuye la inflamación y el dolor, siendo la última alternativa la intervención quirúrgica cuando se presenta perforación intestinal o fistulas o hemorragias que pueden dar lugar a más complicaciones para el paciente. El plan de cuidados que se debe de dar a estos pacientes en todas las situaciones es que el paciente haga una vida lo más saludable posible, con restricción del tabaco, el alcohol, etc.

2 Objetivos

Dar apoyo a las recomendaciones del personal de enfermería, al paciente y a la familia con el fin de poderlos ayudar en todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad, aportando apoyo necesario y reforzando las pautas de promoción y prevención de la salud de su patología.

3 Metodología

Hemos hecho una consulta de varias páginas de Google académico con artículos que tratan a cerca de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII), como también en páginas web: MedlinePlus, Scielo, como en libros de diferentes autores a

cerca de la enfermedad y de los cuidados que se deben de aportar a este tipo de pacientes.

4 Resultados

Tanto el personal de enfermería (Enfermeras como TCE) como el personal médico debe hacer una valoración con respecto a los síntomas de estos pacientes y hacer un plan de cuidados basados tanto para el paciente como para la familia, cuidando de los hábitos que el paciente debe de llevar a la hora de poder tratar su dolencia. La primera y la más importante que se debe de hacer es corregir los hábitos tóxicos que el paciente tenga en cuestión de su vida habitual, dando pautas a la familia para que los sigan. Uno de ellos es deshabituarse del tabaquismo en caso de que el paciente fume, ya que el mismo provoca un empeoramiento de la enfermedad, dando lugar a mayor cantidad de brotes.

Otra y no menos importante es los hábitos en la alimentación del paciente, en los que debe de incluir alimentos ricos en micronutrientes (calcio, hierro y proteínas). La alimentación es uno de los hábitos más importantes para controlar la enfermedad, con lo cual es fundamental para prevenir y corregir la desnutrición de estos pacientes.

Es muy importante detectar los brotes de una forma precoz para que no haya una hospitalización de continuo, llegando a conocer tanto la familia como el propio paciente los signos y síntomas de la enfermedad con el fin de asistir mejor al tratamiento terapéutico y poder evitar complicaciones.

Existe una tabla en la que hace el personal de enfermería, se puede orientar del grado de brote que el paciente tiene en esos momentos. Es una tabla sencilla y práctica que evalúa cinco criterios como es: dolor, estado general, deposiciones, tipo de complicaciones, masa abdominal. Esta tabla es importante que la conozca tanto el paciente adulto como la familia en caso de menores de edad para que evalúe su pronta asistencia. Por último, debemos decir que es importante el papel del personal de enfermería en muchos de los cuidados que se prestan, no solo a nivel hospitalario sino a nivel domiciliario, ya que depende en gran parte del seguimiento que se haga y de lo que el paciente y la familia ponga de su parte para que se actúe previniendo los brotes de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Crohn, al ser una enfermedad autoinmune desconocida, no hay una cura definitiva del origen de la misma, sino que se presta atención a los

signos y síntomas que el paciente tiene en sus brotes y potenciando al máximo la promoción y la prevención de la salud de su enfermedad para que no haya brotes innecesarios. Hoy en día se está probando con mucha cantidad de fármacos nuevos que regeneran la mucosa intestinal, pero no han llegado aún a ponerse en marcha porque los ensayos muestran que no hay evidencia de los mismos en dichos pacientes.

Mientras tanto, los hábitos dietéticos van a ayudar al paciente a recuperar su tránsito intestinal y favorecer así el reposo del mismo, además de la prevención, a largo o a corto plazo de la enfermedad. Con referencia a la leche y a los productos lácteos (yogur, queso) se ha creído que la lactosa, a estos pacientes, podría producir diarreas, siendo totalmente erróneo en los últimos estudios realizados, ya que es la única vía para poder administrar calcio de forma natural. Los fármacos más habituales como los corticoides, terapias biológicas e inmunodepresores son los medicamentos que intentan aliviar o paliar, tanto los signos como los síntomas de la enfermedad crónica. Lo importante para este tipo de pacientes es prevenir la desnutrición, ya que eso conlleva a una disminución inmune y a un agravamiento de la enfermedad. Otra cosa importante que hay que destacar es el hábito del tabaco, es fundamental que pacientes con este tipo de hábito se deshabitué, ya que empeora los síntomas y signos de la enfermedad. En cuestión del dolor, solo como hemos mencionado anteriormente nos va a servir para paliar el dolor, ya que el dolor no controlado puede ocasionar ansiedad y complicar aún más las circunstancias en general.

6 Bibliografía

- 1.- Definiciones y manifestaciones clínicas generales. En: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 3ª ed. Madrid. 2014.
- 2.- Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica. 2005
- 3.- Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad Inflamatoria Intestinal: una perspectiva global. Guías Mundiales. Madrid. 2019.
- 4.- La repercusión biopsicosocial del estrés en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad Inflamatoria Intestinal AL DIA 2013
- 5.- Enfermedades asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal. En: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 3ª ed. Madrid. 2020

Capítulo 273

INVESTIGACIÓN SOBRE LAS TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS

CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ

MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ

PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN

1 Introducción

En la actualidad se pueden diferenciar más de 250 agentes causantes de enfermedades de transmisión alimentaria, la gran mayoría son virus, bacterias y parásitos. La Salmonella, el Norovirus y el Campilobacter son los principales responsables de las intoxicaciones alimentarias a nivel europeo. Cabe destacar que el patógeno *Listeria monocytogenes* es el causante de más de la mitad de las muertes relacionadas con enfermedades de transmisión alimentaria, afectando en mayor medida a mujeres gestantes, a su bebé y a pacientes inmunodependientes. Es la capacidad que tiene esta temida bacteria de poder sobrevivir incluso en los ambientes menos habitables, lo que la convierte en un peligroso patógeno de transmisión alimentaria.

Infectarse con esta bacteria durante el periodo de gestación no suele conllevar ningún síntoma, aunque es muy importante señalar que puede afectar al bebé llegando al punto de causar un aborto o un nacido no vivo. Se ha comprobado que la edad gestacional a la hora de contraer esta bacteria puede llegar a influir en su grado de actuación. Por otro lado, enfermedades como la diabetes o la formación de neoplasias suponen un mayor riesgo de infección de esta bacteria en las personas que son inmunodependientes.

Alimentos como el salmón ahumado, el queso o las salchichas fermentadas crudas están relacionados con intoxicaciones alimentarias derivadas de la bacteria *Listeria monocytogenes*.

2 Objetivos

Identificar las diferentes enfermedades transmitidas por los alimentos, las cuales conllevan, una serie de microorganismos patógenos y la exposición se produce durante un corto período de tiempo.

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 investigación sobre las toxiinfecciones alimentarias. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: Alimentary Toxiinfección, sprout epidemic and prevention.

4 Resultados

La toxicología es la ciencia que estudia los efectos adversos del organismo que han sido causados por agentes químicos, físicos y biológicos y el alcance de estos efectos en función de la exposición que se haya tenido con dichos agentes. Su objetivo es identificar y conocer la presencia de sustancias que suponen un peligro para el estado de salud de la persona que los consume. Estas sustancias son conocidas como xenobióticos y son extrañas al organismo.

Se pueden diferenciar diferentes fases:

- Fase toxicocinética: es cuando la sustancia xenobiótica entra en nuestro organismo. Comprende a su vez en diversas fases:
 - Absorción: es la etapa que se da desde que la sustancia penetra en nuestro organismo hasta que llega a la circulación sanguínea.
 - Distribución y almacenamiento: proceso por el cual la sustancia se desplaza a través de nuestro organismo. Dependerá de la velocidad de absorción y la eliminación de los tejidos.
 - Biotransformación: durante esta fase el hígado se encarga de metabolizar el xenobiótico que previamente había sido absorbido por el intestino.

- Fase toxicodinámica: en esta fase la sustancia nociva entra en contacto con receptores moleculares específicos, lo que provoca diversas alteraciones bioquímicas y fisiológicas en su estado de salud. Estas interacciones pueden ser de carácter reversible en los casos donde tanto el grado de concentración como la propia acción desaparecen a la vez que la sustancia nociva. Si por el contrario presenta carácter irreversible, aunque se consiga eliminar el tóxico, sus efectos permanecerán dentro del organismo. Las principales patologías que pueden surgir derivadas de este problema son:

- Infecciones alimentarias: cuando los agentes patógenos están relacionados con el alimento. Suele aparecer la fiebre.
- Intoxicaciones alimentarias: cuando la alteración del cuadro clínico está originado por alguna toxina o sustancia contaminante de algún alimento.
- Toxiinfecciones: cuando la alteración del cuadro clínico está provocado por la absorción de bacterias o sustancias tóxicas en su metabolismo.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad todavía no es posible determinar con exactitud diversos problemas y patologías derivadas de las transmisiones alimentarias, por lo que es necesario hacer hincapié en la realización de estudios de carácter epidemiológico que puedan ayudar a esta causa.

Como dato curioso, a día de hoy se sigue sin conocer el agente patógeno entre aproximadamente un 20 y un 30% de los casos por enfermedad de transmisión alimentaria. Por ejemplo, el terreno de los animales aún se desconoce cómo favorecer la calidad microbiológica de los alimentos que ingieren o cómo manipular el estiércol de forma correcta sin que suponga un peligro para el medio ambiente.

6 Bibliografía

1. Manipulación correcta de los alimentos: guía para gerentes de establecimientos de servicios de alimentación. Jacob, Michael. Organización Mundial de la Salud; 1990. 160 p.
2. Alimentaria: Revista de tecnología e higiene de los alimentos, ISSN 0300-5755, Nº 320, 2001, pags. 33-34. J. C. Domínguez, F. Rodríguez, J. Oballe.
3. Evaluaciones por análisis de peligros en puntos críticos de control: guía para identificar peligros y evaluar riesgos relacionados con la preparación y la conservación de alimentos. Bryan, Frank L. Ginebra; Organización Mundial de la Salud;

1992. 86 p.

4. Contaminación de los alimentos por virus: un problema de salud pública poco comprendido. Carlos K. B. Ferrari² y Elisabeth A. F. S. Torres². Rev Panam Salud Publica vol. 3 n. 6 Washington June 1998.

Capítulo 274

INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DEL CÁNCER DE OVARIOS

PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN

CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ

MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como tumor, cáncer o neoplasia maligna a diversas transformaciones que hacen que las células normales se conviertan en células tumorales. Esta transformación se da después de pasar diferentes etapas, pasando desde una lesión precancerosa hasta evolucionar en un tumor maligno. Es importante señalar que el cáncer está considerado como la segunda causa de muerte a nivel mundial.

La misma Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que durante la aparición del cáncer intervienen principalmente dos factores:

- Factores intrínsecos: intervienen los genes.
- Factores extrínsecos: químicos (humos, gases contaminantes, tabaco), carcinógenos físicos (radiaciones) y biológicos (virus y bacterias, algunos de los más importantes son la Hepatitis y el Virus del papiloma humano responsables del 25% de las defunciones por cáncer).
- Otros factores de riesgo: elevado índice de masa corporal, poca actividad física o sedentarismo, baja dieta en verduras y fruta, alcoholismo y tabaquismo.

En la mujer, el cáncer de ovario es considerado la neoplasia maligna más común justo después del cáncer de mama, constituyendo la quinta causa de muerte por cáncer femenino a nivel europeo y la primera por etiología ginecológica. A nivel nacional también han ido aumentando los casos durante los últimos años.

2 Objetivos

Identificar y aplicar los cuidados del profesional técnicos en cuidados de enfermería en una paciente oncológica intervenida de neoplasias de ovario.

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 investigación sobre el cuidado del cáncer de ovarios. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: Cancer, ovary, care and chemotherapy.

4 Resultados

El cáncer es el responsable de la segunda causa de muerte a nivel nacional y en concreto el cáncer de ovario supone la segunda neoplasia más frecuente en el sexo femenino, justo después del cáncer de mama. Los profesionales sanitarios realizan un papel muy importante con estas pacientes, puesto que prestan una atención más individualizada que en otras patologías con el objetivo de hacer más llevadero este proceso y puesto que cada paciente manifiesta esta enfermedad de una forma diferente.

Los marcadores tumorales son una de las herramientas más eficaces a la hora de diagnosticar lo antes posible el cáncer de ovario, aunque hay que señalar que no en todos los casos es igual de efectivo, ya que hay pacientes que no presentan ningún tipo de alteración en los resultados de dichos marcadores, por lo que hay que ayudarse de otras pruebas de imagen o nucleares que complementen a los marcadores. La citorreducción conlleva una serie de riesgos y complicaciones, pero es efectiva en la lucha contra el cáncer de ovario, ya que ayuda a la supervivencia de la paciente mejorando su calidad de vida.

Los profesionales sanitarios deben empatizar con estas pacientes para que se sientan arropadas, escuchando sus preocupaciones y miedos de tal forma que puedan calmar su ansiedad para lograr estar lo mejor posible anímicamente. El personal sanitario se viene formando últimamente en sofrología, que es una técnica novedosa muy beneficiosa que aborda técnicas de relajación y activación de la mente. Se aplica como a los propios pacientes como a ellos mismos para controlar la ansiedad e incluso el dolor. Gracias al cuidado más individualizado de estas pacientes se está más pendiente de su evolución y de las posibles complicaciones que puedan surgir.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha hablado anteriormente, el cáncer de ovario está reconocido como la segunda neoplasia más frecuente en la mujer después el cáncer de mama. Por regla general se da en mujeres de entre los 40 y 70 años. En los estados iniciales de esta enfermedad se da una gran reproducción de forma descontrolada de las células presentes en las gónadas femeninas, lo que provoca la aparición del tumor, durante los estados más avanzados puede evolucionar en metástasis, llegando a poder causar la muerte de la paciente.

Esta terrible enfermedad es conocida como “El asesino silencioso”, ya que gran parte de los casos son diagnosticados ya en estados avanzados cuando aparecen síntomas como el dolor, alteraciones menstruales y distensiones abdominales, entre otras causas.

6 Bibliografía

1. Asociación Española Contra el Cáncer. (2018). Evolución del cáncer de ovario. Recuperado el 25 de Febrero de 2019.
2. Fonseca, J. D. S., & Fariás, M. R. A. Q. (2016). Obesidad y cáncer: fisiopatología y evidencia epidemiológica. *Revista Médica de Risaralda*, 22(2), 91-97.
3. Manterola, C. (2016). Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Chemotherapy Role in Peritoneal Carcinomatosis Treatment. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 3(1), 759-766.
4. Pons Porrata, L. M., García Gómez, O., Cruzata, A. S., Navarro, M. M. M., & Fernández, C. G. (2012). Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. *MediSan*, 16(06), 920-931.

Capítulo 275

IMPORTANCIA DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA ÁNGELES MARTINEZ CICUENDEZ

PALOMA ORTEGA SÁNCHEZ DE LEÓN

CONSOLACIÓN MOLINA GONZÁLEZ

1 Introducción

El secreto profesional sanitario es un compromiso de confidencialidad que existe entre el profesional y el paciente con carácter obligatorio, cuyo objetivo hacia el profesional sanitario es no divulgar ningún tipo de información que obtenga durante la práctica de su ejercicio profesional.

Las personas que trabajan en sanidad tienen muy a menudo acceso a la información personal de los pacientes que puede ser obtenida por medio de su historial clínico, a través de hablar directamente con ellos o bien durante la realización de las pruebas médicas a las que se deba someter.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son unos de los profesionales del ámbito sanitario que más acceso tienen a la información personal del paciente, ya que mantienen un estrecho contacto con ellos, ayudan a la realización de diversas pruebas en las que es necesario conocer este tipo de información y realizan sus funciones en diversas áreas del centro sanitario donde continuamente se necesita saber la información del paciente.

El buen hacer y ser un buen profesional es primordial, además de respetar la obligación ética que se tiene de no revelar ningún tipo de información confidencial. Por desgracia, esto no ocurre así en algunas ocasiones, ya sea por hacerlo a propósito, en conversaciones con otros compañeros, por contarlo a personas de su confianza o por el descuido de documentación confidencial.

2 Objetivos

Conocer que es y como se debe guardar el secreto profesional en el ámbito sanitario, con el cumplimiento exhaustivo llevado a cabo por los distintos profesionales y trabajadores que ejercen su trabajo en el entorno sanitario.

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 importancia de la confidencialidad en el ámbito sanitario. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: professional secrecy, confidentiality, intimacy, Code of Ethics and privacy.

4 Resultados

Cuando se trabaja en cualquier centro sanitario y se está en un contacto continuo con pacientes, se requiere la obtención de información acerca de ellos para poder garantizar la mejor asistencia posible. Con el objetivo de no cometer el error de divulgar ninguna información que sea confidencial y que pueda dañar la intimidad de los pacientes, es imprescindible conocer y ser consciente de la importancia que tiene el secreto profesional sanitario. La Ley General de Sanidad recoge los posibles problemas legales a los que debe hacer frente cualquier profesional que divulgue información de este tipo, así como también la forma correcta de actuar cuando se tiene acceso a esta información y los casos en los que está permitido darla a conocer.

Se pueden diferenciar tres tipos de secreto según su naturaleza y su valoración ética o moral:

- El secreto natural: es la información que se ha recabado mediante investigación, de forma no intencionada o revelada por la propia persona. Esta información no puede ser divulgada por motivos éticos.

- El secreto confiado: previamente se realiza una promesa de confidencialidad y después se revela la información.
- El secreto prometido: es la información que se conoce por los mismos medios que el secreto natural y que lleva explícita un compromiso de confidencialidad con el paciente.

Respetar en todo momento el secreto profesional beneficia el respeto y la confianza que depositan los pacientes en los profesionales sanitarios, mejorando incluso su estado de ánimo al sentirse arropados y apoyados. Todo el mundo debería conocer la importancia que tiene esta norma ética y también los posibles riesgos a los que se expone si revela alguna información de este tipo, ya que se vería afectada la intimidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante dar a conocer y formar a todos los profesionales sanitarios en cuanto a protección de datos se refiere para que tengan claro en todo momento que la información que obtienen de cada paciente debe ser tratada con el máximo respeto posible y no se debe dar a conocer en su círculo social fuera del trabajo.

Tanto los TCAE como el resto de profesionales deben tener claro sus obligaciones éticas y morales cuando se tiene acceso a información confidencial y también deben saber los problemas legales a los que se exponen si revelan algún tipo de información de este tipo, no siendo estrictamente necesario

6 Bibliografía

1. Lamelas, M. A. F., Rodríguez, T. Á., Fernández, J. M. R. R., & de Santiago, S. M. (2008). El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. Cuadernos de bioética, 19(1), 59-66.
2. Ríos, A. S. (2006). El Secreto Profesional. Revista xurídica galega, (51), 35-53.
3. Terré Rull, C. (2002). El secreto profesional y la protección de datos de carácter personal.
4. Sanz, J. G. (2005). El secreto profesional en el ámbito sanitario. In Estudios jurídico-penales sobre genética y biomedicina: Libro-homenaje al Prof. Dr. D. Ferrando Mantovani (pp. 459-481).

Capítulo 276

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL SÍNDROME DE BURNOUT. CUIDADOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

ELENA CALVO CUERPO

SORAYA ÁLVAREZ LILLO

ALMUDENA ALVAREZ LILLO

1 Introducción

Debido a la situación laboral de todas las personas el cuidar de un dependiente, el tener que cuidar de los niños, las tareas del hogar, etc. supone una sobre carga a todos los niveles tanto psicológicos y físico, si a eso sumamos la cantidad de trabajo que un profesional de la salud que tiene en cada unidad de enfermería más lo mencionado anteriormente, llegamos a padecer lo que se llama síndrome de Burnout con el paso del tiempo.

El síndrome de Burnout, no es como algunas personas opinan que es solo es ansiedad por el trabajo, no es así, sino que es el síndrome con una mezcla de muchos síntomas y signos de forma crónica, el cual lleva implícito una serie de manifestaciones clínicas que la propia persona experimenta en su quehacer diario, este tipo de manifestaciones se pueden englobar en una fase de entusiasmo, estancamiento social, frustración, apatía y fase de quemado. Es un síndrome complejo, ya que lleva muchos síntomas y signos mezclados, sobre todo a nivel de

sobre carga emocional en el trabajo como a nivel emocional en el núcleo familiar, todo esto es un coctel para verterlo como desgaste del profesional, ya que se mezcla lo profesional en un porcentaje elevado como los problemas familiares. De forma individual cada persona va a tener unos aspectos de personalidad (no todos tenemos la misma fortaleza para aguantar ciertos problemas y ciertas sobrecargas), las actitudes y las expectativas hacen que la persona sea más susceptible a padecer este tipo de síndrome. El entorno del trabajo sobre todo de algunos compañeros y el tipo de pacientes que tanto la enfermera como el TCE soportan por los padecimientos que estos tienen, etc.

Vamos a enumerar las etapas para distinguirlas hasta llegar al síndrome como tal:

- **Entusiasmo:** Es una de las fases iniciales del síndrome y es la primera alarma que el paciente tiene en este proceso.
- **Estancamiento:** El paciente se manifiesta con mucho estrés y duda en las cosas que hace de forma habitual en el trabajo y en el hogar.
- **Frustración:** La persona se encuentra que ha fracasado en su entorno laboral con un sentimiento importante de vacío.
- **Apatía:** Es el colofón del síndrome de Burnout con la tendencia de parar su actividad laboral y del hogar, resaltando la falta de interés por el trabajo y por la familia, creando una somatización de los síntomas y signos de la enfermedad como irritabilidad, cambios en el humor, pérdida del apetito, astenia, etc.
- **Quemado:** Se caracteriza por una fase de bloqueo emocional con perturbación cognitiva y los importantes efectos que sufre la persona sobre la salud, el trabajo, la familia y la vida social en sí, viéndose el paciente a tener que darse de baja laboral por todos estos desgastes emocionales y la somatización del síndrome.

Hay que resaltar que no a todos los pacientes presentan los mismos signos y síntomas, el proceso en sí es cíclico y se pueden también repetir en cualquier momento de la vida en el mismo trabajo o en el cambio de otro lugar o destino del profesional de la salud.

2 Objetivos

Analizar cómo afecta al personal de enfermería (Enfermeras y TCE) este síndrome y cuáles son las consecuencias del mismo, identificando cuál es el origen, así como las medidas que se pueden adoptar para que se disminuya el síndrome, dando pautas tanto en el trabajo como en el entorno familiar, para que así se

pueda corregir en la medida de lo posible las somatizaciones de la persona afectada por este malestar.

3 Metodología

Hemos buscado en revistas científicas de psicología de la investigación acerca de este síndrome, como también en Google Académico, consultando la base de datos: Medline, Scielo, Elsevier. Hemos revisado libros de psicología con las palabras fatiga mental en el trabajo y en libros de psiquiatría

4 Resultados

Los problemas de la vida laboral, los del hogar, los problemas económicos y demás, van a derivar al Síndrome de Burnout que va a dar lugar a una serie de síntomas y signos como agotamiento mental, es de suma importancia analizar cuáles son los motivos que ha provocado esa irritabilidad y ese agotamiento mental, procurando poner en marcha todos los recursos a nivel profesional y familiar, mediante profesionales de la psicología, que van a ser los que pongan de manifiesto las pautas a seguir, procurando hacer un análisis de las consecuencias derivadas de este problema, lo primero que se debe de recomendar es la multitarea, es decir centrarse en solo una cosa para poderla hacer y después seguir con las demás, con lo cual la persona se va a sentir mejor viendo que termina la tarea propuesta. Otras de las pautas que los psicólogos proponen es escuchar a tu cuerpo, es decir marcar las pausas para relajarse al menos unos cinco a diez minutos para poder dar un respiro tanto al cerebro como a tu cuerpo en general. Se debe organizar la agenda de las cosas que se van a hacer en el día, organizando el tiempo y las cosas más importantes para ese día. Debemos pensar que somos humanos y que no podemos hacer todo en el momento, por eso se debe de pedir ayuda confiando en las personas que están a su alrededor y delegar en personas para que puedan facilitar la ayuda necesaria (en el hogar).

Para terminar las pautas recomendadas es importante un buen descanso, es decir dormir al menos siete a ocho horas diarias y una pequeña siesta de veinte minutos después de comer si se puede. Con respecto a la asertividad, se deben poner límites y expresar los descontentos que se tiene a nivel laboral y del hogar o de las preocupaciones que se tienen a personas de confianza y que sepan escuchar. Por otro lado, se debe buscar la motivación o el aliciente de los aspectos que hay referente al trabajo sobre todo en aquello te gusta o que te hace feliz, la motivación hay que buscarla y alimentarla todos los días para sentirnos bien. Es peor

callarse los problemas y no expresar lo que uno siente en el momento.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout tiene consecuencias muy negativas para la persona que las padece como para el resto de la familia, ya que todo repercute. El desgaste emocional a nivel laboral produce un estrés crónico que es difícil de curar, pero se pueden mejorar muchas cosas con profesionales de la salud mental. En la sanidad, la educación y en la mayoría de las administraciones públicas este síndrome es muy común por el nivel de estrés tan elevado y porque hay muchas exigencias a todos los niveles de trabajo, si sumamos la responsabilidad de la casa, si hay personas dependientes a nuestro cargo, hijos, situaciones económicas deficientes, etc., dará lugar a una explosión de este tipo.

Este síndrome lleva consigo un gran componente de pérdida del trabajo o incapacidad laboral donde la persona se ve inmersa en una baja autoestima.

El síndrome como tal lleva implícito una serie de manifestaciones somáticas que dependiendo de cómo sea la persona que la padezca (carácter) podrá soportar dichas somatizaciones y no darse la baja, pero otras, sin embargo, por su forma de ser tendrán bajas de repetición por los motivos antes mencionados. El Burnout es un síndrome muy complejo que lleva implicado una serie de cosas de distinta naturaleza, por lo que tampoco existen terapias específicas para cada suceso, sino que se trata de una forma global.

Se puede actuar desde el centro de trabajo (Salud Laboral) que es el que debe de investigar cuáles son los actos que han surgido dicho síndrome en el trabajador y cuáles son las formas de prevenirlos, así como estudiar al trabajador de forma individual para hacer dicha prevención de los actos:

- Organización en el trabajo y de los turnos
- Desde punto de vista de personas que son conflictivas y las relaciones personales con los compañeros y los supervisores
- Afrontando los problemas a nivel psicológico (cargas de trabajo)
- Pensamiento positivo
- Control emocional
- Fomentando y aplicando la autoestima desde la persona
- Desarrollando las habilidades sociales para aportar buen ambiente en el trabajo.

Se ha visto que todos los profesionales que trabajan en hospitales o que están alrededor de personas enfermas y que tratan también con la muerte tienen más tendencia o predisposición a padecer este tipo de síndrome. Hoy en día se está

viendo más casos debido a la problemática de la pandemia que hemos sufrido.

6 Bibliografía

1. El Síndrome de” Burnout” o el desgaste profesional. E Álvarez Gallego, L Fernández Ríos - Revista de la Asociación ..., 1991 - revistaaen.es
2. Síndrome de burnout en la práctica médica .R Carrillo-Esper, K Gómez... - Medicina interna de..., 2012 - academia.edu.
3. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario JC Atance Martínez - Revista española de salud pública, 1997 - [Scielo Public Health](http://ScieloPublicHealth).
4. La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010.

Capítulo 277

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ

CRISTINA MOHEDANO CASTILLO

IRENE ESPINOSA ESCRIBANO

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que aparece al igual que el mal de Alzheimer afectando al sistema nervioso central. La enfermedad de Parkinson es una enfermedad progresiva que quizá tenga mejores resultados de tratamiento que el Alzheimer, aun así el Parkinson va a producir una serie de manifestaciones clínicas, debido a que hay una deficiencia de un neurotransmisor llamado Dopamina, el cual es el responsable en gran parte de esas manifestaciones, algunos casos de Parkinson son de origen genético.

En las etapas iniciales del Parkinson aparte del temblor de brazos, manos, piernas mandíbula y cara, suele haber una lentitud de los movimientos (Bradicinesia).

También se observa una progresión de rigidez de los miembros y del tronco, como desequilibrio de la marcha y de la coordinación.

Conforme va progresando la enfermedad el paciente empieza a no poder controlar sus actividades de la vida diaria básica ni la instrumental, lo que provoca una dependencia muy rigurosa.

A nivel psicológico el paciente se encuentra deprimido, con problemas para conciliar el sueño, o dificultades importantes para masticar, deglutir e inclusive al hablar. Una de las pruebas de diagnóstico que se suele realizar es mediante la Tomografía por emisión de positrones (PET) al igual que la Resonancia Magnética, revelan daños en la corteza cerebral.

Los tratamientos han evolucionado mucho con respecto de hace años, aun así cada paciente tendrá una diferencia de tratamientos o tratamientos individualizados, aunque la mayoría de ellos se basan en compensar la pérdida del neurotransmisor Dopamina que no logra curar la enfermedad, pero sirve para controlar los síntomas de la enfermedad de Parkinson, existiendo cuatro alternativas de tratamiento farmacológico:

Como la Levodopa como fármaco de acción directa para el paciente

Fármacos potenciadores de la Levodopa, incluyendo como fármacos de segunda línea anticolinérgicos. Hoy en día hay ensayos clínicos que no están totalmente puestos en marcha que consiste en la implantación del cráneo de un neuroestimulador que produce una estimulación eléctrica a nivel cerebral bloqueando las señales que causan los síntomas incapacitantes.

No debemos de olvidar la familia del paciente de Parkinson, ya que es una de las figuras fundamentales a la hora de poder dar los cuidados necesarios cuando el paciente se encuentra en el domicilio y de que estos deben de saber a cerca de la enfermedad que el paciente tiene para valorar si debe acudir a visitar al médico.

2 Objetivos

Exponer la importancia del técnico en cuidados de enfermería ante pacientes con Parkinson

3 Metodología

Hemos hecho una búsqueda en diferentes páginas web acerca de la enfermedad de párkinson, así como en diversas bases de datos como Medline, asociación per-fetti, clinical key, PubMed, Scielo y Google académico, además hemos buscado en libros de enfermería y en revistas de enfermería a cerca de los cuidados y planificación de los cuidados. Así como consultas en estadísticas de diferentes patrones de la enfermedad según población.

4 Resultados

Podemos decir que la enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa, de transcurso lento e incapacitante con una serie de manifestaciones clínicas provocando dicha dependencia, con el transcurso de la enfermedad el paciente va a demandar más cantidad de cuidados que se harán o bien en el domicilio o a nivel asistencial en un hospital o en una institución todo ello referido a la higiene, alimentación, medicación, todo ello va a depender del grado de la enfermedad, ya que hay pacientes con esta misma problemática que tienen un grado de la enfermedad no muy severo los cuales se les potencia el autocuidado para que ellos se sientan valorados. Con respecto a la familia es uno de los grandes apoyos para esta enfermedad y son los que van a evitar en la mayoría de posible los problemas arraigados de la enfermedad como son caídas innecesarias, control de la medicación, aseo e higiene, etc.

La farmacología que se le aplica a estos pacientes ha evolucionado significativamente, el fármaco de elección es la Levopa, ya que mejora las vías dopaminérgica, así como fármacos de segunda elección los fármacos anticolinérgicos. Los TCE a nivel hospitalario y a nivel de instituciones son los profesionales que se encargarán de la evaluación del proceso de la enfermedad, evaluando desde el principio las necesidades integrales del paciente. Con respecto al diagnóstico de la enfermedad, no hay un claro diagnóstico para poder enfocar la enfermedad desde un principio, lo más habitual es que se hagan PET, TAC, etc. con el propósito de ver las zonas afectas de la corteza cerebral.

Aparte de todo lo expuesto anteriormente es importante el apoyo del paciente a lo que se refiere a nivel emocional con profesionales que intenten trabajar la adaptación psíquica y emocional del paciente de Parkinson para que no se vea mermada su capacidad intelectual y emocional.

Para terminar debemos decir que la intervención de los logopedas para esta patología es esencial para que el paciente les enseñen a poder articular las palabras al igual que los fisioterapeutas que hacen una labor estupenda a la hora de controlar la rigidez que les provoca la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En la enfermedad de Parkinson, como todas las enfermedades neurodegenerativas, es importante que se haga una profilaxis de las mismas en la medida de lo posible para que no avance la enfermedad o para que se pueda controlar sin aparecer esta, por desgracia la mayoría de este tipo de enfermedades no se sabe la

etiología que las produce sobre todo el Parkinson del cual nos estamos refiriendo. Algunos científicos, médicos y otros expertos nos hablan que el ejercicio físico regular produce efectos beneficiosos y que retrasan la aparición de la enfermedad de Parkinson.

Es importante detectar las primeras fases de la enfermedad de Parkinson para que no evolucione de forma considerable, detectando los signos y los síntomas desde el principio. Al ser una enfermedad dependiente a lo largo de su trayectoria patológica, el paciente necesita de una serie de profesionales que les va a derivar hacerles una asistencia integral de su patología, pero mientras tanto no ocurra eso, es el paciente el que deberemos empezar desde una fase temprana con el autocuidado incluyendo la familia como base de toda la asistencia y educar a estos en todo lo que se refiere al conocimiento de la enfermedad, vigilando de los cambios que puedan presentar estos en cualquier momento.

Referente a la medicación y a los últimos avances en la medicina se está llegando a un buen puerto, intentando colocar neurotransmisores en la corteza del cráneo para bloquear los síntomas del paciente.

6 Bibliografía

- 1.- European Parkinson's Disease Association. www.epda.eu.com.
- 2.- <https://conoceelparkinson.org/cuidados/recomendación-libros-parkinson/>
- 3.- Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados FE Micheli - 2006 - books.google.com
- 4.- Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson J Tapia-Núñez, P Chaná-Cuevas - Rev neurol, 2004 - researchgate.net
- 5.- Características neuropsicológicas de la enfermedad de Parkinson F Ostrosky-Solís - Rev Neurol, 2000 - aemep.mex.tl

Capítulo 278

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCE) Y EL AUTISMO O TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

IRENE ESPINOSA ESCRIBANO

ALICIA MARÍA RAMÍREZ MUÑOZ

CRISTINA MOHEDANO CASTILLO

1 Introducción

El trastorno del espectro autista o TEA, engloba un amplio conjunto de trastornos caracterizado por unas deficiencias que persisten como es la comunicación y en la interacción de diversos contextos, que van unidos de diversas formas restrictivas y de repeticiones del comportamiento. Los rasgos suelen aparecer en las primeras fases, aunque pueden no manifestarse en su totalidad hasta que hay un desarrollo social más demandado o bien se esconde por estrategias que va aprendiendo el niño.

Supone también uno de los problemas sociosanitarios más importantes en España y que suele aparecer en los primeros años de vida, manteniéndose para el resto de su vida. El primer TEA aparece en 1908 como el síndrome de Heller, la palabra “Autismo” fue descrita por Eugen Bleuler, pero fue Leo Kanner quien abre puertas a la teoría del “Autismo” diciendo que son trastornos que afectan al sistema nervioso implicando las áreas cerebrales de la comunicación e interacción social y la flexibilidad del pensamiento y de la conducta. Los investigadores

hablan que hay un gen involucrado en el “autismo” el gen HOXA1, que además siguen estudiando por otras variantes que se pueden hallar en dicho gen.

Diremos que cabe destacar que es un trastorno que afecta bruscamente a la calidad de vida del niño y a la de la familia, llevando una carga la misma acerca de la enfermedad, ya que el tiempo que se dedica a estos niños en cuidados y otras actividades de la vida diaria es muy prolongada, llegando a tener un gasto socioeconómico elevado que no todos los familiares se pueden permitir, existiendo ayudas sociales para este tipo de pacientes, con respecto a nivel psicológico diremos que tiene un gran compromiso directo con el autismo, por eso es de enorme importancia que el personal de enfermería y el personal médico se vean involucrados en los cuidados y en las actividades que se programen para llevar una mejor respuesta a nivel social y psicológico tanto al paciente como a la familia ayudando a esta en dar pautas necesarias para resolver problemas derivados del trastorno como ayudar al niño de una forma competente mediante habilidades y estrategias.

En estos años la prevalencia del TEA ha sido un caso por cada cien niños en Europa. No todos los TEA tienen el mismo grado de severidad, existiendo tres niveles:

Nivel 1 necesitan poca ayuda.

Nivel 2 necesitan una notable ayuda.

Nivel 3 necesitan una gran notable ayuda para todo.

Cabe decir que el personal de enfermería (Enfermeras y TCE) cuenta con pocas nociones para poder tratar a este tipo de niños con este trastorno, aunque se vean involucrados con ellos se debe hacer una formación de estos profesionales con el fin de adquirir nuevos conocimientos y nuevas habilidades sociales que se transmita al paciente y a la familia. Tanto la Enfermera como el TCE, tienen un papel importante en la recogida de datos que les llame la atención, como las capacidades que tiene este paciente con este trastorno. Con respecto al diagnóstico debemos decir que se basa en pruebas complementarias y genéticas, así como la clasificación psiquiátrica del DSMV y el tratamiento la gran mayoría de las veces es mediante psicoterapia cognoscitiva y fármacos (ansiolíticos, antidepresivos tricíclicos o ISRS, anticonvulsivos, etc).

2 Objetivos

Hacer diferencias de clasificación de los distintos niveles de autismo, para poder aportar actuaciones y planificaciones con el personal de enfermería, en el manejo de habilidades con los niños autistas según el grado, así como realizar sesiones de

enfermería enfocadas a los cuidados básicos según las necesidades de cada uno de estos pacientes en el ámbito hospitalario, intentando orientar a la familia de los aspectos que deben tenerse en cuenta a la hora de tratar con ellos.

3 Metodología

Hemos buscado bases de datos científicas como: Scielo, Dialnet, Medline, así como en el buscador Google Académico sobre artículos científicos relacionados con el tema a tratar. Se han buscado palabra clave como Autismo, cuidados de enfermería, intervenciones y habilidades sociales y comunicativas a cerca de la enfermedad.

4 Resultados

Comentaremos que la mayoría de los casos de TEA, son de causa desconocida y que se debe prestar atención a las necesidades de estos pacientes dependiendo de los grados de afectación autista.

Podemos distinguir un grado primario o de poca necesidad de ayuda, donde el personal de enfermería va a enfocar los cuidados a las habilidades sociales a las intervenciones del autocuidado siempre y cuando el paciente las pueda realizar. En el grado primario podemos hacer una valoración entre los síntomas más o menos graves que presenta el paciente en esos momentos, para poder trabajarlos en conjunto con la familia y el personal de enfermería. En este grado primario se puede incluir el síndrome de Asperger o autismo infantil que afecta a la interacción social, comunicación verbal y no verbal.

Por otro lado, el autismo secundario no se percibe desde el nacimiento como en el caso del autismo primario, que puede estar causada por múltiples factores como infecciones, trastorno genético o bien por algún tipo de trastorno metabólico (diabetes gestacional), consumo de drogas, sufrimiento fetal. La evaluación del TEA debe hacerse desde el grupo multidisciplinar (facultativos, psicólogos, enfermería (Enfermeras TCAE) Terapeutas Ocupacionales, Trabajadores Sociales) que va a poner en marcha una serie habilidades sociales al respecto junto con el tratamiento apropiado para aminorar los síntomas y los signos de la enfermedad, así como el apoyo familiar y las pautas que se acuerden en el equipo multidisciplinar para este tipo de pacientes.

Las intervenciones que el personal multidisciplinar ofrece a la familia es:

- Terapia familiar

- Información de la enfermedad
- Ofrecer terapia en el entorno
- Prestar apoyo emocional
- Potenciar la socialización
- Apoyar al cuidador principal
- Apoyar en la toma de decisiones

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la enfermería (Enfermeras y TCE) tienen un papel muy importante en la detección de los TEA, haciendo controles tanto a nivel de la asistencia especializada como a nivel de la asistencia primaria de salud.

No debemos de olvidar que para estos pacientes el trabajo en equipo es fundamental, como para la familia también, ya que de ellos va a depender del buen funcionamiento del apoyo emocional del niño, de la socialización así como en la toma de decisiones en los niños con TEA. Desde el punto de vista profiláctico España es uno de los países que se encuentran con un déficit de detección precoz de la enfermedad, debemos decir que la patología se encuentra en la búsqueda de nuevos tratamientos médicos, así como otras posibilidades de diagnóstico precoz, educadores especializados en la patología, con lo que ahora se hace con el personal de enfermería y la familia.

El diagnóstico de TEA, es de gran preocupación para los padres, viéndose afectados por muchos motivos tanto a nivel laboral, como a nivel de las actividades de la vida diaria, llegando a padecer el síndrome del cuidador quemado, ya que no hay soluciones para algunas conductas de esta enfermedad, teniendo que asistir a los familiares a nivel psicológico y de enfermería para poder ayudarlos en su quehacer diario con estos pacientes.

6 Bibliografía

- 1.-Intervenciones de Enfermería en niños con trastornos del espectro autista (TEA) y sus familias. Landa Seco.2019
- 2.- Propuesta de actividades de Enfermería dirigida a padres de hijos con trastornos del espectro autista desde el enfoque de la consulta de Enfermería de salud mental en atención primaria.2018
- 3.-DSMV 2017
- 4.- Desarrollo Normal y Autismo. Orientaciones para la intervención educativa.2001

5.- Autismo: identificación e intervención temprana. Acta Neurol Colomb, 22(2), 97-105.

Capítulo 279

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN INGRESO HOSPITALARIO

VANESA INIESTA PULIDO

MARIA JOSE ESCOBAR CARRETERO

1 Introducción

Los cambios de la población, con un incremento de envejecimiento de la población y una esperanza de vida mas larga frente a la poca natalidad que sufre España.

Está creando una dependencia sobre todo en el ámbito sanitario, si así es y esto conlleva aún aumento de la demanda de la asistencia sanitaria.

Ya que esto conlleva a personas con mas patologías, que necesitan muchas veces estar un gran número de días hospitalizado he incluso meses.

Por todo esto el auxiliar de enfermería realiza una labor claramente imprescindible en ámbito sanitario, ya es una de las primeras que realizan el encuentro con el paciente al ser ingresado tanto en el proceso en urgencias, uci, como en planta.

Por ello el primer encuentro con el profesional sanitario en este caso el auxiliar de enfermería, es importante para valorar la actitud que presenta el paciente y los familiares que le acompañan en el proceso de ingreso al hospital y así ir valorando el grado de satisfacción.

Por ello, la comunicación que establecemos en el proceso de admisión, nos ofrece grandes oportunidades para realizar una relación de confianza y nos facilita una

comunicación para la que paciente se integre mas cómodamente al entorno hospitalario, ya que eso va a crear grandes cambios en su día.

2 Objetivos

Describir las funciones del TCAE ante pacientes ingresados en el centro hospitalario

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo, se ha realizado una investigación consistente, sobre la literatura científica existente así como una revisión de los protocolos de actuación de diferentes centros hospitalarios de castilla la mancha y las normas de actuación de los centros que serializan actualmente en la actualidad.

4 Resultados

En resultado del trabajo de auxiliar de enfermería del día a día consiste en unas pautas diarias ante el paciente que es ingresado en planta como en UCI, Quirófano.

Cuando en paciente ingresa y se le asigna una habitación le informaremos de las normas de visita, horario de comidas tanto a él como a sus acompañantes, para que su estancia sea lo mejor posible.

Como norma general si el paciente no se puede asear solo realizaremos un aseo diario y si el paciente es reacio a realizarlo in tentaremos explicarle que es un beneficio para él y para la salud del entorno

Tomaremos temperatura diaria para llevar una un registro y evaluar si hay algún cambio durante su estancia

Vigilaremos su estado de ánimo por si hay que comunicar alguna anomalía

Vigilaremos deposiciones y la frecuencia que las realiza

Si precisa se recogerá la orina para su control, llevándole al paciente los utensilios necesarios para su recogida.

Se le repartirá desayuno comida etc. Y comprobaremos que puede realizarlo solo si no tendremos que ayudarle.

Si durante el día se realiza un alta del paciente realizaremos la recogida de todos lo que el paciente ha utilizado en su ingreso y posterior comunicar al servicio de limpieza.

Si el paciente tiene alguna prueba o tiene que ir a quirófano para una operación se le prepara para ello.

Una gran labor de auxiliar de enfermería que también realiza en el quirófano como en UCI.

El papel del auxiliar en quirófano también es muy importante porque es un proceso que requiere preparación unas de las tareas que realiza junto con enfermería. Recibir al paciente darle apoyo ante esta situación desconocida para él, ya que está solo y sin acompañante de su entorno, También realiza actividades como.

Proporcionar material necesario para la cirugía.

Limpiar material que se utiliza para la anestesia.

Si el paciente lo requiere le atenderemos y notificaremos alguna anomalía al equipo quirúrgico.

Colaboramos en poner la placa del bisturí.

Una vez concluida la operación recogeremos materiales para su limpieza y esterilización.

Limpiar y desinfectar la mesa quirúrgica y utensilios móviles y materiales utilizados.

Poner sabanas en la mesa quirúrgica una vez limpiada.

Ayudar a enfermería a ordenar el material estéril y colocarlo en su sitio habitual.

Una parte de ingreso hospitalario también sería la UCI, no solamente en planta hospitalaria y es ahí donde el auxiliar junto con el equipo médico y enfermería juega un papel dentro de la pirámide hospitalaria.

Ya que el auxiliar tiene asignadas un protocolo de actuación tanto para el paciente como en el entorno de trabajo, es así que su labor también es importante.

Como, por ejemplo:

Aseo del paciente cambios de postura si es necesario, vigilar signos vitales.

Limpieza de instrumental que se ha utilizado y llevar a esterilizar.

Limpieza de carro de enfermería.

Comprobar que no falta ningún medicamento.

Reponer material necesario en la zona de almacenamiento.

Indicar al familiar zonas de las instalaciones y horario de visitas.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería forma parte de un equipo dentro de los centros hospitalarios con una labor importante ante el ingreso de un paciente que está hospitalizado.

Por qué la estancia en el medio hospitalario puede ser corta, pero en la mayoría de los casos son muy largas.

Y se llega a realizar un vínculo paciente y auxiliar, ya que nosotros intentamos cubrir las necesidades que el paciente necesita en ese momento tanto físicas como de afecto en esos momentos de incertidumbre, miedo y a veces tristeza que le puede generar su estancia en el hospital fuera de su medio habitual.

6 Bibliografía

Audio- videos.

Revistas científicas

Capítulo 280

ASEO PACIENTE, GESTIÓN Y REALIZACIÓN Y FUNCIONES PERSONAL ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

ADYS ARVELO DEL RÍO

NATALIA ABIETAR RUIZ

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

1 Introducción

Las necesidades se encuentran organizadas en un orden prioritario y las necesidades básicas son la base de la pirámide para satisfacer las demás.

La palabra, higiene es el conjunto de técnicas o métodos que se ocupan de controlar la salud de los seres humanos y prevenir cualquier tipo de enfermedades asociadas al término higiene.

El término salud es el estado completo de bienestar físico y mental de la persona.

La higiene tiene como objetivo: mejorar, prevenir y conservar la salud del paciente y así evitar cualquier tipo de lesiones o infecciones que le puedan producir daño a su salud e igualmente a la nuestra.

El estudio de la higiene tiene como prioridad conservar la salud del individuo y evitar las enfermedades que puedan aparecer ya sean en hospitales, residencias o domicilios

Las necesidades básicas, satisface el bienestar físico, mental y social del individuo.

Los objetivos a tener en cuenta son los siguientes:

Respetar la intimidad de la persona, y tener en cuenta su opinión a la hora de cualquier decisión a tomar sobre su persona siempre intentar mantener el bienestar adecuado con el cuidado del paciente y sus familias sean capaces de llevar a cabo estas actividades por sí mismos.

Reeducar al paciente y familiares para realizar una higiene óptimo

2 Objetivos

Explicar el procedimiento para llevar a cabo una correcta higiene, al igual saber identificar el paciente (autónomo, no autónomo, encamado).

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha obtenido dicha información de diferentes páginas como: PubMed, Scopuss, y se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google Académico con los siguientes descriptores. "Higiene", "Aseo", "Paciente", así como la búsqueda bibliográfica a través de revistas científicas y libros sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Los pasos a seguir son:

En adulto no autónomo: el TCAE y enfermería aplicarán los protocolos establecidos en las unidades tales como plantas hospitalarias, residencias, centros o domicilios donde se encuentre el paciente.

Cuidados matutinos:

Despertar al paciente, siempre dependiendo del enfermo y de su estado, una vez despierto se le acompañara al aseo y se le proporciona la cuña o botella, en caso de que el paciente este encamado, el aseo se realizara en la cama, si la persona

lo puede hacer solo, le daremos el material para que el mismo lo realice bajo supervisión del TCAE.

Material que utilizaremos:

- Toalla, esponja desechable jabonosa, gel de baño (pH neutro), peine o cepillo, ropa personal, colonia, cepillo dental y pasta dentífrica.

Cuidados tarde-nocturnos:

- Comprobaremos que la ropa de cama esté limpia y sin arrugas.
- Lavaremos cara, boca y manos antes de dormir.
- Intentar crear un ambiente relajado y tranquilo para el bienestar del paciente.

El adulto autónomo: Los objetivos a alcanzar son prevenir lesiones o alteraciones e infecciones en la piel. Y proporcionar el bienestar físico y psíquico del paciente. Observar y valorar la frecuencia de la higiene en general.

Le daremos el material que necesite e indicarle que no se encierre la puerta del baño para evitar posibles caídas.

Examinar si las medidas higiénicas que el paciente ha realizado han sido eficaces.

Registrar las incidencias del paciente.

La higiene del enfermo encamado: mantener la piel en buen estado.

Prevenir infecciones, colaborar en la comodidad y bienestar físico y psíquico, estimular la circulación sanguínea, promover el tono muscular adecuado, contribuir en una buena educación del paciente y familia del tema de los cuidados de higiene.

El material que utilizaremos será: ropa limpia de cama, toallas, ropa del paciente 2 palanganas, 1 jarra, cuña, neceser de higiene personal, preparar un carro con ropa sucia, guantes no estériles, esponja, gel y su afeite y pañales (si fuera necesario), crema hidratante, gasas estériles, suero fisiológico, pijama o camisón limpio, bolsas para ropa sucia y basura, registros de enfermería.

Preparación del material:

Las manos siempre se lavarán, nos pondremos los guantes y se procederá a preparar el material que utilizaremos en la habitación del paciente.

Preparación del paciente: Siempre se informará del procedimiento a realizar, y mantener intimidad del paciente.

Le informaremos del procedimiento y se colocará en la posición más adecuada dependiendo de su patología (normalmente decúbito supino), solicitar la colaboración del paciente.

La temperatura del agua oscilará entre 35°C y 36°C.

Temperatura ambiente de la habitación será de 24°C a 25°C, evitar posibles corrientes de aire en dicha habitación.

La ejecución o proceso del aseo será diferente en planta que en ucis o en urgencias, en ucis nos ayudara el o la enfermera debido al estado crítico del paciente. El aseo en paciente encamado: Quitar la ropa de la cama, menos la sabana superior, quitaremos el pijama o camisón al paciente, pero lo taparemos con la sabana encimera salvo las zonas a lavar.

La ropa sucia se introducirá en bolsas destinadas a ello (nunca se tirará en el suelo), comprobar la temperatura del agua, lavar la cara siempre siguiendo un orden: primero ojos, nariz y orejas. Se limpiarán por fuera y seguiremos con el cuello enjuagaremos y secaremos siempre a la hora de enjabonar serán movimientos suaves y circulares.

El secado se hará con pequeños toques y no arrastraremos para evitar posibles lesiones en zonas de riesgo de la piel.

Continuaremos con los brazos desde la muñeca hasta la axila, se le acercará la palangana al paciente una vez que este incorporado y meteremos sus manos y si puede que se las lave él, si no puede lo haríamos nosotros.

Cambiar el agua, jabón y esponja. Lavar el tórax, importante a la hora de lavar y secar en los pliegues submamarios en especial en mujeres.

Una vez acabado procederemos a enjuagar y secar y se le cubrirá con una sábana, a continuación procederemos a lavar el abdomen hasta las ingles, mirando el ombligo por si hubiera suciedad en él.

Para acabar continuar con piernas y pies, secar bien y además mucho cuidado con el secado en espacio interdigital.

Para lavar genitales cambiaremos esponja, agua etc.

El lavado de boca: La realizará el TCAE en la cavidad bucal (lengua, dientes, encías, paladar, labios), si la persona no puede realizar esta función estas serían las medidas para proporcionar una buena higiene bucal.

Para mantener una buena higiene de ojos tomaremos una medidas a seguir que realizara el TCAE e intentaremos la cooperación de la familia.

El principal objetivo tener una buena higiene y el aseo para tener los ojos limpios, húmedos y así evitar posibles ulceraciones.

La higiene de los genitales es el conjunto de medidas que realiza el TCAE para conservar limpia y en buen estado la piel de la zona perineal, cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

Los objetivos:

Mantener limpios los genitales del paciente, prevenir y evitar ulceraciones, contribuir al bienestar y comodidad del paciente.

La higiene de los pies es el conjunto de medidas que realiza el personal el TCAE dirigidas a cuidar los pies, cuando este pueda presentar algunas limitaciones para

hacerlo por sí mismo, los objetivos son, mantener los pies limpios. Las uñas debemos de tener unos cuidados como son el aseo e higiene de las uñas. Los objetivos a tener en cuenta son una buena higiene y aspecto de las uñas y así evitar posibles infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones de enfermería es un pilar fundamental del cuidado que estos presentan.

Donde estos cuidados se despeñan en lugares críticos, donde el principal objetivo es la realización de una buena higiene y obtener buenos resultados.

Los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Crítico tienen varias necesidades como pueden ser: de comodidad física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental.

Estos cuidados tienen que ser resueltos por TCAE como principales cuidadores del paciente en un entorno hospitalario como también pueden ser en residencias, centros o domicilios.

Los TCAE deben asegurarse que las necesidades de higiene del paciente se cumpla al igual siempre mantendremos la intimidad del paciente.

6 Bibliografía

1. Gallego T.C., Rangil P. R., Ruiz F.M., de la Cuesta Y. C., & Lizcano M. T. (2002) Frecuencia de eventos durante el aseo del paciente crítico. *Enfermería intensiva*, 13(2), 47– 56.
2. Darvishi Khezri, H., Haidari Gorji M. A., & Gorji H., (2013). Comparación de los efectos antibacterianos de aseos bucales con matrica, Persica y gluconato de clorhexidina en pacientes UCI con ventilación mecánica: ensayo clínico doble ciego y aleatorio . *Revista clínica de infectología* 30 (4), 361, 367.
3. Ordoñez González G, J., (2009). Técnicas de aseo perineal femenino (Bachelor's thesis).
4. Llatas F. P., Pujalte B. F., Areosa L, A., & Prieto J. R., (2013). Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enfermería dermatológica* , 7 (18) 14, 25.
5. Cordova Leiva, B. I. (2009). Técnicas de baño de esponja del paciente geriátrico encamado (Bachelor's thesis)

Capítulo 281

INTERVENCIONES EN EL SONDAJE VESICAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

ADYS ARVELO DEL RÍO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

NATALIA ABIETAR RUIZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica considerada invasiva, consiste en la inserción de una sonda por la uretra hasta la vejiga de la orina a través del meato uretral, cuya función será la de drenar la orina al exterior siempre que sea estrictamente necesario.

Se encomienda el uso de una sonda vesical:

- Incontinencia urinaria.
- Retención urinaria.
- Recoger de muestras estériles para su posterior análisis en el laboratorio.
- Cirugía de próstata o de los genitales.

- Afecciones como esclerosis múltiple, lesiones de la médula espinal o demencia.
- Administración de medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos.
- Para evacuar la vejiga antes de una intervención.
- Para la práctica de lavados vesicales.
- Para efectuar un balance de líquidos.

Existen causas en las que el sondaje vesical está excluido, como modificaciones anatómicas del tracto urinario y cuando hay sospecha de rotura uretral.

También existen problemas coligados al sondaje vesical, que son las infecciones del tracto urinario, siendo una de las enfermedades nosocomiales más frecuentes. Cuando el paciente que requiere ser sondado sea un varón, es preferible poner un colector a una sonda vesical, ya que se le evitarán muchas molestias además de infecciones.

Un colector es una variedad de preservativo, pero con dos aperturas. La apertura más pequeña se enlaza a la bolsa de orina.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Exponer la acción correcta en la colocación, mantenimiento y retirada de un catéter vesical.

Objetivos secundarios.

- Describir cómo conseguir una adecuada evacuación de la orina.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre libros científicos existentes, para encontrar las mejores evidencias y los mejores resultados destinados a conocer el procedimiento para realizar un sondaje vesical. Se ha consultado Google Académico y distintas bases de datos: PubMed, Medline Plus, Scielo.

4 Resultados

Existen tres maneras de técnicas de inserción tal como las utilizan en la EAUN (European Association of Urology Nurses):

- Técnica estéril: todo el material es por supuesto estéril y la colocación de la sonda se ejecuta con bata y guantes estériles. Es decir, la condición que se dan en un quirófano.
- Técnica aséptica: el catéter y los guantes son estériles. Es la que se efectúa el personal sanitario (en hospitalización, urgencias).
- Técnica limpia: si la técnica aséptica no es posible, el catéter será estéril, pero no se necesitarán guantes. Es la que realizan los pacientes y/o los cuidadores en el domicilio.

Los tipos de sondas vesicales son:

- Sondas de una vía:
 1. Robinson: es una sonda rígida utilizada para sondajes únicos o intermitentes, se emplea para la obtención de una muestra de orina.
 2. Pezzer: es una sonda semirrígida, su implantación es quirúrgica, se utiliza para drenaje renal y suprapúbico.
 3. Malecot: es una sonda semirrígida, su implantación también es quirúrgica.
- Sondas de dos vías: Son flexibles, la más monopolizada en clínica es la de Foley y también las hay de silicona. La Foley se cambia cada 15 o 20 días y las de silicona pueden permanecer puestas hasta tres meses.
- Sondas de tres vías: Se utiliza la sonda Foley y se denominan sondas de lavado continuo. Se utilizan cuando hay una gran hematuria con existencia de coágulos. Debe seleccionarse el calibre adecuado a cada paciente. El calibre será mayor cuanto mayor sea el número de la sonda. Cuando se sonda a una persona por primera vez se aborda utilizando un calibre pequeño, para no hacer tanto daño. Puede suceder, que cuando un paciente lleve demasiado tiempo con una sonda vesical puesta, la uretra se haya dilatado y pueda darse salida de orina por rebosamiento, es decir, que no se orine a través de la sonda, sino que además lo haga por el exterior de la sonda. Esto no significa que al paciente le haga falta una sonda de mayor calibre.

El material que preparará el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para que el personal enfermero practique el sondaje vesical es:

- Sonda o catéter vesical estéril del calibre adecuado.
- Guantes estériles para la enfermera.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica para higienizar la piel y las mucosas, que suele ser clorhexidina.
- Lubricante.
- Bolsa de orina y soporte para anclarla.
- Jeringa con suero.

- Recipiente estéril para la muestra de laboratorio.

Cuando el sondaje vesical se realiza en hombres el procedimiento es el siguiente:

- Explicar el procedimiento.
- Proporcionar la mayor intimidad.
- Colocar al paciente decúbito supino con las rodillas flexionadas y los muslos ligeramente separados.
- Lavarse las manos.
- El TCAE realizará la higiene genital. - La enfermera se pondrá los guantes estériles y lubrica el meato.
- El TCAE abrirá el envoltorio de la sonda y se lo dará a la enfermera.
- Una vez introducido el catéter en la vejiga, llenar el balón con agua destilada.
- Fijar la sonda al muslo con un apósito adhesivo.

Si el sondaje vesical se le practica a una mujer el procedimiento es el siguiente:

- Informar a la paciente.
- Proporcionar la mayor intimidad.
- Posicionar a la paciente decúbito supino con las rodillas flexionadas y los muslos ligeramente separados.
- Lavar con jabón la zona perineal (siempre de adelante hacia atrás) y secar.
- Aplicar lubricante.
- Cuando esté el catéter colocado introducir en el balón agua destilada.

Cuando se sonda a una persona es porque normalmente es el último recurso, ya que una sonda ocasiona demasiadas veces infecciones en el tracto urinario. El motivo de la no expulsión de orina puede ser debida por una situación de oliguria o de una escasa diuresis, deficientes medidas higiénicas o flujo retrógrado de la orina.

Para mantener una sonda urinaria en condiciones perfectas se debe:

- Lavar las manos siempre antes de manipularla.
- Limpiar con agua y jabón el meato urinario y las zonas próximas.
- Anotar la cantidad de orina de la bolsa.
- Cambiar la bolsa cuando sea preciso.
- Para la movilización de un paciente encamado y si es necesario cambiar la bolsa de lado en la cama, se deberá pinzar por el lugar más cercano al meato urinario y nunca se elevará por encima de la vejiga. Cuando se ha terminado la movilización se despinza de nuevo la bolsa.
- Se deberá realizar un cultivo de orina cuando la sonda lleve colocada más de cuatro días y se recogerá una muestra para urocultivo cuando se vaya a quitar la sonda.

5 Discusión-Conclusión

El cateterismo vesical se efectúa de manera frecuente por el personal de enfermería por lo que es significativo realizar la técnica correcta y mantener los cuidados convenientes para evitar complicaciones.

También es muy transcendental la función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el procedimiento del sondaje vesical, ya que es el encargado de colocar todo el material necesario para el sondaje y también de la adecuada higiene antes del sondaje como después para poder prevenir las posibles infecciones a la que los pacientes están vulnerables. Además, se ocupará de proporcionar la máxima intimidad y de crear un ambiente relajado, ya que muchos enfermos sienten pudor ante esta técnica.

6 Bibliografía

1. medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm.
2. oc.lm.ehu.es/Fundamentos/fundamentos/TecnicasCM/Sondaje%20vesical.PDF.
3. index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf.
4. Revistas Enfuro de la Asociación de Enfermería en Urología.
5. Base de datos PubMed.
6. Base de datos Medline Plus.
7. Libro Auxiliar de Enfermería Mc Graw Hill. www.mhe.es/cf/sanidad

Capítulo 282

LA PIEL Y LA APARICIÓN DE XEROSIS EN EL ANCIANO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

ADYS ARVELO DEL RÍO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

NATALIA ABIETAR RUIZ

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

1 Introducción

La piel es un órgano porque está dotado de varios tipos de tejidos dispuestos de una forma estructural para que funcionar juntos. Es el órgano uni-sensorial más extenso del cuerpo y tiene diversas funciones, algunas de ellas de una relevancia primordial para la supervivencia humana. Trabaja como barrera protectora ante los agentes infecciosos, ya que, forma parte de nuestro sistema inmune. La piel es también el primer órgano en envejecer y podemos ver sus cambios a medida que pasan los años, su aspecto es bastante peculiar al llegar a la vejez y la denominamos como “piel senil”.

La piel senil se especifica por tener un aspecto más rígido, translúcido, estar más seca e incluso rugosa o descamada puede también presentar grandes láminas

y como consecuencia suele provocar prurito. Existen gran variedad de condicionantes que influyen en la aparición de xerosis. La piel seca, sin embargo, no corresponde necesariamente a una piel enferma, aunque la prevención es importante, ya que esta resequedad puede derivar en otras complicaciones.

La piel nos admite relacionarnos con los demás, por eso es tan importante la estética en la época actual. Las personas que sufren patologías cutáneas pueden presentar problemas psicológicos de autoestima. Por esta razón el cuidado de la misma es importante.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer la relevancia del correcto cuidado de la piel.

Objetivos secundarios:

- Conocer las causas de las manifestaciones de la piel seca (xerosis).
- Exponer los condicionantes que influyen en la aparición de la piel seca.
- Reconocer y saber identificar la trascendencia de un tratamiento preventivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos Medline plus y Scielo, utilizando descriptores como las palabras clave piel, xerosis, piel senil, piel seca, envejecimiento.

4 Resultados

El envejecimiento produce transformaciones a nivel cutáneo de la epidermis, dermis e hipodermis de ahí que tenga un semblante distinto como ya se ha mencionado con anterioridad.

El término xerosis es la denominación en términos médicos para la piel seca.

Proviene del griego “xero” que significa “seco” y del término “osis” que significa “enfermedad”.

La xerosis cursa con modificaciones en la capa córnea de la piel y cambios en el metabolismo hídrico. La deshidratación acrecienta el riesgo de lesión en la piel por lo que la piel humectada es más cómoda y sanará más velozmente. Los grados

más intensos de xerosis derivarán en la aparición de un eccema denominado xerótico o craquelé, en el cual se observa la fisuración y el agrietamiento de la piel junto con un intenso prurito.

El prurito afecta al 52 % de la población mayor de 60 años, y la causa más frecuente es la xerosis ya referida. La xerosis se exterioriza en cualquier parte del sistema tegumentario, pero por lo general las zonas más habituales son la zona inferior de las piernas, la zona inferior de los brazos y los codos. Puede estar provocada por condicionantes endógenos (internos) como exógenos (externos). Más del 90 % de las personas adultas consideradas mayores tiene algún tipo de trastorno de la piel. Cuantos más condicionantes nos afecten, mayor será el riesgo que tendremos de aumentar la gravedad de la sequedad en nuestra piel. Los condicionantes internos son condicionantes genéticos que determinan nuestro tipo de piel mientras que los condicionantes exógenos son medioambientales, químicos y físicos.

Condicionantes internos:

1. Genética:

- Tipo de piel: normal, seca, grasa.
- Psoriasis, dermatitis atópica, insuficiencia renal, ictiosis, diabetes.
- Envejecimiento biológico.

2. Condicionantes externos:

- Tabaquismo.
- Ingesta de algunos medicamentos (tópicos, diuréticos, corticoides y laxantes).
- Alergias a plantas u otras sustancias.
- El clima y medioambiente o la radiación UVA.
- Prendas de vestir.
- Exposición a químicos domésticos e industriales.
- Calefacción.
- Nutrición.
- Estrés.

El paciente geriátrico no suele tener unas circunstancias de vida suficientemente óptimas ya que su estado nutricional no suele ser el correcto debido a ciertos condicionantes como son el mal estado de la dentadura, enfermedades causantes de pérdida de apetito, diarreas, vómitos o disfagia, e incluso, influir el tener un bajo nivel adquisitivo.

La piel se sustenta a través de la sangre y por este motivo es tan transcendental que en la senectud se tenga una buena alimentación.

Algunos estudios muestran que la piel seca aparece fundamentalmente por estas deficiencias:

- Carencia en los lípidos de la barrera dérmica y otros condicionantes naturales de hidratación.
- Carencia de acuaporinas (proteínas responsables del transporte de agua a las células).
- Carencia en la función de protección de la barrera cutánea.

Prevención:

También de unas rutinas de vida saludables, es importante evitar los condicionantes que contribuyen a la aparición de la xerosis para reducir el impacto de la piel seca y el requerimiento de tratamiento:

- Restringir el tiempo de exposición solar y utilizar crema solar protectora tanto en los meses cálidos como en los fríos.
- Utilizar cremas o lociones hidratantes a diario.
- Usar ropa protectora y sombrero cuando sea preciso.
- Utilizar ropa que no irrite la piel como fibras naturales como el algodón y la seda a excepción de la lana.
- Evadir el aire seco permaneciendo menos tiempo en el exterior cuando el clima sea cálido, árido o frío, y utilizar humidificadores en interiores cuando esté prendida la calefacción.
- Optar por duchas rápidas de agua templada y obviar las duchas prolongadas de agua caliente.
- Utilización de detergentes que estén libres de tintes y perfumes.
- Utilización de guantes para lavar los platos evitando así el contacto directo con el agua caliente y los detergentes.
- Acrecentar la ingesta de líquidos para la prevención de la deshidratación y complementarlo con una nutrición saludable.
- Evitar el consumo de tabaco.

5 Discusión-Conclusión

La piel va modificándose con la edad, la mayoría de los ancianos muestra xerosis o piel seca y finalmente terminando en descamativa, que se acentúa en el invierno con la reducción de la humedad ambiental. Pero hay cosas que se pueden hacer para evitarlo y siempre podemos establecer una rutina diaria de cuidado de la piel.

Es importante revisar la piel con asiduidad y si se observan cambios que le intranquilen o en caso de que las recomendaciones de cuidados personales no calman la sequedad ni el picor se debe asistir al médico especialista en la piel (dermatólogo) y este estimará el tratamiento indicado.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus (septiembre de 2020). «Xerosis». Enciclopedia médica en español. Consultado el 28 de septiembre de 2020.
2. MedlinePlus (septiembre de 2020). «Cambios en la piel por el envejecimiento». Enciclopedia médica en español. Consultado el 28 de septiembre de 2020.
3. elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-piel-senil-13055922.
4. olay.es/es-es/cuidado-de-la-piel/el-estilo-de-vida-y-la-pie.
5. [revistaacofar.com/mi-farmacia/dermofarmacia/xerosistratamientodermocosmetico-y-consejo farmaceutico](http://revistaacofar.com/mi-farmacia/dermofarmacia/xerosistratamientodermocosmetico-y-consejo-farmaceutico).

Capítulo 283

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

NATALIA ABIETAR RUIZ

1 Introducción

Las unidades de psiquiatría se encuentran dentro de los centros hospitalarios. Por ello están constituidas por elementos asistenciales designados al ingreso de los pacientes que requieran un tratamiento en régimen de hospitalización. Tratan los problemas relacionados con la psicología del enfermo y son muy importantes. Las funciones de estas unidades son:

- Ayudar a los enfermos psicológicos.
- Atención Psiquiátrica de interconsulta.
- Ayudan a los casos de urgencias en los hospitales.
- Docencia e investigación.

Teóricamente estas unidades deben de estar ubicadas en pisos bajos para que podamos reducir los riesgos y problemas secundarios que puedan surgir.

Las unidades psiquiátricas constan de:

1. Servicio de internamiento psiquiátrico.

Tienen que existir tres áreas perfectamente diferenciadas:

- Elementos asistenciales comunes a los demás servicios (lencería, office).
- Estancias adecuadas a tratamientos específicos que así lo requieran (sala de psicoterapia).
- Zonas especiales que surgen de las necesidades particulares de cada paciente (zona de reunión).

2. Servicio de urgencia.

3. Consulta psiquiátrica interdepartamental.

Ayudan a lo que conocemos como psiquiatría preventiva.

Con un equipo asistencial formado por Psiquiatras, Psicólogos, Diplomados de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Celadores, y una dimensión que facilite el ambiente terapéutico formado por camas, actúan en los centros hospitalarios, si bien puede abarcar más de una de estas en función de criterios de dimensionamiento

2 Objetivos

Identificar los cuidados que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) realiza con el usuario o paciente a tratar.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Las consultas psiquiátricas y la unidad de la que forman parte son muy importante en el ámbito de la sanidad hospitalaria. Por ello están constituidas por elementos asistenciales designados al ingreso de los pacientes que requieran un tratamiento en régimen de hospitalización.

La unidad de psiquiatría en hospitales, forman parte de la red de recursos del que dispone cada área de salud mental para dar respuesta a las demandas producidas

en la misma en sus tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. La creación de las unidades psiquiátricas, suponen numerosas ventajas como:

Mayor posibilidad de diagnóstico y tratamiento precoz.

Menos aislamiento de la comunidad y más fácil accesibilidad.

Contacto permanente de estrecha colaboración entre el equipo psiquiátrico y demás equipos multidisciplinarios.

El lugar donde se internan a los enfermos desarrollarán las siguientes funciones:

1. Atender en régimen de hospitalización, la demanda procedente de los Equipos de Salud Mental de los Distritos correspondientes y/o los Servicios de Urgencias del Hospital.

2. Atender en régimen de Inter.-consulta la demanda de salud mental procedente de otros servicios hospitalarios.

3. Participar en el diseño y colaborar en el desarrollo de programas de atención en la comunidad y el Hospital de pacientes con alto riesgo de hospitalización psiquiátrica.

4. Desarrollar actividades de formación continuada e investigación en Salud Mental.

La labor del auxiliar de enfermería se va a hacer primordial para que estas funciones, ya que los cuidados que estos ofrecen a los enfermos es crucial para el buen desarrollo de estas. Además, comentar que además de TCAE en esta área debe haber coordinadamente psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales, celadores y monitores, es decir un equipo que trabaje al unísono para que así se consiga un gran funcionamiento de dicha área.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como la figura sanitaria más cercana al paciente trabajará mano a mano con el resto del personal, garantizando una asistencia integral y de calidad al paciente, mostrando siempre su cara más afable y cercana para lograr que confíe y siga las pautas médicas con el fin de lograr su pronta recuperación. Es necesario ser conscientes de todos ellos para ver su evolución positiva, ya que con el paso de los años se ha conseguido convertir los manicomios en centros asistenciales con objetivos rehabilitadores claros, basados en la reintegración o reinserción social. La psicoterapia es, una vez más, una herramienta muy positiva en los cuidados, siendo por ello que se propone su implantación en distintos dispositivos asistenciales.

6 Bibliografía

1. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/CuidadosAPsaludMental.pdf.
2. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-enfermeria-de-salud-mentaly-la-integracion-del-paciente-en-la-sociedad-DDIMPORT-050540/>.

Capítulo 284

EL ESTREÑIMIENTO Y LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN SU PREVENCIÓN

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

NATALIA ABIETAR RUIZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

1 Introducción

El estreñimiento se define como patrón de defecación infrecuente (dos deposiciones o menos a la semana) o dificultosa.

Afecta a pacientes de edad avanzada con mayor frecuencia que a jóvenes, las personas con más de 65 años parecen de estreñimiento recurrente.

Con la edad se va ralentizando el tránsito fecal.

El estreñimiento se presenta cuando la masa fecal se mantiene en la cavidad rectal durante un periodo que no es el usual para el paciente.

- Cuanto más tiempo permanezcan las heces en el recto, más agua se absorbe y más secas se tornan las heces, de tal modo que se endurecen y son más difíciles de expulsar, algunas veces con dolor al defecar.

- Si el sujeto pospone varias veces el deseo de evacuar (defecación), la musculatura y la mucosa rectal se vuelven insensibles a la presencia de las heces.
- Al final se requiere un estímulo más intenso para producir el empuje peristáltico requerido para la defecación. El estreñimiento puede ser prolongado.
- El estreñimiento agudo, con un cambio definido en el patrón de eliminación intestinal, es a menudo causado por un proceso orgánico.
- Si este cambio de patrones persiste o se hace más frecuente o grave, ello puede deberse a la presencia de un tumor o de otro tipo de obstrucción parcial del intestino.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- El dolor abdominal y la distensión, indigestión, presión rectal, una sensación de vaciamiento incompleto y ruidos intestinales son indicadores de estreñimiento.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en la prevención del estreñimiento.

3 Metodología

Para este estudio se utilizó la metodología referente a una Scoping Review (revisión de alcance) a la vez que una revisión sistemática de la misma temática. También se basaron otras fuentes de información de Brunner & Suddarth (2013), Enfermería medicoquirúrgica (12^{ma} edición), Lippincott:Williams & Wilkins.

4 Resultados

CAUSAS

- Hay muchas causas de estreñimiento. Los medicamentos como los narcóticos, tranquilizantes y antiácidos con aluminio disminuyen la motilidad del intestino grueso y pueden contribuir con el estreñimiento.
- Las anomalías rectales o anales como las hemorroides o las fisuras pueden producir retraso de la defecación por el dolor relacionado.
- Las afecciones metabólicas o neurológicas como la diabetes mellitus, esclerosis múltiple, lupus eritematoso o esclerodermia pueden interferir con la innervación y el funcionamiento normal del intestino.
- El cáncer de colon puede provocar una obstrucción que evita el funcionamiento del intestino y ocasiona estreñimiento

- La ingesta baja de fibra dietética y líquidos reduce el volumen de las heces y produce estreñimiento.
- La disminución de la movilidad, debilidad y fatiga, en especial en los ancianos, atenúa la fuerza de los músculos utilizados para la defecación, lo cual aumenta la probabilidad del estreñimiento.
- El uso crónico de laxantes también puede contribuir con este trastorno debido a que los laxantes anulan la capacidad del intestino para reconocer el deseo de defecar.

PREVENCIÓN

- El ejercicio regular y la dieta alta en fibra y líquidos son las mejores medidas preventivas para el estreñimiento. Los laxantes se deben administrar sólo de modo ocasional para evitar la dependencia y las complicaciones.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- El dolor abdominal y la distensión, indigestión, presión rectal, una sensación de vaciamiento incompleto y ruidos intestinales son indicadores de estreñimiento.

COMPLICACIONES

- Varios problemas se pueden presentar con el estreñimiento. La impactación fecal puede aparecer cuando la masa fecal está tan seca que no puede expulsarse. La presión en la mucosa del colon por una masa de heces puede hacer que se desarrollen úlceras. A menudo exudan pequeñas cantidades de heces líquidas alrededor de la masa fecal y producen incontinencia o heces líquidas. La incontinencia se puede tratar con un medicamento antidiarreico, lo cual puede empeorar el estreñimiento si no se realiza una valoración minuciosa para descartar la impactación. El pujo para evacuar (maniobra de Valsalva) puede tener como resultado complicaciones cardíacas, neurológicas y respiratorias.
- Si el individuo tiene antecedentes de insuficiencia cardíaca, hipertensión o infarto del miocardio reciente, el pujo puede provocar rotura cardíaca y muerte.
- Las asas del colon dilatadas, conocidas como megacolon, pueden presentarse proximales a la masa fecal seca y obstruir el colon.
- Ocurre distensión abdominal y, en casos graves, se pueden palpar las asas intestinales a través de la pared abdominal.
- El abuso crónico de laxantes puede ocasionar atrofia de la mucosa del colon, engrosamiento muscular y fibrosis. Estas anomalías pueden causar perforación del colon y ameritar una colectomía de urgencia.

MANEJO DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA

- Anotar y vigilar signos vitales.
- Anotar y vigilar frecuencia del dolor.

- Anotar y vigilar la consistencia de heces fecales, ya sea color, olor y realizar una descripción de las mismas.
 - Educar a paciente y familiar la importancia de consumir líquidos, y consumir alimentos ya sean frutas, vegetales y fibras según la nutricionista.
 - Educar a paciente y familiar que si presenta cualquier complicación notificar a médico o recurrir a una sala de emergencia.
 - Educar al paciente sobre nutrición alta en fibra
 - Paciente debe estar NPO durante el procedimiento y una vez completado el tratamiento se comienza en líquidos claros
 - Debido a que el paciente en muchas ocasiones no presenta síntomas es importante conocer:
- Hábitos de evacuación.
 - Náuseas y vómitos.
 - Presencia de masa en el abdomen.
 - Molestias y dolor en abdomen.

5 Discusión-Conclusión

A la conclusión que podemos llegar después del estudio sobre el estreñimiento es que se debería llevar una dieta equilibrada, una buena hidratación y acompañarlo de Tratamiento quirúrgico es un tratamiento poco frecuente que se realiza de forma ejercicio físico.

Un buen estilo de vida saludable es la mejor prevención.

Sin embargo, pocos pacientes responderán a esta medida, el empleo de laxantes supone una alternativa a la dieta, sobre todo cuando la fibra de los alimentos no se tolera.

El estreñimiento no es una enfermedad, sino un síntoma subjetivo sobre el hábito defecatorio.

Nuestra opinión personal es que si todas estas pautas no son eficaces, la mejor opción es acudir a la consulta médica.

6 Bibliografía

Brunner & Suddarth (2013). Enfermería medicoquirúrgica . (12 ma edición). Lippincott:Williams &Wilkins

Capítulo 285

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

NATALIA ABIETAR RUIZ

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

1 Introducción

Una úlcera es una llaga o lesión que aparece en la piel o en un tejido de las mucosas a causa de una pérdida de sustancias y que no tiende a la cicatrización. La principal causa de su formación es la presión ejercida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos es esta. Por un lado, tenemos el plano duro que es el esqueleto y prominencias óseas, y el otro plano duro generalmente externos a él, que pueden ser: la cama, silla, calzado u otros objetivos.

Se insiste que la importancia de la presión y el tiempo de exposición determinada que la presión provoca necrosis tisular en poco tiempo y las bajas presiones necesitan de un tiempo de exposición mucho mayor.

Una UPP es provocada por la disminución del aporte de oxígeno y nutrientes en esa zona, ya que se produce un aplastamiento de los vasos sanguíneos.

Los factores de predisposición son todos aquellos factores que bien por la salud del propio paciente o por circunstancias externas a él, ayudan a la aparición de úlceras (UPP) se clasifican de la siguiente manera:

1. Factores Extrínsecos: son los que actúan en el organismo del paciente desde el exterior. Las más determinantes son:

- Presión.
- Fricción.
- Humedad.
- Tiempo.

2. Factores Intrínsecos: estos son los característicos propios del paciente, derivados o secundarios de la enfermedad.

Los más determinantes son:

- Pérdida de las funciones sensitivas y motoras.
- Disminución de la percepción.
- Falta de nutrientes.
- Déficit de oxígeno.

La piel consta de 3 capas: Epidermis, Dermis e hipodermis.

Y dependiendo del grado de Estadio puede afectar de diferente forma:

1. Indolora afectando a la epidermis y dermis.
2. Ya puede haber aparición de vesículas. Y comienza también a estar afectada por hipodermis.
3. Dolorosa, empieza a ser una escara y con forma de cráter. Y lo más destacado del estadio III es la necrosis o la muerte celular.
4. Daño muscular óseo o de otras estructuras.

2 Objetivos

Exponer la función del TCAE en la prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

Nos hemos basado en una metodología a partir de artículos relacionados con el ámbito hospitalario y el ámbito geriátrico.

De las escalas utilizadas y los % de porcentajes de las lesiones, son llevadas a cabo desde hace muchos años por profesionales como Doreen Norton, enfermera inglesa que ya en los años 50, demostró que el mejor tratamiento y prevención de las úlceras era eliminar la presión.

Evangelina Pérez De La Plaza licenciada en Medicina y Cirugía, además de médica es profesora y escritora donde las UPP entran en su temática en el libro Auxiliar de Enfermería.

También nos basamos en FLORENCE NIGHTINGALE, considerada la precursora.

4 Resultados

El objetivo principal del Técnico Auxiliar de Enfermería en la prevención de UPP es mantener un buen estado de la piel, ayudando a eliminar o disminuir la presión y vigilar el estado nutricional del paciente.

3 Metodología

Nos hemos basado en una metodología a partir de artículos relacionados con el ámbito hospitalario y el ámbito geriátrico.

De las escalas utilizadas y los % de porcentajes de las lesiones, son llevadas a cabo desde hace muchos años por profesionales como Doreen Norton, enfermera inglesa que ya en los años 50, demostró que el mejor tratamiento y prevención de las úlceras era eliminar la presión.

Evangelina Pérez De La Plaza licenciada en Medicina y Cirugía, además de médica es profesora y escritora donde las UPP entran en su temática en el libro Auxiliar de Enfermería.

También nos basamos en FLORENCE NIGHTINGALE, considerada la precursora de la Enfermería contemporánea.

4 Resultados

Como resultado de todos los estudios realizados en el ámbito sanitario para la prevención de UPP se deduce que los mejores tratamientos son:

Cuidados en la piel (hidratación, higiene).

Cambios posturales (utilización de almohadas, productos que alivien la presión).

Una vez sean desarrollados estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas UPP.

Según Norton, el cual realizo en 1962, invento una escala para valorar la población geriátrica y luego se extendió a todo tipo de pacientes.

Principalmente valorando 5 aspectos:

1. Estado físico general.
2. Estado mental.
3. Incontinencia.
4. Actualidad.
5. Movilidad.

La escala a menos puntuación mayor riesgo. Con menos de 14 puntos se aplica el protocolo de Úlceras Por Presión.

En pacientes encamados o con poca movilidad, la posibilidad de aparición de UPP se multiplica si el TCAE no realiza debidamente los cambios posturales.

Para ello existen varias posiciones:

1. Decúbito supino dorsal o anatómico:

Tumbado sobre la espalda con brazos y piernas extendidos. Riesgo de aparición de UPP en talón, sacro, codos, omoplatos, occipucio.

2. Decúbito prono o ventral:

El paciente está tumbado sobre el abdomen con la cabeza girada hacia un lado y las caderas no flexionadas. Riesgo de aparición de UPP en dedos de los pies, rodillas, órganos genitales, senos, acromion, mejilla, oreja.

3. Decúbito lateral:

El paciente se ha tumbado sobre un costado, alternando del derecho o el izquierdo.

Cuanto mayor sea la flexión de la cadera y la rodilla mayor estabilidad tiene la postura. Riesgo de aparición de UPP en maléolo, cóndilo, trocánter mayor, costillas, acromion, oreja.

Estas son las posiciones habituales para cambios posturales más frecuentes, existiendo otras para las patologías semiprono, trendelenburg, ginecológica, roser, antitrendelenburg, fowler o genopectoral.

5 Discusión-Conclusión

A la conclusión que podemos llegar después del estudio de las UPP, es que el equipo interdisciplinar bien sea hospitalario o en una residencia deben centrarse en varios puntos: en la alimentación, la hidratación, la higiene del paciente (hacer un aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise), cambios posturales(hacer los cambios posturales cada 2 horas, utilizar almohadas y productos que alivien la presión de la zona afectada), la realización de escalas, y los tratamientos farmacológicos adecuados.

Todas estas medidas preventivas pueden fallar llegando a la aparición de las UPP.

Ello llevaría al protocolo de curación dependiendo de cada Estadio.
Aquí entraría el personal de enfermería con la realización de curas.

6 Bibliografía

1. Libro de auxiliar de enfermería editorial Mc Graw Hill
2. Education. <http://www.ulceras.net>

Capítulo 286

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA LOS PACIENTES TERMINALES

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

NATALIA ABIETAR RUIZ

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

1 Introducción

Un paciente terminal es aquel que presenta una serie de características:

- Un pronóstico de vida inferior a seis meses.
 - Un diagnóstico de enfermedad confirmada, una enfermedad avanzada progresiva e incurable, no responde a ningún tratamiento específico, tiene presencia de numerosos problemas y síntomas intensos multifactoriales y cambiantes, produce un gran impacto emocional en pacientes familia y equipo terapéutico.
- Los cuidados que realizamos como personal sanitario serán de ayuda para personas con enfermedades que no tienen cura y están a punto de morir. El propósito es brindarles consuelo y paz.

Estos cuidados ofrecen:

-Apoyar al paciente y a la familia.

-Aliviar el dolor al paciente.

La precursora y fundadora de los cuidados paliativos es Cicely Mary Estrodesaunders, creo el movimiento Hospices. Considerado un movimiento que proporcionaba un tipo de cuidados especiales basados en el bien estar, confort y soporte a pacientes y familiares en las fases finales de una enfermedad terminal. Como equipo sanitario no debemos olvidar que paciente y familia forman un mismo núcleo inseparable, ya que para la familia también es un proceso muy impactante y para el equipo que le trata.

La asistencia es total, activa y continuada por un equipo profesional, la meta final es dar calidad de vida al paciente y a su familia sin intentar alargarla ni acortarla.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados por parte del TCAE a los pacientes en estado terminal en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Sea realizado una búsqueda exhaustiva sobre el tema de estudio consultando las bases de datos en revistamédica, (scielo), “google académico” y medline plus.

Para la selección de archivos se utilizan palabras clave como cuidados, paciente terminal, enfermedad avanzada, familia, dolor, calidad de vida y duelo.

4 Resultados

Las técnicas de cuidados forman parte del ser humano desde sus orígenes que ha ido evolucionando en el paso del tiempo en su forma y expresión. El personal sanitario proporciona un cuidado humanizado, independiente en cada paciente en su etapa terminal y a su familia para constituir una asistencia con calidad humanizada. Según la organización mundial de la salud (OMS) es una atención específica integral y activa que deben obtener los enfermos con una enfermedad progresiva, avanzada e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades. En el papel del TCAE es muy importante tener en cuenta las expresiones y ser muy cuidadoso con el paciente, respetando su dignidad de forma amable,

sensible, individualizada y atendiendo a los valores de cada persona comunicándonos eficazmente con habilidades de comunicación correctas para que nos entienda perfectamente el paciente y la familia, respetando la autonomía de cada persona, ya que es única y autónoma, con capacidad para tomar decisiones sobre sus opciones de tratamiento.

La tanatología es la ciencia encargada de encontrar sentido a la muerte está dirigido, no solo a instaurar entre el enfermo el tránsito de la muerte, su familia y el personal sanitario que lo atiende, un lazo de seguridad y cercanía, sino también esperanza y buenos cuidados que lo ayuden a morir dignamente (muerte adecuada).

El paciente en la etapa terminal es aquel que sufre una enfermedad sin esperanza ni posibilidad de recuperación, ya que la enfermedad no permite mejora alguna. Aparece la eutanasia que comprende dejar morir de forma no dolorosa y pacífica a personas que llevan mucho tiempo sufriendo y no tienen posibilidad de mejora alguna.

Existen unas etapas de duelo por las que pasan las personas hasta que vuelven a una etapa normal o de equilibrio tras la pérdida del ser querido.

La DRA. Kubler Ross describió las siguientes fases:

- Negación (la persona no admite la idea de la muerte).
- Ira (fase de protesta, rabia, ira).
- Negociación (negocia alguna solución posible).
- Depresión (pérdida de esperanza).
- Aceptación (el paciente deja de luchar por su vida desea paz y tranquilidad).

5 Discusión-Conclusión

El TCAE trabaja en conjunto con todo el personal sanitario para prestar una atención integral tanto emocional como física de manera continuada para proporcionar una mayor calidad de vida y confort a los pacientes terminales y a su familia.

El TCAE debe tener una comunicación clara, veraz y tranquilizadora dejando expresar sus sentimientos y emociones respetando sus creencias y valores protegiendo la intimidad y dignidad del paciente.

El TCAE garantizará y se asegurará de que el paciente reciba en todo momento los tratamientos médicos y farmacológicos con el fin de mejorar la calidad de vida y evitar el dolor en el enfermo.

6 Bibliografía

1ºArnold RM. Palliative care. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 3. [www.medlineplus.gov.01-18-2022](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36118222).

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>

2ºR. Buisán, J.C. Delgado. www.scielo.es.

Pamplona 2007. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008

3ºMORALES SOLIS, Lizett Ghiovana. PUENTE DEL PINO Lizeth. <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3288>.

Peru 2012 .http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/3288/1/TESIS%20EN568_Mor.pdf

4ºEva Maria Baragaño García. www.revistamedica.com.

30-01-2022. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos>

Capítulo 287

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ADYS ARVELO DEL RÍO

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

NATALIA ABIETAR RUIZ

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

Podemos definir la limpieza como la técnica de saneamiento que incluye acciones metódicas y programadas con una finalidad que es remover y separar la suciedad de las superficies inertes, por medios mecánicos y físicos.

Hay varios tipos de limpieza como son: manual, automática, y por ultrasonidos. El técnico auxiliar de enfermería es el cómo responsable de la limpieza de los instrumentos teniendo unos conocimientos básicos en la realización adecuada de la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental. En los centros sanitarios y hospitales es importante y fundamental que todo el material reutilizable sea

totalmente seguro para su uso, reduciendo y evitando así el riesgo de transmisión de enfermedades. Con la realización de las técnicas de limpieza, desinfección y esterilización evitamos y reducimos el riesgo de contraer infecciones nosocomiales, que son un riesgo, ya que son adquiridas en el ámbito hospitalario.

En todos los niveles asistenciales, la reutilización fiable y segura del material solo puede hacerse tras un correcto proceso de descontaminación y conservación del mismo.

La descontaminación es un proceso riguroso, complejo y normalizado, en el cual debe quedar demostrado el proceso por controles de calidad, trazado y documentado en todas sus partes.

Los fabricantes tienen la obligación de facilitar las instrucciones de sus productos sobre el procedimiento adecuado de limpieza, desinfección o esterilización

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en la limpieza, desinfección y esterilización en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda exhaustiva sobre el tema de estudio, consultando las bases de datos de medline, revistamedica, scielo y el buscador de “google académico”. Para la selección de artículos se utilizaron palabras clave como; limpieza, desinfección, desinfectante y esterilización.

4 Resultados

Existen varios estadios o etapas de la higiene: Respeto a la higiene de instrumental y equipos Son necesarias seguir unas pautas que valoran los riesgos y el control de infecciones lo cual debe ser realizada y sistemáticamente y una rutina sin diferencia para conseguir y disminuir los riesgos peligrosos, por tanto, se componen los procedimientos realizados a la limpieza, desinfección y esterilización de modo secuencial.

1º- Limpieza en situ con agua y jabón para eliminar la materia orgánica mediante un proceso mecánico disminuyendo la carga de microorganismos.

2º- Se desinfecta con una solución que eliminan los microorganismos patógenos, aunque no desaparecen todas las esporas.

3º- La es el proceso por el cual la esterilización es el proceso que consiste en la destrucción de los microorganismos contaminantes (patógenos y no patógenos) es decir, todo tipo de forma o de vida, incluyendo las esporas bacterianas que se encuentren presentes en objeto o material.

La esterilización se divide en dos grupos que son físicos o químicos.

Físicos: Productos químicos, calor seco, calor húmedo, autoclave, miniclave, ultravioleta y filtración.

Químicos: yodo, aldehídos, alcoholes, amonio cuaternario, entre otros.

Para llevar a cabo estos procesos correctamente se debe tener en cuenta las instrucciones del fabricante de los productos que vamos a utilizar y seguir bien con los tiempos y cantidades indicadas.

En el proceso de esterilización es llevar a cabo un control para asegurar su efectividad y se realizaran unas pruebas que permiten saber si el material quedo esterilizado correctamente, mediante los controles, químicos o biológicos.

Indicadores químicos: tiras de papel con un reactivo que vira de color al alcanzar una temperatura determinada.

Indicadores biológicos: tiras de papel con esporas bacterianas no patógenas que crecen cuando la esterilización es fallida.

Los técnicos auxiliares de enfermería debe tener conocimiento para conocer los términos de antisepsia y desinfección que hacen referencia en el procedimiento de eliminación de microorganismos patógenos con diferencia que uno es para tratar procedimientos en la piel y mucosas y la desinfección es utilizada para materiales inertes. El TCAE tiene un papel muy importante en la realización de estos procesos, ya que es el encargado de llevarlos a cabo.

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar de enfermería desempeñan un papel importante a la hora en realizar correctamente estos procesos, ya que es el personal encargado para ello en la limpieza de material e instrumental.

Mediante la desinfección de materiales, superficies e higiene del paciente estamos favoreciendo a la prevención de posibles enfermedades e infecciones adquiridas en el medio hospitalario, llamadas enfermedades nosocomiales. Son todas infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y no estaban presentes ni en el periodo de incubación ni en el momento del ingreso del paciente.

La barrera más importante es el lavado de manos del personal y el uso de guantes desechables.

6 Bibliografía

- 1°Raquel Blanco Quesada. Revistamedica.com.02/03/2020<https://revistamedica.com/tecnico-encuidados-auxiliares-de-enfermeria-desinfeccion-esterilizacion/#::text=Desinfecci%C3%B3n%20por%20ultra%20sonidos,-Para%20la%20limpieza&text=Por%20eso%2C%20para%20garantizar%20la,de%20temperatura%2C%20durante%20quince%20minutos>.
- 2° Cristina Rosas Peraza. Ana Arteaga Colmenares.scielo.org.Caracas ene. 2005. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000100015
- 3° María del Mar Martínez Maluenda María del Carmen Baquero Royo. Soledad Alba Pérez. Adoración Saiz Gracia. Jessica Enguita Muñoz. Verónica Bazaco Saz. Revistamedica.com. 30 de Marzo, 2022. <https://revistamedica.com/funcion-tcae-desinfeccion>.

Capítulo 288

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES Y EL CÁNCER DIRIGIDO A AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SARA LERIA BITO

ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ

CELIA CEDILLO PERALES

1 Introducción

Un anticonceptivo oral es un medicamento en forma de píldora o pastilla que se ingiere por la boca. Generalmente, se usan para prevenir embarazos aunque en otros casos como terapéutico. Cualquier mujer puede comenzar a tomarlo prescrito por un facultativo.

Son una mezcla de estrógeno y progestágeno.

Antes de su uso se debe comprobar que no está embarazada la paciente y se debe de hacer un estudio para descartar posibles complicaciones como es la medición de la tensión arterial una analítica de rutina, peso y hábitos.

Los anticonceptivos lo que provocan es anular la ovulación, espesan el moco del cuello del útero por lo que los espermatozoides no avanzan por el cuello del útero. La anticoncepción permite vivir una vida sexual libre y sin miedos a un embarazo no deseado, pero también tiene sus riesgos y efectos secundarios como todos los fármacos. Existe relación entre los diferentes tipos de cáncer en mujeres con el

uso continuado de anticonceptivos y de accidentes cerebrovasculares con el uso de anticonceptivos combinados con otros factores como el tabaquismo, alcohol y la actividad física del paciente.

También es importante conocer si se están tomando otros medicamentos para evitar complicaciones u la ineficacia de estos al ser mezclados.

Su efectividad va a depender del uso adecuado.

2 Objetivos

- Aprender como se usan los anticonceptivos orales.
- Conocer los riesgos que supone la toma de las píldoras.
- Informar de los tipos de cáncer relacionados con los anticonceptivos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han tomado como referencia libros y revistas científicas, noticias de sanidad, estadísticas, bases de datos Pubmed, Medline y Scielo y artículos de periódicos.

Se hicieron búsquedas de las palabras: anticonceptivos, anticonceptivos orales, cáncer.

4 Resultados

En primer lugar, hablamos de como se toman los anticonceptivos una vez realizados los estudios pertinentes por parte del facultativo (ginecólogo) , él será el que recete el más adecuado a la paciente.

Los anticonceptivos se toman una vez al día durante 28 días, normalmente se toman 21 píldoras y las otras 7 son píldoras placebo o no se toma nada, durante estos últimos días se producirá el manchado que conocemos como menstruación. Si es la primera vez que se utilizan deberán de comenzar a tomar la primera pastilla el primer día de la menstruación será conveniente el uso de otro método anticonceptivo, pues no se está totalmente protegido frente al embarazo hasta que no transcurre un mes.

Se debe de llevar un control procurando que sea siempre a la misma hora, si se olvida un comprimido tomárselo lo antes posible y tener en cuenta las horas que han pasado para conocer si se ha perdido la efectividad frente al embarazo.

Según estudios e investigaciones el uso prolongado en el tiempo de anticonceptivos orales aumenta el cáncer de mama aunque se cree que también puede disminuir la incidencia en el cáncer de ovarios, aumenta el cáncer de cérvix, la presencia del virus del papiloma humano y también se le relaciona con los tumores hepáticos.

Se debe tener especial cuidado en la toma de antibióticos con la píldora, pues reducen su eficacia al igual que si se producen vómitos y diarrea frente al embarazo por lo que se utilizará un método de barrera complementario.

No se aconseja fumar mientras se esté con el tratamiento ni tampoco el abuso de alcohol, pues disminuye su eficacia.

La píldora debe de ser recetada por el médico de forma personalizada y se suministrará en farmacias con receta médica.

5 Discusión-Conclusión

Según los estudios e investigaciones desde que se receta la píldora anticonceptiva se han reducido los embarazos no deseados.

En cuanto a la incidencia de cáncer se han realizado estudios en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y de cuello de útero tomando anticonceptivos en comparación con las que no se lo tomaban siendo una mayor incidencia en las que sí hacían uso de estos fármacos.

También se conocen datos de menos casos en mujeres que tomaban la píldora y se ha reducido las tasas de cáncer de ovarios, endometrio y colorrectal.

En estos datos también se tomaron en cuenta el tiempo de consumo y la edad de las pacientes.

6 Bibliografía

- 1.<https://cnnespanol.cnn.com/2017/12/07/anticonceptivos-cancer-de-mama-riesgo/>
2. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de-seno-relacionados-con-el-estilo-de-vida.html>
3. <https://www.geosalud.com/cancerpacientes/mama/pildoras.html>

Capítulo 289

LA COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE

MILAGROS MUÑOZ MARTIN

IRENE IZQUIERDO MURILLO

ROCÍO MORA GUÍO

FABIOLA TORRES TOLEDO

ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ

1 Introducción

La forma en que los seres humanos nos comunicamos, a través de un lenguaje complejo en el que tanto la comunicación verbal como la no verbal se entrelazan para hacernos entender con mayor efectividad frente a nuestros congéneres, nos hace únicos.

Es, por tanto, obvio que la comunicación es esencial en todos los aspectos de la vida, pero lo es más aún cuando nos referimos al ámbito de la salud y, en especial, al del paciente, ya que este, al acudir a un centro hospitalario, se encuentra en un entorno desconocido, por lo que puede estar desorientado, y en un estado, tanto físico como emocional, de vulnerabilidad y confusión.

Por todo ello es por lo que se hace necesario que, si queremos mantener una buena relación con nuestros pacientes, desarrollando la confianza necesaria para conseguir su colaboración, sea imprescindible, no solo tener una actitud empática a la par que profesional, sino también que seamos capaces de comunicarnos de manera clara y efectiva.

Cuanta mayor sea nuestra capacidad para desarrollar este tipo de comunicación, mejor será la relación con el paciente y mejor, por tanto, la atención que todo el equipo de salud, y en especial el TCAE, podrá desarrollar en su beneficio.

La comunicación terapéutica es, por tanto, esencial para desarrollar la correcta relación con el paciente, teniendo siempre en cuenta factores como: edad, sexo, estado de salud, nivel cultural, situación socioeconómica.

2 Objetivos

- Definir el concepto de comunicación terapéutica.
- Exponer como los TCAE desarrollan relación terapéutica con el paciente y como este personal desarrolla destrezas y habilidades necesarias para crear un clima de confianza entre paciente y los auxiliares de enfermería y explicar como dicho personal desarrolla también una escucha activa.

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 desarrollar una buena relación con el paciente y poder brindarle los cuidados necesarios, debemos ser capaces de establecer una relación de confianza y, para conseguirlo, la comunicación terapéutica es el método más eficaz.

Podemos definir la comunicación terapéutica como una comunicación que debe tener en cuenta no solo la comunicación verbal y no verbal (gestos, sonrisas, miradas) sino también los silencios y la escucha activa.

Tendremos en cuenta todo aquello que nos transmita el paciente, no solo por lo que nos diga sino también por todo aquello que podamos interpretar a través de su lenguaje no verbal. Los gestos, miradas, sonrisas e incluso los silencios pueden informarnos de cómo se siente el paciente ante determinadas situaciones.

El paciente puede sentirse incómodo, avergonzado, molesto ante determinadas preguntas, prácticas o situaciones en general y no atreverse a verbalizar por miedo o por la falta de confianza y seguridad que pueda sentir.

En el mismo sentido, los silencios también pueden transmitirnos mucha más información de lo que, en principio, pudiera parecer.

Por todo ello, los sanitarios y, en este caso concreto, los TCAE especialmente debido al estrecho contacto que mantenemos con los pacientes, debemos desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para generar un clima de confianza que nos permita ayudar y apoyar de la forma más efectiva posible.

Debemos tener en cuenta las características particulares de cada paciente, como, por ejemplo: sexo, edad, nivel cultural, situación socioeconómica, estado de salud. Una vez valoradas dichas características, procuraremos utilizar una terminología clara, una comunicación eficaz basada en principios éticos, siempre desde el respeto e intentando generar la mayor confianza posible.

Tan importante como lo que transmitimos es ser capaces de desarrollar la escucha activa, teniendo en cuenta aquello que el paciente nos comunique y favoreciendo siempre el diálogo; debemos ser conscientes siempre de que el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad frente a nosotros y eso, indiscutiblemente, afectará a la forma en que se enfrente a la situación.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo expuesto anteriormente, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- La comunicación es algo básico en todos los aspectos de la vida.
- En el ámbito sanitario, la comunicación terapéutica es esencial para desarrollar una relación de confianza con el paciente, para poder ofrecerle, de manera más efectiva, los cuidados y el apoyo que necesita.
- La comunicación terapéutica debe estar basada, siempre, en principios éticos.
- Se entiende por comunicación terapéutica aquella que es capaz de desarrollar la confianza necesaria para desempeñar, de la forma más eficaz, nuestras funciones como TCAE.
- Dicha comunicación consta no solo del lenguaje verbal y no verbal sino también y sobre todo, de una eficiente escucha activa de la que los silencios serán también parte fundamental.

-Tendremos siempre en cuenta las peculiaridades de cada paciente, así como la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra. Teniendo en cuenta toda la información recabada a través de los métodos mencionados en el apartado anterior, podemos concluir que la comunicación es básica en todos los aspectos de la vida y especialmente relevante en el ámbito sanitario.

Para desarrollar una buena relación con el paciente y poder brindarle los cuidados necesarios, debemos ser capaces de establecer una relación de confianza y, para conseguirlo, la comunicación terapéutica es el método más eficaz.

6 Bibliografía

1. Naranjo Bermúdez, Isabel C. Ricaurte García, Gloria P.” La comunicación con los pacientes” (2006). www.scielo.org.co.
2. Merayo Pérez, A. “La comunicación con el paciente”. ELSEVIER (2014).
3. “Comunicarse con los pacientes”. www.medlineplus.gov.
4. Instituto Universitario de Pacientes. “Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes” (2019), en www.novartis.es.

Capítulo 290

ELIMINACIÓN Y ORDEN DE LA MEDICACIÓN CADUCADA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MILAGROS MUÑOZ MARTIN

IRENE IZQUIERDO MURILLO

ROCÍO MORA GUÍO

FABIOLA TORRES TOLEDO

ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ

1 Introducción

Podemos definir el medicamento como una sustancia o preparado que tiene propiedades curativas o preventivas, se administra a las personas o a los animales y ayuda al organismo a recuperarse de los desequilibrios producidos por las enfermedades o a protegerse de ellos.

En el momento que una persona se le dispensa una medicación debe conocer la conservación de este y por supuesto la caducidad que tiene para evitar guardar y que no esté bien para poder ser administrado en el momento que se va a necesitar por dolor, antipirético, etc.

Las vías de administración de medicamentos puede ser oral, parenteral, intranasal, subcutánea etc. En el caso del TCAE solo puede administrar la medicación por vía oral y delegada por el Diplomado universitario en enfermería. El resto de medicación no puede ser administrada por el TCAE debido a que la vía de entrada es invasiva. Con el consiguiente componente de que aparezcan reacciones alérgicas, o extrapiramidales.

Un fármaco puede tener tres nombres:

- Marca registrada: es el nombre comercial, el nombre con el que se vende (Aspirina®).
- Nombre químico: denominación química del nombre del fármaco (ácido acetilsalicílico).
- Nombre genérico: recoge la acción del producto químico en concreto(analgésico).

Además, los fármacos pueden ser de tres tipos:

- Semisólidos: pomadas y cremas.
- Sólidos: polvos, pastillas y cápsulas.
- Líquidos: jarabes, soluciones y aerosoles.

2 Objetivos

Describir actuación del TCAE en el orden de los fármacos, conservación y eliminar caducidades de medicación que no puede ser administrada.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que nos han incluido en los que nos facilitaban datos en los que nos enseñan que tipo de conservación o qué tipo de caducidad tienen las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron conservar, eliminar, medicamento y fármaco.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos y textos de estos que nos explican que tipo de conservación o como puede eliminar una medicación una vez que está caducada por parte del TCAE.

- La caja de los fármacos o medicamentos existen una serie de símbolos que nos explican que tipo de fármaco es, donde puede estar almacenado, cuando va a caducar.
- El TCAE es responsable de conocer todos los símbolos que lleva cada caja de la medicación, por ello el orden del fármaco es importante a la hora de colocarlo.
- El TCAE conoce si el fármaco está con una conservación en nevera para no alterar la composición del fármaco.
- Deberá conocer que no debe estar a la luz solar para evitar la desintegración de la medicación.
- En cuanto a la caducidad, el TCAE debe conocer que no debe ser eliminado en cualquier sitio, sino que debe ser reciclado en un contenedor especial para que no sea ni utilizado en mal uso, o sea consumido por pacientes y gracias a ello surja una reacción no deseada en este.
- El TCAE revisara diariamente la caducidad de la medicación y en caso de que tenga que colocar medicación que llegue a la zona de trabajo, la ordenara detrás de toda la medicación que tenga ya en stock.
- El TCAE conocerá la ley de Legislación vigente que define y delimita sus funciones (especialmente la Ley 29/2006, de 26 de julio), de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- También deberá conocer Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se ha establecido en España un plazo máximo de validez para las especialidades de 5 años. Las denominaciones del lote correspondiente al año de fabricación van reseñadas en el ángulo superior derecho del envase, y se realizan mediante letras que indican el mismo. Todas las especialidades cuya fecha de caducidad sea inferior a 5 años deben llevar además el signo de caducidad, el mes y el año en que caduca dicha especialidad cuando la caducidad está referida al último día del mes reseñado.

5 Discusión-Conclusión

En el tema de la medicación es un tema de mucha responsabilidad, tanto para el TCAE como el personal que la administra. En nuestro trabajo aparecen datos que se encontraron en los artículos que se han seleccionado para poder comprobar y evidenciar que sí que es correcto un buen funcionamiento en la conservación de la medicación y por supuesto una correcta etiqueta de la caducidad de la medicación.

Como se ha podido comprobar también el TCAE es el responsable de la conservación y de la eliminación de la medicación en sitios adecuados para este fin y

no eliminar estos en cualquier sitio que no tiene esa finalidad.

6 Bibliografía

1. Bombillar Sáenz, Francisco Miguel. Intervención administrativa y régimen jurídico del medicamento en la Unión Europea. Tesis doctoral. Editorial de la Universidad de Granada, Granada, 2010. 679p.
2. Castillo Rodríguez, Carlos del. "Novedades legislativas ante el problema de los medicamentos falsificados." DS: Derecho y Salud, Vol. 24, [Número Extraordinario 1. Dedicado a XXIII Congreso "Derecho y salud" Sistema de salud: novedades y desafíos

Capítulo 291

FASES Y FACTORES DE APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MILAGROS MUÑOZ MARTIN

IRENE IZQUIERDO MURILLO

ROCÍO MORA GUÍO

FABIOLA TORRES TOLEDO

ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ

1 Introducción

Cuando conversamos de Úlceras Por presión, nos referimos a las lesiones que se originan en la piel por permanecer 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.

Pueden cursar con graves infecciones y poner en riesgo la vida del paciente 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 produciendo ulceraciones y necrosis tisulares. Tiene un contexto clínico muy amplio desde la pérdida superficial de la piel, pasando por las ampollas, hasta la eliminación del tejido adiposo, músculo, incluso hueso, articulaciones y puede llegar a la muerte del paciente. 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

- Analizar estas lesiones desde nuestros conocimientos y actuaciones como Técnicos en Cuidados auxiliares de Enfermería.
- Describir 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 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 fases o estadios por las que atraviesa el proceso de formación de las úlceras por presión serán:

- En el primer estadio es el que se va a producir un eritema, pero la piel permanecerá intacta, y va a ser la lesión que inicie la úlcera, el paciente va a sentir calor, edema e insensibilidad.
- En el segundo estadio es donde se va a dar una lesión un poco mayor y empezara 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 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 puede 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 puede 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 también 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 paciente, la incontinencia urinaria y fecal y la enfermedad de los vasos pequeños.

Nos podemos encontrar con otros condicionantes de riesgo como pueden ser, pacientes hospitalizados, pacientes con reposo absoluto o con trastornos neurológicos.

Cuando se evidencian estas Úlceras por presión se procede al tratamiento de este tipo de lesiones que se van a dividir en dos tratamientos de abordaje principales: Estaríamos hablando del Tratamiento conservador o quirúrgico, medidas de nutrición, aliviar la presión y limpiar la herida y restablecer el estado de nutrición del paciente 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 padeciera de anemia, para aliviar la presión se pueden 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 médico), para que el paciente 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 reestructure el tejido celularmente y ayuden a la epitelización.

En el tratamiento quirúrgico lo más importante es ver que el paciente 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 un tipo de tratamiento u otro o decantarse por una cirugía plástica, para evitar lesiones mayores o reconstruir siempre se va a tener en cuenta el lugar de localización de la úlcera, motivación de curación y del estado del paciente.

Siempre tendremos en cuenta que el papel del Técnico en cuidados de enfermería, va a 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 pacientes 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.
5. Zulkowski K, Ayello EA, Wexler S. Certification and education: do they affect pressure ulcer knowledge in nursing? Adv Skin Wound Care. 2007;20(1):34-8.
6. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(3):305-13.
7. Bergstrom N, Allman RM, Carlson CE, Eaglstein W, Frantz RA, Garber SL, et al. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. Clinical Practice Guideline. Number 3. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services/Public

Health Service/Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR); 1992. Publication n. 95-0047.

Capítulo 292

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS

M.LLANOS APARICIO JIMENEZ

MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY

MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ

ALICIA VELA MONTERO

1 Introducción

Hacia la mitad del siglo XIX surgió la Epidemiología como ciencia que estudia las enfermedades infecciosas, tanto su origen como las condiciones que favorecen su desarrollo. Actualmente, la epidemiología abarca un concepto más amplio que incluye tanto el estudio de las enfermedades infecciosas como de las no infecciosas.

Hoy día, la mejor definición de Epidemiología es que se trata de la “ciencia que estudia todos los factores que condicionan los fenómenos de salud y enfermedad en los grupos humanos, con el fin de establecer sus causas, mecanismos de producción y procedimientos para conservar, incrementar o restaurar la salud individual y colectiva”.

Como vemos, la epidemiología es una ciencia muy amplia que no solo estudia la enfermedad, sino todos los condicionantes de la salud. El objetivo global de la epidemiología es el estudio de los fenómenos biológicos y sociales que afectan a la salud comunitaria.

En cuanto a la enfermedad, le interesa el estudio de:

- Los factores que determinan su aparición.
- La distribución de la enfermedad en la población bien sea por municipios, por comunidades, por países, etc. (distribución geográfica).
- La frecuencia y evolución en el tiempo de la enfermedad en cuestión: por ejemplo la mortalidad, las secuelas (consecuencias) de dicha enfermedad.

Todo ello con el fin de conocer todos los datos posibles para poder poner todas las medidas posibles que minimicen su presencia y expresión.

2 Objetivos

Exponer y presentar algunos aspectos de los más destacados de las enfermedades transmisibles, sus fases, la cadena epidemiológica, las puertas de entrada y salida, y los mecanismos de transmisión, es fundamental en su trabajo y en la prevención de este tipo de enfermedades.

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

¿Qué son las enfermedades transmisibles?

Son las enfermedades que pueden transmitirse de un individuo a otro (sean personas o animales). Las enfermedades transmisibles se originan por la entrada al individuo de un agente externo que tiene la capacidad de multiplicarse dentro del individuo infectado y de transmitirse a otros individuos provocando el contagio.

Estas enfermedades se transmiten entre los seres vivos en forma directa (por contacto), o de forma indirecta (a través del aire, del agua, de los alimentos, de materiales o utensilios que entran en contacto con el individuo infectado).

El agente externo (también se puede llamar agente patógeno o agente infeccioso) causa síntomas al huésped u hospedador: son los síntomas de la enfermedad infecciosa y a través de ellos se puede diagnosticar la enfermedad.

Los agentes causantes de estas enfermedades pueden ser organismos microscópicos como por ejemplo las bacterias o los virus u organismos macroscópicos (que podemos ver a simple vista) como por ejemplo las lombrices o los piojos.

- Cuando la enfermedad transmisible está causada por agentes microscópicos se habla de infección.

- Cuando la enfermedad transmisible está causada por agentes macroscópicos se habla de infestación.

Las enfermedades transmisibles presentan varias fases:

1. Periodo de incubación: periodo que comprende desde que el agente infeccioso penetra en la persona o animal hasta que aparecen los primeros síntomas.

2. Periodo prodrómico o de pródromos: se llama así al periodo en que aparecen los primeros síntomas que normalmente son leves e inespecíficos (suelen ser los mismos en todas las enfermedades infecciosas).

3. Periodo clínico: aparición ya de los síntomas “floridos”, ya bien evidentes y específicos de la enfermedad.

4. Periodo de convalecencia: es el periodo que transcurre desde que desaparecen los síntomas específicos de la enfermedad hasta que se normaliza por completo el organismo.

La cadena epidemiológica es la secuencia de elementos que se articulan en la transmisión de un agente desde una fuente de infección a un huésped u hospedador susceptible. Está formada por los siguientes componentes o eslabones:

- El agente causal o agente infeccioso.
- El reservorio y la fuente de infección.
- La puerta de salida de ese agente infeccioso.
- El mecanismo de transmisión.
- La puerta de entrada del agente.
- El huésped u hospedador susceptible.

Las puertas de entrada y salida del agente infeccioso suelen coincidir. Podemos citar como puertas o vías de entrada:

- Vía digestiva: con la ingestión de alimentos o bebidas contaminadas.
- Vía respiratoria: al respirar, a través de la inhalación.

- Vía urinaria: a través de la uretra.
- Vía cutáneo-mucosa: a través de la piel o a través de las mucosas(salpicaduras, aerosoles).
- Vía hemática: compartir jeringuillas en usuarios de drogas por vía parenteral.
- Vía placentaria: a través de la circulación materno-fetal.

El mecanismo de transmisión se refiere a cómo pudo el agente llegar a la persona o animal que se ha infectado, como se transmitió ese agente. Aquí podemos hablar de varios mecanismos:

- Transmisión por contacto (directo o indirecto).
- Transmisión por gotitas.
- Transmisión por vía aérea (inhalación).

5 Discusión-Conclusión

El objetivo fundamental de la prevención es mantener la salud de la población en todos los ámbitos y en concreto referido a las enfermedades infecciosas, romper el mecanismo de transmisión y evitar la propagación de dichas enfermedades.

Podemos adoptar medidas preventivas a varios niveles:

- Medidas sobre el agente patógeno (campañas de vacunación).
- Medidas sobre los reservorios y las fuentes de infección (saneamiento de aguas, tratamiento de basuras, etc.).
- Medidas sobre el mecanismo de transmisión (aislamiento de la persona enferma, lavado de manos, manipulación higiénica de alimentos, evitar pinchazos, utilizar preservativo, etc.).
- Medidas sobre el huésped u hospedador (diagnóstico y tratamiento precoz, controles en colectivos que pueden tener riesgo de ser portadores).

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Mcgraw Hill.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 293

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS

M.LLANOS APARICIO JIMENEZ

MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY

MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ

ALICIA VELA MONTERO

1 Introducción

Las funciones que aporta el auxiliar de enfermería ante los pacientes con heridas va de la mano con los trabajos que aporta ,como principal el equipo de enfermería

Las heridas ocupan un porcentaje elevado en las demandas de los servicios de urgencias, tanto hospitalario como extra hospitalario. Una herida es cualquier daño que causa una ruptura o una abertura en la piel. Las heridas son lesiones bastante frecuentes en el día a día de una persona.

La mayoría de ellas no son graves, aunque siempre es recomendable limpiarlas y desinfectarlas con el fin de que cicatricen bien y se regenere la superficie de la

piel afectada. Casi siempre una herida se cura con el tiempo, pero a veces, por razones conocidas o desconocidas, una herida puede llegar a ser crónica o curar muy lentamente.

En una herida cuando el tejido se rompe y no puede curar de forma natural, debe de curarse manteniendo sus bordes unidos por medios mecánicos, hasta que cicatrice lo suficiente y no necesite dichos soportes.

Las lesiones más comunes son por caídas o accidentes de tránsito, accidentes laborales, accidentes deportivos, ataques con arma blanca, accidentes con armas y mordeduras. Existen diferentes tipos de heridas, algunas necesitan una atención más urgente que otras, y siempre debemos fijarnos en su apariencia para entender a qué tipo de herida nos enfrentamos y qué hacer en una determinada situación.

2 Objetivos

Exponer algunos de los puntos fundamentales del manejo y fisiopatología de las heridas y sus cuidados por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática tanto de libros como de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

Es importante que los cuidadores de apoyo:

- Averiguar qué tipos de heridas existen. Conocer y utilizar técnicas sencillas y adecuadas de cicatrización aséptica de heridas para evitar infecciones.
- Contar con los materiales necesarios para el tratamiento. Los factores que provocan lesiones pueden tener muchos orígenes:

PERO. Factores físicos como cortes, quemaduras o golpes. b. Agentes biológicos como bacterias, virus y hongos. En. Agentes químicos como ácidos. Las heridas pueden ser pequeñas si solo perforan la piel y el tejido adiposo subyacente. Gravemente, si la piel y otras estructuras están dañadas, como músculos, tendones...

Las heridas, según el objeto o mecanismo de la enfermedad, pueden ser:

- Abierta: cuando hay un agujero en la piel. - Zona vaginal: no se observaron lesiones, aunque sangraba bajo la piel. - Afiladas o con muescas: causadas por objetos afilados como cuchillos, vidrio. - Punzante: Formado por objetos cortantes como clavos. - Lesión: Se produce al ser golpeado por un objeto como una piedra o un martillo. - Grieta: Creada por un objeto dentado, como una motosierra. Rasguños: Este es el resultado de un accidente o caída y puede ocurrir en cualquier momento cuando la piel roza contra una superficie dura. Dependiendo de la profundidad:

- Superficial: donde apenas atraviesa la piel. Profundo: donde la herida atraviesa el tejido subcutáneo. - Infiltración: cuando penetra en la cavidad oral, en la cavidad abdominal. - Perforación: cuando atraviesa el cuerpo. Según el riesgo de infección:

- Limpios: aquellos que no están contaminados con bacterias. - Infección: exposición a corto plazo a bacterias. Tiene una infección: ha estado expuesto a la bacteria durante mucho tiempo. Para tratar:

Aguda: una enfermedad en la que el cuerpo puede dejar de funcionar o sanar sin infección durante un período de tiempo, generalmente de siete a catorce días. - Forma crónica: las heridas suelen ser más profundas y suelen estar inflamadas, necesitan tiempo para sanar y sanar. Tratamiento simple de heridas: Lo primero que debemos hacer es lavarnos bien las manos antes de contactar con el paciente para no contagiarnos de ningún tipo de enfermedad y seguir los siguientes procedimientos:

1. Preparar los suministros necesarios: bandejas para acomodar materiales, instrumentos para apósitos, guantes estériles, suero fisiológico, materiales para apósitos, gasas, apósitos hidrocóloides.
2. Explique el procedimiento al paciente.
3. Use guantes estériles.
4. Lave la herida con agua limpia y jabón líquido. La herida debe limpiarse con movimientos suaves con agua limpia, comenzando desde el exterior hacia el interior (lo más cercano a la herida) con movimientos circulares.
5. Aplique una solución o pomada antibacteriana. La aplicación se puede hacer con un hisopo humedecido con una solución antiséptica.
6. Cubra la herida con un vendaje o gasa estéril.
7. Deseche todos los materiales utilizados para evitar la introducción de microorganismos en cualquier área de la herida.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de atención de apoyo siempre considera su trabajo para curar mejor sus heridas íntimas. Siempre se ha buscado la mejor manera de cicatrizar las heridas, con el único fin de crear tejido viable para cerrar adecuadamente, y debido a la complejidad que caracteriza el proceso de cicatrización de heridas, es claro que se puede utilizar más de un agente o tratamiento. para todas las heridas, por lo que cada herida debe ser evaluada para optimizar su cicatrización. Actualmente disponemos de muchos tipos de herramientas, entre ellas apósitos, cuya elección es importante en función de las características de cada herida, además del efecto de protección y mantenimiento de la temperatura de la herida, también puede limpiar heridas y/o tratar infecciones.

6 Bibliografía

1. <http://www.pacientesycuidadores.com/las-heridas/que-es-una-herida/>.
2. <https://www.ilerna.es/blog/aprende-con-ilerna-online/sanidad/heridas-tiposcuras/>.
3. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/heridas.pdf>.
4. <https://slideplayer.es/slide/11783143/>.
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-las-heridas-sutratamiento-13018317>.
6. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/resultados-y-conclusiones-delestudio-sobre-la-prevalencia-de-ulceras-por-presion-en-espana-DDIMPORT036016/>

Capítulo 294

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN

ALICIA VELA MONTERO

MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS

M.LLANOS APARICIO JIMENEZ

MARIA DEL ROSARIO CALERO DEL REY

MARIA DOLORES MELERO BLAZQUEZ

1 Introducción

El proceso de esterilización consiste en la destrucción total de todo tipo de microorganismo que pueda presentar el material e instrumental sanitario, asegurándose de que sea apto para realizar cualquier procedimiento sin riesgo. De esta manera reducimos a nada la probabilidad de coger una infección o propagar algún virus, garantizando una seguridad total para el centro hospitalario. Este proceso a menudo es llevado a cabo específicamente por el TCAE.

Podríamos definir el proceso de esterilización como la destrucción de microorganismos vivos, esporas y priones mediante calor, radiaciones o sustancias químicas, algunos de estos microorganismos solo se destruyen con este proceso.

Es necesario diferenciar dos conceptos directamente relacionados con la esterilización, la asepsia y la antisepsia. Podría definirse la el proceso de asepsia como el procedimiento destinado a conseguir la ausencia de cualquier tipo de microorganismo, siempre de manera preventiva. Por otro lado, definiríamos la antisepsia como el procedimiento directamente enfocado a la eliminación de los microorganismos.

El técnico auxiliar en cuidados de enfermería no es únicamente responsable del proceso de esterilización en sí, sus funciones también abarcan asegurarse de que todo el material sanitario esterilizado está en condiciones adecuadas para su uso y en la posterior distribución del material una vez esterilizado y comprobado.

2 Objetivos

- Sintetizar las principales funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) durante el proceso de esterilización.
- Explicar los diferentes métodos empleados para la correcta esterilización del material sanitario y la manera adecuada de desempeñar el procedimiento.

3 Metodología

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

Como criterios de inclusión: únicamente se han usado artículos cuyo tiempo de publicación no fuese mayor a 10 años. Solo se han empleado artículos completos, en castellano; solamente se han incluido en el trabajo aquellos artículos informativos que estuvieran bien contrastados y referenciados.

4 Resultados

A continuación se describen los distintos métodos de esterilización que se realizan a diario:

- Métodos físicos: en este grupo podemos diferenciar los térmicos, consiste en la eliminación de los microorganismos mediante aire caliente seco aumentando

la tasa de coagulación de sus proteínas provocándoles la muerte. Otro método diferenciado es el uso de radiaciones, podemos dividirlo en dos subgrupos, radiaciones no ionizantes (microondas) y radiaciones ionizantes como rayos beta, rayos gamma, (un solo uso).

- Métodos químicos, podríamos resumir los compuestos más utilizados en los siguientes: el peróxido de hidrógeno, el ozono gaseoso, el óxido de etileno gaseoso, la solución de ácido paracético, y la solución activada de glutaraldehído líquido.
- El uso del autoclave: el autoclave empleado en sanidad es un recipiente de base metálica con cierre totalmente hermético diseñado para trabajar a altas presiones y temperaturas durante los periodos establecidos, al ser un método físico térmico elimina los microorganismos produciendo la desnaturalización de las proteínas que los constituyen. Aparte de ser el método más rentable económicamente es el más seguro y efectivo.

El papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería no es exclusivamente el correcto protocolo de limpieza y desinfección, sino que también abarca el proceso de esterilización de los materiales y su posterior distribución, siendo responsable de que el material sanitario se encuentre en buenas condiciones y correctamente desinfectado y esterilizado para garantizar un uso sin riesgos para los pacientes ni integrantes del centro hospitalario.

La unidad de esterilización está dividida en tres zonas:

- Zona sucia: donde se recibe, se limpia y se desinfecta el material sucio y contaminado.
- Zona limpia: donde se recibe, se acondiciona y se almacena el material limpio para su posterior esterilización.
- Zona estéril: donde se esteriliza el material y su posterior reparto con fecha de esterilización y de caducidad.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar la importancia del trabajo del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de esterilización, como se ha mencionado anteriormente, su papel no es exclusivamente el correcto protocolo de limpieza y desinfección, sino que también abarca el proceso de esterilización de los materiales y su posterior distribución, siendo responsable de que el material sanitario se encuentre en buenas condiciones y correctamente desinfectado y esterilizado para garantizar un uso sin riesgos para los pacientes ni integrantes del centro hospitalario.

El TCAE es el directo responsable del mantenimiento y estado del material empleado en todas las intervenciones de quirófano, asegurando unas condiciones de

asepsia óptimas para realizar cualquier tipo de procedimiento sin miedo a riesgo de infección.

6 Bibliografía

1. J.A. Lomeña, La importancia del proceso de esterilización del material sanitario Med Fam Andal, 5 (2014).
2. Gil-Monte PR, Suarez Vence L. (2015). El proceso estéril. Barcelona: Diputación de Barcelona; 2015.
3. Gil-Monte P, Peiró JM. (2010). Un estudio sobre la importancia del mantenimiento y esterilización del material después de una intervención.
4. Grau A, Suñer R, García MM. (2015). Papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la unidad de desinfección. Gac Sanit, 45-59.

Capítulo 295

HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DIRIGIDO A TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SARA LERIA BITO

CELIA CEDILLO PERALES

ROCIO DE LA CUERDA GALVEZ

1 Introducción

Las manos son los órganos del cuerpo que se localizan al final de cada extremidad superior llamados brazos. Con ellas podemos manipular el entorno que nos rodean. Es el primer vehículo para transmitir los virus, bacterias, hongos y demás microorganismos infecciosos.

Para evitar esta transmisión se tiene muchísima importancia el lavado de manos para evitar que se produzcan infecciones.

Aunque la sociedad está muy concienciada de la importancia del lavado y desinfección es necesario seguir investigando.

Se considera la mejor forma de evitar contagios en el ámbito sanitario. Se recomienda el lavado antes y después de estar en contacto con el paciente, antes de realizar cualquier técnica, si estamos en contacto con fluidos corporales del paciente y después del contacto con el medio en el que se encuentra el paciente.

Lo que se pretende es eliminar de las manos mediante la técnica de arrastre con agua y jabón los microorganismos que puedan ser infecciosos o contaminantes si prescindiésemos de agua y jabón se utiliza una solución hidroalcohólica a modo de desinfección.

Además de la higiene de manos relacionada con el paciente, en términos generales debemos de lavarnos las manos después de toser u estornudar, antes de comer y de manipular alimentos, antes y después de entrar al trabajo, de un paciente a otro.

2 Objetivos

Concienciar de la importancia de lavarse las manos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha recopilado información en revistas sanitarias, libros de texto sanitarios, en la página del Ministerio de Sanidad y en bases de datos Pubmed, Medline, y Scielo.

Las palabras más buscadas: manos, higiene de manos, antisépticos.

4 Resultados

Para el lavado de manos se necesita agua, jabón y paños para secar de un solo uso, podemos combinarlo con alguna solución desinfectante.

Lo primero que se hace es mojarse las manos, echarse la cantidad de jabón necesaria para poder frotarse las manos.

SE frotran las palmas y una contra otra y los dorsos de las manos.

Se entrelazan las manos con los dedos y se frota, los dedos de una mano se frotran con la palma de la otra y viceversa. Los dedos pulgares se lavan con la mano contraria.

El lavado correcto debe durar de 20 a 30 segundos siempre que se siga este procedimiento.

Seguidamente se aclaran las manos bajo el chorro de agua para retirar todo el jabón y la suciedad,

Se secan las manos con toallas desechables, papel, etc.

A veces se recomienda después del lavado y aseado aplicar una solución desinfectante para proporcionar mayor seguridad y protección.

Si se realizara otro tipo de trabajo, como puede ser una cirugía, el lavado ser haría de la misma forma nada más que varía el jabón, se utilizaría un jabón anti-séptico para eliminar los microorganismos más resistentes, al igual que se deben de retirar las joyas de las manos y muñecas, pues son reservorios de muchos de estos microorganismos. Al finalizar el aclarado no se debe de tocar nada con las manos, secar las manos con la toallita desechable y se pondrá guantes estériles para realizar la técnica pautada.

Tenemos que tener en cuenta que el uso de guantes no sustituye el lavado de manos.

Los guantes se consideran como un método de barrera entre la piel y la piel del paciente, los fluidos corporales, materiales infecciosos o agentes tóxicos.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta higiene de manos proporciona una seguridad cuando se va a proceder a tocar a un paciente y que la asistencia va a ser con calidad.

A través de las investigaciones que se han realizado en el pasado se ha descubierto que es la manera más eficaz para parar los contagios y la transmisión.

Todo esto lo hemos vivido durante la pandemia que comenzó en marzo de 2020 con el SARS-COVID 19 que ha supuesto un antes y un después en cuanto a la higiene de manos no solo en el ámbito sanitario sino en la vida cotidiana de las personas.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2013. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Informe global de España (Resumen); 2013 May-Jun. 38 p.
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/higiene-de-manos-nivel-hospitalario/>

Capítulo 296

LOS CUIDADOS DE ILEOSTOMÍA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

ADYS ARVELO DEL RÍO

NATALIA ABIETAR RUIZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

La colostomía es una salida de las heces por la pared abdominal y parte del colon mediante una operación. Esta operación puede ser temporal o permanente.

-Permanente, depende la zona, se puede dividir en colostomía o ileostomía.

Una ileostomía es la unión artificial entre el ilion, "parte del intestino delgado", y la pared abdominal.

Todo esto conlleva a un Estoma "orificio por donde salen las heces".

El estoma se ubica en la parte derecha y baja del abdomen con heces semilíquidas.

La colostomía es una apertura en la cual se saca una parte del colon afuera del cuerpo, con este resultado se consigue una nueva vía para la salida de heces.

Dependiendo de la altura o el tramo afectado en el que se realice, las podemos clasificar en:

TIPOS DE COLOSTOMÍAS:

Según la porción del intestino grueso:

- Colon ascendente > Heces semilíquidas e irritantes, también se eliminan en caso de forma continua.
- Colon transversal > Heces pastosas, desde semilíquidas a semisólidas y no son tan irritantes
- Colon descendente > Heces más constituidas, no irritantes, su gran inconveniente es el olor que este produce.
- Sigma > Es la última parte del colon, heces sólidas y no irritantes, su inconveniente es el olor que este produce.

2 Objetivos

Aclarar el procedimiento de cambio de bolsa.

Ayudar en la higiene y cuidados del estoma.

3 Metodología

Para realizar este trabajo nos hemos apoyado e investigado Ocrón editorial científica técnica, Medline y también se han consultado libros de técnicas básicas de enfermería.

Al igual nos hemos metido en la página de asociación Española del cáncer de colon para ver información sobre el tema.

4 Resultados

El cuidado del estoma se debe seguir unas pautas con la ATS con ayuda del TCAE, explicando el cuidado a seguir

Tanto el ATS Y TCAE serán responsables orientarles en los cuidados en la atención del estoma y apoyo físico y psicológico

CUIDADOS DEL ESTOMA

- Lavado de manos y colocación de guantes
- Explicar al paciente el protocolo a realizar
- Respetar su intimidad
- Retirar la bolsa usada desde una pestaña y sujetando el disco pegado a la piel con la otra mano

- El aseo del estoma será con agua jabonosa, suero fisiológico de forma circular desde el centro hacia fuera del disco, retirando residuos
- Secado con presión, nunca con fricción
- Colocar la nueva bolsa según el tipo de estoma
- Recoger el material
- Acomodar al paciente
- Desechar guantes y bolsa en el contenedor de residuos tóxicos
- Lavados de manos y anotar incidencias

ACONSEJAR AL PACIENTE A NO REALIZAR MALOS HÁBITOS QUE PUEDEN SER PREJUDICIALES PARA SU SALUD COMO:

1. No usar secador PAR SECAR EL ESTOMA
2. No afeitar alrededor del estoma, simplemente cortar con tijeras si existiera vello
3. Usar toallas en caso de estar fuera del domicilio, usar papel.
4. Las primeras semanas o meses serán las más duras para el paciente, hasta que se acostumbre a su nueva vida, muchas veces es necesario la intervención de psicólogos para ayudar a tener una mayor confianza y bienestar para el paciente.
5. Si no es permanente, el paciente, con el paso del tiempo y un tratamiento óptimo, al igual que importante, con una dieta equilibrada y ejercicio físico, podrá retomar su vida de antes.

Imprescindible el apoyo familiar y amigos.

5 Discusión-Conclusión

Recomendar una serie de aplicaciones sobre una dieta acorde a los alimentos que pueda ingerir la persona para evitar problemas en un futuro, algunos alimentos pueden ser: fruta, pescado, verduras, aves, leche, huevo y queso.

Al igual que los alimentos que se desaconseja son carne de cerdo, embutidos, picante, bebidas gaseosas, alcohol, exceso de grasa.

El parel del TCAE es importante para la realización de protocolos relacionados con la colostomía e ileostomía.

Al igual, la persona se le aconsejará hacer ejercicio físico siempre dentro de sus posibilidades.

Es conveniente comenzar las actividades de la vida diaria ABVD y actividades instrumentales de la vida diaria una vez recuperado de la intervención quirúrgica

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com>
- <https://www.cancer.org>
- <https://www.revista-portalmedico>

Capítulo 297

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

NATALIA ABIETAR RUIZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

Hay que destacar la importancia que tiene la higiene de manos para conseguir unos buenos cuidados del paciente. Con esta acción se minimizan las infecciones y riesgos que se pueden causar sobre el mismo.

El contacto con el propio paciente puede ser de forma directa, indirecta o a través del uso de objetos para prestar la atención requerida. Por eso es importante que a esta acción se le otorgue tanto valor, ya que una no correcta realización puede incurrir directamente en el paciente.

Aprender cuándo y cómo lavar las manos es imprescindible y necesario, ya que las prisas y el desconocimiento que a veces nos llevan a realizar un lavado de

manos no eficiente, nos expone a errores y riesgos graves para el paciente como alargar su estancia hospitalaria, exponiéndolos a posibles infecciones y otros riesgos que podrían aparecer derivados de estos y todo ello también incrementaría los costes sanitarios.

Para evitar todas estas situaciones desafortunadas, es necesario un buen conocimiento del procedimiento a seguir, ya que estando bien informado y realizando las cosas sin prisas y con buenos conocimientos evitaríamos grandes riesgos para los pacientes y también para el personal sanitario, ya que luego realizaría los cuidados del mismo y evitando así también la posible propagación entre pacientes.

La higiene de manos es la acción más económica, sencilla y eficaz para evitar transmisión y contagios entre personal sanitario y pacientes.

2 Objetivos

Definir cuál es el protocolo óptimo a la hora de cumplir con la higiene de manos, explicando las acciones pre-lavado a tener en cuenta y las acciones de lavado con jabón

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

Acciones pre-lavado a tener en cuenta:

1. Tener a descubierto parte del brazo para garantizar el correcto lavado.
2. No llevar elementos en la mano/muñecas que dificulte el lavado, tipo anillos, pulseras.
3. Para minimizar la acumulación de gérmenes, no llevar esmaltes así como la longitud de las uñas.
4. El envase del jabón sea dispensador.
5. Que el grifo sea de mando, ya que se podrá cerrar con otra parte del cuerpo que no sea de la mano, de cara a minimizar el

contacto.

Acciones lavado con jabón, duración 1 minuto:

1. Usar agua tibia.
2. Mojar las manos.
3. Aplicar el jabón abundante para que cubra toda la superficie de la mano.
4. Frotar las palmas de las manos entre sí.
5. Frotar las muñecas, se usará como “frontera” entre lo que va a quedar limpio y lo que no vamos a lavar.
6. Se frotarán la palma de la mano derecha contra el dorso de mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Se frotará entre los dedos rodeando el pulgar izquierdo con palma de la mano derecha con movimientos circulares y viceversa. También puntas de los dedos contra palma contraria haciendo mismos movimientos que se citan anteriormente.
8. Se enjuagarán las manos, haciendo que el agua resbale hacia las muñecas, ya que es la frontera entre lo limpio y lo sucio de los dedos hacia el codo.
9. Se cerrará el grifo con el codo (nota: durante el enjabonamiento si es posible cerrarlo y abrirlo con el codo).
10. Escurrir las manos.
11. Secarse las manos cogiendo un trozo de papel o toalla de un solo uso, primero una y después la otra.
12. Este papel se tirará al sitio destinado para este tipo de residuo.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el proceso parece más que lógico y sencillo, hay muchas acciones de las que se describen que no se tienen en cuenta o se pasan por alto, haciendo que el proceso no sea óptimo y, por lo tanto, generando una transferencia de gérmenes al paciente y poniéndolo en riesgo.

Son muchos los estudios que aportan un gran peso a este proceso, sin más la OMS dedica un apartado de gran relevancia a esta acción, haciendo el proceso comprensible y de fácil acceso y detallando cómo tiene que ser con dependencia de las acciones a posteriori que se vayan a realizar.

6 Bibliografía

1. <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/sador> y además irrefrenable.

2. www.cdc.gov www.seguridaddelpaciente.es

Capítulo 298

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN PARTOS

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

NATALIA ABIETAR RUIZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

1 Introducción

El nacimiento de un hijo siempre es un acontecimiento para la familia, especialmente para los padres, pero hay que tener en cuenta que esto conlleva una gran responsabilidad desde el momento de su gestación.

En modo introductorio vamos a hablar de las salas de parto y vamos a dar una definición de lo que son estas. Podemos decir que las salas de parto son:

Espacios destinados a los partos en los hospitales y clínicas. Las mujeres embarazadas son conducidas a las salas de partos desde el principio del trabajo de parto. Las salas de partos están concebidas para ser especialmente confortables y prácticas durante el parto. Tienen, por ejemplo, camas especiales para las posiciones del parto. Personal médico diverso especializado acompaña a las mujeres que van a dar a luz: las comadronas, las auxiliares de puericultura, los TCAE y

los enfermeros, el médico anestesista (para la inyección peridural). En cambio el parto por cesárea se desarrolla en el quirófano de partos, que también se denomina sala de cesáreas.

En este presente capítulo vamos a hablar del papel y la importancia que tienen los técnicos auxiliares de enfermería en las salas de parto y en los posteriores cuidados a las gestantes tras el parto.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la necesidad del cuidado físico y psicológico del TCAE a las parturientas en centros hospitalarios y exponer cada uno de estos cuidados para las mujeres que van a dar a luz o ya han dado, explicando cada uno de estos procedimientos y desarrollándolos para que sean fácilmente entendibles.

Objetivo secundario:

- Explicar las funciones del técnico auxiliar de enfermería en los partos.

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 TCAE debe tener capacidad de trabajar en equipo es algo imprescindible para que todo esté coordinado y no haya fallos. El TCAE tiene que realizar todo bien y además tener pasión por ayudar a los demás y contribuir a un mejor desarrollo.

Las funciones del TCAE antes del parto son:

- Facilitar a la parturienta todo lo que necesite
- Cuando llegue el momento de paritorio el TCAE debe acondicionarlo adecuadamente.
- Limpiarlo si es necesario y preparar el material necesario esterilizado.

Las funciones del TCAE después del parto son:

- Recoger el quirófano y enviar el material a esterilizar.
- Habituar de manera correcta el lugar donde se colocará al bebé.

- Identificar al recién nacido con una pulsera identificativa en la cual aparecerá los datos de la madre y del bebe.
 - Se trasladará a la madre y al recién nacido a la habitación donde el TCAE facilitará todos los cuidados necesarios tanto a la madre como al recién nacido para su mayor tranquilidad y comodidad.
 - Le dará de beber a la parturienta para evitar que se deshidrate.
 - Orientará y ayudará a esta en el inicio a la lactancia materna (posición correcta al pecho colocación del pezón para que no surjan grietas posteriores, duración de la toma, que los orificios del bebe estén libres...) la orientara si la madre es primeriza con la higiene del bebé.
 - Orientar también a la madre con su propia higiene íntima.
 - Proporcionará la ropa adecuada al bebe, repondrá lencería en definitiva, procurará que tanto la madre como el recién nacido estén en las mejores condiciones ambientales y sanitarias, de manera que queden cubiertas todas sus necesidades. Todos estos cuidados siempre se harán en un ambiente de intimidad, evitando interferencias exteriores, así como manipulaciones en exceso del recién nacido, que puedan influir negativamente en la madre como en el bebe.
- Así mismo debe informar a enfermería de cualquier incidencia que pueda surgir y anotar todos aquellos aspectos que puedan ser relevantes.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeña el TCAE son muchos y fundamentales antes, durante y después del parto. El Técnico Auxiliar de Enfermería es un profesional que debe de tener una comunicación activa y mucha empatía para transmitir al paciente confianza y tranquilidad para de esta manera poder facilitar el trabajo en los procesos más complicados al equipo médico, haciendo que los pacientes se sientan más cómodos debido a la cercanía, actitud y profesionalidad que aporta el lado más humano de la atención sanitaria. Los cuidados que proporcionan los Técnicos Auxiliares de Enfermería influyen mucho en la calidad que perciben los pacientes.

6 Bibliografía

1. Sala de partos - Definición - CCM Salud
2. <https://www.revistaportalesmedicos.com/>.
3. <https://revistamedica.com/>.
4. <https://formacionactivaprofesional.com/>.

5. <https://medinplus.gov/spanish/>.

Capítulo 299

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA UNIDAD DE ICTUS EN LOS HOSPITALES

NATALIA ABIETAR RUIZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ADYS ARVELO DEL RÍO

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

El ictus es la principal causa de daño producido por la interrupción del flujo sanguíneo en alguna parte del cerebro, que la falta de flujo puede provocar la pérdida de alguna capacidad de dicha zona.

El ictus se presenta de forma brusca y repentina, suele ir asociado a unos malos hábitos de vida.

Existen varios factores de riesgo como son: edad, el tabaquismo, tener antecedentes familiares, etc.

Podemos distinguir dos tipos como pueden ser:

-Ictus isquémico: Se produce por la obstrucción de vasos sanguíneos y por lo tanto no llega el riego sanguíneo en una parte del cerebro.

- Ictus hemorrágico: Es causado por la rotura de ramas arteriales y esto lleva a una hemorragia cerebral. Se producen con menor frecuencia, pero su tasa de mortalidad es mayor.

Los cuidados en la fase aguda del ictus son más desarrollados, por lo tanto requieren más cuidados e intervenciones multidisciplinarios.

En los hospitales se analiza la pérdida y conservación del paciente, siguiendo un protocolo de cuidados y movilizaciones.

Dada el alta del hospital, abra que enseñar a paciente y familia las pautas necesarias para su recuperación.

Con una buena planificación y actuación obtendremos un excelente resultado con el paciente afectado por un ictus y así consiguiéremos que los daños causados sean los menos posibles para su salud.

2 Objetivos

- Describir el ictus y los factores de riesgo.

- Mostrar y actualizar los conocimientos sobre las tareas del TCAE en la unidad de Ictus.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consultada, varios datos como en libros y páginas de internet.

Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, y también el Google académico seleccionando artículos científicos.

4 Resultados

El ictus se origina por la falta o interrupción del riego sanguíneo en una parte del cerebro, esto lleva a cabo como consecuencia que el tejido cerebral no reciba oxígeno y los nutrientes que necesita ocasionando la muerte cerebral en pocos minutos.

Se debe mantener bajo control determinados factores de riesgo que son muy importantes para prevenir el ictus, en especial ictus isquémico, que es uno de los dos tipos de ictus.

Riesgos del ictus y su prevención:

El ictus isquémico está originado por el entaponamiento de una arteria que impide la circulación de la sangre.

Y el ictus hemorrágico se produce por una rotura de un vaso sanguíneo que provoca un sangrado cerebral.

El 80 % de los ictus se pueden prevenir con el control de los factores de riesgo.

También es verdad que a veces no depende de nosotros que esto ocurra como es la edad.

Pero hay otros que pueden modificarse mediante tratamientos médicos o cambios en el estilo de vida.

- Riesgos de ictus, entre los que están:

La tensión arterial alta o hipertensión.

La diabetes mellitus.

Fumar.

La fibrilación auricular, que es un tipo de arritmia cardíaca.

La anemia falciforme, que es una anomalía en la sangre.

Hiperlipidemia, que es una alteración metabólica.

- Riesgos altos de ictus, que son:

La obesidad.

El sedentarismo.

La intolerancia a la glucosa.

La insuficiente nutrición.

El excesivo consumo de alcohol.

La apnea del sueño.

Formación de coágulos.

Como podemos prevenir un ictus.

Muy importante tener un buen estado de salud.

1. Controlar la tensión arterial.

2. Reducir el consumo de colesterol y grasas saturadas.

3. Dejar el tabaco.

4. Vigilar la diabetes; tratar de mantener un nivel adecuado de glucosa en la sangre.

5. Cuidar el peso; la obesidad es el principal factor de riesgo del ictus.

6. Incluir frutas y verduras en la dieta, 5 o más porciones cada día.

7. Hacer ejercicio con regularidad.

Síntomas de ictus.

-Problemas para poder hablar.

- Parálisis facial o entumecimiento de un brazo o de una pierna.

-Sin visión en uno de los ojos, o en los dos, o visión borrosa o doble.

-Dolor de cabeza de forma muy intensa y además vómitos, mareos o trastornos del conocimiento.

-Inestabilidad en la marcha: tropezar, pérdida del equilibrio, marearse o falta de coordinación.

Al sonreír se cae un lado de la boca.

Qué hay que hacer en caso de ictus:

Es un motivo de consulta de urgencias, así que, ante los síntomas anteriores, hay que acudir al centro hospitalario y no posponer. Cuanto más tiempo se tarde en tratar un accidente cerebrovascular, mayores son las posibilidades de daños cerebrales irreversibles. Hay que realizar un escáner cerebral del tipo de ictus isquémico.

El TCAE debe prestar los siguientes cuidados al paciente con Ictus:

1. Higiene y cuidados de la piel:

Siempre intentar mantener una buena higiene para así poder evitar posibles infecciones, en especial en personas que tengan incontinencia urinaria y fecal. Se aconseja asearse todos los días y, si es posible, en el baño. En caso de no poder, se realizaría en la cama y se intentará fortalecer su independencia, si él no puede entonces le ayudaríamos.

2. Cuidados de la boca:

Se recomienda.

Ver y valorar el estado de la boca diariamente (boca sucia, infecciones, hongos, heridas, dolor, sangrado, restos de comida).

Para mantener una higiene bucal óptima se realizará: limpieza de boca antes y después de las comidas.

Intentaremos mantener la boca húmeda siempre dependerá del estado del paciente.

Cuidados para prótesis dentales.

Hidratar los labios y no usar vaselina.

3. El vestido:

Siempre potenciar la autonomía al paciente, en caso de no poder, entonces le ayudaremos en lo que no pueda realizar.

Algunas de estas recomendaciones son:

- Disponer de toda la ropa en orden de uso.
- Empezar a vestirse por la extremidad afectada y desvestirse por la no afectada.
- Es mejor vestirse sentado y si es necesario sujetar al paciente.
- Es mejor utilizar prendas prácticas, cómodas y ajustadas para evitar tropiezos (ropa deportiva, elástica, velcro).
- Las zapatillas tienen que ser cerradas y con velcro. Las abiertas están prohibidas.

- Se aconseja utilizar calzadores de mango largo para calzarse.

4. Prevenir úlceras por presión. Prevención de úlceras por presión:

La falta de movilidad, al igual que permanecer mucho en la misma postura, se pueden hacer heridas o úlceras en la piel.

5. Incontinencia urinaria:

Después de sufrir un ictus es muy frecuente que aparezca incontinencia urinaria, suelen ser transitorios, aunque pueden ser permanente si la lesión es severa.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es muy importante dentro del equipo multidisciplinar y además imprescindible en la promoción de la salud, además saber cómo es el procedimiento con la persona afectada de ictus isquémico en la fase aguda. Es imprescindible de tener información específica de los profesionales de Enfermería para el manejo correcto del paciente en las Unidades de Ictus y la valoración integral, individualizada y objetiva del mismo para planificar una serie de cuidados que mejoren su calidad de vida y la de su familia.

La tasa de fallecimientos, al igual que la de discapacidad, está descendiendo significativamente gracias la unidad de prevención de ictus en hospitales, y gracias a la formación que obtienen los profesionales sanitarios.

Es muy importante saber reconocer los síntomas de un ictus y así obtener y determinar el mejor diagnóstico.

La actuación rápida del paciente y de su familia va a determinar a que el daño cerebral sea el menor posible.

6 Bibliografía

1. <http://www.srhta-rv.org/page/htaypacientes/pacientes/ictusaccidentecerebrovascular>
2. <https://www.codem.es/actualidad/unidad-de-ictus-enfermeria>.
3. <http://www.amn-web.com/documentos/manual-para-enfermeria-enictus.pdf>
4. <http://www.hubstroke.com/escalas-ictus/escala-funcional-en-seguimiento/>
5. <http://www.rogelioleira.es/neurologo-especialista-articulosaproximacionclinica-al-paciente-con-ictus-evaluacion-general-y-neurologica/>
6. <http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/aula2002/tema9/vgeriatricaa2.php>

Capítulo 300

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

NATALIA ABIETAR RUIZ

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ADYS ARVELO DEL RÍO

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias cuando es bombeada por el corazón. La presión arterial es mas alta cuando el corazón late (presión sistólica) y mas baja cuando el corazón está en reposo (diastólica).

Se considera que una persona tiene hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado alta. La hipertensión es una patología crónica grave que incrementa el riesgo de sufrir otras enfermedades como cardiopatías, encefalopatías y ne-

fropatías. Es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo y es conocida como “muerte silenciosa” porque no suele presentar síntomas. Todo el mundo, incluso niños, pueden desarrollar presión arterial alta; sin embargo, algunas personas tienen mayor probabilidad de desarrollarla debido a factores que no se pueden cambiar. Estos factores son la edad, el género, tener antecedentes familiares con esta patología, o ser afroamericano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ayuda a los países a reducir la hipertensión como problema de salud pública. En 2021 publicó unas nuevas directrices sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión en el adulto, en las que se dan recomendaciones basadas en la evidencia sobre el comienzo del tratamiento de la hipertensión y los plazos revisión recomendados. Además, se indica la presión arterial que debe alcanzarse para controlar la hipertensión.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Dar a conocer mas profundamente el problema de la HTA.

Objetivo secundarios:

- Educar a la comunidad sobre la importancia de la prevención de la HTA.
- Exponer los factores de riesgo de la HTA.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica. En la que se han consultado diferentes fuentes usando como principal buscador Google académico y se han consultado diversos artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline y Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones revisadas.

4 Resultados

La hipertensión es una enfermedad que no siempre va acompañada de síntomas, por personas ignoran que son hipertensos. Los síntomas que pueden llegar a presentarse son cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardíaco irregular, derrames en los ojos, vómitos, desmayos.

La única manera de detectar la hipertensión es midiendo la tensión arterial. Las mediciones (mmHg) se clasifican en varias categorías:

- Óptima: menos de 120 y menos de 80.
- Normal: menos de 130 y menos de 85.
- Normal-alta: 130-139 y 85-89.
- Hipertension I: 140-159 o 90-99.
- Hipertensión II: 160-179 o 100-109.
- Hipertensión III: 180 o 110.

Es importante realizar controles de la presión arterial porque esta puede acarrear en nuestro cuerpo una serie de problemáticas, entre las que se encontrarían el aumento de la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio, un accidente cerebrovascular o insuficiencia renal.

Los factores de riesgo son:

- Edad, la hipertensión aumenta con la edad.
- Factores genéticos.
- Género y raza, es mas predominante en individuos afroamericanos.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Alcohol.
- Tabaquismo.
- Consumo de sal.
- Estrés.

La presión arterial alta se puede prevenir llevando un estilo de vida saludable.

Las medidas más recomendables son las siguientes:

- Comer una dieta saludable: se debe limitar la cantidad de sodio y aumentar la cantidad de potasio en la dieta. También es importante comer alimentos bajos en grasas, así como frutas y verduras.
- Tomar mucha agua.
- Hacer ejercicio: el ejercicio puede ayudar a mantener un peso saludable y a bajar la presión arterial.
- Limitar el consumo de alcohol: el alcohol aumenta la presión arterial y también puede causar aumento de peso.
- Dejar de fumar: el tabaco pone en mayor riesgo de ataque cardíaco y accidente cardiovascular.
- Controlar el estrés: aprender a relajarse puede mejorar la vida emocional y física y así disminuir la presión arterial.
- También es recomendable tener un tensiómetro en casa para realizar nuestras propias lecturas.

Si con los cambios en el estilo de vida la presión arterial persiste elevada, debe

completarse con un tratamiento farmacológico. A menudo, dos o mas medicamentos funcionan mejor que uno.

5 Discusión-Conclusión

La presión arterial alta es una condición seria que puede causar grandes problemas de salud, es una de las enfermedades letales cuya tasa de mortalidad ha crecido más en los últimos años.

Un cambio en el estilo de vida puede ser fundamental en su control. Si se diagnostica hipertensión arterial, se debe controlar la presión arterial con regularidad y mantener un control de sus valores.

La hipertensión es quizás uno de los factores de riesgo cardiovasculares más importantes, pero no se puede aislar de otros factores, ya que se favorecen entre sí, y a veces, se presentan asociados. Lo más correcto sería un tratamiento multifactorial en lugar de un control aislado de un solo factor. Un tratamiento correcto puede evitar muchos accidentes cardiovasculares.

6 Bibliografía

1. Sociedad española de hipertensión arterial. Guía española de hipertensión arterial.
2. medlinePlus:<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
3. OMS:<https://www.who.int>
4. George L. Bakris, MD, University of Chicago School of Medicine.
5. Coca A. Control de la hipertensión arterial en España.
6. <http://www.texasheart.org>

Capítulo 301

CONSTANTES VITALES

AMADA HERNANDEZ LORENZO

NATALIA ABIETAR RUIZ

ADYS ARVELO DEL RÍO

CRISTINA MONTERO MARTINEZ

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

1 Introducción

Las constantes vitales son las que nos darán toda la información necesaria para saber el estado de equilibrio del organismo de la persona.

Las podemos diferenciar en:

1. Frecuencia cardiaca. (FC)
2. Saturación de oxígeno.(OXM)
3. Tensión arterial.(TA)
4. Temperatura corporal.(TC)
5. Frecuencia respiratoria.(FR)

Dichas constantes tienen unos parámetros marcados en caso de estar fuera de los parámetros normales actuarán en forma de alarma donde nos indicará un problema de salud.

Temperatura corporal (TC):

La temperatura normal es de 35,8°C- 37°C, cuando se produce un aumento de la temperatura es una de las principales síntomas de alarma ante un posible cuadro infeccioso.

Valor de temperaturas.

Inferior a 35,8 se hablara de hipotermia.

Si esta por encima de 37,1°C será febrícula (37,5°C siempre por debajo de este valor).

Por encima o el mismo valor 38,0°C será fiebre.

Frecuencia cardiaca (FC):

La frecuencia cardiaca normal es de 60 a 100 pulsaciones por minuto, si superan las 100 pulsaciones por minuto se le llamará taquicardia y si, por el contrario, las pulsaciones son inferiores a 60 le llamaremos bradicardia.

Saturación de oxígeno (OXM):

Los parámetros normales oscilan entre 95% y 100% si se diera el caso que fuere por debajo de 90% estaríamos hablando de hipoxemia produciéndose dificultad respiratoria.

Tensión arterial (TA):

Esta varía según la edad, condición física de la persona etc.

Lo normal es que el valor en una persona adulta sea de 90/60 mmHg diastólica y 120/80 mmHg de sistólica

La tensión arterial debe tomarse sentado y en reposo, nunca tomarla después de comidas y si puede ser intentar tomarla a la misma hora y el mismo aparato.

Frecuencia respiratoria (FR):

La respiración en personas adultas su valor es de 12 a 18 respiraciones por minuto, cuando el número de respiraciones sea superior a 18 hablaremos de taquipnea y si es inferior a 12 bradipnea.

2 Objetivos

Determinar el estado actual del conocimiento sobre las medidas de prevención y mantenimiento de las constantes vitales.

1. Conocer y saber anejar los aparatos para la toma de constantes y obtener valores correctos de las personas.
2. Identificar valores normales para identificar posibles anomalías en el estado de la persona.

3 Metodología

Las constantes vitales pueden ser un gran problema de salud, tanto en calidad de vida de pacientes como a sus familiares, además de los enormes gastos sanitarios que esto conlleva.

Se debe realizar por parte de enfermería un buen protocolo a la hora de tomas de constantes vitales para ello se utilizará todos los instrumentos disponibles para obtener resultados y poder valorar los parámetros obtenidos.

4 Resultados

Para obtener resultados se debe realizar un estudio observando la evolución de constantes vitales.

Las clasificamos en:

1. Frecuencia cardiaca. (FC) 60 a 120 pulsaciones.

- Apoyaremos la yema de los dedos índice, corazón y anular de la mano dominante en el punto seleccionado y localizar el latido arterial.

- Contar durante 15 segundos multiplicando por el resultado por 4.

- El uso del dedo pulgar está contraindicado ya posee pulso propio.

2. Saturación de oxígeno.(OXM) Es entre 95 % y 100%-

- Utilizaremos un pulsioxímetro, se colocará en el dedo medio de la mano dominante.

3. Tensión arterial. (TA) 90/60 mm Hg hasta 120/80 mm Hg.

- Según protocolo:

- No hablar.

- Apoyar el brazo a la altura del corazón.

- Colocar manguito en brazo sin ropa.

- Usar un manguito adecuado al brazo.

- Apoyar los pies.

- No cruzar las piernas.

- Tener la vejiga vacía.

- Apoyar bien la espalda.

4. Temperatura corporal. (TC) 36,5°C a 37,3°C.

- En la boca, se colocara el bulbo bajo la lengua y se cerrara la boca respirando por la nariz.

- El recto, se utiliza para bebes y niños pequeños.

- En axila, se coloca el termómetro en la axila y presionaremos el brazo contra el cuerpo.

5. Frecuencia respiratoria. (FR) 12 a 18 respiración por minuto.

Para obtener una medición precisa.

- Sentarse e intentar estar relajado.

- Lo mejor será medir la frecuencia es estar sentado o tumbado.

- Mide la frecuencia respiratoria contando el número de veces que el pecho y abdomen, se levanta durante un minuto.
- Una vez acabado se registrará el número obtenido.

Las constantes vitales constituyen un gran problema de salud, e influye en la calidad de vida de los pacientes como en el de sus familiares, además del gasto de recursos sanitarios.

El papel del técnico en cuidados de enfermería (TCAE), es un pilar fundamental que ha ido evolucionando con el paso del tiempo, llevando a cabo objetivos y medidas de prevención dirigidas a evitar que las constantes vitales, se desestabilicen provocando un gran problema de salud al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeña el TCAE son muchas y fundamentales antes, durante y después de la estancia del paciente en un hospital

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es un profesional que debe tener una comunicación activa y empatía para transmitir confianza y tranquilidad al paciente, ya que muchas veces la estancia en un hospital puede ser un paso muy traumático para el paciente y sus familiares

De esta manera conseguiremos que el paciente esté lo más cómodo posible y este nos aportara información de su persona y a la vez colaborando para poder facilitar nuestro trabajo y a los demás profesionales.

6 Bibliografía

Existen varios modelos como Revista Mexicana de Enfermería Cardiología. Revisión sistemática. Best Practice [serie en línea]. 2007 [citado 20 ago 2009]. Disponible en <http://www.searchmedica.es/htmlresource.do?c=main&ss=defl.ink&p=Convera&rid=dsl>.

Se ha realizado una gran búsqueda en google sobre el tema consultando paginas como searhmedia, pesquisa, revia.areandina.edu.com. <https://femora.sergas.gal/Bioedidas/Proedimiento-da-Frecuencia-Cardiaca?idioma=es>

Capítulo 302

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) ANTE LA BIOPSIA HEPÁTICA. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

ALMUDENA ALVAREZ LILLO

SORAYA ÁLVAREZ LILLO

ELENA CALVO CUERPO

1 Introducción

La biopsia hepática es una de las técnicas invasivas que se realiza para la obtención de tejido hepático para su estudio anatomopatológico de diferentes patologías hepáticas: hepatitis B, C, hemocromatosis, cirrosis Hepatobiliar, enfermedad de Wilson y otras afecciones como neoplasias por masas tumorales. Se puede obtener mediante punción de aguja fina guiada por ecografía. Hoy en día se puede visualizar de forma que el paciente no se tenga que hacer la biopsia para evidenciar a qué nivel se encuentra de fibrosis el hígado sin necesidad de tener dicha prueba invasiva, llamada Fibroscan, que permite ver la densidad hepática, pero cuando se necesita datos precisos de celularidad y de otros parámetros clínicos, es necesario este tipo de técnica.

Podemos decir que hay diferentes técnicas para el biopsado hepático como es:

☒ Biopsia hepática percutánea: Es la técnica más habitual que se sigue utilizando para examinar celularidad del tejido hepático, se hace primero la ecografía abdomino-pélvica para visualizar el hígado y luego se procede a la biopsia

☒ Biopsia ecográfica guiada: Es la técnica más segura, ya que en todo momento se sigue mediante ecografía guiada la punción hepática.

☒ Biopsia hepática por laparoscopia: Se hace mediante laparoscopia, donde se visualiza directamente el parénquima hepático, con ocasión de coger muestra del mismo.

☒ Biopsia hepática por vía trasjugular: Se hace en el servicio de radiología vascular donde se introduce un catéter por dicha vía hasta llegar a la vena hepática. Hay una serie de contraindicaciones de las cuales no se debe hacer la biopsia hepática y es referente a problemas de hemorragias, pacientes agitados y no colaboradores, existencia de Lesiones Ocupantes en el Espacio Hepático (LOES) y presencia de líquido libre intraperitoneal.

El paciente ingresa el día de antes en el servicio de digestivo donde el personal de enfermería lo prepara para la biopsia. Es importante saber para qué motivos se le hace misma y cuáles son la pauta a seguir según orden facultativa. Aun así, el paciente se debe de mantenerse en ayunas 8 horas antes de la biopsia y el TCE bajará los tubos de sangre para la analítica completa que esté prescrita por el facultativo, deberemos comprobar que el consentimiento informado esté firmado por el paciente y se le cogerá una vía intravenosa el mismo día de la prueba como de la toma de constantes vitales, en ciertas ocasiones hay que poner algún ansiolítico que este pautado para disminuir la ansiedad. Todo esto se realiza a nivel de la unidad de hospitalización del servicio de Digestivo. Hay que aclarar que hay distintos protocolos en casa hospital y que a veces no son los mismos para todos.

2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería ante una biopsia hepática.

3 Metodología

Hemos recabado información a través de Google académico con la palabra clave: Biopsia hepática, y mediante libros de enfermería para poder abordar los cuidados del paciente con biopsia hepática, hemos realizado la búsqueda en páginas web: Dialnet, Cuiden, PubMed, así como en revistas científicas. Se ha llevado a cabo la visualización de algunos protocolos en la realización de biopsia hepática en algunos servicios de hepatología.

4 Resultados

Antes que el médico haga la biopsia hepática y de preparar todo el material necesario junto con la enfermera, comprobaremos que el ecógrafo se encuentre en la sala de radiología intervencionista y que el personal de radiología esté dispuesto, se le atenderá al paciente en sus necesidades: Si tiene ganas de orinar, se comprobará el consentimiento este firmado y que las constantes vitales estén tomadas por la unidad. El TCE monitoriza al paciente junto con la enfermera y se vuelva a tomar las constantes vitales de nuevo.

Normalmente se realiza la Biopsia Ecográfica Guiada (BEG), la cual se preparará junto con la enfermera y el TCE lo siguiente:

- ☒ Recursos humanos:
- ☒ Medico radiólogo.
- ☒ Medico hepatólogo.
- ☒ Enfermería: Enfermera/o TCE.
- ☒ Celador.
- ☒ Material:
- ☒ Paños de campo estéril.
- ☒ Paños esteriles fenestrados.
- ☒ Betadine y clorhexidina.
- ☒ Jeringa de 10ml.
- ☒ Bisturí desechable.
- ☒ Aguja IM, IV y subcutánea.
- ☒ Funda estéril para la sonda del ecógrafo.
- ☒ Anestésico local.
- ☒ Pistola de biopsia.
- ☒ Guantes esteriles y no esteriles.
- ☒ Gasa esteriles y no esteriles.
- ☒ Bote con formol para conservar la muestra.

PROCEDIMIENTO:

- ☒ Antes de proceder a la biopsia, el TCE y el celador colocan al paciente en

3 Decúbito lateral izquierdo o decúbito supino dependiendo de la indicación médica.

- ☒ Se pinta el campo de actuación con betadine.
- ☒ Se prepara la bosa protectora de la sonda del ecógrafo.
- ☒ Mientras el radiólogo visualiza junto con el hepatólogo la zona de punción por medio del ecógrafo.
- ☒ Se prepara el tru-cut para coger la biopsia.

- ☒ Los fragmentos hepáticos se guardan en el contenedor de transporte con formol para su análisis por el laboratorio de anatomía patológica.
- ☒ Se coloca al paciente un apósito en la zona de punción.
- ☒ Se coloca al paciente en posición donde se ha puncionado.
- ☒ Se le aconseja que no haga ningún esfuerzo durante las primeras 24 horas y que deba de permanecer de ese lado como mínimo 4 horas.
- ☒ El paciente al día siguiente es dado de alta, sino hay ninguna complicación.

5 Discusión-Conclusión

La biopsia hepática es una de las técnicas que ofrece a los clínicos una gran información relevante del grado de afectación hepática en todos los niveles, es cierto que con la evolución de la medicina y la evolución de las técnicas de enfermería, este proceso se lleva a cabo de una forma menos agresiva, pero si lo que el clínico quiere ver es la celularidad y conocer un poco más al respecto de cómo se encuentra el hígado a nivel celular es necesario este tipo de técnica. Hoy en día, no se hace para ver el grado de fibrosis que se encuentra el parénquima hepático, ya que con los nuevos avances en el Fibroscan, el paciente sabe al momento como se encuentra, pero para la diferenciación celular esta técnica no sirve porque no aporta la suficiente información.

El personal de enfermería, también debe conocer su faceta a la hora de poder los cuidados al paciente en esta técnica, sabiendo en cada momento lo que necesita y los cuidados integrales del mismo. Por eso es importante que haya personal cualificado para que en cada momento de la intervención de la biopsia se sepa qué hacer y las funciones encomendadas para cada uno de ellos.

Hace no mucho tiempo los pacientes que se hacían una biopsia hepática, permanecían internados durante al menos 5 días hasta ser dados de alta, hoy en día esta técnica se puede hacer también de forma ambulatoria (pasando el paciente 4 horas en observación).

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

1. Indicaciones de la biopsia hepática. - Medicine-Programa de..., 2017 – Elsevier.
2. La biopsia hepática: Indicaciones, técnica y complicaciones. - RAPD, 2017 - academia.edu
3. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.2017

4. Problemas gastrointestinales en enfermería. Editorial Masson 2018

Capítulo 303

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCE) ANTE NIÑOS/AS CON SÍNDROME DE DOWN

SORAYA ÁLVAREZ LILLO

ALMUDENA ALVAREZ LILLO

ELENA CALVO CUERPO

1 Introducción

El síndrome de Down se define como el conjunto de síntomas y de signos a nivel cognitivos y físicos debido a una alteración de cromosomas extras en el par 21 lo que se denomina trisomía del par 21 dando lugar a una discapacidad intelectual de carácter congénito, siendo la alteración más común en todos los países del mundo, dándose de forma espontánea, siendo la etiología totalmente desconocida hasta nuestros días. Se ha comprobado que en edades avanzadas de gestantes que se han quedado embarazadas tienen mayor riesgo de aparición de este síndrome. Por eso es importante el screening de la gestante para evidenciar este síndrome, mediante amniocentesis donde se revela los tipos de genes que se cultivan para dar un informe del cariotipo y ver la cuantía de cromosomas y la forma que presentan estos en el estudio, así como otros controles de control analíticos para descartar dicho síndrome. Aunque estas personas muestran físicas e intelectuales, podemos decir que el síndrome de Down puede ir de leve a moderado y que cada

persona va a tener una serie de rasgos físicos, una personalidad distinta y unas habilidades que les va a diferenciar del resto.

Un porcentaje tendrán unos rasgos físicos que serán muy destacados, pero su intelecto es casi normal para realizar muchas cosas de la vida cotidiana, aunque la el aprendizaje es más lento de lo normal y requiere un mayor esfuerzo por parte de todos es decir de colegios especiales, como la implicación de la familia en todos los campos del aprendizaje. A nivel sanitario es un problema como otro cualquiera, pero es cierto que su desarrollo en sus primeros años de vida se centra en que tome el control de la postura, como en la comunicación, la socialización de las personas y que se vea autónomo para poder desplazarse en el medio. Todo esto se ve ligado a la insuficiencia de su mal desarrollo del sistema nervioso en su concepción y a la mala organización mental y de la emoción, es fundamental que desde edades tempranas se haga una atención temprana de estas personas, los programas de atención temprana a estas personas va a dar lugar al buen desarrollo neuronal del niño y de la familia como de su entorno social. Hay que dejar claro que el síndrome de Down no es una enfermedad, por lo que no presenta tratamiento para la misma, sino que es una condición natural como tal, lo que si hay que comentar que al haber una alteración genética puede haber asociado problemas de salud como cardiopatías congénitas, patologías de visión y del oído, intestinales, etc. Para terminar podemos decir que el personal de enfermería debe estar entrenado con este tipo de personas a lo que se refiere en las necesidades integrales en caso de tenerlos que atender, necesitando a veces, cuidados más específicos en su atención. De todas formas, existen una serie de profesionales a nivel educativo y asistencial que tratan de incorporar a estas personas como un todo en la sociedad y es enriquecedor a todos los niveles el que el síndrome de Down pueda compartir y hacer las mismas cosas que las personas de la sociedad.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCE ante el cuidado de niños con síndrome de Down.

3 Metodología

Hemos buscado en Google académico, como en base de datos: Scielo y Medline-Plus, Elsevier, etc. así como también hemos consultado libros de enfermería a cerca de los cuidados de enfermería que necesita en situaciones especiales este síndrome, utilizando revistas de enfermería que hablan sobre el mismo.

4 Resultados

Desde el punto de vista de cuidados y el trato que se le da a este tipo de personas, se ha evolucionado mucho en nuestra época, no así antes este tipo de personas con este problema no había centros especiales que hubiera una conexión con centros de atención primaria ni tampoco con la especializada. El cambio ha sido "brutal", y se ha enriquecido tanto a nivel intelectual como a nivel social y familiar. El apoyo emocional a este tipo de personas es complicado al principio, ya que el llanto, las rabietas, la tristeza, etc. son mecanismos que son difíciles de reconocer lo que ellos mismos están sintiendo en ese momento, también es algo complejo al principio el saber lo que otras personas sienten, ya que el síndrome de Down no diferencia a veces el malestar de la otra persona siente en esos momentos dando lugar a reacciones que no entienden, dentro del apoyo emocional hay una serie de problemas para regular las emociones, es decir dependiendo de las situaciones, de los momentos. También y no menos importante es trabajar la autoestima, ya que no en todos los sitios los van a incluir como iguales, lo que provoca en la familia tristeza, desesperación y ansiedad por este tipo de comportamiento con la sociedad en sí. De carácter educacional podemos decir que es importante que el niño/a se refuerce a nivel emocional para el adecuado desarrollo de su vida adulta y poder gozar de relaciones satisfactorias para el resto de su vida. El personal sanitario es el responsable de dirigir a los familiares y de enfocar que centros son los que atienden este tipo de personas en su desarrollo emocional y su desarrollo social, podemos mencionar alguno de ellos como: "DOWN EN ESPAÑA" en cualquier parte de la geografía Española. Para finalizar debemos decir que con respecto a alimentación saludable y a los hábitos higiénicos, las personas con este problema suelen tener problemas a la hora de alimentarse, teniendo problemas como es la dificultad en tragar, masticar, lo que va a provocar atragantamientos o aspiraciones broncotraqueales, debido a que existe una hipotonía lingual lo que les impide el poder tragar con normalidad, por eso es fundamental que la familia se les informe de todos estos acontecimientos y que se tomen la calma oportuna y que participen en las actuaciones que les indiquen los terapeutas ocupacionales al respecto.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome Down no es una enfermedad como mucha gente piensa, sino una condición que se nace con ella a partir de una trisomía del par 21 cromosómicos, no obstante se ha evolucionado mucho tanto en los cuidados que se les da a estas

personas como a la educación que estas personas reciben y el gran apoyo que reciben. A nivel sanitario, no podemos olvidar de las necesidades que la persona tiene, ya que no debemos de obviar que son personas con unas características especiales los cuales van a necesitar mayor cuidado y atenciones, presentando una serie de problemas que deben de tratarse y de corregirse o bien mediante la prevención de algunas enfermedades, ya que a estas personas suelen tener con más frecuencia una serie de patologías que se dan con más frecuencia que el resto de los niños/as. Es cierto que entre los profesionales de la salud va a haber dudas con respecto a este síndrome, tratando en todo momento de estar actualizados sobre este síndrome. Para terminar debemos decir que se ha ampliado bastante la cartera de servicios que se dan a estas personas con este problema y que ha sido un triunfo tanto para la familia como para ellos.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- 2.- Reseña histórica del síndrome de Down. - Revista de la..., 2017 - medigraphic.com
- 3.- Genómica del síndrome de Down. - Acta pediátrica de..., 2016 - scielo.org.mx
- 4.- Estudio epidemiológico global del síndrome de Down. Revista chilena de pediatría, 2011 - SciELO Chile
- 5.- Síndrome de Down (trisomía 21). Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría, 2005 - academia.edu.

Capítulo 304

CONOCIMIENTOS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UN LAVADO GÁSTRICO POR INTOXICACIÓN

BEATRIZ VELASCO TORIBIO

ROCIO RODRIGO ARENAS

ROSA VERDEJO FERNANDEZ

LOURDES MAURELO LAGUNA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ

1 Introducción

La intoxicación por medicamentos puede ser accidental o autolítica, que son dos significados diferentes.

Los accidentes son cuando los pacientes no pueden controlar su medicación y automedicarse sin saber lo que están tomando ni piensa en las consecuencias que eso le puede acarrear.

Para niños que toman medicamentos de padres, abuelos, etc. Lo beben porque creen que es un caramelo. O en algunos casos, el médico tratante puede aumentar

la dosis del medicamento y el paciente lo toma tal cual, pero tiene un efecto sedante en términos generales.

También encontramos que intoxicaciones por autólisis, el paciente se sentía mal por estrés, algún acontecimiento vital o porque el paciente ya había sido diagnosticado con psiquiatría, y en el momento de la inestabilidad, sobredosis de psicotrópicos, tranquilizantes, etc.

Estas intoxicaciones son muy frecuentes en urgencias, son intoxicaciones agudas o crónicas, y si el saneamiento es efectivo, el tratamiento de las intoxicaciones agudas o intoxicaciones se realiza más tarde de lo recomendado en las intoxicaciones crónicas, dando lugar a complicaciones orgánicas.

Incluso requirió tratamiento intensivo en la unidad de cuidados intensivos. En la mayoría de los casos, la causa más frecuente de muerte fue el edema cerebral secundario a insuficiencia hepática y sepsis.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas de lavado gástrico para la intoxicación por medicamentos por el TCAE.
- Describir qué complicaciones pueden ocurrir ante una intoxicación.

3 Metodología

Revisar y corregir 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 nos enseñen qué tipo de técnica de lavado gástrico utiliza el TCAE.

Palabras clave: sonda, estómago, formación, vómitos.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica queremos mostrar qué artículos se pueden añadir para explicar la composición del lavado gástrico y el conocimiento de los TCAE en esta técnica.

Según varios autores, los pacientes intoxicados pueden entrar en coma en el hospital. Por lo general, estos pacientes son autolíticos o letárgicos, pero conscientes

de que han bebido.

El propósito de este método es obtener un lavado gástrico para eliminar el exceso de medicamento. Se extraen las sustancias tóxicas, se exprime el estómago y se toman muestras de jugo gástrico. La presencia de sangre pura. Hay obstáculos. Para la inserción, el paciente debe estar en decúbito lateral izquierdo con la rodilla flexionada y en posición de Trendelenburg de 20° con la cabeza hacia abajo, después de lavarse las manos y usar guantes en esta posición, marcas desde el proceso xifoides del apéndice hasta la nariz y lubrique la sonda con un lubricante soluble en agua y comience la inserción. Luego se aspiró el contenido gástrico y se realizó varios lavados gástricos.

Es una técnica aséptica, pero no necesariamente estéril porque hemos encontrado muchas bacterias en la primera parte del tubo digestivo en la boca. El tubo debe tener un orificio irregular para que se pueda usar el mismo tubo gástrico si se necesita carbón activado. Una vez que se completa el lavado, se informa al paciente que se retirará el tubo porque el paciente estará más despierto después de limpiar el estómago en este momento, y el paciente se acostará de lado durante un período de tiempo para evitar el vómito. (Nogg S, 2008).

Pueden ocurrir las siguientes complicaciones: Neumonía por aspiración, perforación del tubo digestivo, perforación faríngea, hipoxemia, arritmia, alteración de la electrólisis del agua.

5 Discusión-Conclusión

Antes de recoger todos los resultados, se han revisado y hemos comprobado que son científicamente adecuados, se añaden a la revisión bibliográfica, la finalidad y el conocimiento es que el TCAE entienda su función, si es obligatorio o no quien lo hace y quiere saber qué tipo de sondaje y que procedimiento se va a hacer y por supuesto qué envenenamiento puede necesitar ayuda en la sala de emergencias del hospital en general.

También concluimos que la intoxicación puede convertirse en una emergencia potencialmente mortal, por lo que los profesionales de la salud deben actuar con rapidez para evitar posibles complicaciones.

6 Bibliografía

- Ruiz J, Martín M^a C, Garcia- Penche R. Lavado gástrico. Procedimientos específicos de urgencias. Procedimientos y técnicas de Enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 2006

- Amigó-Tadín M, Nogué-Xarau S. Descontaminación gastrointestinal en intoxicaciones agudas por medicamentos. 2005 enero; 1584: 77-80.

Capítulo 305

CONOCIMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

BEATRIZ VELASCO TORIBIO

ROCIO RODRIGO ARENAS

ROSA VERDEJO FERNANDEZ

LOURDES MAURELO LAGUNA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ

1 Introducción

Los TCAE son miembros del equipo de atención médica que tienen el contacto más cercano e íntimo con el individuo y sus familiares; lo que es más importante, también deben proporcionar la atención necesaria al final de la vida en la etapa de la enfermedad tanto con el paciente como con los familiares.

Podemos utilizar los cuidados paliativos como una forma especial de cuidar a personas con enfermedades graves como el cáncer. Los cuidados paliativos se centran en mejorar la calidad de vida ayudando a los pacientes y familiares a controlar los síntomas de una enfermedad grave y los efectos secundarios del tratamiento.

No solo nos ocupamos de los enfermos, sino que también incluimos a los familiares inmediatos. La atención de TCAE para estos pacientes debe ser integral y satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Requieren cuidados cómodos, lo que exige cierta actitud personal, así como el desarrollo de un mayor equilibrio y madurez. La muerte inevitable crea la necesidad de una nueva jerarquía de valores y ayuda a vivir el presente con mayor intensidad y deseo de relaciones reales, por lo que el TCAE debe ayudar a este paciente a alcanzar sus metas y poder asegurarle calidad de vida.

2 Objetivos

- Describir los cuidados del TCAE necesarios para la calidad de vida del paciente y sus familiares en este entorno de cuidados paliativos.

3 Metodología

Una búsqueda bibliográfica de publicaciones en Internet llevó a las bases de datos en las que hemos incluido artículos en los que se debe realizar TCAE en cuidados paliativos.

Las bases de datos utilizadas fueron Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS son paliativo, final de la vida, atención, capacitación.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido añadir el texto de un artículo que nos explica los cuidados que debe tener el TCAE en los cuidados paliativos.

Con nuestros cuidados podemos documentar que debes darle compañía: una compañía respetuosa y comprensiva demostrará que estamos listos para ayudarlo si nos enteramos. Escuche atentamente: además de cuidado, respeto y apoyo para sobrellevar mejor este momento difícil, permite a los cuidadores evaluar la actitud del paciente frente a la enfermedad.

La importancia del contacto físico también es importante: toma su mano, acaricia su hombro, coloca almohadas, siéntate a su lado, comunícate con él, expresa amor y confianza, límpiale la frente, sé amable con él, anima a la familia y a él juntos. El tacto puede actuar como un antídoto contra el miedo y la ansiedad,

brindando una sensación de seguridad y alentando a compartir mientras libera sus habilidades curativas naturales.

Los cuidados también se basarán en la dieta y hay que ayudar al paciente a tomar alimentos si no puede. Incluya una dieta rica en proteínas para ayudar a reparar y reequilibrar todo su cuerpo. También habrá batidos de proteínas, que se pueden llamar suplementos nutricionales, que también son esenciales en la nutrición.

Se evitará el estreñimiento inducido por fármacos, se realizará TCAE con enema en días alternos, lo que también beneficiará el estado del paciente. Control de líquidos y diuresis para comprobar si hay retención urinaria o anuria.

Este último síntoma puede ser una premonición de que algo ya no funciona bien. Otro cuidado a tener en TCAE es contener la respiración si presenta disnea, se hablará de fatiga con su superior y se colocarán de la manera correcta para evitar estos síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Lo cierto es que la palabra clave de esta reseña se podría resumir con calidad de vida, por lo que todos los resultados que hemos podido encontrar se basan en el último punto.

El TCAE será el tutor del paciente paliativo y le brindará todos los cuidados necesarios incluyendo incontinencia o retención, estreñimiento, respiración, etc.

En conclusión, como en la introducción, es posible determinar si el paciente paliativo es un familiar, y nosotros debe esforzarse por mantener a la familia que pronto perderá a su ser querido. Trate de mantener el estado de confianza en nosotros tocando y evaluando al paciente.

6 Bibliografía

- Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E. Cuidados paliativos en Enfermería. Donostia: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2003.
- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P y Bayés R. Intervenciones emocionales en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003.

Capítulo 306

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ÚLCERAS DE PRIMER GRADO

BEATRIZ VELASCO TORIBIO

ROCIO RODRIGO ARENAS

ROSA VERDEJO FERNANDEZ

LOURDES MAURELO LAGUNA

MARÍA DEL CARMEN SOBRINO LÓPEZ

1 Introducción

Una úlcera por presión (UP) es una "lesión localizada de la piel y/o tejido subcutáneo debido a la presión o una combinación de presión y cizallamiento, generalmente en un sitio óseo". El sistema de clasificación internacional PU NPUAP junto con el European Pressure Ulcer Advisory Group (EPUAP) consta de 4 categorías o etapas:

- 1.- Categoría / Estadio 1: área de piel intacta con eritema que no se vuelve blanca al presionar. Puede mostrar el riesgo de desarrollar el UPP.
- 2.- Categoría/Estadio 2 : grosor de la piel perdido. La base de la herida es de rosa a rojiza sin esfacelo.

3.- Categoría/Estadio 3: pérdida de tejido de espesor total. Los huesos, los tendones o los músculos no estarán expuestos, pero la grasa subcutánea puede estarlo. Puede consistir en escoria.

4.- Categoría/Estadio 4: pérdida de tejido de espesor total con huesos, tendones o músculos expuestos.

Pueden ocurrir fugas e incluso cavitación y tunelización. La NPUAP, por su parte, reconoce dos términos adicionales que difieren de la EPUAP, que la EPUAP incluye en la cuarta categoría.

Las recomendaciones ofrecidas son aplicables a población adulta con riesgo de desarrollar UPP en atención hospitalaria, atención domiciliaria o atención sociosanitaria y sus cuidadores/as en términos generales.

2 Objetivos

- Describir los tipos de acciones deben realizar los TCAE en pacientes con una úlcera en estadio I.
- Aprender a prevenir las úlceras en etapa/estadio.

3 Metodología

Según las pautas, artículos y texto en Internet para su revisión y evidencia.

Incluyen textos y/o artículos de bases en los que nos explican que tipo de cuidados debe de realizar un TCAE ante la aparición de una úlcera estadio I en un paciente que se encuentra hospitalizado.

La búsqueda del libro se realizó en la base de datos de PubMed en Cochrane Scielo.

Palabras clave, piel, riesgo, herida, cuidado.

4 Resultados

Nuestra revisión bibliográfica se basa en el tipo de atención que requieren los pacientes con úlceras en estadio I según TCAE.

Cuidando la piel a un nivel donde el paciente usa pañales, las sábanas están estiradas, evitamos la formación de arrugas que pueden causar úlceras, pero en cuanto a la aparición de úlceras, es más beneficioso para los pacientes que están acostados, porque existe cierto riesgo de complicaciones patológicas, como trom-

bosis o sangrado incontrolable, y, por lo tanto, hay que guardar cama un tiempo después de la operación.

Sin embargo, en este tipo de pacientes, la dieta también puede verse afectada, y si no hay suficientes proteínas o nutrientes, la piel también se ve afectada, y una inversión insuficiente puede provocar fricción y pérdida epidérmica y el desarrollo de úlceras en estadio I.

El TCAE debe ayudar al paciente con cambios posturales, cada 2 o 3 horas mientras el paciente lo tolere, de lo contrario se deben aplicar las almohadillas en áreas críticas como formación de heridas, sacro, occipucio, manos, talones, etc.

Algunos pacientes se les complicarán la herida y terminarán con una herida de etapa II porque no cicatriza ni ayuda a evitar que empeore.

El TCAE también debe proporcionar a los pacientes hidratación externa e interna para mantener la piel hidratada y menos propensa a los brotes.

En el caso de ya aparición de la úlcera estadio I se añadirá a todos los cuidados anteriores la colocación por parte del DUE de un parche protector, en el caso de este estadio es que ha roto la piel y tiene una pequeña herida con lo cual un apósito de segunda piel puede ser suficiente por el momento. En caso de que el paciente tenga pañal cada vez que se tenga que cambiar se deberá observar para ver si el apósito este sucio y haya que tener que cambiarlo.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe manejar adecuadamente a dichos pacientes y evitar involucrar a personas que no están familiarizadas con ellos en el desarrollo del trabajo. Como esto sería dañino y como se comenta en los resultados, el problema se agravaría porque la persona en la observación todavía pensaba que era normal.

El TCAE necesita saber qué atención brindar a cada paciente, ya que cada paciente puede individualizarse en función de su estado patológico o físico generalmente. Por lo tanto, siempre se debe evaluar al paciente para cada cambio de posición.

Se le debe observar cada zona en la que pueda ser propenso a desarrollar una úlcera.

6 Bibliografía

- Wandosell Picatoste MJ, Salgado Barreira A, Moreno Pestonit MT, Rodríguez Villar S, Paz Baña MA, Mañá Álvarez AM, et al Efectividad de una intervención

formativa para prevenir las úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos quirúrgicos: un estudio experimental. Gerokomos [Internet]. 2012;23(3):128-131.

- Garcia Fernandez FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Vidu Soriano J, Lopez Casanova P, Rodriguez Palma M. Hipertensijas profilakse. Serie de libros técnicos GNEAUPP núm. I. Grupo Nacional de Estudio y Recomendación de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logronjo. 2014.

Capítulo 307

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ESTERILIZACIÓN: INSTRUMENTAL DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ABDOMINAL

LAURA MARZO CHECA

MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ

ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS

1 Introducción

En las centrales de esterilización de los centros sanitarios se realiza la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental y material empleado en las intervenciones quirúrgicas.

Con ello se garantiza la eliminación de los microorganismos presentes, para que estos no puedan pasar al organismo del individuo al ser empleados durante la intervención quirúrgica, pudiendo causar infecciones nosocomiales y comprometer la vida del paciente.

En la central de esterilización también se realiza el etiquetado del material para conocer su destino o procedencia así como también el proceso de esterilización por el que ha pasado y poder realizar un rastreo del material por si hubiese algún tipo de incidencia.

También se realiza el embolsado del material y después este es distribuido a los distintos servicios.

En estas centrales trabajan los técnicos auxiliares de enfermería en conjunto con el personal de enfermería, que deben de conocer todo el material que pasa por sus manos, como limpiarlo y desinfectarlo de forma adecuada y como garantizar el proceso de esterilización más adecuado según la composición del instrumental para que este no se deteriore.

Por ello es importante que conozcan el material que se emplea en las diferentes especialidades, en este caso vamos a ver el material o instrumental de traumatología y cirugía abdominal.

2 Objetivos

Conocer como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería el diferente material que pertenece a traumatología y cirugía abdominal para saber clasificarlo de forma adecuada, así como proceder a su limpieza, desinfección y esterilización de forma correcta.

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

Instrumental de cirugía traumatológica y ortopédica

- Sierras: las hay manuales y eléctricas. Sirven para amputaciones o secciones de hueso (también del cráneo). Las oscilantes también pueden usarse para cortar yesos y vendajes enyesados.
- Costótomo: tenaza que se usan para seccionar las costillas.
- Cizallas: especie de tijeras que sirven para cortar hueso o yesos. Las hay rectas y anguladas.

- Martillos y escoplos: se emplean para fracturar huesos.
- Taladros y brocas: para abrir orificios, generalmente para la inserción de clavos o tornillos de sujeción.
- Gubias: con bordes filosos, tienen gran fuerza de corte en la punta. Generalmente se utilizan para regularizar superficies óseas de sección, por ejemplo, en intervenciones en tórax. También sirven para fracturar puntas óseas y desbridar tejido necrótico.
- Periostótomos o legras: son elevadores de colgajos para levantar el periostio.
- Pinzas y gatillos para hueso: sirven para sujetar durante la intervención.
- Alambre ortopédico: suele usarse para estabilizar fracturas y para mantener los diferentes fragmentos en contacto.
- Alicates: se usan para manejar, doblar y cortar alambre de osteosíntesis.
- Limas: para eliminar irregularidades óseas.
- Clavos para fijación intramedular.
- Placas y tornillos: estabilizan fracturas mediante un sistema interno.
- Prótesis: las más usadas son las de rodilla y cadera.

» Instrumental para cirugía abdominal:

- Endoscopio para laparoscopia: instrumento en forma de tubo, rígido o flexible, con una luz y una óptica que permite la visualización del interior. La laparoscopia implica hacer un agujero en lugar de entrar por un orificio natural. Generalmente, se usa un trócar umbilical.
- Clamps intestinales: como el de Doyen o el de Spainer. Diseñadas para comprimir, estas pinzas impiden que el contenido intestinal se vierta en la cavidad abdominal durante la intervención.
- Pinzas: como las de Randall, de Desjardín o de Babcock. Sirven para la tracción de vísceras huecas.
- Cánulas de aspiración: se usan para retirar secreciones en campos quirúrgicos profundos.

5 Discusión-Conclusión

El material que pasa por nuestras manos en el servicio de esterilización es diverso y cada cual tiene una finalidad diferente y, por tanto, debe también ser manipulado de forma distinta.

Algunos de estos instrumentos se desmontan en varias piezas y el TCAE debe conocerlo.

Existen diversas especialidades que tienen aparte del instrumental básico común algunos instrumentos específicos o especiales para la realización de las intervenciones quirúrgicas.

En este caso hemos visto el material de traumatología y cirugía abdominal, entre los que están: sierras, cizallas, martillos, taladros, brocas, gubias, limas, clavos, alicates, placas, tornillos, clamps, pinzas, cánulas de aspiración, endoscopios, etc.

6 Bibliografía

- 1- instrumental traumatología - <https://www.gambarter.com/instrumentos/instrumental-traumatologia.html>
- 2- instrumental traumatología - <https://www.dismedical.es/Productos/INSTRUMENTAL/INSTRUMENTALTRAUMATOLOGIA>
- 3- instrumental de traumatología - <https://www.medicalcanada.es/instrumental-para-traumatolog%C3%ADa>
- 4- instrumental de traumatología - <https://www.mevesur.com/218-instrumental>

Capítulo 308

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ESTERILIZACIÓN: PROTOCOLO DE LIMPIEZA POR ULTRASONIDOS

LAURA MARZO CHECA

ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS

MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ

1 Introducción

En las centrales de esterilización de los hospitales y centros hospitalarios tienen lugar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de los materiales e instrumental.

Las lavadoras ultrasónicas están basadas en la aplicación de ondas sonoras de alta frecuencia (20.600 a 38.000 vibraciones por segundo) en soluciones acuosas con detergente, normalmente enzimático.

El agua llega a todos los recovecos del instrumental (bisagras, cremalleras, dientes, ranuras, etc.) que sería imposible limpiar de otro modo.

El sistema se basa en la cavitación: las bajadas y subidas de presión que provocan las ondas generan millones de pequeñas burbujas que se expanden, dilatan y chocan contra las superficies de los instrumentos; al estallar, se produce un vacío

(implosión) y la energía liberada arranca y arrastra las partículas ajenas al metal adheridas a los instrumentos, sin dañar su superficie.

El tratamiento ultrasónico es muy útil para instrumentos de acero inoxidable, sobre todo para los más delicados. Sin embargo, no debe usarse con materiales elásticos, como el caucho o la silicona, ya que absorben las ondas y la acción limpiadora no es tan efectiva. Por lo general, también se desaconseja para los instrumentos de microcirugía, los endoscopios rígidos, las ópticas, los espejos, el material cromado o plateado y los motores.

2 Objetivos

Conocer como TCAE el protocolo de uso de la limpieza por ultrasonidos usada en el servicio de esterilización 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

PROTOCOLO DE USO DE LA LIMPIEZA POR ULTRASONIDOS:

1. Aclarar el material para retirar la materia orgánica visible.
2. Seguir las instrucciones del fabricante sobre el llenado de la cubeta, el agente de limpieza y su concentración, así como la temperatura (si supera los 60°C hay que usar un detergente que evite la coagulación de las proteínas).
3. Comprobar que no haya gases en la cubeta, ya que se disminuiría la cavitación y el efecto limpiador.
4. Separar instrumentos de metales diferentes y no procesarlos nunca juntos, ya que causa diferencia iónica que provoca el picado por electrólisis.
5. Colocar el instrumental más pesado en el fondo y el más liviano encima.
6. El instrumental con cierres debe estar abierto. Todos los materiales deben estar completamente sumergidos.

7. Las bandejas no deben estar sobrecargadas.
8. Una vez retirado del lavador ultrasónico, el instrumental debe ser enjuagado para retirar el detergente y colocado en la lavadora desinfectadora o lavado en forma manual.
9. La solución debe ser cambiada cuando exista alta concentración de suciedad o al cambiar el turno (ocho horas).

COMPROBACIÓN DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS APARATOS:

- Test de la lámina de aluminio: suspender las láminas dobladas sobre una barra, introduciéndolas en el tanque. Al extraerlas tras 10 minutos deben estar arrugadas y perforadas de forma semejante.
- Test del portaobjetos: la parte esmerilada se moja con agua y se dibuja una "X" con un lápiz del no 2. Al conectar el tanque, la marca debe desaparecer en unos 10 segundos.
- Indicadores químicos de cavitación: dispositivos encapsulados que se pueden colocar en el tanque con el material que se va a limpiar. En su interior tienen unas bolas de vidrio y un fluido. Si la cavitación es correcta, se provoca una reacción química en el fluido del test que hace que el color cambie de verde a amarillo.

5 Discusión-Conclusión

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería llevamos a cabo diferentes funciones aparte de la atención al paciente, entre ellas se encuentra la limpieza, desinfección y esterilización del material e instrumental que se emplea para su diagnóstico y tratamiento.

Este se lleva a cabo como hemos visto en las centrales de esterilización.

Existen diversos métodos para su realización y entre ellos está la limpieza del material mediante el uso de ultrasonidos.

Este método aunque no es de los más usados se utiliza en diversos materiales que no pueden ser limpiados por otro mecanismo o como método para ablandecer la suciedad.

Hemos visto cuál es el protocolo adecuado para su uso así como también los test de comprobación.

6 Bibliografía

- 1- limpieza y desinfección de materiales e instrumentos - https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2019/02/hmh_solucionario.pdf
- 2- limpieza y desinfección de materiales e instrumentos - https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2019/02/hmh_unidad_cast.pdf
- 3- limpieza y descontaminación en la central de esterilización - <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/limpieza-descontaminacion-central-esterilizacion/>
- 4- limpieza y desinfección de materiales de uso sanitario - <https://iesjuandearejula.com/wp-content/uploads/600.pdf>

Capítulo 309

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA CON EL PACIENTE

LAURA MARZO CHECA

MARÍA DEL CARMEN MORALES MARTÍNEZ

ELSA ESCOBAR DE LOS SANTOS

1 Introducción

La comunicación es un proceso complejo que no se limita únicamente a una forma de manifestarse, sino que abarca dos grandes modalidades: la verbal y la no verbal.

En esta línea, cabe que señalemos que ambas modalidades son capaces de interaccionar y darse al mismo tiempo. Al final de este apartado podremos concluir que las dos pueden complementarse e incluso ser necesarias en un mismo acto comunicativo.

Además, no podemos olvidar los avances que está trayendo consigo la tecnología. Esta no solo nos permite comunicarnos de manera tradicional, sino que los límites se han extendido. Tanto que podríamos llegar a hablar, en el futuro inmediato, de una tercera modalidad: la comunicación gráfica.

La comunicación verbal y no verbal y las funciones del lenguaje se aplican en su totalidad cuando nos relacionamos en sociedad.

El lenguaje corporal es mucho más inconsciente que el oral, pues sin nosotros saberlo muchas veces damos cuenta de quiénes somos o qué queremos a partir de nuestros movimientos.

En el ámbito médico son importantes las dos formas de expresión: la oral, sobre todo, en el contacto directo con el paciente; la escrita, en el campo administrativo.

En el momento en el que hacíamos alusión a la comunicación como un proceso complejo, no solo nos referíamos a todas las características que hemos visto, sino también a las barreras, interferencias o distorsiones que puedan obstaculizarlo. Las barreras de la comunicación son todos aquellos impedimentos, condicionantes u obstáculos que surgen durante un acto de habla y que dificultan que el mensaje se transmita con éxito.

2 Objetivos

Conocer algunas herramientas para la comunicación terapéutica con el paciente de forma adecuada, como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es necesaria una correcta comunicación entre el paciente y el personal sanitario; una idea que toma forma a través de la comunicación terapéutica.

En sanidad, existen algunos aspectos relacionados directamente que es necesario recordar:

- La tarea profesional determina la comunicación. Es decir, la información que tratan un médico y un paciente gira en torno a una actividad concreta, como puede ser una analítica, una radiografía, etc.
- El tiempo es limitado y está sujeto a espacios de consulta cerrados. Cada profesional dedica al paciente un porcentaje de su jornada laboral.
- El filtro del competente en la materia es esencial para tratar a los pacientes de una manera u otra, según su circunstancia sanitaria.
- La conversación es mucho más asimétrica que en un contexto de interacción habitual, pues el médico busca despersonalizar al paciente y centrar la locución en el tema a tratar.

Podemos definir comunicación terapéutica como el conjunto de técnicas que el personal sanitario debe adoptar para comunicarse con el paciente y cuya finalidad es establecer una comunicación fluida y beneficiosa.

La comunicación terapéutica incluye en las siguientes situaciones de aplicación:

- Adecuada recepción del paciente
- Practicar la escucha activa
- Mostrar empatía
- Preguntar de forma eficaz
- Integrar la información • Negociar positivamente
- Motivar

Para ello, se debe tener en cuenta la condición del paciente, el estado de ánimo o el momento en el que sucede la acción.

Se intentará, por tanto, a través de la comunicación terapéutica, influir en el paciente de una forma positiva.

El personal sanitario debe tener en cuenta que algunos procedimientos que para ellos pueden ser comunes y fácilmente entendibles pueden no resultar igual de conocidos para el paciente, de forma que este pueda mostrar un poco de aprensión o desconfianza. Por tanto, deberemos intentar que el paciente se sienta lo más cómodo posible en pro de su recuperación

5 Discusión-Conclusión

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajan en un centro hospitalario, tratamos con personas que sufren diferentes dolencias y patologías en nuestro día a día.

Esto hace que tengamos que comunicarnos con ellas para el desarrollo de nuestras funciones.

La comunicación con el paciente no siempre resulta algo sencillo, ya que estas personas y sus familiares en muchas ocasiones se encuentran con miedo, preocupación, incertidumbre ...

Por ello es necesario que tengamos siempre presente la necesidad de ser empáticos, comprensivos, como hemos visto en todo el desarrollo de este trabajo.

Muchas veces nos olvidamos de que trabajamos con personas y que estas también necesitan que prestemos atención a sus necesidades emocionales.

6 Bibliografía

- 1- comunicación terapéutica en enfermería - <https://biblioteca.enfermeria21.com/producto/comunicacion-terapeutica-en-enfermeria-2007/>
- 2- comunicación terapéutica- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021
- 3- comunicación terapéutica- <https://es.slideshare.net/larybed/comunicacin-teraputica-26810910>
- 4- importancia de la comunicación terapéutica- <https://www.comunicare.es/importancia-de-la-comunicacion-terapeutica/>

Capítulo 310

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ELIMINACIÓN DE TINTA DE LA PIEL

MARIA DEL CARMEN NAVES MENENDEZ

EVA GONZÁLEZ SUÁREZ

MARIA COVADONGA PÉREZ FERNÁNDEZ

ANDREA MENÉNDEZ REDRUELLO

PABLO NAVES MENENDEZ

1 Introducción

Hoy en día es bastante frecuente encontrar a personas que deciden eliminar tatuajes de la piel. Sin embargo, encontramos distintos factores que influyen en este proceso: por un lado, el color del tatuaje; por otro lado, el tipo de tatuaje, ya que no es lo mismo un tatuaje profesional, que va a requerir un mayor número de sesiones, que un tatuaje aficionado, con tintas más inestables y pigmentos más superficiales; también la localización corporal ha de ser tenida en cuenta, de modo que en las zonas donde la piel es más fina se precisa menos número de sesiones. El color de la piel también es un factor a tener en cuenta, ya que las pieles claras son las que mejor responden al láser y se precisa, por lo tanto, de menos sesiones. La eliminación con láser también se denomina dermoabrasión y provoca que quede en la piel una cicatriz del tamaño del tatuaje original, aunque actualmente se utilizan técnicas menos invasivas que van eliminando la tinta poco a

poco y los efectos son menores. La eliminación es un método que se realiza emitiendo un haz de luz dirigido a la tinta, que la fragmenta en otros de tamaño inferior y, posteriormente, se eliminan a través del sistema linfático. En general, en pocas semanas desaparece la cicatriz resultante. El tratamiento normalmente es molesto, por lo que, finalmente, se aplican cremas anestésicas. Encontramos distintos profesionales que pueden estar presentes en este proceso, entre ellos los auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar las funciones del TCAE en los procedimientos de eliminación de tinta de la piel.

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, en los últimos años, el tatuaje corporal ha sufrido un boom, por lo que igual que encontramos personas que se ponen nuevos tatuajes, también encontramos personas que deciden eliminarlos. Como ya se ha mencionado, el auxiliar de enfermería será un agente importante en el proceso de eliminación de los tatuajes. Actuará, en primer lugar, como colaborador en el prediagnóstico: se analizará el tamaño del tatuaje, el color, la profundidad, la zona donde se ha hecho, los colores... Una vez analizadas estas características, el auxiliar de enfermería le dará un feedback al paciente sobre lo observado, sobre la profundidad del tatuaje, sobre el tiempo que ha pasado desde que se realizó el tatuaje y, por lo tanto, sobre las sesiones asociadas al mismo. No está recomendado realizar la eliminación sobre tinta que tenga menos de seis meses y, por otro lado, cuanto más tiempo lleve el tatuaje en el cuerpo, más sesiones va a requerir también. Con respecto a los colores, es el auxiliar de enfermería quien informará de que los colores negros son más fáciles

de ser eliminados, no así los de otro tipo de colores. También el tipo de tinta empleada ha de ser valorada, ya que los tatuajes que tienen tinta de origen vegetal son más sencillos de eliminar. Además, el auxiliar de enfermería, una vez finalizada la primera sesión, le dará al paciente unas pautas de cuidados para hacer en casa: por un lado, la aplicación de la crema antiséptica y antiinflamatoria durante los primeros días tras esa primera sesión, evitar el contacto con el sol, no acudir a playas ni piscinas por el riesgo de infección e intentar no rascar esta zona.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el auxiliar de enfermería tiene un papel importante dentro de la eliminación de los tatuajes de la piel, ya que no solo dará las directrices principales al paciente, sino que también participará en el pre diagnóstico de cara a orientar sobre las sesiones que se van a realizar y sobre el procedimiento. También se encargará de dar una recomendación final. Asimismo, verbalizará lo que el paciente ha de esperar, por ejemplo: que después del tratamiento se va a producir enrojecimiento en la zona, también puede aparecer hinchazón, evitar - como se ha mencionado- baños y duchas calientes, playas y piscinas por el riesgo de infección y, también, la importancia de utilizar un jabón neutro para lavar esta zona.

6 Bibliografía

- Castro, T., Vélez, M., & Trelles, M. A. (2013). Tatuajes y su eliminación por láser. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 39(2), 195-205.
- García-Moreno, I., Martín Torres, V., Costela, A., Gómez Hernández, M., & Sastre Muñoz, R. (2010). Procedimiento para eliminar manchas pigmentarias y tatuajes en la piel mediante un sistema láser de colorante en estado sólido.
- Contreras, F., Romero, B., Suárez, N., González, M., Fouilloux, C., Guevara, E., ... & Velasco, M. (2002). La alta calidad en la solución de diversos problemas piel y eliminar tatuajes equipos médicos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 21(2), 148-155.

Capítulo 311

CASO CLÍNICO: PLAN DE ACTUACIÓN DE T.C.A.E. ANTE INTUBACIÓN POR EMPEORAMIENTO DE UN PACIENTE POSITIVO EN COVID EN PLANTA

LAURA SANCHEZ TANTE

LILIANA LOZANO HERRERO

ALMUDENA LOZANO HERRERO

CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ

AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA

1 Introducción

La enfermedad del Covid es una enfermedad infecciosa causada por el virus del Sars- Cov-2. Produce síntomas que incluyen fiebre, tos, disnea o dificultad respiratoria, mialgia o dolor muscular y fatiga, entre otros muchos síntomas que pueden aparecer.

En algunos casos más graves puede producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis e incluso choque circulatorio.

Según los estudios de la OMS, la enfermedad es mortal entre el 0.5% y el 1% de los casos.

A día de hoy no existe un tratamiento específico como tal para combatir la enfermedad. Si bien es cierto, que las medidas terapéuticas que se están llevando a cabo

consisten en aliviar los síntomas y el peor de los casos mantener las funciones vitales.

Se han realizado estudios para saber y conocer el mecanismo de transmisión de dicha enfermedad y así poder frenar su incidencia en la sociedad. Al final se ha determinado que el contagio del Covid se produce por pequeñas gotas que se emiten al hablar, estornudar, toser o espirar, por lo que podemos decir que es un virus respiratorio y no por contacto. También está documentada la transmisión por aerosoles.

Los síntomas pueden aparecer entre los dos y los catorce días, definiendo este tiempo como periodo de incubación. Existen varias evidencias que demostrarían que el virus podría transmitirse uno o dos días antes de que se tengan síntomas. El contagio se puede prevenir tomando una serie de medidas como un correcto lavado de manos, uso de mascarilla, y manteniendo las distancias con otras personas siempre que sea posible.

Actualmente, la incidencia del Covid está mucho más controlada, ya que la población ha sido vacunada, siendo así menos vulnerables al virus.

Aun así, siguen apareciendo casos de personas contagiadas, que precisan de una serie de cuidados especiales porque su respuesta ante el contagio sigue presentando síntomas graves.

Por eso, se siguen manteniendo zonas dentro de los hospitales, denominadas ZONA COVID, donde se prestan cuidados más específicos a este tipo de pacientes.

2 Objetivos

Como objetivos, con este trabajo intentaremos dar a conocer, mediante un caso clínico, las consecuencias de no estar vacunado frente al Covid, así como los planes de actuación que se deben llevar a cabo ante una situación de riesgo vital de un paciente que se encuentra ingresado en planta y sufre un empeoramiento, siendo necesaria la intubación y ventilación mecánica para poder salvar la vida de la persona.

Teniendo en cuenta la actuación del T.C.A.E. y sabiendo que protocolo realizar ante tal situación.

3 Caso clínico

José, señor de 65 años, ingresado en planta Covid desde hace 5 días.

Acudió a urgencias con dolor torácico y dificultad respiratoria. En urgencias realizan anamnesis donde se descubre que el paciente, aun siendo de riesgo por patologías anteriores como tensión arterial elevada, un infarto de miocardia hace 5 años y sobrepeso, no se encuentra vacunado de Covid.

Se le realiza exploración física donde se comprueba:

- Que presenta saturaciones de oxígeno en sangre inferiores al 90%.
- Que la tensión arterial está elevada, ya que tiene valores de 175/101.
- Que la frecuencia cardiaca está por encima de los valores que debería tener, llegando a alcanzar 148 pulsaciones.

Tras varias pruebas como electro y analítica, se le realiza test de antígeno, dando el resultado de este positivo.

Debido a los antecedentes y la situación clínica que presenta José, se decide su ingreso en planta Covid, para poder ofrecerle un tratamiento con el fin de paliar síntomas y recuperarlo clínicamente.

Se habla con el paciente y se le explica la gravedad de su situación, llegando incluso a advertirlo de los riesgos que conlleva que no esté vacunado.

El paciente, pasados 5 días y con una evolución favorable aunque lenta, empieza a presentar síntomas de fiebre.

Durante el turno de noche del 5º día de ingreso, aparecen primeras décimas, alcanzando 38º, donde se le administra un paracetamol y se consigue estabilizar.

Es cuando comienza el turno de mañana del 6º día de ingreso, cuando el paciente comienza a agitarse, presentando un pico febril de 40.1 °C y en cuestión de segundos empieza a convulsionar.

Desde ese mismo instante el equipo sanitario debe comenzar su actuación y lo primero que se hace es llamar al equipo médico correspondiente.

Se le coloca al paciente un Guedel, para evitar que se asfixie con su propia lengua y se precede a aspirar con el equipo de aspiración y una sonda para comprobar que no hay ningún resto de comida, bebida o saliva con el que se pueda broncoaspirar. No es efectiva la aspiración.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dirigido por enfermeros/as y médicos comienza a facilitar el trabajo para poder realizar al paciente la técnica de intubación y ventilación mecánica.

- Se prepara carro de paradas junto a la cama del paciente. Comprobando que todo está correcto tanto laringoscopia, ambú.
- Se coloca al paciente en posición de decúbito supino, llevándolo hasta casi el borde superior de la cama, para facilitar al médico la intubación.
- Se selecciona el grosor del tubo que se va a utilizar.

- Se prepara tubo, lubricante, laringoscopio, jeringa de 10 ml para inflar el globo del tubo, cinta para fijar el tubo y el ambú para dar soporte ventilatorio.

Es el equipo de enfermería quienes se encargan de administrar la medicación que el médico considere que es necesario poner al señor.

Es el equipo médico quien se encargara de realizar la técnica de intubación, resultando en este caso un éxito.

Ya con el paciente intubado, conectado al respirador artificial y estable, los celadores de la planta proceden a su traslado a la UCI, para que siga allí sus cuidados y tratamiento.

Una vez terminada la urgencia es el T.C.A.E. quien, junto con el equipo de enfermería, deben revisar y dejar listo el carro de paradas de nuevo por si pudiera ser necesario otra vez.

José continuará ingresado en UCI, hasta que esté clínicamente estable y recuperado como para volver a la planta.

4 Discusión-Conclusión

Parece que solo el personal sanitario de UCI, son los que deben saber enfrentarse a situaciones de riesgo vital de los pacientes. Pero no es así, en las plantas de hospitalización común, hay muchas veces que se dan circunstancias en las que el personal que allí trabaja debe saber gestionar.

Una intubación es una técnica que se lleva a cabo con mucha más frecuencia de la que nos imaginamos y cualquier Auxiliar o enfermero/a tiene que ser capaz de enfrentar.

Si algo ha caracterizado la enfermedad del Covid, es que los pacientes sufrían empeoramiento en un corto espacio de tiempo y por lo tanto en muchas ocasiones ha habido que actuar de urgencia y no solo en un servicio especial.

Por lo tanto es muy importante que el personal sanitario esté cualificado y formado en este tipo de actuaciones, y es muy importante que se invierta en el reciclaje de este tipo de protocolos para que todos y cada uno de los sanitarios que prestan servicios en los distintos departamentos, dada la situación sean capaces de resolver con éxito una urgencia de este tipo

5 Bibliografía

- <https://www.moranacf.com>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- <https://sanidad.castillalamancha.es>

Capítulo 312

CUIDADOS ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO DE UN NIÑO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CAROLINA RUIZ CAMPALLO

ELSA CHAIGNEAU TOMAS

1 Introducción

El niño menor todavía no tiene los huesos formados y hace poco que las fontanelas craneales se han osificado o no. Dependiendo de la estabilidad del niño y la edad con la que comienza a deambular.

Podemos hablar de dos tipos de TCE el primario que es el que los síntomas o signos van a surgir en el momento del impacto, o el secundario por shock o hipoxia del niño.

No se debe de descartar malos tratos ante el historial del niño de golpes, caídas por lo tanto los trámites a seguir serian estabilizar al niño precozmente y prestar los cuidados necesarios básicos o adaptados. Y por supuesto seguir el protocolo del maltrato en niños tras todas las intervenciones anteriores.

Las siglas TCE quieren decirnos traumatismo craneoencefálico. En la mayoría de los niños menores de dos años, cuando comienzan a caminar, suelen llevar golpes, pero en ocasiones puede ser más grave.

El paciente que acude con un TCE también puede ser considerado politraumatismo, ya que necesita una atención urgente vital.

Se define el politraumatismo como aquel daño corporal resultante de un accidente con más de una lesión (afectando a varios órganos o sistemas), o de una única que pueda poner en peligro la vida o supervivencia del paciente.

2 Objetivos

Describir los cuidados o atenciones que se van a proporcionar a un niño que ha sufrido un TCE 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 se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

- En el momento que se recibe al niño, el TCAE deberá acostarlo y llamar rápidamente al médico y DUE, para valoración conjunta entre todo el equipo. Puede que esté consciente con lo cual, sí que necesita una actuación rápida, pero no vital, podremos valorar si está inconsciente, pues puede presentar convulsiones, alteración, irritabilidad, cefalea, ceguera. Con ello también debemos de contar que el niño no sabe concretarnos qué es lo que realmente siente.
- Se utilizará la escala de Glasgow, la cual vamos a poder conocer qué tipo de afectaciones puede llegar a tener el niño. Esta va a medir apertura de ojos, respuesta verbal o motora. Tras la valoración se le tendrá que realizar un TAC para comprobar que no se formará un hematoma interior o una fractura de hueso.
- Una vez que se han realizado todas las pruebas diagnósticas necesarias, se procederá a realizar el tratamiento adecuado e incluso derivación a la UCI pediátrica. Se tendrá monitorizado en todo momento al niño.
- Pueden aparecer complicaciones como que no responda a un tratamiento o cuidado, con lo cual hay que volver a reevaluar al niño a ver si se está formando algún efecto secundario tras el golpe.
- En el momento que el niño esté estabilizado se tendrá en cuenta a los padres que sí ha sido un accidente sin más estarán preocupados. Se les tranquilizará y

se les facilitará verlo para que ellos queden más tranquilos.

- En el caso de que se sospeche malos tratos, se informará al juzgado del hecho y se pondrá en funcionamiento un proceso judicial.
- Como hemos podido incluir en nuestra revisión bibliográfica, se han añadido artículos los cuales nos hablan sobre qué tipo de protocolos o cuidados hay que realizar a un niño menor de 2 años tras sufrir un traumatismo.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver en este tema interesante que un golpe tras un despiste de los padres o familiares en esta edad, la cual puede ser menor de dos años, puede ser incluso mortal.

El traumatismo es uno de los accidentes más frecuentes, como se ha comentado en la introducción en niños menores de 2 años. Los cuidados deben ser concisos y no dudar, pues la vida del niño en muchas ocasiones está en peligro. El TCAE es fundamental en este tipo de proceso, ya que como se ha comentado, recibe y acoge en todo momento al niño y a sus padres.

6 Bibliografía

1. Documentación: Protocolo del paciente ostomizado.
2. Hospital Zumárraga: Cuidados del paciente ostomizado.
3. <https://mejorconsalud.as.com/que-son-ostomias/>.

Capítulo 313

EL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

IVÁN GONZÁLEZ CANO

LUISA MARIA RONCERO TOLEDO

MARÍA PILAR FERNÁNDEZ LEON

ROSA ANA ALVAREZ GÓMEZ PIMPOLLO

ALMUDENA BETETA RUBIO

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica y autoinmune que afecta a la mielina o materia blanca del cerebro y de la médula espinal, provocando la aparición de placas escleróticas que impiden el funcionamiento normal de esas fibras nerviosas. Lesiona la vaina de mielina que es el material que rodea y protege las células nerviosas. La lesión hace más lentos o bloquea los mensajes entre el cerebro y el cuerpo, conduciendo a los síntomas de la esclerosis múltiple. Uno de los síntomas de la esclerosis múltiple que más puede afectar la calidad de vida de las personas con EM es el dolor. Se trata de un síntoma complejo y que puede manifestarse de diversas maneras. El tratamiento mediante fármacos y un abordaje multidisciplinar pueden ayudar. Este dolor además influye en la dificultad para realizar determinadas actividades de la vida diaria, aumentando así el nivel de ansiedad y dificultando el descanso y el sueño reparador.

La esclerosis múltiple suele afectar más a las mujeres que a los hombres. Esta suele comenzar entre los 20 y los 40 años al inicio de la vida laboral.

Las causas que originan la esclerosis múltiple se desconocen, pero se sospecha que un virus o un antígeno desconocido son los responsables que desencadenan, de alguna manera, una anomalía inmunológica que hace que el organismo ataque su propia mielina.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán los de conocer los cuidados del auxiliar de enfermería en los pacientes con esclerosis múltiple y su desarrollo correcto junto con otros profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en los principales artículos y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores de internet como Google con palabras clave.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar de enfermería en la esclerosis múltiple son las que se desarrollan a continuación y es importante realizarlas de manera correcta y segura para evitar complicaciones con los pacientes que sufren de esta enfermedad:

- Ayudarán a las personas afectadas a comprender la información relacionada en el proceso de su enfermedad, como: sintomatología, pruebas diagnósticas, evolución, pronóstico, tratamientos.
- Mantener y proporcionar independencia para que poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD)
- Colaborarán con el equipo multidisciplinario en todas las prácticas que sean necesarias aplicar al paciente en cualquier momento.
- Enseñarán de manera correcta y de forma segura la administración de los medicamentos prescritos y observar si hay algún tipo de efectos.
- Realizarán 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.

- Detectaran riesgos o problemas para la salud, mediante las consultas de otras fuentes de información que haya disponibles para tener seguro como actuar si hay algún contratiempo
- Elaboraran un plan de cuidados en función del proceso de atención de Enfermería adecuado a cada paciente con EM
- Educaran 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
- Educaran 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
- Lograran una buena adaptación a la enfermedad, una mayor adhesión al tratamiento y una mejor calidad de vida para que le haga llevar lo mejor posible la situación que conlleva esta enfermedad tanto al enfermo como a su familia.

5 Discusión-Conclusión

Debido al ritmo de vida que llevamos, al tipo de trabajo que desarrollamos, el tipo de alimentación que llevamos, y el clima en el que vivimos pueden ser causas de que hagan que se desarrolle ese tipo de enfermedad. La influencia de la ansiedad y el sueño en la percepción del dolor parece evidente, así como lo contrario, la influencia del dolor en el aumento de ansiedad y la dificultad de conseguir un sueño reparador.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene que llevar a cabo un papel muy importante con este tipo de pacientes, ya que deberá ayudarlos psicológicamente a tomarse con normalidad este nuevo cambio en su vida cotidiana.

6 Bibliografía

Pubmed www.revistamedica.com

Capítulo 314

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD CORONARIA: FUNCIONES Y CUIDADOS

AMALIA CLARA NAVARRO DE LA VEGA

LAURA SANCHEZ TANTE

LILIANA LOZANO HERRERO

ALMUDENA LOZANO HERRERO

CONCEPCION MEDINA SÁNCHEZ

1 Introducción

La Unidad Coronaria es un área dentro del servicio de cuidados críticos, donde se internan aquellos pacientes que tienen un problema cardíaco, el cual no puede ser tratado en una planta de hospitalización común, ni tampoco precisa una atención tan especializada como se presta en la Unidad Cuidados Críticos Cardíacos (UCCC).

En este servicio se suelen tratar dolencias como la realización de un cateterismo, cuidados post colocación de un marcapasos, aquellas personas que ingresan a la espera de una intervención cardíaca, pero que tienen que estar monitorizados y controlados por el riesgo que presentan y muchas veces en él es donde se realizan las cardioversiones programadas y las de urgencia.

Esta área requiere una gran complejidad técnica y humana para dar servicio y resolver aquellos casos que se presenten. A diferencia de otras áreas de Cuidados Críticos, en la Unidad Coronaria, el paciente, normalmente se encuentra consciente y orientado.

Este tipo de unidades están diseñadas de tal modo que el paciente no está en contacto con el resto de pacientes ingresados en la misma unidad.

Siempre se encuentran monitorizados, para controlar sus constantes y visibilizar de la manera más rápida posible si algo no marcha bien.

El equipo sanitario que forma esta unidad, donde incluimos médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores, deben tener muy claras las funciones que cada cual tiene que realizar, tanto en circunstancias normales, como cuando sucede una urgencia. Es muy importante una buena coordinación y comunicación entre todos ellos, puesto que cada uno desempeña una función y ante una situación de riesgo vital para el paciente, todas y cada una de las tareas a realizar son de gran importancia.

2 Objetivos

- Dar a conocer de manera detallada la Unidad Coronaria, desde su distribución, equipamiento y desarrollo del trabajo que en ella se realiza.
- Describir las tareas o funciones que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro del ámbito del paciente cardiológico.
- Dar una serie de pautas para tratar y cuidar al paciente que presenta una cardiopatía y ha de ser ingresado en este servicio, intentando empatizar con la persona en cuestión.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica de una serie de artículos y publicaciones basadas en hospitales concretos como la Unidad Coronaria, del Hospital Ramón y Cajal y del Universitario de Toledo. Hemos recurrido también a bases de datos como Scielo, Medline y Google Scholar, realizando la búsqueda utilizando conceptos como cardiopatía, unidad coronaria, monitorización, cardioversión y riesgos cardiológicos.

4 Resultados

La Unidad Coronaria es una área del hospital bien delimitada, con un número reducido de camas, para prestar una atención y unos cuidados específicos.

Es muy importante que cuente con una serie de dispositivos imprescindibles para solucionar cualquier situación que el paciente presente.

El equipamiento mínimo que debe tener es:

- Electrocardiogramas, para la realización de los mismos en dichos pacientes. Es algo rutinario en esta unidad.
- Carros de paradas, que deben estar constituidos como mínimo con el desfibrilador, material de intubación por si fuera necesario, medicación para realizar distintas técnicas, así como los materiales necesarios por si hubiese que coger una vía central o un picc al paciente.
- Cánulas nasales de alto flujo.
- Sistemas de ventilación mecánica, tanto invasiva como no invasiva.
- Dispositivo y material para la inserción de un marcapasos transvenoso temporal.
- Electrocardiograma- Doppler con sonda transtorácica y transesofágica.
- Material necesario para realizar pericardiocentesis y drenaje pericárdico, toracocentesis y drenaje pleural.
- Balón de contrapulsación intraaórtico.
- Camilla de traslados con monitor y desfibrilador junto con el equipamiento de paradas.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería, tiene una serie de funciones dentro de la unidad muy específica. Aparte de las tareas que realiza de manera cotidiana con cualquier tipo de paciente, como el aseo, los cambios de pañal, los cambios posturales, la administración de comidas y las tomas de temperatura, en la Unidad Coronaria, son los encargados también de realizar los electrocardiogramas rutinarios en el turno de mañana, controlar las diuresis que en este caso se contabilizaran en su mayoría por la colocación del Urimeter y se realizaran cada hora, toma de constantes mediante el sistema de monitorización y prestar la atención que cada paciente demande según su situación concreta.

Es muy importante que el T.C.A.E., aparte de sus tareas diarias, tenga una buena formación en cuanto a situaciones de riesgo se refiere, porque si sucede una parada o alguna otra urgencia, su coordinación con el equipo de enfermería es fundamental para que la situación se resuelva de la mejor manera posible.

Tiene que conocer las prácticas para realizar una intubación de urgencia, así como una reanimación, o una cardioversión si llegara el caso.

La Unidad Coronaria es un área donde el paciente precisa de una atención continuada, puesto que se encuentra todavía en una situación de inestabilidad en lo que a su salud se refiere. Una vez se le haya controlado y estabilizado, el paciente se trasladará a la planta de hospitalización de cardiología para seguir ahí terminando su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

La creación de las Unidades Coronarias en los diversos hospitales, han marcado una clara diferencia entre las UCCC y las plantas de hospitalización comunes de cardiología.

En los últimos años la incidencia de enfermedades de origen cardiológico en España han aumentado considerablemente. La creación de estas unidades ha supuesto una liberación de camas en las UCI o las UCCC, por lo que implica que hay más camas disponibles para patologías más graves que precisen de estos servicios.

Este indicativo nos demuestra que económicamente supone un descenso del gasto del presupuesto sanitario.

Es muy importante destacar que el paciente cardiológico, es un tipo de paciente específico y muy concreto, con una serie de cuidados muy determinados, por lo que también el haber creado estas unidades ha supuesto que el personal que trabaja en ellas se acabe especializando en el servicio y de este modo ofrezca una atención al paciente de mucha más calidad.

Cabe destacar por último que es muy importante reciclar al personal sanitario de un servicio e invertir en su continua formación, para poder ofrecer una sanidad que podamos calificar como excelente.

6 Bibliografía

<https://www.revespcardiol.org/en-santiago-ramon-cajal-cardiologia-su-articulo-13017001>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893201763646>

<https://revistamedica.com/tcae-cardiologia/>

Capítulo 315

LA REPRODUCCIÓN SEXUAL

SUSANA MARTINEZ GONZALEZ

1 Introducción

La reproducción sexual en la especie humana se conoce como el proceso o acto mediante el cual se crea o se realiza un nuevo ser vivo mediante la unión de dos gametos, uno femenino y otro masculino, procede de dos progenitores y da lugar a uno o varios descendientes con un material genético similar al de sus progenitores, mediante un proceso de repartición celular conocido como mitosis o meiosis.

La diferencia entre estos dos tipos de división celular, cuando un gran número de personas se refiere a la división celular se suele decir que se está hablando de mitosis, pero la meiosis es el proceso celular mediante el cual se crean los óvulos y los espermatozoides.

Hay varios tipos de gametos especiales, el femenino que son los óvulos y en los hombres que son los espermatozoides. La unión de estos gametos es lo que da lugar a la fecundación, que da lugar a la creación de un cigoto, donde este embrión recopila información acumulada del ADN de cada uno de sus padres, donde se creará una mezcla con la información genética aportada de cada uno de los progenitores.

Por siguiente, se produce dos divisiones celulares, para dar lugar a cuatro células madre. En total, tendrá 23 cromosomas de cada progenitor.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo de investigación es saber y conocer como es el proceso de fecundación en el ser humano.

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

A continuación vamos a contar el proceso de fecundación en los seres humanos: Una mujer y un hombre, realizan el acto de procreación sin mantener protección o algún método anticonceptivo, entonces es cuando la mujer puede quedarse embarazada si el hombre eyacula dentro de la vagina de esta. Una vez que el hombre eyacula dentro de la vagina de la mujer, se inicia el proceso de la llamada "carrera" donde los espermatozoides avanzan desde el orificio vaginal de la mujer, continuando todo por el conducto del útero hasta llegar al óvulo para intentar adentrarse en él y que tenga lugar la fecundación. Entonces el óvulo fecundado comienza a dividirse en dos células, dando lugar a la mitosis.

Más tarde, estas dos células se dividirán en otras dos células más, dando lugar a las células madre.

Se irá formando el cigoto poco a poco hasta llegar a darse el embrión, este va recopilando información genética del ADN de sus progenitores cogiendo 23 cromosomas de cada uno de sus padres, creando un material genético con grandes similitudes a sus progenitores.

Este embrión va creciendo poco a poco, y cada vez va desarrollando sus ojos, brazos, piernas, es decir, las extremidades superiores e inferiores, el sexo del bebé, que se suele saber a los cuatro o cinco meses de embarazo, y va comenzando a desarrollar también los sentidos donde el bebé ya empieza a sentir ruidos externos de la barriga de su madre.

Una vez que se ha completado el embarazo aproximadamente a los 9 meses, tiene lugar el proceso del parto mediante el cual la madre rompe la bolsa que contiene

líquido amniótico, para lo que se llama el proceso de parto y comienza la dilatación del orificio vaginal hasta llegar a los 10 cm para la expulsión del recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

Para cerrar este proyecto o trabajo de investigación, es necesario decir que hoy en día todas las mujeres o casi todas participan en la reproducción sexual junto con sus parejas para traer descendencia al mundo, porque es una cosa bonita y saber que dejas tu sangre o tu ADN en este mundo.

Es una vivencia muy bonita que a la mayoría de la gente o a toda la gente que tiene hijos le agrada debido a que es un ser vivo creado por ellos mismos y traído a este mundo para vivir y disfrutar como hacemos todas las personas en la vida.

6 Bibliografía

Lodé, Thierry (2011). «Sex is not a solution for reproduction: the libertine bubble theory». *BioEssays* 33 (6): 419-422. PMID 21472739. doi:10.1002/bies.201000125.
Lodé, Thierry (2012). «Sex and the origin of genetic exchanges». *Trends in Evolutionary Biology* 4. doi:10.4081/eb.2012.e1.

Capítulo 316

INVESTIGACIÓN DEL TCAE EN ENDOSCOPIA

MARÍA SOLEDAD SEQUERA TUBILLA

1 Introducción

La endoscopia es una técnica médica en el que se utiliza un instrumento llamado endoscopio, a través del cual, se observa el interior del tubo digestivo de un paciente.

La colonoscopia es una prueba diagnóstica que tiene como fin observar la mucosa del intestino grueso (colon) desde el recto hasta el fondo del saco cecal, con la posibilidad, de introducirlo hasta el íleon terminal.

El endoscopio es un instrumento, el cual, está formado por un tubo de fibra óptica y es muy flexible, este instrumento conlleva una cámara que va conectada a un video en el extremo distal que puede ser (video gastroscopia o video colonoscopia) y nos permite observar y grabar las imágenes que posteriormente podremos ver en un monitor o pantalla para poder estudiarlas.

El endoscopio tiene canalizaciones en el interior que permite:

- Introducir aire o líquido para distender el tubo digestivo o inspeccionarlo, así como lavar la zona observada.
- Aspirar y coger muestras de la mucosa interior del intestino a estudiar.
- Insertar una micropinzas para la realización de biopsias y tomar muestras de tejido para el estudio microscópico, extraer pequeños cuerpos extraños que se hayan ingerido por accidente, pólipos en la mucosa digestiva, varices o lesiones hemorrágicas.

- Insertar pequeñas tijeras u otras herramientas para realizar intervenciones en el esófago, estómago o intestino (extracción de pólipos, tumores, entre otros.)

2 Objetivos

- Identificar las diferentes complicaciones referidas a los cambios que se producen a nivel intestinal, sangrado del recto o pérdida de peso inexplicable.
- Adquirir los conocimientos, recomendaciones y controles para el manejo de estos instrumentos.

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 investigación del tcae en endoscopia. Los términos de búsqueda MeSH que se han utilizado han sido: colonoscopy, preparation, performance, sedation and results.

4 Resultados

Técnica para la realización de una endoscopia

El paciente debe colocarse de lado, sobre su costado y flexionar las rodillas hacia el tórax y el profesional auxiliar de enfermería le ayudará al paciente a mantenerse en esta posición.

El especialista introduce el colonoscopio por el ano y lo mueve lentamente a través del intestino grueso y comienzo del intestino delgado.

Algunas veces, el instrumento puede llegar a introducirlo hasta el íleon, por lo que se requiere de algunas pruebas complementarias para asegurarse de que el órgano se encuentra en buen estado.

Se inserta aire a través del tubo para distender las paredes del colon y poder observar con más detalle. A lo largo del tubo hay una vía vacía, que se llama canal de trabajo, y que se utiliza como canal a la hora de introducir algunos instrumentos como las pinzas, por lo que este aparato no solo sirve para hacer un examen visual, sino que también se pueden extraer muestras de tejido para analizar, tratar lesiones (como poner grapas en una herida, utilizar técnicas de

coagulación por calor, entre otros, así para evitar sangrados y extraer pólipos. Además, se puede utilizar la succión para retirar heces o líquidos que dificulten la visión.

Tanto al introducir el tubo como a la salida del instrumento, el médico puede ir viendo las paredes del colón y si es necesario registrará fotos o grabará video de la prueba para poder estudiarlas con detenimiento y poder adjuntarlas a la historia clínica del paciente.

Si se observa algún síntoma de los siguientes hay que realizar una endoscopia y evitar posibles patologías.

- Existen pólipos vistos previamente en una prueba radiográfica o una sigmoidoscopia.
- Anemia
- Dolor abdominal
- Alteraciones en las deposiciones
- Pérdida anormal de peso
- Presencia de sangre en heces.

5 Discusión-Conclusión

Esta técnica es un procedimiento diagnóstico que se usa para detectar cáncer colorrectal. Su principal objetivo es detectar en aquellas personas que no presenten ningún síntoma y que puedan tener anomalías. Si durante la realización de las pruebas se observa áreas anormales, se pueden extirpar en el mismo momento, y analizando realizando una biopsia para ver si el paciente presenta cáncer. Además, se pueden extraer pólipos.

Un examen de este tipo se realiza en el caso de que aparezcan una serie de síntomas como el sangrado del recto o pérdida de peso que puedan indicarnos de que existe una afectación o una patología.

6 Bibliografía

1. Alcolea López I et al. Protocolo de atención de enfermería en el procedimiento de colonoscopia. Murcia: Área Digestivo Arrixaca; 2010.
2. Diaz-Portales Cano M^a C. Detección precoz de cáncer de colon mediante el test de sangre oculta en heces (TSOH).2017.

3. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Séptima edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
4. Valenzuela Rodríguez AJ (coord) Guía de intervención rápida de Enfermería en farmacología. Segunda edición. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería; 2003.

Capítulo 317

LA ESQUIZOFRENIA

LAURA DOLORES GUTIERREZ CABELLO

1 Introducción

La enfermedad mental llamada esquizofrenia es una enfermedad mental grave que engloba a un gran número de trastornos mentales crónicos y de gran gravedad que destacan por comportamientos fuera de lo común o anormales para el resto de las personas que lo vemos desde un punto de vista externo.

Esta enfermedad provoca alteraciones o desajustes en el comportamiento psíquico de la persona, afecta sobre todo a su consciencia de lo real y cuenta con un gran desajuste neuropsicológico, destacando las funciones ejecutivas que conlleva una gran dificultad para tener una actitud buena y positiva.

Algunos de los síntomas que estos pueden presentar son pensamientos dudosos, oyen o ven alucinaciones que ellos creen que son reales cuando no lo son, poca interacción social, aislamiento del mundo, muchas veces tienen pensamientos malos hacia las personas debido a que piensan que estas les quieren hacer algo malo o si dicen alguna cosa mala piensan que va dirigida a ellos...

Estos síntomas comienzan en gente adulta, pero de temprana edad, es decir, jóvenes, sus pensamientos y su conducta es negativa e inadecuada casi todo el tiempo, sus delirios y sus alucinaciones, su lenguaje es desorganizado y desajustado totalmente, trastornos afectivos también son frecuentes y comportamientos inadecuados.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo o trabajo de investigación, es saber y conocer cuáles son las principales causas de esta enfermedad mental.

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

A continuación, vamos a ver la clasificación de la esquizofrenia:

- paranoide: destacan sentimientos de persecución, delirios alucinatorios auditivos o visuales.
- desorganizado o hebefrénico: destaca el discurso y comportamientos inadecuados sin ningún tipo de meta.
- catatónico: alteraciones o desajustes motores de gran importancia o de alta gravedad, como la rigidez, flexibilidad, causando la incapacidad de valerse por sí mismo para realizar las necesidades cotidianas o fisiológicas que toda persona es capaz de cumplir en su día a día para mantener una buena salud y evitar la mayor posibilidad de contraer una enfermedad.
- indiferenciado: presenta algún episodio psicótico.
- residual: los síntomas conductas positivas están activas en una pequeña porción.

Se cree que esta enfermedad mental, denominada esquizofrenia, influye sobre todo al pensamiento, conocimiento, razonamiento y lógica de una persona. Pueden desarrollar trastornos como ansiedad o depresión. Muchos de los pacientes que sufren este tipo de enfermedades mentales o algún trastorno, suelen ser pacientes que anteriormente fueron consumidores de drogas, estupefacientes y todo lo que tenga relación con ese campo de sustancias nocivas o por ingesta de pastillas y alcohol junto con los estupefacientes. También puede tener factores genéticos, es decir, que alguien en la familia de esta persona lo padezca y entonces lo haya heredado.

Suelen presentar varios problemas sociales como la falta de empleo, pobreza, falta de un hogar donde vivir, comida para alimentarse, etc., es decir, tienen muchos problemas hasta para cubrir cada una de sus necesidades básicas o fisiológicas que todas las personas debemos de cubrir para tener un buen estado de salud. También puede depender de una serie de factores demográficos que vamos a mencionar a continuación: edad, género, alimentación, estado sociocultural, etc.,

son factores que también influyen en este tipo de enfermedad mental.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro o trabajo de investigación sobre el tema de la enfermedad denominada esquizofrenia, cuando un familiar o persona del entorno prevea o sospeche de algunos de estos síntomas nombrados anteriormente debe acudir al médico especializado en salud mental con la persona afectada para que le concreten un diagnóstico, le den un tratamiento y que pueda llevar un nivel de vida adecuado y con medidas y hábitos saludables dentro de lo que cabe teniendo en cuenta que es una enfermedad mental de alta gravedad, pero también deben tener cuidado a la hora del trato hacia el paciente, porque este adopta en varios casos conductas inadecuadas de comportarse.

6 Bibliografía

Aldaz, José Antonio (1996). Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Editorial Kairós. ISBN 97-8843-2309-30-4.

Blasi, F. (2011). Scissioni parallele. L'estinzione della schizofrenia. Prefazione apocrita di Sergio Piro. Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli; Italia
Download http://www.iisf.it/pubblicazioni/Blasi_S_P.pdf.

ISBN 978-88-7723-104-8.

Cooper, David (1985). Psiquiatría y antipsiquiatría. Paidós Ibérica, Barcelona. ISBN 84-7509-356-6.

Capítulo 318

IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA, EN LA PRIMERA ETAPA, TRAS CIRUGÍA CARDÍACA

MARÍA JOSÉ BLAS SOTO

ANA LORENZO ALFARO

RAÚL SÁNCHEZ GIL

1 Introducción

La principal causa de mortalidad en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son las enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares pueden agruparse en diferentes grupos, según los vasos o el órgano que esté principalmente afectado o el lugar donde se produce la lesión; cardiopatías coronarias (siendo la isquémica la de mayor incidencia), enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas o embolias pulmonares, arteriopatías periféricas y cardiopatías reumáticas.

El fisioterapeuta juega un papel muy importante en la rehabilitación hospitalaria del paciente cardíaco, siendo uno más, dentro del equipo multidisciplinar.

En ocasiones se opta por una cirugía o intervención quirúrgica, como tratamiento de la enfermedad cardiovascular. Siempre que las condiciones y la gravedad del paciente lo permitan, se debe hacer un tratamiento prequirúrgico, en el cual debemos enseñar al paciente diferentes ejercicios de relajación y diversas técnicas,

que se van a realizar en las fases posteriores, como, por ejemplo, respiraciones diafragmáticas, ejercicios activos, higiene postural, espiraciones forzadas, etc. Todo el trabajo de fisioterapia que podamos adelantar, es un triunfo.

Lamentablemente, esto no siempre es posible, por lo que tenemos que centrar nuestro trabajo en la etapa postquirúrgica.

En la fase postquirúrgica, el fisioterapeuta trabajará con el paciente desde el momento que ingrese en la UVI y que los facultativos lo determinen, hasta varios días después de la intervención. Debemos evitar que evolucionen las complicaciones típicas (músculo-esqueléticas, circulatorias y respiratorias), ocasionadas por un reposo prolongado.

Esta etapa comenzará con una fase de encamamiento y acabará con una fase en la que el paciente haya adquirido, de forma progresiva, un estado funcional adecuado.

2 Objetivos

Describir e indicar las pautas y procedimientos para el inicio del trabajo con fisioterapia, tras cirugía cardíaca por parte del equipo de fisioterapeutas

3 Metodología

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

4 Resultados

La primera vez que llega a nuestras manos un paciente con estas características, debemos hacer una anamnesis completa, con todo lo que ello conlleva. Muy importante, la fase de observación y examen físico.

Como objetivo principal, debemos mejorar la función respiratoria del paciente, para lo que debemos fortalecer el diafragma (músculo respiratorio principal), mejorar la disnea si la hubiese, favorecer la movilización y expulsión de las secreciones bronquiales e intentar mejorar las capacidades pulmonares. Si podemos

y tenemos los medios necesarios, debemos auscultar al paciente al principio y al final de la sesión de fisioterapia respiratoria.

Uno de los métodos a utilizar en la rehabilitación, es tan sencillo como identificar el patrón respiratorio y modificarlo, si fuese necesario. Es elevado el número de pacientes que usan más los músculos accesorios de la respiración, que el propio diafragma (músculo principal). Se recomienda trabajar en sedestación o decúbito supino.

Algunas de las técnicas de fisioterapia utilizadas son el ciclo activo (combinación de 3 respiraciones diafragmáticas, 3 normales y 3 con espiración asistida), ejercicios para obtener una tos eficaz (productiva), espiraciones forzadas, vibraciones (no en los primeros días), drenaje postural, etc. Con todo esto, y con una buena hidratación, conseguiremos favorecer la expectoración y eliminación de las secreciones, y mantener una buena higiene en las vías aéreas.

Los pacientes deben tener mucho cuidado en las movilizaciones durante las primeras semanas y evitar maniobras de Valsalva (glotis cerrada).

Es fundamental, enseñarles técnicas de higiene postural; cómo deben levantarse de la cama o de una silla, cómo deben sentarse, cómo proteger la zona de la incisión, herida o cicatriz, en qué posición deben toser, etc. Todas aquellas actividades mencionadas anteriormente, ya sean realizadas de forma autónoma o con ayuda, y todas aquellas que requieran un esfuerzo o su realización conlleve a un aumento de la presión intraabdominal, deben realizarse con un “auto-abrazo de costilla a costilla” y a la vez, soltando el aire por la boca (espirar con la boca abierta). En etapas iniciales suele estar pautado el uso de la faja.

Evitar decúbitos prolongados. Mejor mantener sedestación durante el día.

Los pacientes deben realizar, varias veces durante el día, ejercicios metabólicos como abrir y cerrar las manos y flexo-extensión de tobillos, para evitar edemas en las extremidades, facilitar el retorno venoso y prevenir la formación de trombos.

Otra cosa que debemos conseguir en la rehabilitación, es aumentar de forma progresiva la tolerancia al ejercicio. Debemos realizar actividades cardiovasculares adecuadas en cada etapa para que la rehabilitación cardíaca sea óptima.

Empezaremos a deambular con el paciente en cuanto podamos; primero distancias cortas y luego, distancias cada vez mayores. Se recomienda dar varios paseos (acompañados, si es posible) al cabo del día.

Después de esta primera etapa, continuaremos con la rehabilitación pautada por los especialistas, siempre teniendo en cuenta las características de cada paciente y sus expectativas.

Debemos tener en cuenta, que además de las secuelas físicas que supone un problema de salud de estas características y una cirugía de este calibre, también puede

verse afectada la salud mental del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta, que una vez más, la unión hace la fuerza y es importante que exista un buen equipo multidisciplinar para que los resultados obtenidos, tras las cirugías cardíacas, sean óptimos. Sin olvidar el papel tan relevante que juega la familia, amigos y/o convivientes o cuidadores del paciente.

Una buena rehabilitación está íntimamente ligada a una buena calidad de vida, teniendo siempre en cuenta las limitaciones de cada paciente. Si nosotros fallamos, puede fallar todo el tratamiento, y las consecuencias pueden ser letales para el paciente. No nos olvidemos, que la vida de los pacientes, puede depender de nuestro buen hacer.

6 Bibliografía

1. <https://www.efisioterapia.net/articulos/rehabilitacion-cardiaca-fase-1>.
2. https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/7103/TFG_Andr%c3%a9s_Balsera_2010.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
3. Valenza G, González L, Yuste MJ. Manual de fisioterapia respiratoria y cardíaca. Madrid: Editorail Síntesis; 2005.
4. Serra MR, Diaz J, Sande ML. Fisioterapia en neurología, sistema respiratorio y aparato cardiovascular. Barcelona: Masson Elsevier; 2005.
5. https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap43.pdf.

Capítulo 319

FISIOTERAPIA Y LA FRACTURA DE DIÁFISIS FEMORAL

ANA LORENZO ALFARO

RAÚL SÁNCHEZ GIL

MARÍA JOSÉ BLAS SOTO

1 Introducción

Las fracturas diafisarias femorales se encuentran por debajo del fémur hasta la región metafisaria del fémur; este tipo de fractura no se extiende a las regiones metafisaria o articular.

Aunque los mecanismos del trauma son diferentes para todos los tipos de pacientes, los pacientes jóvenes se enfrentan a traumas de alta energía, similares a los que se encuentran en los accidentes automovilísticos. Por el contrario, hablamos de lesiones de baja energía en pacientes de edad avanzada. En este caso se trata de la osteoporosis, una enfermedad metastásica. Este tipo de fractura daña los tejidos blandos, especialmente los músculos de la cadera y la rodilla. Entre los tratamientos más utilizados se encuentra la fijación de uñas. Este tipo de tratamiento permite que la rodilla del paciente se mueva antes. Aunque este es el método más utilizado para las fracturas de cadera a través de la diáfisis femoral, no es el único método e incluye métodos como la reducción de apertura y la fijación interna y externa. La elección del método depende del tipo de paciente y de las posibles complicaciones futuras.

Proporcionar tratamiento de fisioterapia gradual si es apropiado para el paciente. El tratamiento debe ser inmediato.

(Postoperatorio), el fisioterapeuta debe buscar la progresiva autonomía del paciente

2 Objetivos

objetivos principales del capítulo actual :

–Explicar e indicar que es la fractura de diáfisis femoral por parte del equipo de fisioterapeuta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una fractura de fémur puede considerarse una fractura amplia que se extiende desde la parte inferior del fémur hasta el fémur distal.

El fémur está rodeado por una masa muscular voluminosa y es un tubo cilíndrico con una curva suave del cóndilo anterior. Esta estructura puede soportar grandes cargas axiales y momentos de flexión y torsión.

Las fracturas femorales a menudo son causadas por traumatismos de alta energía, como accidentes automovilísticos. Se asocia con fracturas y otras lesiones de órganos en pacientes politraumatizados. Los fémures mayores con osteoporosis pueden experimentar fracturas femorales con traumatismos de baja energía y, en ocasiones, se complican. La osteotomía femoral es también el sitio de fractura patológica en lesiones metastásicas.

Las fracturas pueden ocurrir a cualquier edad, pero hay una tendencia especial para cada tipo de fractura a diferentes edades, por lo que la incidencia suele ser mayor entre los 7 y los 45 años, pero en determinadas articulaciones como la cadera hay tipos. , es más frecuente en ancianos, humus corioideo en niños y acromegalia de los huesos largos en adultos jóvenes.

Debido a la gran masa muscular alrededor de la diáfisis femoral, el índice de desplazamiento de la fractura es muy grande, lo que dificulta la obtención de

buenos resultados con un tratamiento conservador. Esta es una de las razones que justifica el tratamiento quirúrgico de este tipo de fracturas en adultos. Uno de los primeros informes de tratamiento quirúrgico fue realizado por Küntscher en 1939 cuando presentó a la Asociación Médica de Kiel un paciente sometido a cirugía con un dispositivo intramedular. Nacido en Berlín. Este método inicialmente no produjo los resultados esperados, pero fue rediseñado durante la Segunda Guerra Mundial, y esta vez arrojó resultados más prometedores, hasta el día de hoy con el nacimiento del clavo intramedular autoblocante. El historial de lesiones, la intensidad y otras características son datos valiosos que deben tenerse en cuenta durante el diagnóstico. El objetivo principal del tratamiento de fracturas es lograr una buena curación sin deformidad y restaurar la función para que el paciente pueda regresar a su ocupación anterior y realizar todas sus actividades. La atención adecuada de los pacientes con fracturas depende del acceso temprano y efectivo a un tratamiento adecuado y eficaz, lo que requiere una planificación previa por parte de los cuidadores y las instituciones.

El rápido desarrollo económico e industrial de las últimas dos décadas, junto con las altas tasas de accidentes de tránsito y actos violentos, han dado como resultado un aumento exponencial en la frecuencia de lesiones en las extremidades inferiores y un aumento en el número de enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo reiterando que las fracturas femorales son el epítome del trauma. Afecta principalmente a hombres jóvenes y, a veces, ocurre en accidentes automovilísticos de alta energía, a menudo en múltiples situaciones traumáticas. En estos casos, la afectación esquelética, visceral, torácica y neurológica suele estar implicada en el pronóstico y tratamiento de las fracturas en condiciones multimodales. También ocurre en pacientes mayores, especialmente mujeres. Aparecen tras una simple caída. En este caso, suele ocurrir solo. En este entorno de edad avanzada, como las fracturas de fémur superior, el estado médico y psiquiátrico temprano son factores pronósticos, y la calidad ósea determina las indicaciones de tratamiento.

6 Bibliografía

1. Domingo F. Manual de cirugía ortopedia y traumatología, 2° ed., España, editorial médica Panamericana, 2009.
2. Cañadell, A.; Granell, I., Traumatología. 2°ed., España. Marban libros (2003).

3. McRae, R. Tratamiento Práctico de Fracturas., 5ªed., España. Editorial Elsevier., 2010.
4. Garrote A, Boner R., lesiones traumáticas de extremidades inferiores, Elsevier; España, vol.22, 2003

Capítulo 320

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

RAÚL SÁNCHEZ GIL

MARÍA JOSÉ BLAS SOTO

ANA LORENZO ALFARO

1 Introducción

Los cuidados paliativos no es algo relativamente actual, desde los años ochenta la Organización Mundial de la Salud ya promovía el desarrollo de centros de cuidados paliativos. En los inicios de estos centros se prestaba tratamiento principalmente a enfermos terminales con enfermedad de cáncer, pero en la actualidad la atención de centros de cuidados paliativos también se ha ampliado a enfermos con patologías con un potencial de mortalidad alto. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un “enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a enfermedades que ponen en peligro la vida”.

Dentro de los principales objetivos de los centros de cuidados paliativos encontramos, el alivio tanto del paciente como de la familia del proceso por el que pasa junto con una disminución en medida de lo posible del dolor, también otro de los objetivos es mejorar la calidad de vida y de la evolución de la enfermedad.

En estos aspectos el campo de la fisioterapia puede aportar grandes conocimientos para el mantenimiento de la estructura corporal, el mantenimiento físico y

muscular y la disminución del dolor por posibles encamamientos o tratamientos prolongados que hagan desencadenar malas posturas.

También en los centros de cuidados paliativos a parte de enfermedades terminales o con un alto grado de dificultad podemos ver a personas de avanzada edad o con enfermedades crónicas que antiguamente eran mortales, este tipo de enfermedades generan unas secuelas que en muchas ocasiones necesitan cuidados paliativos.

Uno de los grandes retos en los que se encuentra el sistema sanitario es la atención a los enfermos que están en una fase más avanzada, ya que necesitan una cantidad de recursos y tratamientos mucho mayores. Estos enfermos necesitan un tratamiento global y multidisciplinar, ya que no es solamente un tratamiento medico o en la mayoría de los casos farmacológico, sino también hay que tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de estos pacientes. Estos pacientes a parte de los efectos directos de las terapias, generan unos efectos secundarios que se pueden prolongar en el tiempo. Entre estos efectos podemos encontrar la reducción del estado físico junto con un detrimento en la calidad de vida.

2 Objetivos

Observar e indicar las modalidades de tratamientos que se aplican en fisioterapia en los centros de cuidados paliativos, en los estudios.

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

Hemos encontrado como resultados de nuestra revisión, que en seis de los artículos se estudiaban patologías relacionadas con cáncer y en estos estudios se empleaban principalmente ejercicio físico y terapéutico orientado a la fisioterapia. En todos los estudios se aplican terapias de ejercicios y estiramientos y en varios de ellos también se aúna con tratamiento respiratorio. Los ejercicios iban desde

ejercicios cardiovasculares como actividades de andar y ciclismo pasando por ejercicios anaeróbicos con lastres y pesas adaptadas a los pacientes.

En algunas de estas rutinas también se tuvo en cuenta la reeducación de la marcha en los pacientes que lo necesitaban y se incrementó en ellos adaptativamente estos ejercicios.

En dos de los estudios analizados en nuestra revisión se utiliza el tratamiento respiratorio orientado a mejorar la función respiratoria de pacientes con cáncer de pulmón. Se incide sobre todo en ejercicios de fuerza y resistencia, y en entrenamientos de la respiración orientados a la mejora de la disnea en los pacientes con cáncer de pulmón.

Tres de los estudios de nuestra revisión se centraron en la mejora de la educación para la salud, estos tratamientos principalmente iban encaminados en tratar al paciente a la hora de afrontar las actividades de la vida diaria y en la reducción de la fatiga que le produce la propia enfermedad. Es un tratamiento orientado a la autogestión de la propia enfermedad que sufre el paciente en la unidad de cuidados paliativos.

Hemos encontrado en nuestra revisión que también se añaden otras intervenciones de fisioterapia, como son la electroterapia y el masaje para la reducción del dolor junto con la termoterapia local. Hay que tener en cuenta que estos tratamientos en la mayoría de casos estudiados en nuestra revisión son coadyuvantes de los tratamientos principales de los estudios.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de cuidados paliativos no son exclusivamente de enfermos con cáncer, aunque los estudios que más hemos encontrado hacen referencia al cáncer de forma mayoritaria. Es por ello que creemos que otras patologías como demencia, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) también deberían de verse evaluadas desde el punto de vista del fisioterapeuta que participa en los centros de cuidados paliativos.

Las variables que mas se midieron fue la fuerza y la calidad de vida.

En relación a los efectos conseguidos con la fisioterapia, se observan considerables mejoras en el aspecto físico, emocional y en la calidad de vida, y sugieren la mejora en la mayoría de participantes en los estudios.

Hemos encontrado una limitación importante y es que al tratarse en muchos de los estudios de ECAs, no podría dejarse desde un punto de vista ético a un grupo control sin tratamiento es por ello que en ninguno de los estudios se utilizaron grupos control a los que no se le aplicaba ningún tipo de tratamiento.

6 Bibliografía

1. Tiep B, Sun V, Koczywas M, Kim J, Raz D, Hurria A, et al. Pulmonary Rehabilitation and Palliative Care for the Lung Cancer Patient. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015;17(5):462-8.
2. Silver JK, Raj VS, Fu JB, Wisotzky EM, Smith SR, Kirch RA. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*. 2015;23(12):3633-43.
3. Vicente C, Chocarro L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa*. 2018;25(2):66-82.
4. Loveman E, Copley VR, Colquitt JL, Scott DA, Clegg AJ, Jones J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of treatments for idiopathic pulmonary fibrosis: systematic review, network meta-analysis and health economic evaluation. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2014;15.
5. Salakari MRJ, Surakka T, Nurminen R, Pylkkänen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. *Acta Oncológica*. 2015;54(5):618-28.
6. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(1):34-43.
7. Jarlbaek L, Christensen L, Bruera E, Gilså Hansen D. The epidemiology of 1382 long- and short-term cancer survivors. A population-based cohort study exploring denominators for rehabilitation and palliative care programs. *Acta Oncol* 2014;53(4):493-501.

Capítulo 321

FISIOTERAPIA Y REALIDAD VIRTUAL PARA MEJORAR LA POSTURA Y EL EQUILIBRIO EN LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SONIA LÓPEZ CASTELLÓ

1 Introducción

La parálisis cerebral se define como un trastorno del tono muscular, de la postura y del movimiento, de carácter persistente, y no variable debido a un defecto o lesión del cerebro antes de que su desarrollo sea completo. Es decir, desde el período intrauterino hasta los 3 años, que es cuando se considera que ha terminado la madurez neurológica. Su causa puede ser de origen prenatal, perinatal o postnatal.

La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable con sintomatología muy diversa, que implica trastornos motores de origen central en combinación con alteraciones sensoriales, cognitivas, morfológicas, auditivas y conductuales.

Los pacientes afectados con parálisis cerebral infantil presentan una función y estructura corporal alterada debido a alteraciones del tono muscular, control muscular selectivo, alineación postural, rango articular, fuerza, sensibilidad y coordinación. Lo cual provoca trastornos del control postural y del equilibrio. El control

postural sirve para dar estabilidad y orientación a los diferentes segmentos corporales en el espacio, mientras que el equilibrio es necesario para compensar los desplazamientos del peso. Dichas alteraciones provocan limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria y en la socialización con iguales.

Al ser una patología de carácter permanente surge la necesidad de aplicar la tecnología a los tratamientos fisioterápicos convencionales. La realidad virtual consiste en la simulación de un entorno real generado por ordenador, en la que a través de una interfaz hombre-máquina, se va a permitir al usuario interactuar con ciertos elementos dentro de un escenario simulado. Posee tres elementos fundamentales:

- Repetición: A través de la cual se promueve la neuroplasticidad y el aprendizaje motor.
- Feedback sensorial: Que provoca una estimulación multisensorial y un máximo desarrollo de las redes neuronales en la rehabilitación con niños afectados de parálisis cerebral infantil.
- Motivación: Con la que el sujeto hace la terapia de forma divertida y amena creando mayor adherencia al tratamiento.

Los sistemas de realidad virtual empleados en neurorrehabilitación se pueden clasificar en 3 tipos: inmersivos, hápticos y no inmersivos. Los primeros están ligados a un entorno virtual generado por un ordenador, en el cual, el sujeto interacciona a través de un hardware específico o adicional al ordenador. En los segundos, la interacción entre usuario y realidad virtual se realiza a través de robots. Por último, en los terceros, la interacción con el entorno virtual se realiza mediante un teclado, mando o ratón sin que se precise de otro tipo de hardware adicional conectado al ordenador, siendo los más económicos

2 Objetivos

Objetivo principal

- Analizar la evidencia científica existente que tiene la utilización de realidad virtual combinado con el tratamiento de fisioterapia, en la mejora del control postural y el equilibrio en población afectada con parálisis cerebral infantil.

Objetivos secundarios

- Conocer las diferentes técnicas propuestas de realidad virtual en el tratamiento fisioterápico en pacientes con parálisis cerebral infantil.
- Valorar los beneficios que aporta la aplicación de técnicas de realidad virtual en comparación con el tratamiento fisioterápico convencional.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica durante los meses de mayo, junio y julio de 2022 en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane Library, Google Académico, Medline, Elsevier, PEDro, Scopus, Science Direct, Dialnet y ENFISPO incluyendo artículos, en idioma inglés y español publicados desde enero de 2015 hasta diciembre de 2021.

Se han seleccionado artículos encontrados en revistas con acceso libre a resumen y texto completo. La búsqueda se complementó con las revistas ‘Cuestiones de Fisioterapia’ y ‘Pediatric Physical Therapy’. Se han usado como descriptores: “parálisis cerebral”, “realidad virtual”, “equilibrio”, “control postural” y “fisioterapia”. Los operadores booleanos más utilizados fueron el “AND” y “OR” combinando los términos “MESH”.

Los criterios de inclusión fueron:

Estudios en los que se use la realidad virtual de forma exclusiva, o bien combinada con el tratamiento de fisioterapia en población afectada de parálisis cerebral infantil de 0 a 16 años.

Tipo de publicación: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, series de casos, revisiones, metaanálisis y guías de práctica clínica en las que se evaluaba el control postural y equilibrio en población infantil diagnosticada de parálisis cerebral infantil.

Criterios de exclusión:

Estudios en los que se use la realidad virtual con fines lúdicos

Estudios publicados con un antigüedad superior a 7 años

Estudios que no muestren resultados específicos de la realidad virtual sobre control postural y equilibrio.

Se obtuvieron un total de 30 estudios, de los cuales, 8 cumplieron los criterios de inclusión.

4 Resultados

Los estudios incluidos fueron publicados entre los años 2016 y 2021. Se obtuvieron 5 ensayos clínicos aleatorios cuya calidad metodológica se evaluó mediante la escala CONSORT y 3 ensayos clínicos sin control evaluados con la escala TREND. Todos ellos incluían sujetos diagnosticados de parálisis cerebral infantil, con una edad comprendida entre los 7-8 años, donde predominaba la diplegia espástica. Tan sólo en 3 estudios se clasificaba a los pacientes según el tono muscular: atáxica, espástica, atetoide y mixta.

El objetivo principal fue evaluar los beneficios de la realidad virtual de forma aislada y combinada con tratamiento fisioterápico en la mejora del control postural y equilibrio .

La intervención fue variable en cuanto al número de sesiones que oscilan entre 16 y 24. La duración del tratamiento oscilaba entre los 20 y 60 minutos, siendo los 30 minutos el tiempo de tratamiento más frecuente.

La mayoría de los ensayos clínicos utilizaron sistemas de realidad virtual comerciales: Nintendo Wii y Xbox Kinect por su bajo coste económico y su fácil manejo.

Los estudios que usaron la Nintendo Wii obtuvieron mejoras significativas en el control postural y el equilibrio tanto en el grupo control como en el experimental debido a la existencia de feedback sensitivo y visual otorgado por el mecanismo, y por la creación de movimientos cinestésicos que provocaban una activación de los propioceptores de miembros superiores e inferiores y tronco, ascendiendo dicha información hacia la corteza sensoriomotora y creando los ajustes necesarios para el control postural y equilibrio. Fue la videoconsola más utilizada.

Los estudios que utilizaron la XBOX-Kinect obtuvieron mejoras significativas en el control del equilibrio estático y dinámico pero únicamente en el grupo experimental.

Dos revisiones sistemáticas incluyeron sistemas de realidad virtual inmersiva como el uso de Head Mounted Displays y plataforma TYROMOTION, obteniéndose mejoras significativas en el control postural y del equilibrio con tiempos cortos de exposición al principio, y con reposo posterior a la exposición por posibles efectos adversos como mareos o dolor de cabeza. Estos sistemas, presentan un alto coste, lo que supone una limitación para su introducción en las intervenciones de fisioterapia.

El equilibrio y control postural fueron evaluados con diferentes escalas: Pediatric Balance Scale, Pediatric Evaluation of Disability Inventory, Early Clinical Assessment of Balance y Timed Up and Go.

No hay diferencias significativas entre el uso de la realidad virtual inmersiva y la no inmersiva en cuanto a la mejora en el control postural y equilibrio.

Los estudios demuestran que la realidad virtual es una herramienta emergente y efectiva junto con el tratamiento fisioterápico para una mejora en el control postural y el equilibrio estático y dinámico en población afectada con parálisis cerebral infantil.

Los pacientes muestran un mayor disfrute, adherencia y motivación al tratamiento con el uso de dispositivos de realidad virtual.

Asimismo, se encontraron ciertas limitaciones en los estudios como: muestras

heterogéneas en cuanto a la edad y variabilidad clínica, sin seguimiento, con falta de supervisión y reducido tamaño muestral.

5 Discusión-Conclusión

La realidad virtual es una herramienta terapéutica efectiva que provoca beneficios en el control postural y equilibrio en pacientes con parálisis cerebral infantil. Los resultados de esta revisión bibliográfica reflejan mejoras en el control postural y equilibrio con el uso de sistemas de realidad virtual inmersiva y no inmersiva. Su uso incrementa los efectos terapéuticos del tratamiento fisioterápico en el control postural y equilibrio, independientemente del tipo de parálisis cerebral, edad del paciente y tecnología de la intervención por su adaptación a las condiciones físicas y cognitivas de este tipo de población tan heterogénea.

Sin embargo, no se puede asegurar que existan mejoras en población infantil menor de 5 años debido a la falta de estudios.

Su empleo en las sesiones de rehabilitación aumenta la participación, motivación y adherencia al tratamiento por parte de los pacientes al realizarse la sesión de forma lúdica. Además, sólo genera leves efectos adversos tales como mareos y dolor de cabeza, que se dan, sobre todo, en los casos en que la realidad virtual inmersiva se usa por largos períodos de tiempo sin reposo posterior.

Los sistemas de realidad virtual más utilizados son los no inmersivos como Nintendo Wii y Xbox Kinect por su fácil manejo y bajo coste económico, pudiendo emplearse para realizar la terapia en el domicilio.

Se precisa de un mayor número de estudios con muestras más amplias y mejor definidas debido a la heterogeneidad existente en los estudios en cuanto al diseño de investigación, intervención o forma de medir los resultados, con el fin de obtener estudios de mayor calidad metodológica.

6 Bibliografía

1. Yagüe Sebastián MP, Yagüe Sebastián MM, Lekuona Amiano A & Sanz Rubio MC. Los videojuegos en el tratamiento fisioterápico de la parálisis cerebral. *Fisioterapia*. 2016; 38(6): 295-302.
2. Booth ATC, Buizer AI, Meyns P, Oude Lansink ILB, Steenbrink F & Van der Krogt MM. The efficacy of functional gait training in children and young adults with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2018; 60:866-883.

3. Gómez Regueira N & Viñas-Diz S. Mejora del control postural y equilibrio en la parálisis cerebral infantil: revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2016; 38(4):196-214.
4. Cano Porras D, Siemonsma P, Inzelberg R, Zeilig G & Plotnik M. Advantages of virtual reality in the rehabilitation of balance and gait: A systematic review. *Neurology*. 2018; 90(22):1017-25.
5. Hsieh-Chun H. Preliminary study of the effect of training with a gaming balance board on balance control in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020; 99(2):142-148.
6. Fandim JV, Saragiotto BT, Porfirio GJM, Santana RF. Effectiveness of virtual reality in children and young adults with cerebral palsy: a systematic review of randomized controlled trial. *Braz J Phys Ther*. 2021; 25(4):369-386.
7. Sajan JE, John JA, Grace P, Sabu SS, Tharion G. Wii-based interactive video games as a supplement to conventional therapy for rehabilitation of children with cerebral palsy: a pilot, randomized controlled trial. *Dev Neurorehabil*. 2017; 20(6):361-367.
8. Robles García, V. Realidad virtual como herramienta en fisioterapia, ¿ficción o realidad? *Fisioterapia*. 2018; 40 (1):1-3.

Capítulo 322

VALORACIÓN Y REEDUCACIÓN DE FISIOTERAPIA EN LA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE DESDE LA INTEGRACIÓN SOCIAL

SONIA LÓPEZ CASTELLÓ

ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

1 Introducción

La Distrofia muscular de Duchenne es una distrofia muy común y bastante grave que afecta al ser humano; en niños. Generalmente, se presenta entre los 3-7 años de edad. Es una herencia de forma recesiva ligada al sexo, el gen que la determina está ubicado en el brazo corto del cromosoma X; dicho gen es incapaz de codificar la proteína distrofina, lo que hace que se produzca un deterioro progresivo de las fibras musculares. Es más visto en varones.

Por lo tanto, el tejido muscular deja de funcionar de manera adecuada y es sustituido poco a poco por tejido graso. Los músculos de nuestro cuerpo están formados por un número de fibras musculares de diferentes tipos, cuya proporción y cantidad varían según el tipo de función que realiza el músculo de forma habitual.

La sucesiva pérdida de fuerza muscular hace cada vez más que se acuse la marcha y la actividad diaria tan simple como vestirse. Entender esto, nos ayuda a

comprender por qué algunos músculos se debilitan antes o más que otros. Es importante que el paciente mantenga al máximo su independencia y posibilidad de realizar cosas por sí mismo; por lo que es importante darnos cuenta de que en todo el mundo se está estudiando y haciendo un esfuerzo por averiguar la curación de esta enfermedad y uno de los medios de intervención más importantes es la fisioterapia.

En cuanto a la adaptación social y curricular; se precisan una serie de necesidades educativas especiales. Comenzando por la prioridad que todos los alumnos necesitan a lo largo de su escolaridad diversas ayudas pedagógicas de tipo personal, técnico o material, con la finalidad de alcanzar los objetivos generales de la educación.

2 Objetivos

☒ Definir la distrofia muscular de Duchenne desde dentro del ámbito escolar y explicar la implicación del niño en actividades lúdicas y divertidas; en las que se emplean técnicas sencillas.

☒ Estudiar el empleo de aparatos o medios recomendados por un especialista y señalar la opinión de expertos desde un equipo multidisciplinar. Enfocar el trabajo desde casa e implicar a padres y familiares para realizar de manera regular y lo más normalizado posible.

☒ Integrar esta enfermedad en la sociedad y dentro del rango de edad correspondiente al niño que la padece; así como crear un ambiente lo más normalizado posible; por ello, el equipo de trabajo en la escuela debe tener una actitud abierta, que se dejen asesorar y que no sea una clase masificada.

3 Metodología

Para la elaboración del actual trabajo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la base científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda organizada de libros; así como se han consultado artículos en las principales base de datos: Scielo, Pubmed y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En estos niños se ha visto que las áreas de más dificultad en cuanto a aprendizaje; son en las habilidades de lenguaje, escritura y matemáticas. Es primordial detectar estas deficiencias lo antes posible para poder añadir estrategias dirigidas y ayudar en estas dificultades lo más pronto posible; como por ejemplo intervenciones dirigidas a la comprensión lectora (haciendo preguntas sobre el texto leído). Es muy conveniente el uso de libros que se escuchen, en vez de leídos, aunque también sería posible leer a la vez que se escucha.

En cuanto a los conceptos matemáticos; es muy útil utilizar ábacos y hacerlo de manera más visible y así relacionarse con las cantidades.

Como he comentado anteriormente; la utilización de ejercicios de manera lúdica es muy importante; y siempre hacer una evaluación de manera individualizada. Es conveniente permitirles más tiempo para preparar el material cuando se entra en la clase. Así como prestar mucha atención a posibles dificultades para mantener el equilibrio, recoger objetos del suelo, abrocharse botones, cremalleras de chaquetas y cordones de zapatos.

Otro aspecto a tener en cuenta son las adaptaciones en cuanto a mobiliario escolar (asesorado por el fisioterapeuta); así como corregir ciertas posturas adoptadas dentro de la clase. Las adaptaciones deben ser individualizadas y adaptadas específicamente a cada niño. En cuanto al acceso al centro escolar; no deben existir barreras arquitectónicas, escalones, peldaños y puertas pequeñas; su clase es conveniente que se encuentre en una primera planta o planta baja; o si no es posible que se tenga accesibilidad a un ascensor de tamaño adecuado.

Se ha visto que es importante facilitarles la manipulación de las herramientas utilizadas en clase; ya que muchas veces el niño no puede trabajar solo y coger un lápiz; por eso se recomienda la supervisión de dicho material y añadir otros útiles adaptados de manera comercializada o caseros que también se hacen con la ayuda de un especialista.

Una vez todo esto; se necesita la adaptación curricular del alumno; aparte de los recursos humanos, materiales, de organización y del centro; que ya hemos señalado anteriormente; se necesitan los elementos básicos del currículum; como son, por ejemplo, que el alumno faltará muchas veces a clase por temas médicos, frecuentes hospitalizaciones y una adaptación también en su evaluación curricular.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, diríamos que es importante que el niño disfrute de una educación formal y que el participar en estas actividades escolares hace que el niño pueda establecer amistades, jugar, alcanzar o intentar conseguir objetivos como su edad correspondiente, aprender de otros y que estos también aprendan de él. Se podría decir que su enfermedad sea lo más normalizada posible.

Para conseguir todos los retos u objetivos marcados anteriormente es primordial que el niño se integre en las distintas actividades sociales en general; pero en los centros escolares suelen separarlos y más aún cuando su deambulación es más grave y difícil y están a punto de necesitar una silla de ruedas. Por ello es esencial que los padres sean informados de ello (sensibilizados); entrevistas y trabajo en un equipo multidisciplinar; seguimiento, orientación y ayuda tanto a padres como a niños que tienen dicho síndrome. Esto incluye evitar esperanzas y plantear metas que no son alcanzables e insistir y plantear a los padres que en un futuro su niño no va a llegar a cierta edad; ya que es una enfermedad progresiva y con un desenlace malo. Por tanto es muy importante el apoyo psicológico y de cariño a toda la familia.

Mucho queda todavía por hacer, por alcanzar y conseguir hacer más llevadera la vida de estas personas y por eso tenemos que seguir buscando y añadiendo las mejores propuestas y adecuadas a cada niño, apoyándonos siempre en especialistas y luchando por un mundo mejor.

6 Bibliografía

1. Guía Escolar. Distrofia Muscular de Duchenne y Becker duchenne-spain.org/wp-content/uploads/2019/05/WEBDuchenne-Spain-GuiaEscolar.pdf
2. Guía Educativa: aspectos cognitivos y emocionales de DMD/DMB. David Díaz-Pinto Asensio. Sara Osuna Macho. Marisol Montolino Del Olmo, PhD. 2020.
3. Battini, R., Chieffo, D., Bulgheroni, S., Piccini, G., Pecini, C., Lucibello, S., ... Mercuri, E. (2018). Cognitive profile in Duchenne Muscular Dystrophy boys without intellectual disability: The role of executive functions. *Neuromuscular Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2017.11.018>
4. Nascimento Osorio A, et al. Consenso para el diagnóstico y seguimiento del paciente con distrofia muscular de Duchenne. *Neurología*. 2019;34(7):469-81.
5. Guía para familias 2020: Diagnóstico y manejo de la distrofia muscular de Duchenne. Disponigle en: <https://www.duchenne-spain.org/wp-content/uploads/2020/07/GUIA-PARA-FAMILIAS.-Diagnostico-y-manejo->

de-la-DMD.pdf

6. Leiva-Cepas F, et al. Puesta al día en distrofia muscular de Duchenne. Medicina de Familia. SEMERGEN 2021,47:472-81.

7. Fisioterapia en personas con DMD. <https://www.duchenne-spain.org/tratamiento/terapias-de-rehabilitacion/fisioterapia-2/>.

8. Artículo monográfico:Distrofia muscular de duchenne. Ana Rosa Iglesias Triviño; Rita Elena Soria Ayuda; Andrea Blas Martínez, Adrián Jaime Sánchez; Elena Villarroya Bielsa. 2021.

Capítulo 323

FISIOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN POST-QUIRÚGICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

CARLOS LOPEZ SANCHEZ

SARA BLANCO DEL REY

1 Introducción

El Ligamento Cruzado Anterior (LCA) se encuentra en la parte media de la rodilla, conectado el fémur con la tibia, su función es impedir que la tibia haga un desplazamiento hacia afuera respecto al fémur. El LCA trabaja conjuntamente con otros 3 ligamentos que conforman la rodilla, como son el Ligamento cruzado posterior (LCP) que impide que la tibia se desplace hacia atrás respecto al fémur, ligamento colateral medial (LCM) que discurre por la parte interna de la rodilla impidiendo que ésta se doble hacia adentro, y por último el ligamento colateral lateral (LCL) que discurre por la parte externa de la rodilla evitando que esta genere un bostezo hacia externo. (1).

La rotura del LCA es la lesión de rodilla más común, especialmente en adultos de entre 20 y 29 años con preferencia por los deportes que implican pivotes, saltos y contacto directo entre competidores (2).

La rotura del LCA puede tener un profundo efecto en la cinemática de la rodilla (movimiento y fuerzas de la rodilla), siendo la inestabilidad recurrente de la rodilla el principal problema. La inestabilidad provoca una mala calidad de vida,

una disminución de la actividad y un mayor riesgo de osteoartritis secundaria de la rodilla. El tratamiento de los pacientes con una lesión del LCA puede incluir un enfoque no quirúrgico (rehabilitación) o quirúrgico (reconstrucción). La rehabilitación implica ejercicios de fisioterapia especializados, mientras que la cirugía consiste en reconstruir el ligamento, normalmente con tejido tomado del propio cuerpo de la persona lesionada (autoinjerto) (3).

2 Objetivos

- Analizar la literatura científica sobre los resultados encontrados acerca del tratamiento de fisioterapia de la rotura del LCA en deportistas.
- Conocer algunas recomendaciones de prevención para intentar evitar su rotura

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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, PEDro y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La lesión y la reconstrucción del ligamento cruzado anterior favorecen la atrofia y la debilidad muscular del cuádriceps, y esta puede persistir durante años. Toth MJ et al. comprobaron que el uso temprano de estimulación eléctrica neuromuscular redujo la atrofia de las fibras del músculo esquelético en las fibras para modificar beneficiosamente las desadaptaciones del músculo esquelético a la RCA (4).

Así mismo, las rodilleras elásticas se usan a menudo tras la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (ACLR), lo cual se ha asociado con la mejora de los ángulos de flexión de la rodilla durante el entrenamiento de aterrizaje de salto. La aplicación de rodilleras elásticas a largo plazo (diariamente) puede ayudar a mejorar la duración de la postura del salto, lo que podría indicar una mejora del rendimiento del salto(5).

Por otro lado, se ha comprobado que en adultos jóvenes activos con lesión aguda del LCA, la elección de la estrategia de tratamiento del LCA lesionado (conser-

vador o quirúrgico) no modifica la magnitud del cambio a los 5 años en el grosor global del cartílago femorotibial(6).

En adición, se han encontrado pocas diferencias entre un programa de rehabilitación del LCA que consistía en fortalecimiento, agilidad y prevención secundaria y uno que consistía en esos elementos así como en un entrenamiento de perturbación. En ausencia de diferencias clínicamente significativas entre los grupos en la función de la rodilla y en las medidas de resultados autoinformadas, los resultados indican que el entrenamiento de perturbación puede no aportar un beneficio adicional a la base de fortalecimiento, agilidad y prevención secundaria(7).

En la misma línea, Johnson JL et al. comprobaron que la adición de un entrenamiento de perturbación a un programa de prevención de lesiones secundarias del LCA no afectó a la tasa de segundas lesiones del LCA en atletas femeninas(8). Las asimetrías de movimiento durante la marcha son comunes después de una lesión y reconstrucción del LCA y pueden influir en el desarrollo temprano de la osteoartritis postraumática. El entrenamiento neuromuscular preoperatorio (como el entrenamiento de perturbación, que es un entrenamiento neuromuscular que requiere la activación selectiva de los músculos en respuesta a perturbaciones de la superficie) mejora las asimetrías de la marcha y los resultados funcionales entre las personas que tienen una lesión del LCA, pero se desconocía el efecto del entrenamiento de perturbación postoperatorio en la mecánica de la marcha después de la reconstrucción del LCA. El estudio de Capin JJ et al. Se encontró que un programa de entrenamiento integral y progresivo de retorno al deporte, con o sin perturbación, no fue eficaz para restaurar la simetría entre las extremidades entre los hombres 1 o 2 años después de la reconstrucción del LCA. Aunque las asimetrías de la marcha mejoraron de 1 a 2 años después de la operación, las asimetrías significativas persistieron en ambos grupos(9).

Además, las mujeres después de la lesión del LCA y la reconstrucción del LCA (ACLR) son más propensas que los hombres a mostrar patrones de movimiento asimétricos, que están asociados con la osteoartritis postraumática. En la misma línea del estudio anterior, se ha comprobado que los patrones de movimiento asimétricos persisten mucho tiempo después de que los pacientes alcancen la fuerza simétrica y el rendimiento funcional, lo que sugiere que se necesita más tiempo para recuperarse completamente después de la ACLR(10).

Según Patterson B et al. Se requieren estrategias para aumentar la tasa de adherencia al ejercicio y al tratamiento así como una guía de ejercicios estandarizados para la mejora de la rehabilitación del LCA. Consiguiendo de esta manera una mejora de las actividades de la vida diaria, los síntomas y la función relacionada

con la rodilla(11).

Al igual que en el Patterson B et al. Zebis MK obtuvo como resultados que la actividad de los músculos isquiotibiales no aumenta entre las etapas de rehabilitación y que solo un ejercicio (la elevación de cadera) mostró actividades musculares de los isquiotibiales superiores al 60%. En cambio obtuvo resultados significativos para la actividad de los cuádriceps que sí se vio aumentada. Este estudio al igual que el anterior pone de manifiesto la necesidad de un consenso sobre la selección de ejercicios cuando se dirigen a la musculatura que compone la rodilla en la rehabilitación tras una lesión del ligamento cruzado anterior(12).

5 Discusión-Conclusión

Tras finalizar esta revisión sistemática, se llega a la conclusión de que la práctica de ejercicio y rehabilitación mejora la calidad de vida, la sintomatología y fuerza de nuestros pacientes en la rehabilitación del LCA, que son los factores más importantes a la hora de una rehabilitación satisfactoria.

De hecho, tanto el uso temprano de estimulación eléctrica neuromuscular como el uso de rodilleras elásticas resulta beneficioso en la rehabilitación del LCA. Sin embargo, la adición de entrenamiento de perturbación no aportaría un beneficio adicional a la base de tratamiento con ejercicios de fuerza, agilidad y prevención secundaria.

Así mismo, se concluye que los patrones de movimiento asimétricos persisten mucho tiempo después de que los pacientes alcancen la fuerza simétrica y el rendimiento funcional. Por lo tanto, se necesita más tiempo para recuperarse completamente después de la ACLR.

Por último, es necesario que se llegue a un consenso sobre qué tipo de ejercicios escoger para una buena rehabilitación del LCA.

6 Bibliografía

1. Nyland J, Mattocks A, Kibbe S, Kalloub A, Greene JW, Caborn DNM. Anterior cruciate ligament reconstruction, rehabilitation, and return to play: 2015 update. *Open Access J Sports Med.* 2016;7:21–32.
2. Zult T, Gokeler A, van Raay JJAM, Brouwer RW, Zijdwind I, Farthing JP, et al. Cross-education does not accelerate the rehabilitation of neuromuscular functions after ACL reconstruction: a randomized controlled clinical trial. *Eur J Appl Physiol.* 2018;118(8):1609–23.

3. Beard DJ, Davies L, Cook JA, Stokes J, Leal J, Fletcher H, et al. Rehabilitation versus surgical reconstruction for non-acute anterior cruciate ligament injury (ACL SNNAP): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2022;400(10352):605–15.
4. Toth MJ, Tourville TW, Voigt TB, Choquette RH, Anair BM, Falcone MJ, et al. Utility of neuromuscular electrical stimulation to preserve quadriceps muscle fiber size and contractility after anterior cruciate ligament injuries and reconstruction: A randomized, sham-controlled, blinded trial. *Am J Sports Med*. 2020;48(10):2429–37.
5. Sole G, Lamb P, Pataky T, Pathak A, Klima S, Navarre P, et al. Immediate and six-week effects of wearing a knee sleeve following anterior cruciate ligament reconstruction on knee kinematics and kinetics: a cross-over laboratory and randomised clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23(1):560.
6. Wirth W, Eckstein F, Culvenor AG, Hudelmaier MI, Stefan Lohmander L, Frobell RB. Early anterior cruciate ligament reconstruction does not affect 5 year change in knee cartilage thickness: secondary analysis of a randomized clinical trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2021;29(4):518–26.
7. Arundale AJH, Cummer K, Capin JJ, Zarzycki R, Snyder-Mackler L. Report of the clinical and functional primary outcomes in men of the ACL-SPORTS trial: Similar outcomes in men receiving secondary prevention with and without perturbation training 1 and 2 years after ACL reconstruction. *Clin Orthop Relat Res*. 2017;475(10):2523–34.
8. Johnson JL, Capin JJ, Arundale AJH, Zarzycki R, Smith AH, Snyder-Mackler L. A secondary injury prevention program may decrease contralateral anterior cruciate ligament injuries in female athletes: 2-year injury rates in the ACL-SPORTS randomized controlled trial. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2020;50(9):523–30.
9. Capin JJ, Zarzycki R, Arundale A, Cummer K, Snyder-Mackler L. Report of the primary outcomes for gait mechanics in men of the ACL-SPORTS trial: Secondary prevention with and without perturbation training does not restore gait symmetry in men 1 or 2 years after ACL reconstruction. *Clin Orthop Relat Res*. 2017;475(10):2513–22.
10. Capin JJ, Zarzycki R, Ito N, Khandha A, Dix C, Manal K, et al. Gait mechanics in women of the ACL-SPORTS randomized control trial: Interlimb symmetry improves over time regardless of treatment group. *J Orthop Res*. 2019;37(8):1743–53.
11. Patterson B, Barton C, Culvenor A, Cooper R, Crossley K. Exercise-therapy and education for individuals one year after anterior cruciate ligament reconstruction: a pilot randomised controlled trial. *Research Square*. 2021.

12. Zebis MK, Sørensen MH, Lauridsen HB, Bencke J, Andersen CH, Carlsbæk JB, et al. Electromyography evaluation of bodyweight exercise progression in a validated anterior cruciate ligament injury rehabilitation program: A cross-sectional study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2019;98(11):998–1004.

Capítulo 324

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR CERVICAL CRÓNICO INESPECÍFICO

SARA BLANCO DEL REY

CARLOS LOPEZ SANCHEZ

1 Introducción

El dolor cervical crónico inespecífico es una de las patologías con más prevalencia y que más condiciona la calidad de vida en la sociedad actual. Es por ello que consideramos de suma importancia profundizar en el conocimiento de los diferentes elementos que conforman esta patología y así poder abordarla de la mejor manera posible desde el punto de vista fisioterapéutico.

La evidencia científica demuestra que la alteración del control sensoriomotor (CSM) a nivel cervical y el déficit de activación de la musculatura profunda a nivel cervical son aspectos clave en la fisiopatología y el abordaje terapéutico de esta entidad clínica. Otros factores a considerar son dolores de origen neuropático, cambios degenerativos, etc. Finalmente, cabe destacar que previo a determinar si un dolor cervical es NSCNP, es imprescindible haber descartado otras patologías que puedan causar NP ya sea porque son de origen no espinal, espinal pero específico, radicular u otras banderas rojas.

Teniendo en cuenta la incapacidad diagnóstica de las pruebas complementarias por sí solas, es necesaria una correcta anamnesis y un exhaustivo examen físico. El tratamiento de elección para el NSCNP debe basarse en neuropedagogía (NPD)

del dolor en combinación con ejercicio terapéutico (ET), terapia manual (TM) y un cambio en los hábitos de vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar las características, evaluación, diagnóstico y tratamiento del NSCNP.

Objetivos secundarios:

- Revisar el estado actual de la evidencia científica con relación a la evaluación y el tratamiento del NSCNP.
- Realizar un diagnóstico basado en la evidencia, entre el NSCNP y otras posibles causas de dolor de origen orgánico en la región cervical focalizándonos sobretudo en evitar omisiones de casos de banderas rojas.
- Integrar en el tratamiento de los pacientes con dolor NSCNP, de acuerdo con la evidencia científica más reciente, la NPD del dolor junto con ET y/o ejercicio físico y otros hábitos de vida saludables (HdVS).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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, PEDro y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El dolor cervical no específico se define como el dolor en la cara posterior y lateral del cuello entre la línea nuchal superior y la apófisis espinosa de la primera vértebra torácica sin signos o síntomas de patología estructural mayor y con interferencias menores en las actividades de la vida diaria (AVD) o ausencia de ellas, así como con ausencia de signos neurológicos y patologías específicas como: esguince y fractura traumáticos, tumor, espondilolisis cervical infecciosa o inflamatoria, etc. La mayoría de las personas con dolor cervical no específico no experimentan una resolución completa de los síntomas, con un 50–85% que reporta recurrencia de 1 a 5 años más tarde. En la mayoría de los casos, no se puede

hacer un diagnóstico específico y el NP se clasifica como no específico, debido a la etiología multifactorial (1). Entre otras cosas, este tipo de dolor puede ser etiquetado como distensión muscular cervical, síndrome de dolor miofascial (SDM), espondilosis cervical, dolor en la articulación de la faceta cervical y dolor discogénico.

Debido a que estas estructuras están inervadas, todos los músculos, las articulaciones sinoviales, los discos intervertebrales, la duramadre y las arterias vertebrales pueden generar dolor teóricamente (2). Para diagnosticar dolor cervical crónico debemos tener en cuenta que éste está caracterizado por exacerbaciones, rango de movimiento (ROM por sus siglas en inglés) reducido, desarrollo de síntomas crónicos durante más de 6 meses y debilidad muscular en la región cervical. Es más frecuente en mujeres que en hombres y está en relación a otras limitaciones funcionales, disfunciones e impedimentos, como se detalla más adelante (3).

El dolor crónico se define, de acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del

Dolor (IASP por sus siglas en inglés) y la Sociedad Americana del Dolor, como un dolor que persiste más allá del tiempo normativo de curación del tejido, que se define como 3 meses. Los mecanismos para el desarrollo del dolor crónico no se conocen completamente; sin embargo, se sabe que el dolor puede volverse más complejo en su fisiopatología que la lesión original. El dolor musculoesquelético crónico generalmente se desarrolla como resultado de una lesión seguida de una inflamación neurogénica, hiperalgesia y alodinia. La transmisión de señales de dolor repetidas produce cambios funcionales y estructurales en el sistema nervioso y se produce una sensibilización central, seguida de una pérdida de control nociceptivo (4). Además, en ausencia de aferentes nociceptivos periféricos, factores psicosociales como el estrés o la ansiedad pueden aumentar la facilitación descendente del dolor a través de la sensibilización y la activación excesiva de varias áreas relacionadas con el dolor en las regiones del cerebro anterior y tronco cerebral (5,6).

El dolor cervical crónico se puede subdividir, en función de su etiología, en 3 categorías principales: dolor cervical específico, dolor cervical inducido por traumatismo y dolor cervical idiopático (no traumático) (7). El presente estudio hace referencia principalmente al NSCNP.

El dolor cervical es uno de los principales trastornos musculoesqueléticos en el mundo: su prevalencia oscila entre el 16,7% y el 75,1% (8).

Existen varios factores de riesgo que predisponen al desarrollo de dolor cervical, como la psicopatología, la genética, los problemas del sueño, el hábito de fumar, la obesidad, el estilo de vida sedentario, el dolor cervical anterior, los traumatismos, el dolor de espalda y la mala salud general (14). Éstos incluyen factores de riesgo no modificables relacionados con características anatomopatológicas y factores de riesgo ajustables o modificables, que están más relacionados con características psicosociales (1,9).

Aunque la causa del dolor cervical puede asociarse a procesos degenerativos o patológicos identificados durante el diagnóstico por imagen, el tejido que está causando el dolor cervical es, a menudo, desconocido. Por lo tanto, los terapeutas deben evaluar la función de los músculos, del tejido conectivo y del tejido nervioso asociado a los tejidos patológicos identificados cuando un paciente presenta dolor cervical. Se han descrito diversas causas de dolor cervical, las cuales incluyen osteoartritis, trastornos discogénicos, traumatismos, tumores, infecciones, SDM, torticollis y latigazo cervical, entre otras (10).

Es clave identificar patologías graves y enfermedades no músculo-esqueléticas que pueden ser la fuente de dolor y síntomas relacionados. Las banderas rojas se refieren a los signos y síntomas que hacen sospechar algo más grave que los trastornos músculoesqueléticos convencionales, como lesiones de la médula espinal, infecciones, tumores o enfermedades cardiovasculares. Además del trauma y otros factores que predisponen a una persona a secuelas neurológicas peligrosas, los factores de riesgo importantes y las características clínicas que sugieren un proceso de enfermedad no músculoesquelética generalmente se pueden clasificar como: relacionados con la edad, signos y síntomas físicos, hallazgos neurológicos y marcadores séricos de inflamación (11).

Aunque generalmente el dolor cervical tiene un pronóstico favorable, se estima que un tercio de las personas acaban desarrollando dolor cervical crónico (12). El modelo biopsicosocial de dolor postula que los factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en quién desarrolla el dolor crónico y que el dolor crónico tiene consecuencias biológicas, psicológicas y sociales (11).

Como origen del dolor lo preferible podría ser un diagnóstico clínico descriptivo simple. Para la práctica clínica se propone el siguiente sistema a la hora de clasificar los pacientes (puede verse esta clasificación en el apartado de diagnóstico, en grados I, II, III y IV) (2).

La clasificación más relevante separa el dolor cervical en neuropático (lo que re-

quiere una lesión de un nervio en específico e identificable como causa de los síntomas) y no neuropático, porque esta distinción afecta las evaluaciones de diagnóstico y el tratamiento en todos los niveles de atención (14). De esta manera, los pacientes pueden presentar dolor cervical de origen predominantemente neuropático, no neuropático o mixto (13).

Los estudios de imagen a menudo no son útiles y pueden ser engañosos. Por ello es de suma importancia que haya vínculo entre el examen físico y los estudios de imagen. Tanto una historia completa como un examen físico resultan necesarios para distinguir el dolor neuropático del dolor mecánico cervical, ya que las decisiones de tratamiento se basan en esta distinción. Además, no hay evidencia de que los cambios degenerativos comunes en la resonancia magnética cervical (RMN) estén fuertemente correlacionados con los síntomas del NSCNP (2).

Algunas investigaciones realizadas en la última década indican que hay varias alteraciones en el control sensoriomotor cervical y en los receptores sensoriales y motores en personas que sufren NP comparadas con sujetos sanos. Los pacientes con NP pueden tener los patrones de movimientos alterados, la activación de los flexores cervicales profundos (FCP) retrasada, la activación de los flexores cervicales superficiales (FCS) aumentada, disminución de la resistencia de los músculos flexores, menor velocidad al realizar movimientos, disminución de la fuerza muscular a nivel cervical y el sentido de la posición articular reducido (14). Numerosos estudios relacionan directamente los efectos de la inestabilidad cervical al

NSCNP. Esta alteración en la fisiología muscular implica tanto la musculatura flexora como extensora, ya detallados anteriormente e involucrando principalmente ECOM y otros flexores más profundos, EA y multifido (15,16).

El primer paso para diagnosticar específicamente el dolor cervical crónico es descartar las banderas rojas (RF por sus siglas en inglés). Las RF son patrones de signos o síntomas de alarma que pueden indicar patologías relevantes que requieren diagnóstico médico. Las patologías incluidas en el grado IV de la Neck Pain Task Force Classification (NPTFC) son RF.

Incluyen fracturas, patologías de la arteria vertebral, lesiones medulares o mielopatías cervicales, infecciones, neoplasias y patologías sistémicas. El examen físico y la historia del paciente pueden proporcionar pistas importantes para determinar si el origen del dolor es mecánico, neuropático o proveniente de patologías graves (17,18).

Diferenciar entre dolor neuropático y nociceptivo es probablemente la distinción

clave. La IASP define el dolor neuropático como aquel iniciado o causado por una lesión primaria o disfuncional en el sistema nervioso. Para considerar un dolor de origen neuropático se han considerado condiciones como dolor predominantemente unilateral, síntomas periféricos (dolor/síntomas al brazo), exceso de dolor cervical o el hecho de que movimientos activos provoquen síntomas y muestren disminución del ROM (19).

En el estudio de Jasper et al. (2018) se usó la clasificación de la NPTFC, ordenándolos en función de su recuperación. Se asignó el perfil “A” a los de recuperación normal, el perfil “B” a los de recuperación más larga de lo normal, el perfil “C” a aquellos con recuperación larga con componente psicosocial y finalmente el perfil “D” a aquellos con dolor cervical de grado III, con el objetivo de orientar tratamientos específicos en cada grado de clasificación (17).

Clasificación “NPTFC”, una de las más usadas para NP:

- Grado I: NP sin signos de enfermedad grave y sin o con poca interferencia con las actividades diarias.
- Grado II: NP sin signos de enfermedad grave con interferencia en las actividades diarias.
- Grado III: NP con signos neurológicos de compresión nerviosa.
- Grado IV: NP con signos de enfermedad grave (2).

El tratamiento médico más extendido consta de la toma de fármacos tales como analgésicos

(tanto opioides como no opioides), antiinflamatorios, relajantes musculares, ansiolíticos y antidepresivos (20). El uso de opioides y analgésicos en particular no parece ser efectivo para el tratamiento de dolor crónico, pudiendo ser además potencialmente adictivo, abusivo y de difícil control de uso (21).

Hay que tener en cuenta que tanto la terapia manual (TM) como el ejercicio terapéutico (ET), técnicas fisioterapéuticas incluidas en la mayoría de tratamientos, es probable que no tengan efectos mediante las vías clásicamente descritas sino que provoquen modificaciones en el SNC y SNA mediante vías supraespinales y cambios neuroplásticos, siendo vías más o menos parecidas a las de la NPD (22–27).

Para aumentar la efectividad del tratamiento es básica la adherencia (28). Del mismo modo, para ganar adherencia resulta determinante la mejora de la alianza terapéutica (la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente a través de la colaboración, la comunicación, la empatía del terapeuta y el respeto mutuo),

la cual se facilita con la motivación, el apoyo a la autonomía y el establecimiento de objetivos prioritarios (29).

Antes de iniciar el ET, se requiere una fase preparatoria de educación intensiva en neurociencia del dolor. A continuación, el ET puede abordar los recuerdos de dolor relacionados con el movimiento mediante la aplicación del principio de "exposición sin peligro". Al abordar las percepciones de los pacientes sobre los ejercicios, los terapeutas tienen que tratar de disminuir el peligro anticipado (nivel de amenaza) de los ejercicios, desafiando la naturaleza y razonando tras sus temores, garantizando la seguridad de los ejercicios y aumentando la confianza en el logro exitoso de el ejercicio. De esta manera, el ET explica la comprensión actual de la neurociencia del dolor, incluidos los mecanismos de SC (30).

Hay mucha evidencia de ensayos clínicos usando diferentes tratamientos de neuropedagogía del dolor (NPD) con este objetivo, llegando a demostrar que pueden ser de alta efectividad incluso como tratamiento único en dolor crónico musculoesquelético, siendo aplicado a veces por psicólogos con técnicas cognitivo-conductuales en diferentes dolores musculoesqueléticos. Se ha demostrado también a pequeña escala que la combinación de NPD del dolor en combinación a ET con objetivo cognitivo tienen un efecto sinérgico, aumentando los resultados (30).

El abordaje terapéutico sin uso de medios físicos enfocadas a la modulación central, la educación, el manejo del estrés, la reestructuración cognitiva, la conciencia corporal, la imaginación motora o la exposición gradual (31).

En cuanto al ejercicio terapéutico, la mayoría de tratamientos se focalizan únicamente en fortalecer la musculatura profunda, ganar flexibilidad o mejorar el control sensoriomotor. La efectividad de los programas de ejercicios se han valorado en muchos estudios y revisiones sistemáticas valorando las modificaciones que se dan en el dolor, pero no tanto en la funcionalidad. No hay ninguna revisión sistemática que se haya focalizado en valorar la efectividad de intervenciones en forma de ejercicios en varias funciones fisiológicas mermadas en dolor crónico (15).

Ejercicios de función sensoriomotora, ejercicios para ganar resistencia de la musculatura cervical, empezando con ejercicios suaves isométricos para activar los FCP y aumentando carga hasta entrenar con pequeñas cargas en el gimnasio, además de ejercicios de sinergia a baja carga y finalmente ejercicios de fuerza (32).

Además, es imprescindible tener en cuenta que las intervenciones efectivas tienen una duración variable en el tiempo según autores. No obstante parece haber consenso en que para que los cambios se mantengan a largo plazo, el ET debe convertirse en un hábito de por vida para que el tratamiento no tenga efectos solo a corto plazo. (4,33).

Respecto a la terapia manual, la técnica denominada cervical lateral glide muestra mejores resultados que la ausencia de tratamiento para reducir el dolor y aumentar la función afectada de las extremidades superiores de los sujetos que sufren de dolor cervicobraquial. Se ha visto también que la movilización neurodinámica más allá de los beneficios en la mecánica neural, conlleva la dispersión de mediadores de la inflamación, mejora la respuesta neuroinmune y facilita mecanismos descendentes de la inhibición de dolor (34,34).

Otro estudio investigó la correlación entre la hipoalgesia y el mecanismo de acción de las movilizaciones, no encontrando correlación con el cambio en la rigidez, pero hallándolo en los cambios simpáticoexcitatorios (36).

El tratamiento combinado de TM y ET no parece ser más eficaz para reducir la intensidad del

NP en reposo, la disfunción cervical o mejorar la calidad de vida en pacientes adultos con NP de grado I-II, que el ET solo (37).

La TM y el ET producen mayor disminución de dolor a corto plazo que el ET por sí solo pero no producen efectos diferentes si se tienen en cuenta múltiples resultados en el DCC, además de resultados variable con o sin cefalea cervicogénica. La combinación de TM y ET produce mejoras más significativas en dolor, función, calidad de vida y satisfacción del paciente si se compara a la manipulación o movilización sola en DCC. Las manipulaciones, las movilizaciones y el ejercicio se ven favorecidos frente al tratamiento tradicional para latigazo cervical, pero no muestran diferencias significativas a largo plazo. La manipulación y los ejercicios producen una mayor mejora a largo plazo en el dolor y la percepción global de mejora en comparación a no hacer tratamiento en casos de DCC con cefaleas cervicogénicas o en DCC con o sin radiculopatías (38).

Por último, hay un bajo número de estudios que hayan valorado otros impactos en la fisiología cervical, no obstante, esta revisión sugiere que el entrenamiento multimodal es imprescindible si el objetivo es tratar el NP y mejorar al mismo tiempo la función fisiológica, aunque no especifica cuáles (27). Se ha determinado que los ejercicios personalizados basados en actividad aeróbica y/o muscular, sin

incluir en ningún caso ejercicios focalizados a nivel cervical requieren una dedicación mínima de

30 minutos de actividad tres días a la semana para ser de utilidad (72). Los ejercicios aeróbicos pueden ayudar a inducir un mayor sentimiento percibido de bienestar global y calidad de vida relacionada con la salud (4).

5 Discusión-Conclusión

El presente plan de actuación clínica identifica a los pacientes que presentan NSCNP. Gracias a la exhaustiva búsqueda bibliográfica en la evidencia científica más actual, se ha podido llegar a establecer aquellas herramientas diagnósticas necesarias para diagnosticar a los pacientes con esta entidad clínica.

Así mismo, este plan de actuación permite identificar aquellos pacientes con signos y/o síntomas de alarma de otras patologías que pueden generar NP, pero que no son candidatos al abordaje fisioterapéutico propuesto en este trabajo.

De la misma manera, se aborda el tratamiento, encontrando evidencia para herramientas tales como la neuropedagogía, la terapia manual, hábitos de vida saludables, y ejercicio terapéutico.

Este trabajo está pensado para pacientes con dolor crónico, lo que implica una activación de los mecanismos de sensibilización central. Éste es un trabajo enfocado a realizar una actualización en el manejo de pacientes con NSCNP, destacando la neuropedagogía como herramienta terapéutica relativamente novedosa y que ha mostrado grandes resultados en pacientes con dolor de características crónicas.

6 Bibliografía

1. Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L. 1. The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2017;30(6):1149–69.
2. Evans G. 2. Identifying and Treating the Causes of Neck Pain. *Med Clin North Am.* 2014;98(3):645–61.
3. Visvanathan R, Paul J, Manoharlal MA, Muthuswamy S, Muthukumar N. Efficacy of endurance exercise on pain and disability in chronic neck pain-a systematic review. *J Clin Diagnostic Res.* 2018;12(12):5–13.
4. O’Riordan C, Clifford A, Van De Ven P, Nelson J. 3. Chronic neck pain and exercise interventions: Frequency, intensity, time, and type principle. *Arch Phys*

Med Rehabil. 2014;95(4):770–83.

5. Herrero P, Berjano P, Ortego G, Doménech-García V, Bertozzi L, Villafañe JH.

4. Is there a relationship between psychological stress or anxiety and chronic nonspecific neck-arm pain in adults? A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2016;90:70–81.

6. Mansfield M, Thacker M, Spahr N, Smith T. Factors associated with physical activity participation in adults with chronic cervical spine pain: a systematic review. *Physiother (United Kingdom)* [Internet]. 2018;104(1):54–60.

7. Coppieters I, Pauw R De, Kregel J, Malfliet A, Goubert D, Lenoir D, et al. Differences Between Women With Traumatic and Idiopathic Chronic Neck Pain and Women Without Neck Pain: Interrelationships Among Disability, Cognitive Deficits and Central Sensitization. 2017;97(3):338–53.

8. Genebra CVDS, Maciel NM, Bento TPF, Simeão SFAP, Vitta A De. Prevalence and factors associated with neck pain: a population-based study. *Brazilian J Phys Ther.* 2017;21(4):274–80.

9. Clark K, Horn M, Wiest C, Kim R, Cook C. Identifying risk factors for first-episode neck pain: A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017;33(August 2017):77–83.

10. Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, Teyhen DS, Wainner RS, Whitman JM, et al. Neck pain: Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(9):A1–34.

11. Cohen SP, Hooten WM. Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ.* 2017;358:1–19.

12. Stanton TR, Leake HB, Chalmers KJ, Moseley GL. Evidence of Impaired Proprioception in Chronic, Idiopathic Neck Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther.* 2015;96(6):876–87.

13. Liu R, Kurihara C, Hueting T, Sylvestri PJ, Bennett MI, Pasquina PF, et al. Classification of Chronic Neck Pain as Neuropathic, Nociceptive or Mixed According to Different and a Composite Categorization System(s): A Longitudinal Cohort Study. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42 (1):52–61.

14. Meisingset I, Woodhouse A, Stensdotter AK, Stavdahl Ø, Lorås H, Gismervik S, et al. Evidence for a general stiffening motor control pattern in neck pain: A cross sectional study Pathophysiology of musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskelet Disord.* 2015;16(1):1–14.

15. Blomgren J, Strandell E, Jull G, Vikman I, Røijezon U. Effects of deep cervical flexor training on impaired physiological functions associated with chronic neck pain: A systematic review 11 Medical and Health Sciences 1103 Clinical Sciences.

BMC Musculoskelet Disord. 2018;19(1):1–17.

16. Kim JY, Kwag K Il. Clinical effects of deep cervical flexor muscle activation in patients with chronic neck pain. *J Phys Ther Sci.* 2016;28:269–73.

17. Bier JD, Scholten-Peeters WG., Staal JB, Pool J, van Tulder MW, Beekman E, et al. Clinical Practice Guideline for Physical Therapy Assessment and Treatment in Patients With Nnspecific Neck Pain. *Phys Ther.* 2017;98(3):162–71.

18. Cook C, Brown C, Isaacs R, Roman M, Davis S, Richardson W. Clustered clinical findings for diagnosis of cervical spine myelopathy. *J Man Manip Ther.* 2010;18(4):175–80.

19. Peersman W, Dewitte V, Cagnie B, Roets A, Bouche K, Danneels L. Subjective and clinical assessment criteria suggestive for five clinical patterns discernible in nonspecific neck pain patients. A Delphi-survey of clinical experts. *Man Ther.* 2016;26:87–96

20. Carlesso LC, Gross AR, MacDermid JC, Walton DM, Santaguida PL. Pharmacological, psychological, and patient education interventions for patients with neck pain: Results of an international survey. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2015;28(3):561–73.

21. Crofford LJ. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2015;126:167–83.

22. De Gregori M, Muscoli C, Schatman ME, Stallone T, Intelligente F, Rondanelli M, et al. Combining pain therapy with lifestyle: The role of personalized nutrition and nutritional supplements according to the simpar feed your destiny approach. *J Pain Res.* 2016;9:1179–89.

23. Geneen LJ, More RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults. *J Sociol.* 2017;(1):135–9.

24. Nijs J, Loggia ML, Polli A, Moens M, Huysmans E, Goudman L, et al. Sleep disturbances and severe stress as glial activators: key targets for treating central sensitization in chronic pain patients? *Expert Opin Ther Targets.* 2017;21(8):817–26.

25. Afolalu EF, Ramlee F, Tang NKY. Effects of sleep changes on pain-related health outcomes in the general population: A systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;39:82–97.

26. Zale EL, Maisto SA, Ditre JW. Interrelations between Pain and Alcohol: An Integrative Review. 2016;118(24):6072–8.

27. Schmid A, Brunner F, Wright A, Bachmann LM. Paradigm shift in manual therapy? Evidence for a central nervous system component in the response to passive cervical joint mobilisation. *Man Ther.* 2008;13(5):387–96.

28. McLean S, Holden MA, Potia T, Gee M, Mallett R, Bhanbhro S, et al. Quality

and acceptability of measures of exercise adherence in musculoskeletal settings: A systematic review. *Rheumatol*. 2017;56(3):426–38.

29. Babatunde F, MacDermid J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: A scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1).

30. Nijs J, Lluch Gírbés E, Lundberg M, Malfliet A, Sterling M. Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: Innovation by altering pain memories. *Man Ther*. 2015;20(1):216–20.

31. Moseley GL, Flor H. Targeting cortical representations in the treatment of chronic pain: A review. *Neurorehabil Neural Repair*. 2012;26(6):646–52.

32. Dederiving Å, Peolsson A, Cleland JA, Halvorsen M, Svensson MA, Kierkegaard M. The Effects of Neck-Specific Training Versus Prescribed Physical Activity on Pain and Disability in Patients With Cervical Radiculopathy: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018;99(12):2447–56.

33. Cheng C-H, Su H-T, Yen L-W, Liu W-Y, Cheng H-YK. Long-term effects of therapeutic exercise on nonspecific chronic neck pain: a literature review. *J Phys Ther Sci*. 2015;27:1271–6.

34. Chu J, Allen DD, Pawlowsky S, Smoot B. Peripheral response to cervical or thoracic spinal manual therapy: an evidence-based review with meta analysis. *J Man Manip Ther*. 2014;22(4):220–9.

35. Chandan S, Sen S, Arfath U. Effect of Cervical Lateral Glide over Neural Tissue Mobilization for Median Nerve In Case of patients with Cervico-Brachial Pain Syndrome. 2015;3(1).

36. Lascrain-Aguirrebena I, Newham D, Critchley DJ. Mechanism of action of spinal mobilizations a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016;41(2):159–72.

37. Fredin K, Lorås H. Manual therapy, exercise therapy or combined treatment in the management of adult neck pain – A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;31:62–71.

38. D’Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Gross A, Brønfort G, Hoving JL, et al. Manual therapy and exercise for neck pain: A systematic review. *Man Ther*. 2010;15(4):334–54.

Capítulo 325

FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DE ISQUIÓTIBIALES EN DEPORTISTAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

CARLOS LOPEZ SANCHEZ

SARA BLANCO DEL REY

1 Introducción

Los isquiotibiales son un músculo que se encuentra en la parte posterior de la de la pierna, y se encuentra formado por 3 partes, Bíceps femoral, semitendinoso y semimembranoso. La lesión de isquiotibiales es la mas común en el mundo del deporte y por la que mas partidos y entrenamientos se pierde un deportista (1).(2-5) En un equipo de fútbol, de cada 25 jugadores sufre 5 o 6 sufren una lesión de isquiotibiales por temporada (6). Hay que tener en cuenta que este tipo de lesiones musculares conllevan largos periodos de rehabilitación, tratamiento y recuperación (7).

Existen diferentes factores de riesgo para este tipo de lesiones como son la edad, la posición del jugador en el campo, la debilidad muscular, la falta de flexibilidad, o la raza (8).

Dentro de los isquiotibiales destaca el bíceps femoral como el que mas se lesiona en esta práctica (9) y la fase mas propicia para que ocurra este tipo de lesión es en la fase de máxima velocidad del deportista. (10). Esto es debido a que en

esta fase primero los isquiotibiales se contraen de forma excéntrica para decelerar, y luego pasan a una fase concéntrica para que se produzca la extensión de cadera. En esta fase de la carrera los isquios alcanzan su máxima longitud y es el momento en el que producen mayor fuerza. (11)

En cuanto a la prevención de lesiones, y la evidencia demuestra que la formación en prevención es muy eficaz para reducir el número de lesiones musculoesqueléticas (12) A día de hoy lo mas importante a la hora de realizar una buena prevención es tener una técnica adecuada y una buena coordinación.(13) El trabajo a nivel de prevención es realmente necesario ya que, se calcula que el 8% de los jóvenes abandonan el deporte cada año por lesiones o por miedo a volver a sufrirlas (14) cabe destacar que a nivel competitivo la prevención se hace todavía mas necesaria, Esto es debido a que se ha demostrado que son muchos los programas que han demostrado tener la capacidad necesaria para disminuir el número de lesiones y el tiempo que pierden los deportistas debido a estas(15,16). Los ejercicios de salto, carrera y flexibilidad, al igual que el entrenamiento del equilibrio y la fuerza han demostrado reducir la incidencia de estas lesiones(17) por lo que sería interesante que se integrasen en el programa habitual de calentamiento.(18)

Por otro lado, a pesar del desarrollo de este tipo de ejercicios sobre todo de los métodos de prevención tradicionales no solo no se ha conseguido reducir la incidencia de lesiones si no que con el paso del tiempo han aumentado este tipo de lesiones.(16)

También hay que destacar que el fútbol amateur masculino tiene una alta tasa de lesiones de isquiotibiales por cada 1000 horas de partido y en menor medida por cada 1000 horas de entrenamiento.(8)

A nivel de prevención también es importante el entrenamiento de fuerza, y se ha observado que los adolescentes que presentan mayor fuerza, acaban siendo los mas eficientes y presentan mayor confianza, lo que resulta en una mayor y mejor preparación física (19,20) Estos jóvenes también suelen estar mejor preparados para los riesgos del deporte y para la participación en actividades deportivas de suaves a muy fuertes físicamente hablando y tienen menos probabilidades de sufrir una lesión relacionada con el deporte.(21,22)

En esta revisión vamos a hablar de la prevención de este tipo de lesiones utilizando para ello el Nordic Hamstring Exercise (NHE), este ejercicio fue diseñado para el fortalecimiento en excéntrico y destinado a la prevención de la lesión de isquiotibiales (23) ya que es muy fácil de implementar en los distintos equipos

deportivos debido que no es necesario el uso de material. Este ejercicio se realiza con el atleta de rodillas y el tronco situado en la vertical, precisa ayuda de un compañero que le sujete los pies para que estos no pierdan contacto con el suelo durante el movimiento. A continuación el atleta se deja caer hacia delante resistiendo la fase excéntrica (24)

El NHE, ha demostrado numerosos beneficios debido a que es capaz de aumentar la fuerza excéntrica consiguiendo así una reducción del número de lesiones(25–28) También se ha observado que se producen adaptaciones neuronales, mejorando la activación de los isquiotibiales tras un programa de 6 semanas usando el NHE (29,30)

Por todo lo dicho anteriormente y debido a que la lesión de isquiotibiales es la más común en el deporte, surge la idea de la realización de esta revisión sistemática donde analizaremos la literatura disponible sobre la prevención y los ejercicios más efectivos para intentar prevenir este tipo de lesión cada vez más común en nuestros deportistas. El resultado principal de esta revisión es la comparación del NHE con otros ejercicios y su efectividad en la prevención de lesiones.

2 Objetivos

-El objetivo de esta revisión sistemática es analizar la literatura científica acerca de los resultados que se han encontrado sobre la prevención y el tratamiento de la lesión de isquiotibiales en diferentes deportistas entre los años de 2015 y 2020

-El objetivo secundario es encontrar el ejercicio con mayor evidencia científica tanto para prevención como para tratamiento de la lesión de los isquiotibiales.

3 Metodología

Para conocer la evidencia científica existente hasta el momento sobre la prevención y el tratamiento de la lesión de isquiotibiales en deportistas, se realizó una búsqueda inicial entre Octubre y Diciembre del año 2020 en diferentes bases de datos como son en Medline (a través de su motor de búsqueda Pubmed), PEDro y Cochrane. Empleando los términos Mesh de búsqueda “Hamstring Muscles”, “Prevention” “Physiotherapy” y el operador booleano “AND”. Entre las tres bases de datos se registraron un total de 113 artículos. Para llegar a estos artículos se utilizó la búsqueda “hamstring muscles AND prevention AND physiotherapy”.

En esta primera búsqueda no se aplicaron criterios de inclusión o exclusión, ya que el objetivo era conocer la evidencia que hay hasta el momento del tema de estudio. A continuación se detalla la búsqueda en cada uno de los portales de búsqueda.

- Pubmed: Se combinaron los términos de búsqueda con el operador Booleano “AND” con los términos “Hamstring muscles”, “prevention” y “physio therapy”, quedando así la búsqueda como “hamstring muscles AND prevention AND physiotherapy” se obtuvieron un total de 110 artículos.
- PEDro: Se siguió el mismo criterio de búsqueda que en Pubmed, cambiando la combinación de palabras. Se utilizó operador Booleano “AND” y los términos Mesh “hamstring muscles”, “prevention”, quedando así la búsqueda como “hamstring muscles AND prevention” en esta búsqueda se obtuvieron un total de 7 artículos
- Cochrane: Aquí utilizamos el mismo método de búsqueda que en pubmed utilizando la búsqueda “hamstring muscles AND prevention AND physiotherapy” se obtuvieron un total de 7 ensayos clínicos.

Se realizó una segunda búsqueda para ampliar el número de artículos. En esta nueva búsqueda se añadió el término Mesh “Nordic hamstring” “Treatment” y se siguió utilizando el operador Booleano “AND”. Con esta nueva búsqueda entre las 3 bases de datos se obtuvieron un total de 88 artículos. Para llegar a este número se utilizó en todas ellas la búsqueda “Nordic hamstring AND treatment”

- Pubmed: Se hizo la combinación de estos dos términos “Nordic hamstring” y “treatment” quedando la búsqueda como “Nordic hamstring exercise AND treatment” Se obtuvieron un total de 81 artículos.
- PEDro: utilizando el mismo criterio que en Pubmed y la misma combinación de palabras y operador booleano quedando la búsqueda como “Nordic hamstring exercise AND treatment” nos aparece 1 artículo
- Cochrane: Seguimos utilizando el mismo método de búsqueda que en las dos anteriores siendo este “Nordic hamstring exercise AND treatment” dándonos un total de 6 artículos.

Tras la búsqueda inicial se llevó a cabo una búsqueda sistemática de ensayos clínicos publicados en los últimos 5 años (2015-2020) redactados tanto en inglés como en castellano. Esta búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, PEDro y Cochrane, utilizando los siguientes términos de búsqueda combinados con el operador booleano “AND”, “Hamstring” (término Mesh), “injuries” (término mesh), “prevention” (término Mesh) y “physiotherapy” (término Mesh), “Nordic

exercise” (término Mesh) y “treatment” (término Mesh). En esta búsqueda se incluyeron los filtros y los términos de inclusión y exclusión para todas las bases de datos.

Se comenzó la búsqueda en las 3 bases de datos aplicando el filtro de “clinical trial”, y filtrando por los artículos publicados en los últimos 5 años, para acceder a una literatura actual y de mayor calidad.

- PubMed: En esta base se utilizaron los términos “hamstring” “prevention” (terminos mesh) que se combinaron mediante el operador booleano “AND” con el término “physiotherapy” quedando la búsqueda como: “hamstring injuries AND prevention AND physiotherapy”.

A esta búsqueda se le aplicaron los filtros de ensayo clínico y que estuviesen publicados en los 5 últimos años. De los 110 artículos obtenidos inicialmente con este método de búsqueda nos quedamos con un total de 28, de los cuales solo 6 cumplían los requisitos necesarios. Los 22 restantes fueron rechazos por diferentes motivos:

- 5 fueron descartados por la lectura del título
- 5 fueron descartados por la no utilización de deportistas.
- 2 Por la no utilización del Nordic exercise
- 2 Por la pequeña muestra utilizada
- 4 fueron descartados en la lectura del resumen o abstract
- 2 por la utilización de la neuro-estimulación
- 2 por la utilización de analgésicos

Se realizó otra búsqueda con los términos Mesh “Nordic hamstring exercise” y “treatment” quedando la búsqueda como “Nordic hamstring exercise and treatment”.

Se le aplicaron los mismos filtros que en la primera búsqueda. Inicialmente se obtuvieron un total de 81 artículos, de los cuales aplicaron los filtros nos quedamos con un total de 16 artículos, eliminando los repetidos de la anterior búsqueda nos quedamos con un total de 2 artículos.

Por lo que obtenemos un total de 8 artículos entre las 2 búsquedas.

- PEDRo: Se realizó la búsqueda con los terminos mesh “ hamstring” “injuries” y “prevention”, unidos con el operador booleano AND, quedando la búsqueda como “hamstring injuries AND prevention”.

A esta búsqueda se le aplicaron los mismos filtros que en PubMed, reduciendo los ensayos clínicos encontrados de 24 a 6, de los cuales solo 2 superaron nuestros criterios de inclusión.

Los 4 restantes no lo superan debido a:

- 1 por la no utilización de deportistas
- 1 Por la utilización de la neuro-estimulación
- 2 Por la la lectura del resumen o abstract

Al igual que hicimos con Pubmed, se realizo otra búsqueda con los términos Mesh “Nordic exercise” “hamstring” y “treatment” unidos con el operador booleano “AND”, quedando la búsqueda como “nordic hamstring exercise AND treatment” en este caso nos encontramos unicamente con 1 artículo.

Dándonos un total de 3 artículos obtenidos de esta base de datos.

- Crochrane: La búsqueda realizada en esta base de datos se realizo de la misma forma que en Pubmed, con lo que de los 7 artículos obtenidos de manera inicial, se reducen a 3 artículos, de los cuales ninguno supera nuestros criterios de inclusión.

Al igual que en las bases de datos anteriores se realiza la misma búsqueda “nordic hamstring exercise AND treatment” en la cual incluyendo los criterios de búsqueda nos da un total de 3 artículos de los cuales 1 supera nuestros criterios de inclusión y exclusión quedando así 2 que son descartados por:

- 1 por la lectura del título
- 1 por la no utilización de deportistas

Obtenido finalmente un total de 1 artículos disponibles.

Para seleccionar finalmente los artículos que entraron en la revisión, se analizaron de manera individual que cumpliesen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos anteriormente. Del total de 113 artículos encontrados en la búsqueda inicial solo 8 artículos cumplían los requisitos necesarios. En la segundo búsqueda que se realizó se obtuvo total de 88 artículos, aplicando los criterios de inclusión y exclusión obtuvimos un total de 6 artículos, haciendo entre las dos búsquedas 12 artículos disponibles para el estudio a los que finalmente se les realizo una valoración con la escala CASPe para valorar si dichos estudios son aptos para nuestra revisión.

4 Resultados

Han sido revisado 12 estudios que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Dichos estudios tienen como objetivo analizar y evaluar la prevención de la lesión de isquiotibiales en deportistas, muchos de estos comparan el NHE con otro tipo de ejercicios, esto nos sirve para tener un ejercicio común entre

todos ellos, y poder compararlos. Aunque cabe destacar que no todos los estudios comparten aspectos metodológicos, como son el tamaño muestral, el tipo de protocolo, duración del estudio, etc. Todos los sujetos incluidos son deportistas, la mayoría de ellos futbolistas de ligas semis-profesionales,

A continuación se presenta de forma individualizada cada uno de los artículos.

Matthew N Bourne. Et al (2016)(31)

Este estudio se trata de un ensayo clínico, su principal objetivo es evaluar los cambios que se producen en la cabeza larga del bíceps femoral (BF), siguiendo un entrenamiento de 10 semanas con el NHE y otro ejercicio de HE.

Este estudio estuvo formado por 30 deportistas con un edad alrededor de los 22 años $\pm$ 3,6 y divididos en 3 grupos.

- 1º $\rightarrow$ N= 10, entrenamiento HE
- 2º $\rightarrow$ N=10, entrenamiento NHE
- 3ª $\rightarrow$ N=10, GC, entreno normal

La intervención conste de completar un programa progresivo de fuerza durante 10 semanas, consistiendo en el NHE o HE. Mientras que el GC continuo con sus entrenamientos y actividades físicas regulares, pero no podían participar en entrenamientos para la resistencia del tren inferior.

Finalmente los resultados indicaron que el NHE presento un efecto positivo en el test de fuerza ($p < 0,001$), al igual que el HE, lo que da lugar a que ambos grupos aumentaron su fuerza significativamente.

R. Lovell. Et al (2017)(32)

Este ensayo tiene como objetivo examinar los efectos que se producen en la musculatura isquiotibial durante un programa de 12 semanas con la utilización del NHE, dividido en 2 grupos.

Participaron un total de 35 futbolistas amateurs que fueron divididos en 3 grupos de forma aleatorizada.

- 1º Grupo NHEBEF: El programa de ejercicio fue realizado después del calentamiento de campo en cada sesión
- 2º Grupo NHEAft: El programa de ejercicio fue realizado después de finalizar la rutina del entrenamiento
- 3º GC: Realizó un programa de ejercicios y estabilidad del core, que demostraron tener un pequeño efecto sobre la musculatura isquiotibial.

Los resultados obtenidos en este ensayo fueron los siguientes:

- Peak Torque: Los cambios en el excéntrico de los isquiotibiales fue superior en el NHEBef (+11,9%) y en el NHEaft(+11,6%) que en el grupo control.

- Perfil del torque; Se observaron cambios tanto en NHEBef(Δ 13,3%; 8,2%-18,6%) y NHEAft(Δ 20,9%; 14,7%-27,5%) vs control(Δ -0,7%; -6,4% a 5,3%), sin diferencia entre los grupos NHE.
- Arquitectura Bíceps femoral; El ángulo de penación sufrió un incremento en el NHEAft Vs NHEBef . Mientras que el cambio estimado en el fascículo del bíceps femoral longitud (expresada en absoluto y en relación con el músculo términos de espesor) fue mayor en el NHEBef Vs el grupo NHEAft y el GC.

S. Van de Hoef. Et al (2017) (33)

En este ensayo busca evaluar el efecto preventivo del programa bounding exercise en las lesiones de isquiotibiales en futbolistas amateurs que se trata de una variante mas especifica que el programa NHE.

Fue realizado con futbolistas amateurs entre 18 y 40 años.

El GI realizo este tipo de ejercicio durante toda la temporada 16-17. en las primeras 12 semanas, se realizo este programa de una manera gradual. Este consistía en ejercicios de fuerza excéntrica, seguidos de pliometricos que debían incluir movimientos funcionales.

En los resultados se obtuvo que el entrenamiento NHE pueden reducir las lesiones de isquiotibiales al igual que el programa bounding exercise ya que este se basa en movimientos mas específicos para el deportista y puede ser fácilmente implementado durante el calentamiento.

Peter Alexander Van de Hoef. Et al (2018) (34)

Este estudio se trata de un ensayo clínico. El objetivo es proponer un programa de ejercicios pliométricos como alternativa para reducir la incidencia de la lesión de isquiotibiales Vs el NHE.

Los participantes fueron futbolistas amateurs entre 18-45 años

- GI (n=305)
- GC (n=283)

Durante el estudio se perdio el 32%

- (n=167) No completaron el formulario
- (n=7) sufrieron lesiones graves
- (n=14) dejaron el fútbol o cambiaron de equipo.

Como resultado la base final de jugadores incluidos en el estudio fue

- GC (n=229)
- GI (n=171)

La intervención se baso en el programa de ejercicios BEP que fue realizado durante 12 semanas y se trata de un programa que trabaja tanto ejercicios concéntricos como excéntricos.

En este estudio, el 28% de las lesiones producidas con el programa BEP tuvo una duración mayor a días perdidos de competición que el programa de NHE que fue de un 17%

R. Fernandez-Gonzalo. Et al (2016) (35)

Este ensayo clínico tiene como objetivo principal es mediante una resonancia magnética funcional comparar la musculatura de forma individual, usando ejercicios para prevenir la lesión de isquiotibiales.

Los participantes, 36 futbolistas profesionales menores de 18 años de un club de futbol. Fueron divididos en 4 grupos de forma aleatorizada lo que da $n=9$ por grupo. En cada grupo se utilizo un ejercicio diferente: NHE, flywheel leg curl, Russian belt y conic pulley. Todos los jugadores al comenzar el estudio estaban libres de lesiones.

La intervención se baso antes de cada calentamiento normal, se hicieron 4 series de 8 repeticiones a la máxima intensidad con 2 minutos de recuperación.

El Rom articular fue comparable ($p>0,05$) entre el NHE y el flywheel leg curl, y el Russian belt y el conic-pull respectivamente.

En el NHE los cambios pre-post para el GR fueron mayores que para cualquier otro músculo analizado ($P<0,001$). Del mismo modo, ST ($P<0,001$) y BFLh ($P<0,01$) mostraron mayores cambios pre-post que BFLh, SM o VI.

Lasse Ishøi. Et al (2017) (36)

Este ensayo tiene como objetivo principal investigar la eficacia del NHE en el rendimiento del sprint en deportistas.

Los participantes fueron 35 deportistas amateurs. Estos fueron divididos en dos grupos, grupo control ($n=17$), y grupo intervención ($n=18$). 10 jugadores dejaron el estudio por lo que finalmente el GC ($n=14$) GI ($n=11$)

La intervención en el GC se baso en aplicar durante 10 semanas el entrenamiento NHE. Sin embargo el GI se baso en test repetidos de sprint consistiendo en 4x6 10m de sprint y con una recuoeración de 15 seg.

Resultados: el GI demostró mejoras pre-post mejoras en TST, 10mST y L10mST de 1,8%, 2,6% y 3,2%, respectivamente ($p < 0,05$)

Nick van der Horst et al (2015) (37)

El estudio tiene como objetivo principal investigar el efecto preventivo del NHE en la incidencia y la gravedad de las lesiones.

La población del estudio se baso en 40 equipos de futbol amateurs, quedando el grupo de intervención (GI) ($n=20$ equipos, 292 jugadores) y el grupo control (GC) ($n=20$ equipos, 287 jugadores)

El GI realizó 25 sesiones del NHE durante 13 semanas. Teniendo en cuenta que el GI y GC siguieron con sus entrenamientos de forma regular, y fueron seguidos durante una temporada entera.

Después de la intervención se produjeron 18 lesiones en el GC y 6 en el GI, por lo que la incidencia de las lesiones fue diferente entre el GI y el GC $P=0,005$. El riesgo de lesiones fue menor en el GI comparado con el GC $p=0,005$. No hubo diferencias entre la gravedad.

Yuki Hasebe. Et al (2019) (38)

El objetivo es evaluar la eficacia del NHE y el número de lesiones en isquiotibiales. La población del estudio se basó en un GC ($n=103$) y GI ($n=156$). El GI se registró el cumplimiento del programa NHE y las lesiones producidas durante un periodo de 27 semanas. El NHE se realizó después del entrenamiento normal.

La relación HQ y el tiempo de carrera de 50 m fueron significativamente diferentes entre los dos grupos ($p < 0,01$). Cabe destacar que la tasa lesional en la musculatura isquiotibial fue de 1,04 en el GC y de 0,88 en el grupo NHE.

Ben Macdonald. Et al (2018) (39)

Este ensayo clínico estudió la eficacia del single-leg Roman hold y el NHE para mejorar la fuerza-resistencia en isquiotibiales.

La población constó de 12 jugadores de fútbol gaélico divididos en 2 grupos. Cabe destacar que todos los participantes habían tenido una lesión de isquios previa al estudio.

- Grupo 1: ($n=6$) completó 6 semanas del single-leg roman
- Grupo 2 ($n=6$) completó 6 semanas del NHE

Se obtuvieron pequeñas diferencias entre ambos grupos, el Leg roman consiguió una pequeña mejoría de fuerza para la pierna no lesionada mientras que con el NHE se obtuvo una ganancia de fuerza en aquellos que tenían lesión previa

Ezequiel Rey, et al (2017) (40)

El objetivo principal es evaluar el efecto de 2 ejercicios excéntricos de isquiotibiales, el NHE y el RB, sobre la fuerza de los MMII y la asimetría bilateral utilizando la prueba single-leg hamstring bridge (SLHB).

La población utilizó fueron 3 equipos de fútbol con un total de 47 jugadores. Aunque solo entraron en el estudio aquellos que completan el entrenamiento. Fueron divididos en 3 grupos

- NHE ($n=16$)
- RB ($n=15$)
- GC ($n=16$)

Los participantes comenzaron 1 de los protocolos asignados de 10 semanas además de su entrenamiento habitual de fútbol. Se tuvo en cuenta el dolor muscular de aparición tardía (DOMS) para ajustar el número de series y repeticiones. El programa de entrenamiento se llevó a cabo durante toda la temporada.

No se observaron cambios significativos pre-post para el GC en ninguna variable. Se observó un efecto temporal significativo ($d = 0,53$) para el NHE en la asimetría bilateral. En el análisis entre grupos, se encontraron mejores resultados significativos en el SLHB derecho y el SLHB izquierdo, en el grupo NHE ($d = 1,17-0,99$) y RB ($d = 0,91-0,78$) en comparación con el CG. Sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos de entrenamiento excéntrico (NHE vs. RB)

W. Al Attar et al (2019)(41)

El objetivo es evaluar la eficacia tanto el CAE y el NHE en el dynamic balance comparándolos con no utilizar tratamiento.

La población se trata de 177 atletas divididos en 4 grupos

- CAE (n=42)
- NHE (n=44)
- CAE + NHE (n=47)
- GC (n=44)

Todos los grupos realizaron la prueba pre-post-tratamiento utilizando el BBS para evaluar el equilibrio dinámico

CAE ($44,48 \pm 5,34$; $p < 0,001$), NHE ($43,18 \pm 5,25$; $p < 0,001$) y CAE + NHE ($44,48 \pm 5,34$; $p < 0,001$) proporcionaron significativamente mejores resultados en el dynamic balance tras el tratamiento en comparación con el grupo de control ($28,30 \pm 4,75$). El tratamiento combinado de CAE y NHE fue superior a los otros grupos.

Enda F. Whyte et al (2019)(42)

El objetivo fue investigar y comparar los efectos de un programa de 4 semanas de NHE y otro de HEE sobre la fuerza de los isquiotibiales.

24 jugadores fueron divididos en dos grupos de forma aleatoria. Ambos grupos completaron un programa de 4 semanas de NHE o HEE.

Se valoró el HQ y la fuerza entre extremidades, se registraron las asimetrías antes y después de la intervención.

Se observaron efectos entre las extremidades dominantes y las no dominantes, para el par máximo excéntrico ($p < 0,001$, $n=0,21$, $p=0,01$, $n=0,51$, respectivamente) y la relación funcional isquiotibial-cuádriceps ($p=0,03$, $n=0,59$, $p < 0,0001$, $n=0,26$, respectivamente). El programa HEE aumenta la fuerza de forma significativa al igual que el programa NHE.

5 Discusión-Conclusión

Tras terminar esta revisión sistemática, se llega a la conclusión, que el NHE es uno de los ejercicios que mas evidencia científica presenta tanto a la hora de la prevención como del tratamiento de la lesión de los músculos isquiotibiales, ya que se ha demostrado que la práctica de este ejercicio aumenta tanto la fuerza como la longitud del músculo, que son dos de los factores mas importantes a la hora de prevenir las lesiones musculares.

Por otro lado, a pesar de este avance y el desarrollo de este tipo de ejercicios no solo no se ha conseguido reducir la incidencia de lesiones si no que con el paso del tiempo han aumentado de forma significativa, debido a la carga de minutos que acumula un deportista a lo largo de una temporada natural independientemente del deporte que practique.

Finalmente es necesario que se investigue en la prevención de lesiones hoy mas que nunca para reducir esta incidencia que aumenta día a día, al igual de imprescindible que se aplique en todos los deportes tanto en categorías de élite como amateurs un buen programa de prevención, para mantener la buena salud de los deportistas.

6 Bibliografía

1. Bourne MN, Timmins RG, Opar DA, Pizzari T, Ruddy JD, Sims C, et al. An Evidence-Based Framework for Strengthening Exercises to Prevent Hamstring Injury. *Sports Med.* 2018;48(2):251-67.
2. Arnason A, Sigurdsson SB, Gudmundsson A, Holme I, Engebretsen L, Bahr R. Risk Factors for Injuries in Football. *Am J Sports Med.* 2004;32(1_suppl):5-16.
3. Rey E, Paz-Domínguez Á, Porcel-Almendral D, Paredes-Hernández V, Barcala-Furelos R, Abelairas-Gómez C. Effects of a 10-Week Nordic Hamstring Exercise and Russian Belt Training on Posterior Lower-Limb Muscle Strength in Elite Junior Soccer Players. *J Strength Cond Res.* 2017;31(5):1198-205.
4. Häggglund M, Waldén M, Ekstrand J. Injuries among male and female elite football players. *Scand J Med Sci Sports.* 2009;19(6):819-27.
5. Lovell R, Knox M, Weston M, Siegler JC, Brennan S, Marshall PWM. Hamstring injury prevention in soccer: Before or after training? *Scand J Med Sci Sports.* 2018;28(2):658-66.

6. Ekstrand J, Lee JC, Healy JC. MRI findings and return to play in football: a prospective analysis of 255 hamstring injuries in the UEFA Elite Club Injury Study. *Br J Sports Med.* 2016;50(12):738-43.
7. Al Attar WSA, Soomro N, Sinclair PJ, Pappas E, Sanders RH. Effect of Injury Prevention Programs that Include the Nordic Hamstring Exercise on Hamstring Injury Rates in Soccer Players: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med.* 2017;47(5):907-16.
8. Hasebe Y, Akasaka K, Otsudo T, Tachibana Y, Hall T, Yamamoto M. Effects of Nordic Hamstring Exercise on Hamstring Injuries in High School Soccer Players: A Randomized Controlled Trial. *Int J Sports Med.* 2020;41(03):154-60.
9. Ribeiro-Alvares JB, Marques VB, Vaz MA, Baroni BM. Four Weeks of Nordic Hamstring Exercise Reduce Muscle Injury Risk Factors in Young Adults. *J Strength Cond Res.* 2018;32(5):1254-62.
10. Vatovec R, Kozinc Ž, Šarabon N. Exercise interventions to prevent hamstring injuries in athletes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Sport Sci.* 2020;20(7):992-1004.
11. Schache AG, Dorn TW, Blanch PD, Brown NAT, Pandy MG. Mechanics of the Human Hamstring Muscles during Sprinting. *Med Sci Sports Exerc.* 2012;44(4):647-58.
12. Ageberg E, Bunke S, Nilsen P, Donaldson A. Planning injury prevention training for youth handball players: application of the generalisable six-step intervention development process. *Inj Prev.* 2020;26(2):164-9.
13. Meron A, Saint-Phard D. Track and Field Throwing Sports: Injuries and Prevention. 2017;16(6):6.
14. Emery CA, Pasanen K. Current trends in sport injury prevention. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2019;33(1):3-15.
15. Silvers-Granelli H, Mandelbaum B, Adeniji O, Insler S, Bizzini M, Pohlig R, et al. Efficacy of the FIFA 11+ Injury Prevention Program in the Collegiate Male Soccer Player. *Am J Sports Med.* 2015;43(11):2628-37.
16. Goode AP, Reiman MP, Harris L, DeLisa L, Kauffman A, Beltramo D, et al. Eccentric training for prevention of hamstring injuries may depend on intervention compliance: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2015;49(6):349-56.

17. Mehl J, Diermeier T, Herbst E, Imhoff AB, Stoffels T, Zantop T, et al. Evidence-based concepts for prevention of knee and ACL injuries. 2017 guidelines of the ligament committee of the German Knee Society (DKG). *Arch Orthop Trauma Surg.* 2018;138(1):51-61.
18. Whyte EF, Heneghan B, Feely K, Moran KA. The Effect of Hip Extension and Nordic Hamstring Exercise Protocols on Hamstring Strength: A Randomized Controlled Trial. *J Strength Cond Res.* 2019;1-8
19. Hands B. Changes in motor skill and fitness measures among children with high and low motor competence: A five-year longitudinal study. *J Sci Med Sport.* 2008;11(2):155-62.
20. Hardy LL, Reinten-Reynolds T, Espinel P, Zask A, Okely AD. Prevalence and Correlates of Low Fundamental Movement Skill Competency in Children. *PEDI-ATRICS.* 2012;130(2):e390-8.
21. Lloyd RS, Oliver JL. The Youth Physical Development Model: A New Approach to Long-Term Athletic Development. *Strength Cond J.* 2012;34(3):61-72.
22. Myer G, Faigenbaum A, Chu D, Falkel J, Ford K, Best T, et al. Integrative Training for Children and Adolescents: Techniques and Practices for Reducing Sports-Related Injuries and Enhancing Athletic Performance. *Phys Sportsmed.* 2011;39(1):74-84.
23. Ribeiro-Alvares JB, Marques VB, Vaz MA, Baroni BM. Four Weeks of Nordic Hamstring Exercise Reduce Muscle Injury Risk Factors in Young Adults. *J Strength Cond Res.* 2018;32(5):1254-62.
24. Hasebe Y, Akasaka K, Otsudo T, Tachibana Y, Hall T, Yamamoto M. Effects of Nordic Hamstring Exercise on Hamstring Injuries in High School Soccer Players: A Randomized Controlled Trial. *Int J Sports Med.* 2020;41(3):154-60.
25. Cuthbert M, Ripley N, McMahon JJ, Evans M, Haff GG, Comfort P. The Effect of Nordic Hamstring Exercise Intervention Volume on Eccentric Strength and Muscle Architecture Adaptations: A Systematic Review and Meta-analyses. *Sports Med.* 2020;50(1):83-99.
26. Opar DA, Williams MD, Shield AJ. Hamstring Strain Injuries: Factors that Lead to Injury and Re-Injury. *Sports Med.* 2012;42(3):209-26.
27. Arnason A, Andersen TE, Holme I, Engebretsen L, Bahr R. Prevention of hamstring strains in elite soccer: an intervention study: Prevention of hamstring strains in soccer. *Scand J Med Sci Sports.* 2007;18(1):40-8.

28. Seagrave RA, Perez L, McQueeney S, Toby EB, Key V, Nelson JD. Preventive Effects of Eccentric Training on Acute Hamstring Muscle Injury in Professional Baseball. *Orthop J Sports Med.* 2014;2(6):232596711453535.
29. Seymore KD, Domire ZJ, DeVita P, Rider PM, Kulas AS. The effect of Nordic hamstring strength training on muscle architecture, stiffness, and strength. *Eur J Appl Physiol.* 2017;117(5):943-53.
30. Delahunt E, McGroarty M, De Vito G, Ditroilo M. Nordic hamstring exercise training alters knee joint kinematics and hamstring activation patterns in young men. *Eur J Appl Physiol.* 2016;116(4):663-72.
31. Bourne MN, Duhig SJ, Timmins RG, Williams MD, Opar DA, Al Najjar A, et al. Impact of the Nordic hamstring and hip extension exercises on hamstring architecture and morphology: implications for injury prevention. *Br J Sports Med.* 2017;51(5):469-77.
32. Lovell R, Knox M, Weston M, Siegler JC, Brennan S, Marshall PWM. Hamstring injury prevention in soccer: Before or after training? *Scand J Med Sci Sports.* 2018;28(2):658-66.
33. Van de Hoef S, Huisstede BMA, Brink MS, de Vries N, Goedhart EA, Backx FJG. The preventive effect of the bounding exercise programme on hamstring injuries in amateur soccer players: the design of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(1):355.
34. Van de Hoef PAS, Brink MSM, Huisstede BMAB, van Smeden MM, de Vries NN, Goedhart EAE, et al. Does a bounding exercise program prevent hamstring injuries in adult male soccer players? – A cluster – RCT. *Scand J Med Sci Sports.* 2019;29(4):515-523.
35. Fernandez-Gonzalo R, Tesch P, Linnehan R, Kreider R, Di Salvo V, Suarez-Arrones L, et al. Individual Muscle use in Hamstring Exercises by Soccer Players Assessed using Functional MRI. *Int J Sports Med.* 2016;37(07):559-64.
36. Ishøi L, Hölmich P, Aagaard P, Thorborg K, Bandholm T, Serner A. Effects of the Nordic Hamstring exercise on sprint capacity in male football players: a randomized controlled trial. *J Sports Sci.* 2018;36(14):1663-72.
37. van der Horst N, Wouter Smits D, Petersen J, Goedhart E, Backx F. The preventive effect of the nordic hamstring exercise on hamstring injuries in amateur soccer players: a randomized controlled trial. *Br J Sports Med.* 2015 Jun;43(6):1316-23.

38. Hasebe Y, Akasaka K, Otsudo T, Tachibana Y, Hall T, Yamamoto M. Effects of Nordic Hamstring Exercise on Hamstring Injuries in High School Soccer Players: A Randomized Controlled Trial. *Int J Sports Med.* 2020;41(3):154-160.
39. Macdonald B, O'Neill J, Pollock N, Van Hooren B. Single-Leg Roman Chair Hold Is More Effective Than the Nordic Hamstring Curl in Improving Hamstring Strength-Endurance in Gaelic Footballers With Previous Hamstring Injury. *J Strength Cond Res.* 2019;33(12):3302-8.
40. Rey E, Paz-Domínguez Á, Porcel-Almendral D, Paredes-Hernández V, Barcala-Furelos R, Abelairas-Gómez C. Effects of a 10-Week Nordic Hamstring Exercise and Russian Belt Training on Posterior Lower-Limb Muscle Strength in Elite Junior Soccer Players. *J Strength Cond Res.* 2017;31(5):1198-205.
41. Al Attar W, Alshehri M. The Efficacy of Copenhagen Adduction Exercise and Nordic Hamstring Exercise on Dynamic Balance among Male Athletes: A Randomized Controlled Trial. *J Sci Med Sport.* 2019;22(2):S75.
42. Whyte EF, Heneghan B, Feely K, Moran KA. The Effect of Hip Extension and Nordic Hamstring Exercise Protocols on Hamstring Strength: A Randomized Controlled Trial. *J Strength Cond Res* 2019;1-8.

Capítulo 326

FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA AQUÍLEA Y EJERCICIO TERAPÉUTICO

MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO

SUSANA PUENTE CANALEJAS

PEDRO REDONDO RODENAS

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SILVIA GUILLAMÓN TORNERO

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 epicondilea, la glútea, la rotuliana y la del Aquiles.

La tendinopatía del Aquiles es una patología musculoesquelética 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 tratamientos conservadores como la prescripción del ejercicio, que ha demostrado ser efectivo en otras patologías.

2 Objetivos

Analizar e indicar si el ejercicio resulta efectivo en el tratamiento del dolor producido por la tendinopatía del Aquiles por parte de fisioterapia

3 Metodología

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

4 Resultados

Se 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 aquilea.

En la primera de las revisiones bibliográficas, se evaluaba la efectividad de los ejercicios isométricos en diferentes tendinopatías, no sólo en la aquilea 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 tratamientos 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 aquilea, 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

Capítulo 327

FISIOTERAPIA EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SILVIA GUILLAMÓN TORNERO

MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO

SUSANA PUENTE CANALEJAS

PEDRO REDONDO RODENAS

1 Introducción

La osteoartritis es un problema articular habitual que suele afectar a la articulación de la rodilla, especialmente en personas de mediana edad y personas mayores, pudiendo llegar a causar mucho dolor y discapacidad. Esta patología está considerada comúnmente como un problema degenerativo del cartílago. Sin embargo, los estudios recientes sugieren que es una enfermedad inflamatoria de toda la articulación, incluyendo además del desgaste del cartílago el desgaste de estructuras concomitantes con el consiguiente cambio estructural y funcional de toda la articulación, lo que incluye la sinovial, los meniscos (en el caso de la rodilla), los ligamentos periarticulares y el hueso subcondral.

Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que alrededor del 30% de los adultos tienen signos radiológicos de osteoartritis, y el 8,9 % de la población adulta tiene osteoartritis clínicamente significativa en la cadera o la rodilla,

siendo la más habitual la de rodilla. Los estudios muestran que la predisposición a padecer osteoartritis aumenta con la edad y, dado que la población de los países desarrollados es cada vez más mayor, es esperable que la prevalencia de osteoartritis también aumente. Este problema crónico resulta muy incapacitante ya que disminuye la calidad de vida de los individuos que la padecen, causándoles además ansiedad, miedo o depresión.

El tratamiento de elección en la osteoartritis de rodilla es la cirugía de sustitución de la articulación por una prótesis. No obstante, es un tratamiento que tiene un coste elevado y con largas listas de espera. Existen otras alternativas de tratamiento desde la fisioterapia como ejercicios o terapia manual que, si bien no pueden solucionar el problema, podrían servir para aliviar la sintomatología y retrasar la evolución de la enfermedad, disminuyendo la necesidad de realizar una cirugía.

2 Objetivos

Analizar si el ejercicio terapéutico puede ser efectivo en el tratamiento del dolor y la funcionalidad producidos por la osteoartritis de rodilla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para este capítulo se incluyeron un ensayo clínico aleatorizado y dos revisiones bibliográficas sobre el uso de diferentes tipos de ejercicios en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla.

En el ensayo clínico aleatorizado, se comparaba la efectividad de los cuidados habituales suministrados por su médico de atención primaria con la adición a estos cuidados de ejercicio terapéutico, terapia manual o una combinación de ambos.

Se utilizó para ello el cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster osteoarthritis index) que mide la calidad de vida, en términos de sintomatología y discapacidad física, en personas con osteoartrosis de rodilla y los cambios que se produjeron en la puntuación dada por este cuestionario en un seguimiento un año tras las intervenciones. Se pudo observar como tanto el ejercicio como la terapia manual junto con los cuidados habituales recomendados producían mejoras significativas en el tratamiento del dolor y en la discapacidad, pero también se observó que la combinación de ambas (terapia manual y ejercicio) no suponía un beneficio adicional.

La primera de las revisiones comparaba el uso de diferentes medidas no quirúrgicas en el tratamiento de la osteoartritis, como pueden ser medidas educativas, pérdida de peso, ejercicio terapéutico u otras medidas farmacológicas. Esta revisión constató que el uso de diferentes tipos de ejercicio como el tai-chi, los ejercicios de fuerza o los ejercicios en el agua resultaba efectivo en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla, pero concluyó que no se podían priorizar un tipo de ejercicios sobre otros por la falta de estudios.

Por último, la segunda de las revisiones bibliográficas comparaba el uso de ejercicios sobre el suelo con ejercicios en el agua. Mostró que al comparar el ejercicio sobre el suelo y el ejercicio en el agua, los resultados a nivel de mejoría de la sintomatología son similares, no mostrando cambios significativos en la medición del dolor en las diferentes escalas utilizadas (escala visual analógica, WOMAC) ni tampoco en la calidad de vida de los pacientes. No obstante, la revisión constató que el ejercicio en el agua aumenta la adherencia y la satisfacción de los pacientes con el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar que los programas de ejercicio en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla resultan efectivos tanto en el tratamiento del dolor como de la discapacidad que esta patología conlleva, mostrándose además que los ejercicios en el agua pueden aumentar la satisfacción y la adherencia de los pacientes al tratamiento. Al tratarse de tratamientos más baratos que la cirugía, podrían reducirse de esta manera los costes del tratamiento de esta patología, pero también de otras patologías asociadas como pueden ser los problemas cardiovasculares, ya que se trata de pacientes que tienen tendencia a la obesidad y el ejercicio también ayudaría con esta condición. Sin embargo, son necesarios futuros estudios que comparen los diferentes tipos de ejercicio que se pueden utilizar para valorar cuál resulta más efectivo y poder así crear protocolos de ejercicio para el

tratamiento de esta patología.

6 Bibliografía

1. Abbott JH, Robertson MC, Chapple C, Pinto D, Wright AA, Leon de la Barra S, et al. Manual therapy, exercise therapy, or both, in addition to usual care, for 1393 osteoarthritis of the hip or knee: a randomized controlled trial. 1: clinical effectiveness. *Osteoarthritis Cartilage* 2013; 21: 525– 34.
2. Kan HS, Chan PK, Chiu KY, Yan CH, Yeung SS, Ng YL, et al. Non-surgical treatment of knee osteoarthritis. *Hong Kong Med J*. 2019;25(2):127-33. doi:10.12809/hkmj187600.
3. Dong R, Wu Y, Xu S, Zhang L, Ying J, et al. Is aquatic exercise more effective than land-based exercise for knee osteoarthritis? *Medicine*. 2018; 97, e13823.

Capítulo 328

FISIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SILVIA GUILLAMÓN TORNERO

MARIA JOSE CEBRIAN HUEDO

SUSANA PUENTE CANALEJAS

PEDRO REDONDO RODENAS

1 Introducción

Los cuidados paliativos no es algo relativamente actual, desde los años ochenta la Organización Mundial de la Salud ya promovía el desarrollo de centros de cuidados paliativos. En los inicios de estos centros se prestaba tratamiento principalmente a enfermos terminales con enfermedad de cáncer, pero en la actualidad la atención de centros de cuidados paliativos también se ha ampliado a enfermos con patologías con un potencial de mortalidad alto. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un “enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a enfermedades que ponen en peligro la vida”.

Dentro de los principales objetivos de los centros de cuidados paliativos encontramos, el alivio tanto del paciente como de la familia del proceso por el que pasa junto con una disminución en medida de lo posible del dolor, también otro de los objetivos es mejorar la calidad de vida y de la evolución de la enfermedad.

En estos aspectos el campo de la fisioterapia puede aportar grandes conocimientos para el mantenimiento de la estructura corporal, el mantenimiento físico y muscular y la disminución del dolor por posibles encamamientos o tratamientos prolongados que hagan desencadenar malas posturas.

También en los centros de cuidados paliativos a parte de enfermedades terminales o con un alto grado de dificultad podemos ver a personas de avanzada edad o con enfermedades crónicas que antiguamente eran mortales, este tipo de enfermedades generan unas secuelas que en muchas ocasiones necesitan cuidados paliativos.

Uno de los grandes retos en los que se encuentra el sistema sanitario es la atención a los enfermos que están en una fase más avanzada, ya que necesitan una cantidad de recursos y tratamientos mucho mayores. Estos enfermos necesitan un tratamiento global y multidisciplinar, ya que no es solamente un tratamiento médico o en la mayoría de los casos farmacológico, sino también hay que tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de estos pacientes. Estos pacientes a parte de los efectos directos de las terapias, generan unos efectos secundarios que se pueden prolongar en el tiempo. Entre estos efectos podemos encontrar la reducción del estado físico junto con un detrimento en la calidad de vida.

2 Objetivos

Observar e indicar las modalidades de tratamientos que se aplican en fisioterapia en los centros de cuidados paliativos, en los estudios.

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

Hemos encontrado como resultados de nuestra revisión, que en seis de los artículos se estudiaban patologías relacionadas con cáncer y en estos estudios se empleaban principalmente ejercicio físico y terapéutico orientado a la fisioterapia.

En todos los estudios se aplican terapias de ejercicios y estiramientos y en varios de ellos también se aúna con tratamiento respiratorio. Los ejercicios iban desde ejercicios cardiovasculares como actividades de andar y ciclismo pasando por ejercicios anaeróbicos con lastres y pesas adaptadas a los pacientes.

En algunas de estas rutinas también se tuvo en cuenta la reeducación de la marcha en los pacientes que lo necesitaban y se incrementó en ellos adaptativamente estos ejercicios.

En dos de los estudios analizados en nuestra revisión se utiliza el tratamiento respiratorio orientado a mejorar la función respiratoria de pacientes con cáncer de pulmón. Se incide sobre todo en ejercicios de fuerza y resistencia, y en entrenamientos de la respiración orientados a la mejora de la disnea en los pacientes con cáncer de pulmón.

Tres de los estudios de nuestra revisión se centraron en la mejora de la educación para la salud, estos tratamientos principalmente iban encaminados en tratar al paciente a la hora de afrontar las actividades de la vida diaria y en la reducción de la fatiga que le produce la propia enfermedad. Es un tratamiento orientado a la autogestión de la propia enfermedad que sufre el paciente en la unidad de cuidados paliativos.

Hemos encontrado en nuestra revisión que también se añaden otras intervenciones de fisioterapia, como son la electroterapia y el masaje para la reducción del dolor junto con la termoterapia local. Hay que tener en cuenta que estos tratamientos en la mayoría de casos estudiados en nuestra revisión son coadyuvantes de los tratamientos principales de los estudios.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de cuidados paliativos no son exclusivamente de enfermos con cáncer, aunque los estudios que más hemos encontrado hacen referencia al cáncer de forma mayoritaria. Es por ello que creemos que otras patologías como demencia, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) también deberían de verse evaluadas desde el punto de vista del fisioterapeuta que participa en los centros de cuidados paliativos.

Las variables que mas se midieron fue la fuerza y la calidad de vida.

En relación a los efectos conseguidos con la fisioterapia, se observan considerables mejoras en el aspecto físico, emocional y en la calidad de vida, y sugieren la mejora en la mayoría de participantes en los estudios.

Hemos encontrado una limitación importante y es que al tratarse en muchos de los estudios de ECAs, no podría dejarse desde un punto de vista ético a un grupo

control sin tratamiento es por ello que en ninguno de los estudios se utilizaron grupos control a los que no se le aplicaba ningún tipo de tratamiento.

6 Bibliografía

1. Tiep B, Sun V, Koczywas M, Kim J, Raz D, Hurria A, et al. Pulmonary Rehabilitation and Palliative Care for the Lung Cancer Patient. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015;17(5):462-8.
2. Silver JK, Raj VS, Fu JB, Wisotzky EM, Smith SR, Kirch RA. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*. 2015;23(12):3633-43.
3. Vicente C, Chocarro L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa*. 2018;25(2):66-82.
4. Loveman E, Copley VR, Colquitt JL, Scott DA, Clegg AJ, Jones J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of treatments for idiopathic pulmonary fibrosis: systematic review, network meta-analysis and health economic evaluation. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2014;15.
5. Salakari MRJ, Surakka T, Nurminen R, Pylkkänen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. *Acta Oncológica*. 2015;54(5):618-28.
6. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(1):34-43.
7. Jarlbaek L, Christensen L, Bruera E, Gilså Hansen D. The epidemiology of 1382 long- and short-term cancer survivors. A population-based cohort study exploring denominators for rehabilitation and palliative care programs. *Acta Oncol* 2014;53(4):493-501.

Capítulo 329

FISIOTERAPIA EN SU TRATAMIENTO A LOS PACIENTES CON TENDINOPATÍA AQUÍLEA

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ

JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ

INMACULADA JIMÉNEZ MORENO

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

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 epicondilea, la glútea, la rotuliana y la del Aquiles.

La tendinopatía del Aquiles es una patología musculoesquelética 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 tratamientos 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 de los profesionales de la fisioterapia

3 Metodología

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

4 Resultados

Se 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 aquilea.

En la primera de las revisiones bibliográficas, se evaluaba la efectividad de los ejercicios isométricos en diferentes tendinopatías, no sólo en la aquilea 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 tratamientos 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 aquilea, 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

Capítulo 330

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO A LOS PACIENTES TERMINALES

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ

JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ

INMACULADA JIMÉNEZ MORENO

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

1 Introducción

Los cuidados paliativos no es algo relativamente actual, desde los años ochenta la Organización Mundial de la Salud ya promovía el desarrollo de centros de cuidados paliativos. En los inicios de estos centros se prestaba tratamiento principalmente a enfermos terminales con enfermedad de cáncer, pero en la actualidad la atención de centros de cuidados paliativos también se ha ampliado a enfermos con patologías con un potencial de mortalidad alto. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un “enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a enfermedades que ponen en peligro la vida”.

Dentro de los principales objetivos de los centros de cuidados paliativos encontramos, el alivio tanto del paciente como de la familia del proceso por el que pasa junto con una disminución en medida de lo posible del dolor, también otro de los objetivos es mejorar la calidad de vida y de la evolución de la enfermedad.

En estos aspectos el campo de la fisioterapia puede aportar grandes conocimientos para el mantenimiento de la estructura corporal, el mantenimiento físico y muscular y la disminución del dolor por posibles encamamientos o tratamientos prolongados que hagan desencadenar malas posturas.

También en los centros de cuidados paliativos a parte de enfermedades terminales o con un alto grado de dificultad podemos ver a personas de avanzada edad o con enfermedades crónicas que antiguamente eran mortales, este tipo de enfermedades generan unas secuelas que en muchas ocasiones necesitan cuidados paliativos.

Uno de los grandes retos en los que se encuentra el sistema sanitario es la atención a los enfermos que están en una fase más avanzada, ya que necesitan una cantidad de recursos y tratamientos mucho mayores. Estos enfermos necesitan un tratamiento global y multidisciplinar, ya que no es solamente un tratamiento médico o en la mayoría de los casos farmacológico, sino también hay que tener en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de estos pacientes. Estos pacientes a parte de los efectos directos de las terapias, generan unos efectos secundarios que se pueden prolongar en el tiempo. Entre estos efectos podemos encontrar la reducción del estado físico junto con un detrimento en la calidad de vida.

2 Objetivos

Observar e indicar las modalidades de tratamientos que se aplican en fisioterapia en los centros de cuidados paliativos, en los estudios.

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

Hemos encontrado como resultados de nuestra revisión, que en seis de los artículos se estudiaban patologías relacionadas con cáncer y en estos estudios se empleaban principalmente ejercicio físico y terapéutico orientado a la fisioterapia.

En todos los estudios se aplican terapias de ejercicios y estiramientos y en varios de ellos también se aúna con tratamiento respiratorio. Los ejercicios iban desde ejercicios cardiovasculares como actividades de andar y ciclismo pasando por ejercicios anaeróbicos con lastres y pesas adaptadas a los pacientes.

En algunas de estas rutinas también se tuvo en cuenta la reeducación de la marcha en los pacientes que lo necesitaban y se incrementó en ellos adaptativamente estos ejercicios.

En dos de los estudios analizados en nuestra revisión se utiliza el tratamiento respiratorio orientado a mejorar la función respiratoria de pacientes con cáncer de pulmón. Se incide sobre todo en ejercicios de fuerza y resistencia, y en entrenamientos de la respiración orientados a la mejora de la disnea en los pacientes con cáncer de pulmón.

Tres de los estudios de nuestra revisión se centraron en la mejora de la educación para la salud, estos tratamientos principalmente iban encaminados en tratar al paciente a la hora de afrontar las actividades de la vida diaria y en la reducción de la fatiga que le produce la propia enfermedad. Es un tratamiento orientado a la autogestión de la propia enfermedad que sufre el paciente en la unidad de cuidados paliativos.

Hemos encontrado en nuestra revisión que también se añaden otras intervenciones de fisioterapia, como son la electroterapia y el masaje para la reducción del dolor junto con la termoterapia local. Hay que tener en cuenta que estos tratamientos en la mayoría de casos estudiados en nuestra revisión son coadyuvantes de los tratamientos principales de los estudios.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de cuidados paliativos no son exclusivamente de enfermos con cáncer, aunque los estudios que más hemos encontrado hacen referencia al cáncer de forma mayoritaria. Es por ello que creemos que otras patologías como demencia, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) también deberían de verse evaluadas desde el punto de vista del fisioterapeuta que participa en los centros de cuidados paliativos.

Las variables que mas se midieron fue la fuerza y la calidad de vida.

En relación a los efectos conseguidos con la fisioterapia, se observan considerables mejoras en el aspecto físico, emocional y en la calidad de vida, y sugieren la mejora en la mayoría de participantes en los estudios.

Hemos encontrado una limitación importante y es que al tratarse en muchos de los estudios de ECAs, no podría dejarse desde un punto de vista ético a un grupo

control sin tratamiento es por ello que en ninguno de los estudios se utilizaron grupos control a los que no se le aplicaba ningún tipo de tratamiento.

6 Bibliografía

1. Tiep B, Sun V, Koczywas M, Kim J, Raz D, Hurria A, et al. Pulmonary Rehabilitation and Palliative Care for the Lung Cancer Patient. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015;17(5):462-8.
2. Silver JK, Raj VS, Fu JB, Wisotzky EM, Smith SR, Kirch RA. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*. 2015;23(12):3633-43.
3. Vicente C, Chocarro L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa*. 2018;25(2):66-82.
4. Loveman E, Copley VR, Colquitt JL, Scott DA, Clegg AJ, Jones J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of treatments for idiopathic pulmonary fibrosis: systematic review, network meta-analysis and health economic evaluation. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2014;15.
5. Salakari MRJ, Surakka T, Nurminen R, Pylkkänen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. *Acta Oncológica*. 2015;54(5):618-28.
6. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(1):34-43.
7. Jarlbaek L, Christensen L, Bruera E, Gilså Hansen D. The epidemiology of 1382 long- and short-term cancer survivors. A population-based cohort study exploring denominators for rehabilitation and palliative care programs. *Acta Oncol*. 2014;53(4):493-501.
8. Chasen MR, Feldstain A, Gravelle D, Macdonald N, Pereira J. An interprofessional palliative care oncology rehabilitation program: effects on function and predictors of program completion. *Curr Oncol*. 2013;20(6):301-9.

Capítulo 331

FISIOTERAPIA EN LA PATOLOGÍA DE HOMBRO DE ORIGEN MUSCULAR

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

MARÍA ESTHER SANCHEZ GONZALEZ

JUAN LUIS BELMONTE MARTINEZ

INMACULADA JIMÉNEZ MORENO

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

1 Introducción

El hombro es un gran complejo articular donde intervienen 7 articulaciones y varios grupos musculares. La existencia de alguna patología que afecte este engranaje provoca dolor y uno de los procesos más incapacitantes por ser esta articulación una de las más móviles del cuerpo humano. El dolor en el hombro es una patología muy frecuente en la población general causante de numerosas consultas a especialistas, sólo superado por el dolor lumbar.

En la tercera edad, los problemas de hombro son generalmente atribuibles a procesos degenerativos, tales como tendinitis y desgarros del manguito rotador. En la población más joven, el problema puede ser debido a inestabilidad del hombro y sobrecarga mecánica localizada en el mismo. El sobreuso produce microtraumatismos que ocasionan inestabilidad y pueden llegar a progresar a una subluxación, causar un roce secundario y desgarros en la cápsula articular.

La evaluación de pacientes con disfunción o dolor en el hombro puede resultar difícil. Lo primero que se deberá descartar es que se trate de un dolor referido de otras estructuras que esconda patologías más graves como son:

- Pulmonares: neumotórax, tromboembolismo pulmonar, tumores, pleuritis.
- Cardíacas: cardiopatía isquémica, pericarditis aguda.
- Abdominales: absceso subfrénico, rotura de víscera hueca, pancreatitis y colecistitis aguda.
- Neurológicas: médula espinal (tumores, abscesos), compresión de raíces cervicales por artrosis de columna cervical o tumores.

Cuando un paciente llega a consulta aquejado de un problema de hombro, una vez descartado que se trate de un dolor referido de otra estructura interna, se deberá realizar un adecuado diagnóstico diferencial que identifique cual es el origen del dolor. Así nos encontraremos con multitud de pruebas para valorar si el causante del dolor puede ser un problema muscular o un problema ligamentoso. También se deberá valorar la movilidad de la cintura escapular, descartar una luxación glenohumeral y valorar si existe una neuropatía de la cintura escapular.

En este capítulo nos centraremos en realizar un abordaje de las diferentes pruebas manuales existentes para la valoración de la musculatura del hombro. Entre las distintas maniobras exploratorias que el Fisioterapeuta debe conocer para la valoración muscular del hombro, nos hemos encontrado con varios músculos de obligada revisión, los cuales procedemos a relatar a continuación junto con las pautas para su correcta realización e interpretación de los resultados obtenidos.

2 Objetivos

Objetivo principal del capítulo :

- Determinar las maniobras exploratorias más frecuentes para el diagnóstico de dolor en el hombro de origen muscular.

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

Prueba de la lata vacía: posible disfunción del músculo SE.

Paciente en bipedestación con los hombros a 90° de abducción con una aproximación horizontal de unos 30° y los pulgares mirando al suelo. El terapeuta ejerce una fuerza descendente sobre sus antebrazos que tratará de vencer.

Positivo: si es incapaz de vencer la acción cayendo sus brazos en dirección de la aproximación. Si es por imposibilidad funcional sin dolor puede deberse a una afectación del nervio supraescapular. Si es el dolor quien imposibilita la acción puede deberse a un proceso tendinoso o una afectación del vientre muscular.

Drop Arm Test: posible afectación de la musculatura del complejo escapular, especialmente del SE.

Paciente en sedestación con los brazos paralelos al tronco y las manos reposando en los muslos o en bipedestación con los brazos estirados. El terapeuta le induce una separación glenohumeral de 90-120° con el codo en extensión, le pide que lo mantenga unos segundos y que lo lleve a la posición inicial.

Positivo: si es incapaz de mantener el brazo o devolverlo lentamente al inicio puede indicar una posible rotura del SE. Si es incapaz de colocarlo en la posición inicial activamente también es positivo.

Prueba de Jobe: valora afectación del SE.

Paciente en sedestación con el hombro a en abducción de 90° y 30° de aproximación anterior, el húmero y antebrazo en rotación interna y pronación respectivamente. El paciente debe mantener la posición mientras el terapeuta lo empuja hacia el suelo.

Positivo: el paciente es incapaz de mantener la postura o aparece dolor.

Prueba específica del músculo supraespinoso.

Paciente en sedestación con el miembro superior en 90° de separación y codo extendido. Ha de mantener la posición mientras el terapeuta le empuja el miembro al suelo.

Positivo: si aparece dolor o impotencia funcional que le impide mantener la posición. Indica afectación del supraespinoso, pero también podría ser afectación del deltoides.

Prueba del supraespinoso según Blackburn y Cols: según los autores, es la única forma de aislar de forma específica la acción del supraespinoso.

Paciente en decúbito prono, con el miembro superior en Abducción de 90-100°, codo en extensión máxima y supinación. Ha de mantener la posición mientras el terapeuta realiza un empuje al suelo.

Positivo: si aparece dolor o incapacidad funcional e indica afectación del tendón

del SE.

Prueba de Yergason: valora afectación del tendón de PLB.

Paciente en sedestación con el hombro pegado al cuerpo, codo a 90° de flexión y pronación del antebrazo. Terapeuta toma un contacto sensitivo sobre la corredera bicipital mientras que con la otra mano a nivel de su muñeca le resiste la supinación del antebrazo y flexión del codo.

Positivo: el paciente presenta dolor en el tendón al realizar el gesto, puede indicar una tendinitis de PLB. También puede indicar una afectación o rotura del ligamento transversal, en este caso, suele producirse una luxación del tendón que es palpable. Si aparece un chasquido durante la prueba también puede ser indicativo de tenosinovitis.

Prueba de Speed: valora afectación de PLB.

Paciente con el hombro en flexión de 90°, codo en extensión y antebrazo en supinación. Terapeuta contacta sensitivamente en la corredera bicipital y la otra mano contacta con la cara anterior del cúbito.

Positivo: si es incapaz de vencer la resistencia del terapeuta por impotencia funcional o por dolor. El terapeuta puede aumentar el estrés del tendón aumentando la compresión de la corredera bicipital. Si el músculo presenta una gran hipotonía no puede descartarse una rotura tendinosa importante.

Prueba de Ludington: valora afectación tendinosa de PLB.

Paciente en sedestación con los dedos de las manos entrelazados tras su occipital. Terapeuta contacta con los tendones del bíceps bilateralmente, y le pide una contracción isométrica de ambos a la vez.

Positivo: si aparece dolor en alguno de los dos miembros. Una contracción de menor calidad en alguno también puede sugerir una tendinitis. Si durante la maniobra el terapeuta es incapaz de palpar el tendón es indicativo de una posible rotura o una luxación por disfunción del ligamento transversal.

Si el paciente es incapaz de colocar los miembros superiores en la posición inicial indica una imposibilidad de rotación externa y separación del húmero, por lo que habría que valorar toda la musculatura del complejo.

Prueba del chasquido: valora una afectación del tendón PLB.

Paciente en sedestación o supino con una abducción de hombro de 90° y flexión de codo a 90°. Terapeuta realiza una compresión axial sobre la parte proximal del húmero mientras que con la mano caudal imprime rotaciones máximas de la articulación glenohumeral.

5 Discusión-Conclusión

La gran cantidad de técnicas de exploración del hombro, a menudo nombradas así por sus autores, pueden resultar confusas, por ello es imprescindible que el Fisioterapeuta en el ejercicio de sus competencias tenga un conocimiento lo más amplio y preciso posible sobre las mismas.

En este capítulo hemos procedido solamente a detallar aquellas pruebas manuales de mayor interés para la valoración de la musculatura del hombro. Para una evaluación completa e integral del hombro que genere un diagnóstico diferencial apropiado se deberán valorar el resto de estructuras integradoras de este complejo articular.

El examen hábil del hombro es una parte integral de esta evaluación y es necesario para generar un diagnóstico diferencial apropiado y ayudar a determinar si se necesitan imágenes avanzadas como radiografías, ecografía, electromiografía o RMN para completar el diagnóstico y realizar el tratamiento rehabilitador más pertinente.

6 Bibliografía

1. Díaz MFG, Sánchez MM. Evolución y características de los pacientes con hombro doloroso en atención primaria. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria. 2005;35(4):192-8.
2. García-Lomas Pico LA. Abordaje diagnóstico del hombro lesionado. Fisioterapia. 1 de enero de 2001;23:15-28.
3. Jiménez-Lucena J-A. Abordaje Fisioterapéutico del Síndrome Subacromial-Impingement de hombro. 27 de octubre de 2015 [citado 9 de enero de 2021]; Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/3046>
4. Mora-Vargas K. Hombro doloroso y lesiones del manguito rotador. Acta Médica Costarricense. diciembre de 2008;50(4):251-3.
5. mrCS89. Manual de pruebas diagnosticas en traumatologia y ortopedia jurado bu... [Internet]. Salud y medicina presentado en; [citado 10 de enero de 2021]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/mrCS89/manual-de-pruebasdiagnosticas-en-traumatologia-y-ortopedia-jurado-bueno>
6. Nancy Garrick DD. Problemas del hombro [Internet]. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. NIAMS; 2014 [citado 9 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-desalud/problemas-del-hombr>

Capítulo 332

EFICACIA DE LA HIDROTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL PARKINSON. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ESTHER NAVARRO BURGOS

CAROLINA CARLAVILLA JIMENEZ

1 Introducción

La enfermedad del párkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa (1-5) que se produce por la degeneración progresiva de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra y la presencia de cuerpos de Lewy (inclusiones intracitoplasmáticas de eosinófilos) en diferentes regiones del cerebro (1).

Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer en los mayores de 65 años (2, 4).

Clínicamente se caracteriza por la presencia de síntomas motores y también por la presencia de síntomas neuropsiquiátricos, alteraciones autonómicas y trastornos cognitivos (1, 2, 4).

Los síntomas cardinales de la EP son la acinesia, el temblor de reposo y la rigidez (2, 5, 6). Otros síntomas motores que presenta la EP son las alteraciones en la postura, la marcha y el equilibrio, la fascies amímica, las alteraciones respiratorias y fonatorias, la disfagia y la sialorrea, la micrografía y las fluctuaciones motoras (2, 6).

A parte de los síntomas motores, como se ha mencionado anteriormente existen otra serie de síntomas no motores como lo son la disautonomía, trastornos del sueño, alteraciones psiquiátricas, cognitivas y sensoriales (2, 4, 5, 6).

La enfermedad del párkinson carece de tratamiento curativo, por ello el objetivo del tratamiento es exclusivamente sintomático;

Este debe ser individualizado y adaptado a los distintos estadios y fases de la enfermedad para así tratar de conseguir la mejor situación funcional posible para la adecuada realización de las actividades básicas de la vida diaria, mantener la independencia funcional durante el mayor tiempo posible y mejorar la calidad de vida de los pacientes (2,3).

El tratamiento de la EP se basa en una terapia farmacológica junto con una terapia multidisciplinaria no farmacológica que incluya las áreas de la terapia ocupacional, la logopedia y la fisioterapia (2, 4, 5).

Dado al aumento del envejecimiento de la población española (4), es de especial interés comprobar la eficacia de los tratamientos de la EP, para mejorar la calidad de vida de los enfermos, así como disminuir o retrasar el estado de dependencia de estos pacientes, disminuyendo también el gasto económico.

Frecuentemente la hidroterapia es usada como tratamiento para sujetos con EP en la práctica clínica, pero en la actualidad existen muy pocos estudios que evalúen los beneficios que el agua puede aportar a los pacientes con enfermedad de párkinson (12, 13), de aquí la necesidad de esta revisión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Comprobar si existe evidencia científica suficiente sobre la eficacia del tratamiento con hidroterapia en pacientes que padecen la enfermedad del párkinson.

Objetivos secundarios

- Demostrar si el tratamiento con hidroterapia es más eficaz que el tratamiento tradicional o conservador en pacientes con párkinson.
- Demostrar si existe variabilidad en la actuación fisioterápica realizada en el agua.
- Demostrar si esta variabilidad repercute en la mejora del paciente con párkinson.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos de ciencias de la salud para así poder responder a la pregunta clínica planteada: Medline, The Cochrane library (Cochrane Database of Systematic Reviews) y PEDro (Physiotherapy Evidence Database).

Los criterios de inclusión que fueron seguidos para realizar esta revisión fueron varios, en primer lugar el tipo de artículo que se incluyó debían ser ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas o metaanálisis y en segundo lugar los sujetos que aparecieran en estos artículos debían estar diagnosticados de EP idiopática en un estadio evolutivo entre II-III en la escala de Hoehn y Yahr y que recibiesen tratamiento mediante hidrocinesiterapia, es decir realización de movimientos y ejercicios en el agua, y no sólo la aplicación de ésta.

Por otro lado, aquellos artículos que se realizasen en sujetos con parkinsonismos o desórdenes parquinsonianos fueron excluidos de esta revisión.

En aquellas bases de datos que lo permitieron se utilizaron distintos operadores booleanos como OR y AND para relacionar las palabras claves que se utilizaron al realizar la búsqueda. Estas palabras fueron “hydrotherapy” con sus diversos sinónimos (“aquatherapy”, “aquatic therapy”, “water exercise”, “water training programs”, “water exercise” y “water therapy”) y “parkinson disease”.

Siempre que se pudo también se utilizaron términos Mesh como “parkinson disease” e “hydrotherapy” en las bases de datos en las que esta opción estaba disponible.

4 Resultados

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica en las tres bases de datos detalladas, se eliminaron aquellos artículos que estaban duplicados y tras la lectura del título y resúmenes de los diferentes artículos se verificó que realmente cumplieran los criterios de inclusión y exclusión y posteriormente varios artículos fueron seleccionados, siguiendo los criterios de selección.

Estos criterios fueron que los artículos evaluaran la eficacia de la hidroterapia y lo hiciesen únicamente en la EP y no que también fuese evaluada en otro tipo de patologías y además que en estos artículos el tratamiento de hidroterapia incluyese ejercicios realizados en el agua (hidrocinesiterapia) y no solo la aplicación de esta.

En ninguna base de datos se limitó la búsqueda por periodo de tiempo, edad o lenguaje.

Finalmente se seleccionaron los artículos que se incluyeron en la revisión, en la búsqueda en Medline se obtuvieron 21 resultados, de los cuales se descartaron 19 tras leer el título y los resúmenes, en The Cochrane Library se obtuvieron 6 resultados, los cuales se excluyeron todos y en PEDro otros 6 artículos de los cuales 4 se descartaron y los 2 restantes estaban duplicados.

En general entre los motivos de exclusión destacan que varios artículos no eran Ensayos Clínicos Aleatorizados, que no evaluaban únicamente a pacientes con EP idiopática si no también con otros trastornos neurodegenerativos o que no evaluaban la eficacia de la hidrocinestoterapia.

El siguiente paso fue obtener los dos artículos seleccionados a texto completo y posteriormente se realizó una lectura crítica de éstos y se evaluó su calidad y metodología mediante la escala Jadad.

En el estudio de Vivas et all. (12) la estabilidad postural y el equilibrio mejoran más en el grupo experimental que en el grupo control y en el estudio de Volpe et all. (18) el equilibrio también experimenta una mejora mayor en el grupo experimental, junto con la calidad de vida y el número de caídas que sufren los pacientes con EP.

En definitiva ambos estudios concluyen que la hidroterapia podría ser un posible tratamiento para mejorar la estabilidad postural y el equilibrio en pacientes con EP

5 Discusión-Conclusión

A pesar de las limitaciones que presenta esta revisión bibliográfica, entre las que destacan el escaso número de artículos incluidos y la baja calidad metodológica de estos, debida a varios factores como, el pequeño tamaño muestral, la ausencia de estudios con doble ciego que controlen el papel del efecto placebo y la falta de seguimiento a largo plazo, hay que destacar que la hidroterapia ha demostrado efectos positivos en el tratamiento de la EP, sobre todo para la mejora de la estabilidad postural, del equilibrio, y la calidad de vida de los enfermos así como la disminución de la frecuencia de las caídas.

No obstante nuevas investigaciones son necesarias sobre este tema para que evalúen los efectos a largo plazo y determinen que protocolo sería el más adecuado y eficaz y el que aportaría mayores beneficios.

6 Bibliografía

1. Cano de la Cuerda R, Collado Vázquez S. *Neurorrehabilitación: Métodos específicos de valoración y tratamientos*. 1ª Edición, Noviembre de 2012 ed. Quintanapalla, 8, 4ª planta 28050 Madrid: Médica Panamericana, S.A.; 2012. 31 p.
2. Garnica Fernández A, García Ruiz-Espiga P. coordinadores. *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Enfermedad de Parkinson*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Neurología y Elsevier España, S.L.; 2009
3. Patricia DA. *Neurología para fisioterapeutas*. 4ª Edición ed. Marcelo T. de Alvear 2145 -Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2001. 361-8 p.
4. Escamilla Sevilla F, Mínguez Castellanos A. (eds). *Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson*. Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento. Sociedad Andaluza de Neurología. 2012.
5. *Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Parkinson inicial y avanzada en el tercer nivel de atención*, México: Secretaría de Salud, 2010.
6. Chouza Insua M. *Fisioterapia en El Paciente parquinsoniano* 1ª Edición ed. Vallehermoso, 34.28015 Madrid: Editorial Síntesis, S.A.; 2009. 22-23 p.
7. Cudeiro Mazaira FJ. *Reeducación funcional en la enfermedad de parkinson; Una introducción a las terapias de apoyo*. 1ª Edición ed. Travessera de Gràcia 8021 Barcelona, España.: Editorial Elsevier España, S.L.; 2008. 29-40 p.
8. OMS | Los trastornos neurológicos afectan a millones de personas en todo el mundo: informe de la OMS: World Health Organization; 2013 [updated 2013-07-09 17:03:52]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/es/>.
9. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967; 17:427442.
10. Tomlinson C, Patel S, Meek C, Clarke C, Stowe R, Shah L, Sackley C, Deane K, Herd C, Wheatley K, Ives N. *Fisioterapia versus placebo o ninguna intervención en la enfermedad de Parkinson*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 8. Art. No.: CD002817. DOI: 10.1002/14651858.CD002817
11. Reyes PFM. *Principios de hidroterapia y balneoterapia*. In: McGraw-Hill Interamericana de España S, editor. *Principios de hidroterapia y balneoterapia*. 1ª Edición ed: McGraw-Hill Interamericana de España, SAU; 2005. p. 69-76.
12. Vivas J, Arias P, Cudeiro J. *Aquatic therapy versus conventional land-based therapy for Parkinson's disease: an open-label pilot study*. *Arch Phys Med Rehabil*. 92. United States: 2011 American Congress of Rehabilitation Medicine. Pub-

lished by Elsevier Inc; 2011. p. 1202-10.

13. Ayan C, Cancela J. Feasibility of 2 different water-based exercise training programs in patients with Parkinson's disease: a pilot study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(10):1709-14.

14. Plecash AR, Leavitt BR. Aquatherapy for neurodegenerative disorders. *J Huntingtons Dis*. 2014:511.

15. Bea MM, M^a MS. Bibliographic databases and recovery of information in rehabilitation. *Rehabilitación*. 2001:350-6.

16. Cascaes da Silva F, Valdivia Arancibia BA, da Rosa Iop R, Barbosa Gutierrez Filho PJ, da Silva R. Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*. 2013;24(3):295-312.

17. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996:1-12.

18. Volpe D, Giantin MG, Maestri R, Frazzitta G. Comparing the effects of hydrotherapy and land-based therapy on balance in patients with Parkinson's disease: a randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil*. 28. England: The Author(s) 2014.; 2014. p. 1210-7.

19. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up & go test. *Phys Ther*. 2000;80:896-903.

20. The Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS): Status and recommendations. *Movement Disorders*. 2015;18(7):738-50.

21. Rehab Measures: Functional Reach Test / Modified Functional Reach Test (2013).

22. Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale International (FES-I). *Age and Ageing*, 34(6), 614-619. doi:10.1093/ageing/afi196.

23. Myers AM, Fletcher PC, Myers AN, Sherk W. Discriminative and evaluative properties of the ABC Scale. *J Gerontol A BioI Sci Med Sci*. 1998;53:M287-M294

24. Ayan C, Cancela JM, Gutierrez-Santiago A, Prieto I. Effects of two different exercise programs on gait parameters in individuals with Parkinson's disease: a pilot study. *Gait Posture*. 2014;39(1):648-51

Capítulo 333

FISIOTERAPIA PARA LA CONGELACIÓN DE LA MARCHA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

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 Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa crónica. Lleva el nombre de James Parkinson, quien informó sobre el síndrome clínico hace más de dos siglos (1).

La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común, con una prevalencia mundial de más de 6 millones de personas (2). Afecta aproximadamente al 3% de la población de 65 años y aumenta su prevalencia hasta el 5% en las personas mayores de 85 años (3), lo que convierte a la enfermedad de Parkinson en una de las principales causas de discapacidad neurológica (2).

Es un trastorno neurodegenerativo común, que se caracteriza principalmente por el detrimento de las actividades motoras debido al deterioro del sistema nigrostriatal dopaminérgico (4). La edad es el factor de riesgo más significativo para desarrollar la enfermedad de Parkinson y los hombres son más susceptibles que las mujeres, con una proporción de prevalencia de aproximadamente 3:2 (2).

Los síntomas primarios son síntomas motores que incluyen bradicinesia, rigidez del tono muscular, temblor en reposo e inestabilidad postural (1), (4). Además, los pacientes con EP también muestran varios síntomas no motores, como los trastornos del sueño, demencia, anomalías sensoriales y disfunciones autonómicas (1).

Un síntoma frecuente de la enfermedad de Parkinson, en el que nos vamos a centrar en este capítulo, es el freezing o congelación de la marcha (FOG). La congelación de la marcha puede estar presente hasta en el 80% de los pacientes que sufren EP. El freezing es un síntoma común e incapacitante de la enfermedad de Parkinson, pero los mecanismos y tratamientos de la FOG siguen siendo grandes desafíos para los médicos y los investigadores (5). El FOG es un fenómeno complejo y muy variable, que se define como una "ausencia breve y episódica o una marcada reducción de la progresión hacia adelante de los pies, a pesar de la intención de caminar" (6). La congelación a menudo se describe por los pacientes como la sensación de tener los pies pegados al suelo con la incapacidad de iniciar el siguiente paso, y se vuelve cada vez más común a medida que avanza la enfermedad de Parkinson (6).

El FOG es un patrón de marcha episódico caracterizado por la incapacidad de dar un paso, que ocurre al iniciarse la marcha o girar al caminar, particularmente con la percepción de un entorno estrecho (7). Un impulsor común que produce la congelación de la marcha es realizar desafíos cognitivos al caminar (es decir, realizar tareas duales) (8). El FOG es un fenómeno que altera el equilibrio, aumenta las caídas y reduce la calidad de vida (7).

El manejo de los trastornos de la marcha, como el FOG y las caídas, a menudo incluye intervenciones farmacológicas (9). Hasta la fecha, se han propuesto tratamientos tanto farmacológicos como quirúrgicos (estimulación cerebral profunda) para mejorar el FOG; sin embargo, la evidencia de efectividad es insatisfactoria (10). Sin embargo, existe un interés creciente en las intervenciones no farmacológicas, como la fisioterapia, la estimulación cerebral profunda o los dispositivos de señalización (9) (11).

2 Objetivos

- Analizar si la fisioterapia tradicional aporta beneficios en la congelación de la marcha de los pacientes con Parkinson
- Conocer si existen nuevas intervenciones fisioterápicas que produzcan mejoras significativas en la congelación de la marcha en los pacientes con Parkinson

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática mediante una búsqueda avanzada en las bases de datos Medline y PubMed usando las palabras clave: “parkinson’s”, “freezing” y “physiotherapy” y el operador booleano “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 nuestras búsquedas en las bases de datos, encontramos diferentes ensayos controlados aleatorizados, donde han utilizado diferentes intervenciones fisioterápicas para el tratamiento de la congelación de la marcha, frente a un grupo control. En todos los estudios se utilizó el cuestionario FOG-Q como herramienta de medida de la congelación de la marcha.

En el estudio de Carroll LM et al. (12) el grupo de intervención participó en un programa de terapia acuática, mientras que el grupo control recibió la atención habitual. El programa de terapia acuática consistió en ejercicios acuáticos durante 45min, 2 veces a la semana durante 6 semanas. Los dos grupos mostraron leves mejoras similares en cuanto a la variabilidad de la marcha. El grupo que había realizado el programa fisioterápico de terapia acuática encontró mejoras significativas en la discapacidad, pero no se encontraron diferencias a largo plazo en cuanto a la congelación de la marcha o la calidad de vida.

En cambio, en el ensayo clínico aleatorizado de Zhu Z et al. (13) la muestra se dividió en dos grupos que realizaron terapia acuática. En un grupo se trabajó terapia acuática tradicional, mientras que el otro grupo trabajó la terapia acuática con obstáculos. Ambos grupos recibieron sesiones de 30 minutos, 5 veces por semana durante 6 semanas. Aunque ambos grupos mejoraron tras el entrenamiento en el FOG, al comparar los resultados entre los grupos se pudo concluir que la

terapia acuática con obstáculos tuvo mejoras significativamente mayores en la congelación de la marcha y el equilibrio que los protocolos tradicionales, incluso 6 meses después de haber recibido la intervención.

En el estudio de Santos et al. (14) se dividió la muestra en dos grupos, un grupo control y un grupo de intervención. La intervención realizada consistió en un entrenamiento de equilibrio usando una cinta de equilibrio (slackline) dos veces por semana en sesiones de 20 minutos, durante 6 semanas. El grupo que había realizado el entrenamiento de equilibrio con la cinta de equilibrio mostró una mejora significativa en el FOG, de tal modo que redujo el riesgo de caídas y mejoró la confianza relacionada con el miedo a las caídas.

En el ensayo clínico aleatorizado de Cheng FY (15) se dividió la muestra en dos grupos de intervención. En un grupo la intervención fisioterápica consistió en un programa de entrenamiento de caminar en trayectoria curva durante 30 minutos en 12 sesiones. El grupo control realizó un programa de ejercicios generales durante 30 minutos en 12 sesiones. Ambos grupos realizaron sus programas entre 4-6 semanas. Los resultados concluyeron que el grupo que había trabajado la marcha en trayectoria curva había mejorado significativamente en el FOG, además de tener beneficios significativos en la velocidad y cadencia de la marcha en trayectoria curva y en trayectoria recta, beneficios significativos en la funcionalidad de la marcha y la calidad de vida. Estos resultados al menos se mantuvieron un mes después de haber finalizado la intervención fisioterápica.

Rocha P et al. (16) realizaron un estudio en el que la muestra se dividió en dos grupos que utilizaron la danza como intervención. En un grupo se practicó tango argentino mientras que en el otro grupo se realizó baile terapéutico que incorporaba varios estilos de baile. Todas las sesiones duraron una hora (calentamiento de 10 minutos, 45 minutos de baile y 5 minutos de enfriamiento), se realizaron una vez por semana durante 8 semanas. Además, en ambos grupos se recibieron vídeos de 40 minutos de clases de baile para realizar un día a la semana en casa. Solo en el grupo de baile terapéutico hubo una mejora significativa en el FOG.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios que hemos analizado revelan que la fisioterapia estándar, los ejercicios generales, el entrenamiento de fuerza, la terapia acuática tradicional y las actividades de control postural, no producen cambios significativos en cuanto a la mejora de la congelación de la marcha.

Por el contrario, el uso de señales visuales o señales auditivas en diferentes intervenciones de fisioterapia, mejoran significativamente el equilibrio, la congelación de la marcha, y, por tanto, reducen el riesgo de caídas. Además, aparecen nuevos enfoques terapéuticos que desafían la movilidad para el paciente, como puede ser el entrenamiento de la marcha en trayectoria curva, caminar con obstáculos, trabajar con una cinta de equilibrio (slackline), y producen beneficios significativos al evaluar la congelación de la marcha en pacientes con Parkinson.

Estas mejoras significativas podrían deberse al efecto que tiene sobre el paciente con Parkinson las señales visuales y las señales auditivas. Tras revisar la bibliografía actual, parece que las señales visuales ayudan al paciente ante los bloqueos motores, así como a mantener una amplitud de movimiento. Por el contrario, parece que las señales auditivas son las que permiten generar un ritmo motor, ayudando a mantener la simetría de la marcha, facilitando los giros y, por tanto mejorando la congelación de la marcha.

Estas nuevas intervenciones fisioterápicas, con la utilización de las señales visuales y auditivas, nos hacen concluir que además de los tratamientos médicos, tanto farmacológicos como quirúrgicos, los programas de fisioterapia son una buena opción para aquellos pacientes que sufren congelación de la marcha a consecuencia del Parkinson.

6 Bibliografía

1. Chia S. J., Tan E., Chao Y. Historical Perspective: Models of Parkinson's Disease. *Int J Mol Sci.* 2020; 21(7):2464.
2. Tolosa E., Garrido A., Scholz S. W. Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2021. 20(5):385-397.
3. Cerri S., Mus L., Blandini F. Parkinson's Disease in Women and Men: What's the Difference? *J Parkinsons Dis.* 2019; 9(3):501-515.
4. Pajares M., Rojo A. I., Manda G. Inflammation in Parkinson's Disease: Mechanisms and Therapeutic Implications. *Cells.* 2020; 9(7):1687.
5. Gao C., Liu J., Tan Y. Freezing of gait in Parkinson's disease: pathophysiology, risk factors and treatments. *Transl Neurodegener.* 2020; 9:12.
6. Pardoel S., Kofman J., Nantel J. Wearable-Sensor-based Detection and Prediction of Freezing of Gait in Parkinson's Disease: A Review. *Sensors (Basel).* 2019; 19(23):5141.
7. Rahimpour S., Gaztanaga W., Yadav A.P. Freezing of Gait in Parkinson's Disease: Invasive and Noninvasive Neuromodulation. *Neuromodulation.* 2021;

(5):829-842.

8. Gilat M., Ginis P., Zoetewei D. A systematic review on exercise and training-based interventions for freezing of gait in Parkinson's disease. *NPJ Parkinsons Dis.* 2021; 7(1):81.

9. Silva de Lima A. L., Evers L. J. W., Hahn T. Freezing of gait and fall detection in Parkinson's disease using wearable sensors: a systematic review. *J Neurol.* 2017; 264(8):1642-1654.

10. Pelosin E, Barella R., Bet C. Effect of Group-Based Rehabilitation Combining Action Observation with Physiotherapy on Freezing of Gait in Parkinson's Disease. *Neural Plast.* 2018.

11. Miller K.J., Suárez-Iglesias D., Seijo-Martínez M. Physiotherapy for freezing of gait in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Rev Neurol.* 2020; 70(5):161-170.

12. Carroll LM, Volpe D, Morris ME, Saunders J. Aquatic exercise therapy for people with Parkinson disease: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017; 98: 631-8.

13. Zhu Z, Yin M, Cui L, Zhang Y, Hou W, Li Y, et al. Aquatic obstacle training improves freezing of gait in Parkinson's disease patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2018; 32: 29-36.

14. Santos L, Fernández-Río J, Winge K. Effects of supervised slackline training on postural instability, freezing of gait, and falls efficacy in people with Parkinson's disease. *Disabil Rehabil.* 2017; 39: 1573-80.

15. Cheng FY, Yang YR, Wu YR. Effects of curved-walking training on curved-walking performance and freezing of gait in individuals with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Parkinsonism Relat Disord.* 2017; 43: 20-6.

16. Rocha P, Aguiar L, McClelland JA. Dance therapy for Parkinson's disease: a randomised feasibility trial. *Int J Ther Rehabil.* 2018; 25: 64-72.

Capítulo 334

BENEFICIOS DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

ÁLVARO MARTÍN CAMINO

GEMA CANO BORRELL

SARA CABAÑERO RUBIO

MARÍA FERNÁNDEZ LOZOYA

1 Introducción

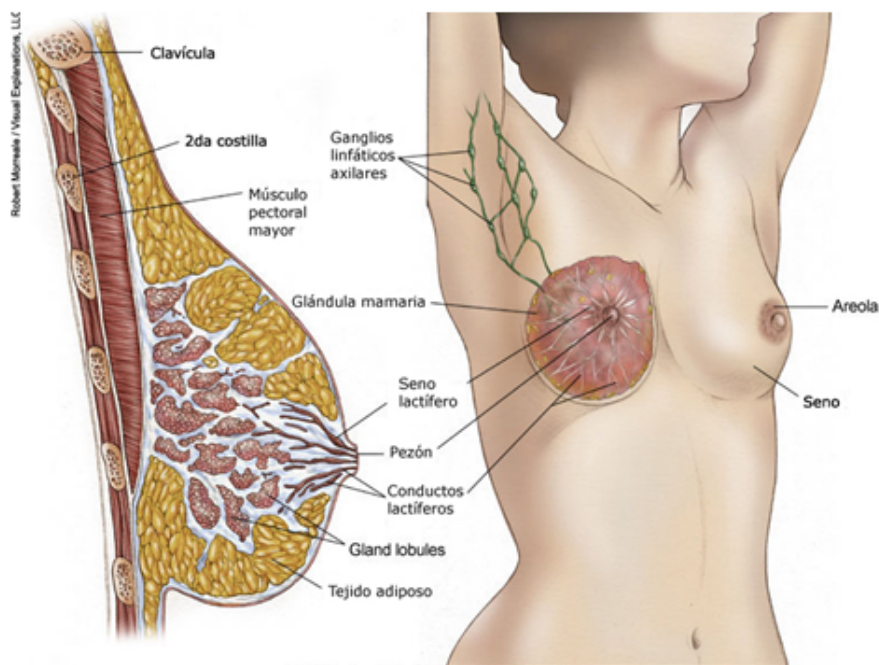
El cáncer, según la real academia española de la lengua, es “Enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada”.

En muchas ocasiones se utiliza como sinónimos la palabra cáncer como tumor o neoplasia y es importante aclarar que el término displasia significa “nuevo crecimiento”, por lo tanto este puede ser un crecimiento de tipo benigno o maligno. Unos de los principales caracteres que marcan los tumores malignos son: crecimiento rápido, crecimiento infiltrativo e invasor (destructor) y células heterotípicas.

La etiología del cáncer de mama es multifactorial y desconocida. Es una patología asociada al envejecimiento y a estilos de vida poco saludables, así como a los cambios en los patrones reproductivos.

Referente a la incidencia del cáncer de mama, cada año cerca de 400.000 mujeres mueren por esta enfermedad. El 75% de estos carcinomas se producen en mujeres mayores de 50 años de edad, por lo que su incidencia estimada es de 72 casos por 100.000 mujeres y se estima que el 12,5% de las mujeres padecerán cáncer de mama en algún momento de su vida (a los 48 años aproximadamente).

En cuanto a la clasificación de las neoplasias malignas, destacan: Carcinomas (epitelios), Sarcomas (tejido conectivo), Teratomas (de las células germinales), Adenocarcinoma (tejido glandular), Blastoma (tejido embrionario de los órganos), Leucemia (origina de los tejidos que forman las células sanguíneas), Mieloma (origina de la médula ósea) y Linfoma (del tejido linfático).



2 Objetivos

Objetivo General

☒ Revisar críticamente la bibliografía publicada sobre los efectos de los programas del ejercicio en pacientes con cáncer de mama.

Objetivo Específico

- ☒ Conocer los beneficios del ejercicio terapéutico en el cáncer de mama.
- ☒ Estudiar las modificaciones que el ejercicio terapéutico produce en pacientes con cáncer de mama sobre su capacidad funcional y calidad de vida.
- ☒ Identificar el programa de ejercicio más adecuado para este tipo de pacientes.

3 Caso clínico

Mujer de 62 años, intervenida hace año y medio de cáncer de mama derecho y tratada con radioterapia y quimioterapia en las semanas sucesivas. La paciente refiere sensación de cansancio, pérdida de movilidad y funcionalidad en el miembro superior derecho. También cuenta un papel importante cursar con dolor postoperatorio, además de aspectos psicológicos como ansiedad, estrés y disminución de su autoestima.

La valoración fisioterapéutica se centra en estos apartados: Inspección y Valoración funcional. Dentro de la valoración funcional se destacan componentes como el dolor (evaluado por el cuestionario Brief Pain inventory), la movilidad (goniometría) y la fatiga (escala Piper-revisada). Todos los anteriores son síntomas que repercuten directamente en la calidad de vida de los pacientes.

Programa de Ejercicio Terapéutico

Se pueden pautar varios tipos de programas de ejercicio terapéutico para los pacientes con esta patología. En primer lugar tenemos el programa de ejercicio combinado, que junta el entrenamiento de fuerza con el entrenamiento aeróbico (el más utilizado). El entrenamiento aeróbico tiene como objetivo aumentar la capacidad aeróbica y funcional, las rutinas más destacables son:

- Bicicleta estática: muy utilizada y se puede combinar con ejercicios respiratorios e incluso con ejercicios de fortalecimiento.
- Caminar: los pacientes debían de realizar un recorrido andando, ya sea por un periodo de tiempo o bien hasta la tolerancia del paciente (fatiga).
- Entrenamiento interválico de Sprint (SIT).

Adecuadamente pautados, las modalidades de ejercicio físico aportan beneficios sin generar efectos adversos en sujetos con cáncer de mama. El método SIT se basa en la combinación de repeticiones de ejercicio de corta duración (20-30 segundos) a la mayor intensidad tolerada por la paciente con descansos prolongados (4-6 minutos). Por otro lado el ejercicio aeróbico se realiza a intensidad baja/media y un mayor tiempo de duración.

El método SIT ha demostrado su eficacia en la mejora de la composición corporal, aumentando la masa muscular a la vez que aumenta el tono del sistema nervioso simpático; produciendo una disminución de la fatigabilidad y el dolor.

4 Discusión-Conclusión

La visión del cáncer como una enfermedad sistémica, heterogénea, de una elevada complejidad y mortalidad, hace que los enfermos deban recibir una atención oncológica de calidad, proporcionada por equipos multidisciplinares (médicos especialistas, fisioterapeutas, enfermeras, psicólogos, etc.)

La práctica de ejercicio terapéutico, disminuye la probabilidad de padecer enfermedades crónicas. La tasa de práctica de ejercicio terapéutico sigue siendo reducida en la población, aún sabiendo que trae consigo más beneficios que riesgo.

Respecto al entrenamiento de fuerza, el objetivo es proporcionar una mejora general de los principales grupos musculares de las extremidades superiores e inferiores. Con estos entrenamientos se pretende evitar la pérdida de masa muscular, pérdida de fuerza, así como la obesidad, la cual puede agravar dichos efectos producidos por los tratamientos oncológicos, ya que estos pueden prolongarse a lo largo del tiempo. Todos los estudios confluyen en el trabajo de fuerza de manera individualizada para cada paciente.

Dentro de la complejidad que abarca la patología del cáncer de mama, cabe destacar el riesgo del linfedema en el brazo/hombro afectado. Después de la cirugía y/o radioterapia de la axila, el sistema linfático se ve alterado y no funciona con la misma eficacia que antes. Se ha visto que el entrenamiento de fuerza es eficaz y seguro para reducir el riesgo de linfedema, ya que el sistema linfático carece de una bomba central (como el corazón en el sistema cardiovascular), por lo que la contracción del músculo ayuda a mover la linfa por los vasos hacia los linfangiomas terminales y reducir la inflamación, a la vez que disminuye la rigidez muscular y articular, de ahí su eficacia en la mejora del linfedema y la movilidad.

En términos generales, podemos decir que la afección de metástasis ganglionar supone estadios superiores de afección tumoral y, dependiendo de su ubicación, se debe de tomar en cuenta para la realización de un programa de ejercicios pautado y supervisado por un profesional sanitario.

En conclusión, se intentará trabajar los músculos del miembro inferior precozmente, ganar movilidad en el hombro del lado afectado antes de empezar con

ejercicios de fuerza (importante el músculo serrato anterior) y para prevenir el linfedema adoptar posiciones facilitadoras del retorno linfático.

5 Bibliografía

1. Berger AM, Gerber LH, Mayer DK. Cancer-related fatigue: implications for breast cancer survivors. *Cancer*. 2012;(8):2261-2269.
2. Wijermans P, Koene HR, Minnema MC, Lugtenburg PJ, Marijt EWA, Brug J, et al. Randomized controlled trial on the effects of a supervised high intensity exercise program in patients with a hematologic malignancy treated with autologous stem cell transplantation : Results from the EXIST study. (2017): 1–14.
3. Groeneveldt L, Mein G, Garrod R, Jewell AP, Someren K Van, Stephens R, et al. A mixed exercise training programme is feasible and safe and may improve quality of life and muscle strength in multiple myeloma survivors. *BMC Cancer*. (2013): 13-31
4. Kwan M.L., Sternfeld B., Ergas I.J., Timperi A.W., Roh J.M., Hong C.C. et al. Change in physical activity during active treatment in a prospective study of breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2012; 131: 679-690.
5. Coleman EA, Richards K, Gaylor D, Stewart B. Feasibility of Exercise During Treatment for Multiple Myeloma. 5;(2003):10–19.
6. Oechsle, K., Aslan, Z., Suesse, Y., Jensen, W., Bokemeyer, C., & de Wit, M. Multimodal exercise training during myeloablative chemotherapy: a prospective randomized pilot trial. *Supportive Care in Cancer*. 2014;(1): 63-69.
7. Coleman EA, Coon SK, Kennedy RL, Lockhart KD, et al. and Autologous Peripheral Blood Stem Cell Transplantation for Multiple Myeloma. 3;(2008):53–62.
8. Villaverde RM. El paciente oncológico del siglo XXI. Maridaje terapéutico. *Nutrición-Oncología. Nutrición Hospitalaria*. 2016;33.
9. Vicente Herrero M.T, Delgado Bueno. S, Bandrés Moyá. F, Ramírez Iñiguez de la Torre.
10. M.V., Capdevila García. L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018; 25(4): 228-236.

11. Norkin C.C. & White J. (2006) Goniometría: evaluación de la movilidad articular. Marban, Barcelona.
12. Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology nursing forum* 1998; 25(4): 677-684.
13. Wynder EL, Bross IJ, Hirayama T. A study of the epidemiology of cáncer of the breast. *Cancer* 1960; 13:559-601.
14. Mock, V., Frangakis, C., Davidson, N. E., Ropka, M. E., Pickett, M., Poniatowski, B., Cohen, G. Exercise manages fatigue during breast cancer treatment: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer* 2005; 14(6): 464-477.
15. Kwan M.L., Sternfeld B., Ergas I.J., Timperi A.W., Roh J.M., Hong C.C. et al. Change in physical activity during active treatment in a prospective study of breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2012; 131: 679-690.
16. Basen-Engquist K., Hughes D., Perkins H., Shinn E., Taylor C.C. Dimensions of physical activity and their relationship to physical and emotional symptoms in breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*. 2008; 2: 253-261.

Capítulo 335

FISIOTERAPIA EN LA CEFALEA TENSIONAL

VERÓNICA GAMERO MORAGÓN

CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL

MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ

MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ

CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ

1 Introducción

Hoy en día existen diferentes términos para referirnos al dolor que afecta a la parte de la cabeza: migraña, cefalea, cefalalgia, etc. Pero cuando queremos definir la cefalea nos encontramos con definición de la Asociación Internacional del Estudio del dolor que dice así: “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial”. En este capítulo nos vamos a centrar en la cefalea tensional (CT) pertenece al grupo de cefaleas primario según la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) junto con la migraña y la cefalea autonómica-trigeminal.

Existe un interés en estudiar el dolor de cabeza por su presencia y el coste que su atención genera en la sociedad. En España, la incapacidad temporal por cefaleas y su atención médica alcanza los 7.600.000 €. Su prevalencia es del 38-70% en la población adulta, siendo las mujeres las que más la sufren con un ratio de 3:1.

Aparte de los factores psicogénicos que pueden desencadenar la cefalea tensional, se ha confirmado que las estructuras cráneo-cervicales pueden influir en la aparición de las CT. Esto es debido a que las aferencias del dolor de la región cervical convergen con las que vienen del nervio trigémino. Para valorar dichas estructuras, varios expertos terapeutas aconsejan utilizar determinadas pruebas que nos dan información sobre el rango activo de movimiento cervical, la existencia de puntos gatillo, la posición de la cabeza, el estado de la musculatura escapular, entre otras.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes abordajes de fisioterapia que se han estudiado en la literatura de los últimos años para el tratar las cefaleas tensionales.
- Conocer la efectividad de los diferentes abordajes fisioterápicos para tratar las CT.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos Pubmed, CINHAl, Cochrane Library y PEDro utilizando los términos “tensión-type headache” and “physical therapy modalities” and “manual therapy” and “dry needling” and “therapeutic exercise” and “temporo-mandibular disorders”. Quedaron excluidos aquellos estudios donde se combinaban técnicas fisioterápicas con farmacología y los que empleaban acupuntura o quiropraxia.

4 Resultados

Las siguientes técnicas o conjuntos de técnicas consiguieron un resultado favorable a la hora de tratar la patología.

- Ejercicio terapéutico: procedimiento seguro para el paciente capaz de disminuir la intensidad, frecuencia y duración de las cefaleas. Incluimos en este apartado los ejercicios isométricos para aumentar la fuerza en los flexores cervicales, pautas de corrección postural y de entrenamiento de la musculatura flexora, ejercicios de relajación muscular y ejercicios aeróbicos y de la conciencia corporal basal. Estos últimos son eficaces a la hora de disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida de los pacientes con cefalea.

- Inhibición suboccipital: técnica de tejido blando cuyo objetivo es normalizar el tono de la musculatura cervical alta aplicando una presión. Disminuye la intensidad del dolor y mejora la movilidad articular de la columna cervical. Aunque no se puede relacionar directamente la CT con la depresión y la ansiedad, la inhibición suboccipital consigue una moderada disminución de los síntomas psicológicos.
- Manipulación cervical: técnica frecuentemente combinada con la inhibición suboccipital. El uso conjunto de ambas proporciona una alta mejoría de la intensidad, frecuencia, funcionalidad, rango articular y calidad de vida. En la literatura seleccionada aparecen referencias a la manipulación de C1 y C2 en rotación bilateral. Cuando se combina la manipulación con el masaje se observan mejorías en los índices de discapacidad, disminuye la frecuencia de las CT y aumenta la movilidad cervical.
- Masaje: los beneficios de la masoterapia para abordar las cefaleas son amplios, entre ellos disminuye la frecuencia de las mismas y aumenta el umbral de dolor a la presión. Se consiguen mejores resultados cuando la masoterapia se combina con las manipulaciones articulares. La combinación que obtiene mejores resultados es la compuesta por las técnicas articulatorias con el masaje y el estiramiento, consiguiendo un tratamiento eficaz para las CT crónica y episódica.
- Movilización articular: ya sean de baja o amplia amplitud, las movilizaciones articulares, generalmente lentas, son eficaces para disminuir los síntomas que acarrea una CT, especialmente a la hora de aumentar el rango articular cervical.
- Punción seca: se obtienen mejorías cuando se utiliza la punción seca como tratamiento de la CT, aunque no hay diferencias significativas con la aplicación de un tratamiento convencional.
- Tratamiento orofacial: al aplicar técnicas fisioterápicas sobre la región temporo-mandibular, combinándolas con terapia manual, se consigue mejorar la clínica en los casos de CT y alargar dichos resultados en el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Tras revisar la literatura más reciente donde se estudian los diferentes abordajes de las cefaleas, podríamos considerar que la fisioterapia es un abordaje útil y recomendable para tratar las cefaleas tensionales.

Las diferentes técnicas revisadas han demostrado ser eficaces en el manejo del dolor y otros factores biopsicosociales, y esa eficacia se ha visto aumentada al combinar diferentes intervenciones en el tratamiento de las CT.

A pesar de conocer la efectividad de dichas técnicas o combinaciones de las mismas, sería conveniente desarrollar un protocolo de actuación que unificara las

intervenciones de fisioterapia a la hora de tratar pacientes con cefaleas de origen tensional donde se recogiera frecuencia de tratamiento y duración del mismo.

6 Bibliografía

1. <http://www.iasp-pain.or>.
2. Espí-López GV, Gómez-Conesa A, Gómez AA, Martínez JB, Pascual-Vaca AO, Blanco CR. Treatment of tension-type headache with articulatory and suboccipital soft tissue therapy: A doubleblind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Bodyw Mov Ther* 2014; 18: 576-585.
3. Espí-López GV, López-Bueno L, Vicente-Herrero MT, Martínez-Arnau FM, Monzani L. Efficacy of manual therapy on anxiety and depression in patients with tension-type headache. A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Osteopathic Medicine* 2016; 22: 11-20.
4. Espí-López GV, Rodríguez-Blanco C, Oliva-PascualVaca A, Benítez-Martínez JC, Lluch E, Falla D. Effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. Randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med* 2014; 50: 641-647. 24.
5. Espí-López GV, Rodríguez-Blanco C, Oliva-PascualVaca A, Molina-Martínez F, Falla D. Do manual therapy techniques have a positive effect on quality of life in people with tension-type headache? A randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med* 2016; 52: 447-456.
6. Espí-López GV, Zurriaga-Llorens R, Monzani L, Falla D. The effect of manipulation plus massage therapy versus massage therapy alone in people with tension-type headache. A randomized controlled clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med* 2016; 52: 606-617.
7. France S, Bown J, Nowosilskyj M, Mott M, Rand S, Walters J. Evidence for the use of dry needling and physiotherapy in the management of cervicogenic or tension-type headache: a systematic review. *Cephalalgia* 2014; 34: 994-10

Capítulo 336

FISIOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

VERÓNICA GAMERO MORAGÓN

CARMEN MARIA MARTÍN CONSUEGRA MARTÍN GIL

MARÍA DEL CARMEN MARTÍN VÁZQUEZ

MARÍA LUISA CUESTA GARCÍA-MUÑOZ

CARMEN ARTEAGA SÁNCHEZ

1 Introducción

La articulación temporo-mandibular (ATM) forma parte de una unidad morfofuncional encargada de la masticación, la deglución y la fonoarticulación, formada por elementos neuromusculares, esqueléticos, la ATM, la oclusión dentaria y el periodonto¹.

La ATM es la responsable de que la masticación se lleve a cabo, dependiendo directamente de la oclusión dental que puede sufrir cambios a lo largo de la vida del individuo por factores intrínsecos (crecimiento) y extrínsecos (ortodoncias, reconstrucciones dentales, etc.). Para evitar la aparición de alteraciones o disfunciones articulares, la ATM debe adaptarse a las diferentes formas de oclusión que presente el sujeto.

Está formada por la cavidad glenoidea del temporal, el cóndilo mandibular, un menisco, una cápsula articular y ligamentos². Ambas superficies articulares son convexas, por ello se interpone entre ellas el menisco que se desplaza junto con el cóndilo mandibular a la hora de masticar para eliminar la fricción que puede generarse durante la apertura de la boca, además de amortiguar y distribuir las cargas mandibulares.

Los movimientos que realiza son la apertura/cierre, propulsión/retropulsión y diducciones. En estos movimientos interviene la musculatura suprahioidea, el músculo digástrico, pterigoideo externo e interno, masetero y temporal.

Los principales trastornos de la ATM afectan a la misma articulación, a la musculatura masticatoria y a otros tejidos asociados. Sus características son dolor, funciones orofaciales limitadas y ruidos en la articulación.

La aparición de los trastornos temporo-mandibulares viene asociada a unos factores de riesgo que podríamos considerar esenciales. Identificarlos correctamente es de gran importancia para poder elegir el mejor tratamiento y asegurar su efectividad. Dichos factores son: las condiciones oclusales, los traumatismos, el estrés emocional, los estímulos dolorosos profundos y las actividades parafuncionales (rechinar los dientes, morderse las uñas, bruxismo).

Las patologías más frecuentes de la ATM son la luxación de la mandíbula, desplazamiento del disco, enfermedad articular degenerativa, artritis y neoplasias.

2 Objetivos

Exponer unas pautas de valoración en fisioterapia que permitan diagnosticar las disfunciones de la ATM e identificar el tejido lesionado.

Describir los abordajes de fisioterapia empleados en los trastornos temporo-mandibulares.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, PEDro y Cochrane con las palabras clave “trastorno temporomandibular” and “articulación temporomandibular” and “tratamiento de fisioterapia” and “terapia manual” and “valoración”. Se realiza también una búsqueda sistemática de literatura que hable de la valoración de la ATM y su tratamiento.

4 Resultados

1. Evaluación fisioterápica de las disfunciones de la ATM.

La anamnesis y la exploración son las principales herramientas para realizar un diagnóstico diferencial de un trastorno temporo-mandibular con otras afecciones como las cefaleas tensionales o la fibromialgia.

Anamnesis: Además de recoger información personal del paciente, a través de la anamnesis averiguaremos si tiene antecedentes traumáticos, hábitos que generen sobrecarga muscular o articular, tensión emocional, dolor y características del mismo o si se ha sometido a tratamientos bucales.

Exploración física: son varios los aspectos que el fisioterapeuta debe valorar durante la exploración física. Especial mención al examen postural, ya que el aparato masticador puede influir en la misma.

- Inspección: alineación y estado de los dientes, oclusión dental.
- Ruidos articulares: indican disfunción temporo-mandibular, pueden ser chasquidos, crepitaciones o clic recíproco.
- Palpación: articular y muscular, buscando dolor puntual sobre la articulación, fibras dolorosas, puntos gatillos dolorosos y/o dolor referido.
- Test de baja lengua: consiste en morder un lápiz con los molares posteriores. Se coloca en el lado doloroso y si la molestia se incrementa, será un dolor de origen periarticular, si se alivia será de origen meniscal. Si se coloca en el lado contrario al dolor y aparece molestia, nos indicaría que hay una disfunción del pterigoideo externo.
- Examen de la movilidad articular: se observan los movimientos de apertura (40-54mm), antepulsión (10mm), retropulsión y diducción mientras la persona los realiza de manera activa, examinando la amplitud, simetría y presencia de dolor. De aparecer dolor en alguno de los movimientos nos indicaría la existencia de patología en la ATM10.
- Test de movilidad analítico de la ATM: identifica el sentido de la disfunción mandibular y qué lado presenta una movilidad mayor. Es capaz de determinar los tejidos afectados y responsables del dolor según las sensaciones de resistencias percibidas.

Criterios diagnósticos: surgieron por primera vez en 1992 con intención de clasificar los principales trastornos temporo-mandibulares, basándose en la valoración de dos ejes, eje I o signos físicos y eje II o aspectos psicosociales. En 2014 se desarrollan y evolucionan hacia un sistema más válido para su uso clínico y

con un lenguaje común a médicos e investigadores.

2. Tratamiento de fisioterapia para las disfunciones de la ATM.

El tratamiento de fisioterapia se considera el tratamiento conservador más frecuente, y las intervenciones que se lleven a cabo dependerán del tipo de trastorno, los mecanismos de dolor implicados, pronóstico, etc.¹¹

Abordaje muscular de los trastornos temporo-mandibulares.

- Técnica de Spray and Stretch: se coloca el musculo en estiramiento y se pulveriza con un spray de frío realizando varias pasadas.
- Técnica de Jones: desactiva puntos gatillo de masetero y temporal, se coloca en apertura y diducción 90 segundos para normalizar el tono.
- Técnicas de masaje: deberán abordarse la musculatura implicada en el aparato masticador, así como la musculatura cervical anterior y posterior y la de la cintura escapular.
- Estiramientos: aplicados en los maseteros, temporales y musculatura cervical.
- Técnicas de compresión: utilizada para inhibir puntos gatillo y dosificada según la percepción del paciente.

Abordaje articular de los trastornos temporo-mandibulares.

- Manipulación manual en caso de proceso agudo de luxación discal.
- Técnica de Mongoni en caso de subluxación discal.
- Decoaptación de la ATM para restaurar la función articular e inhibir el espasmo muscular.

Ejercicio terapéutico, entrenamiento postural y control motor.

- Ejercicios mandibulares: es recomendable empezar por ejercicios activos o pasivos lentos y controlados e ir introduciendo progresivamente ejercicios de fortalecimiento de la musculatura masticatoria.
- Ejercicios de Columna cervical: los ejercicios de control motor de la columna cervical influyen directamente sobre el dolor y el funcionamiento normal de la musculatura flexora y extensora cervical mejorando la disfunción temporo-mandibular.
- Reeduación postural: el entrenamiento postural consigue reducir el dolor en los pacientes que sufren trastornos temporo-mandibulares y reestablece la alineación del sistema craneomandibular.

Otras técnicas: electroterapia y punción seca.

- Electroterapia: consigue relajar la musculatura, mejora la circulación e inflamación. Algunas de las técnicas utilizadas son: ultrasonido, onda corta, infrarrojos, TENS, corrientes diadinámicas y corrientes galvánicas.

- La punción seca: se aplica sobre el masetero, temporal, cigomático, pterigoideo interno y externo, digástrico, milohioideo, ECOM y trapecio.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la complejidad de la anatomía y biomecánica de la ATM es necesario seguir unos criterios de evaluación precisos para realizar un buen diagnóstico de los trastornos que pueda presentar. El tratamiento de fisioterapia deberá ir enfocando a todas las lesiones, ya sean primarias o secundarias que se presenten en los trastornos temporo-mandibulares para que el tratamiento consiga ser lo más eficaz posible.

Existe una amplia variedad de intervenciones fisioterápicas que se pueden aplicar en estos trastornos, podríamos decir que las de mayor relevancia serían los ejercicios mandibulares y los ejercicios de corrección postural que hace el paciente, ya que han demostrado ser eficaces para evitar la aparición de futuros trastornos.

6 Bibliografía

1. Oliveira del Río, Juan A, et al. Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Temporomandibulares. Polo del Conocimiento, vol. 2, no. 7, 15 de julio de 2017, pp. 1005 – 1015, 10.23857/pc.v2i7.321.
2. José Luis Velayos. Anatomía de la cabeza para odontólogos. 4ª ed. Madrid: Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2007.
3. Plaza Manzano G, López de Uralde Villanueva I. Articulación Temporo-mandibular. Anatomía y Biomecánica. 2020 [citado el 5 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/62280/>
4. Plaza Manzano G, López de Uralde Villanueva I. Fisiología de la Articulación Temporomandibular. 2018 [citado el 5 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/62397/>
5. Fernández de las Peñas, Mesa Jiménez. Trastornos de la Articulación Temporo-mandibular. Terapia manual, ejercicio y técnicas invasivas. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2021.
6. Jeffrey P. Okeson. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 5ª ed. Madrid: S.A. Elsevier España; 2003. 32
7. Furgone Zambra R, Rodríguez C. Bruxismo. Avances en Odoentoestomatología. 2003; 19 (3): 123 - 130
8. Tomás Pérez Fernández, Álvaro Parra González. Fisioterapia en el Trastorno Temporomandibular. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

9. Ricard François. Tratado de Osteopatía Craneal. Articulación Temporomandibular: Análisis y Tratamiento Ortodóntico. 2ª ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2005.
10. Perea Pérez B, et Al. Propuesta de una metodología de exploración y de valoración de las secuelas de la articulación temporomandibular (ATM). Mapfre Medicina. 20; 18 (1): 18 – 26.
11. J. Mesa Jiménez, R. torres Cueco, C. Fernández de las Peñas. Fisioterapia en el tratamiento de la disfunción temporomandibular: una aproximación desde la patología a la guía clínica. Revista Sociedad Española de Dolor. 2014; 21 (2): 14 – 27.
12. François Ricard, Jean Luc Salle. Tratado de Osteopatía. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003. 33
13. García Martínez Indira, Jiménez Quintana Zuilen, Solana Lourdes de los Santos, Sáez Carriera Rolando. Actualización terapéutica de los trastornos temporomandibulares. Revista Cubana Estomatología [Internet]. 2007 septiembre [citado 2022 mayo 23]; 44 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300013&lng=es.

Capítulo 337

LA BURSITIS PERTROCANTÉREA. CASO CLÍNICO EN FISIOTERAPIA

FRANCISCO FUENTES ROSA

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ARANZAZU DORADO BURGOS

LAURA FUENTE GARCÍA

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

1 Introducción

La articulación de la cadera está formada por dos estructuras articuladas entres sí, las cuales son la cabeza femoral y el acetábulo, juntas forman una articulación tipo “enartrosis”. Dicha articulación dispone de una capacidad de movimiento multiaxial o en todos los planos de movimiento: flexión, extensión, abducción, aducción, rotación externa, rotación interna y circunducción. Dicha articulación posee gran estabilidad, gracias a las diferentes estructuras y componentes que la conforman: músculos y ligamentos, presión atmosférica, rodete o ceja cotiloidea. La musculatura de la cadera presenta una vital importancia en la estabilidad, sobre todo de aquellos que tiene una dirección de fibras hacia el cuello del fémur, como son el glúteo medio y el glúteo menor. Además de todas las estructuras mencionadas, existen las bursas o bolsas sinoviales, las cuales, tiene la misión de ayudar en el deslizamiento entre planos y proteger de los salientes óseos a

tendones y músculos. La bursa más grande y podríamos decir que más importante, se encuentra localizada lateral al trocánter mayor, debajo del Tensor de la Fascia Lata, de la Cintilla Iliotibial y del Glúteo mayor. Una de las patologías más frecuentes de la articulación de la cadera es precisamente la inflamación de dicha bursa, la Bursitis Trocantérea. Dicha patología puede estar originada por posiciones que presionen la bursa sobre la articulación o por movimientos de repetición.

Dicha patología afecta a hombres y mujeres entre los 45 y los 60 años, teniendo una mayor incidencia en las mujeres. La prevalencia está situada alrededor de un 10 % en hombres y un 25% en mujeres. En lo que a la clínica se refiere la Bursitis Trocantérea produce dolor en la zona lateral de la cadera y glútea, la cual se puede agravar debido a causas como: posiciones de sedestación prolongada, mantener decúbito lateral sobre lado patológico, abducción activa o contra resistencia de cadera.

De cara al diagnóstico de la bursitis, este será mayoritariamente clínico, a lo largo de los años, los criterios clínicos de diagnóstico han ido evolucionando, dichos criterios son:

- Dolor a la presión del trocánter mayor.
- Dolor en zona externa de la cadera.
- Dolor a la abducción máxima.
- Test Patrick-Fabere positivo.

Las pruebas de imagen, no son de gran utilidad en el diagnóstico de la Bursitis Trocantérea:

- Radiografía: En un 30% de los pacientes se pueden evidenciar pequeñas calcificaciones sobre el trocánter mayor. El uso de la radiografía estará más recomendado en el estudio de aquellas bursitis que sean más resistentes a un tratamiento conservador o para descartar otras patologías de la cadera como las coxopatías.
- Resonancia Magnética: puede mostrar una señal de alta intensidad en el trocánter mayor.
- Ecografía: en caso de bursitis aguda, se podría visualizar una zona hipoecogénica bien definida y rodeada de una pared. Por el contrario, en los casos crónicos, la pared de la bursa aparece engrosada, en la que su contenido se puede ver hipoecogénico o hiperecogénico, por lo que no nos es de gran ayuda en el diagnóstico.
- Gammagrafía: se puede ver una imagen de hipercaptación, que puede ser debida a diversas patologías: infección local, tumores óseos, fracturas; por lo que no es una prueba muy específica.

2 Objetivos

Describir, a partir de un caso clínico, el papel de la fisioterapia en el tratamiento de un paciente diagnosticado de bursitis pertrocanterea.

3 Caso clínico

Varón de 25 años, soltero, no tiene antecedentes médicos de gran interés, persona sedentaria que normalmente no practica deporte. El paciente refiere que desde hace cuatro meses tras una acampada que hizo con sus amigos y dormir en un terreno duro en decúbito lateral derecho empezó a notar los días posteriores a la acampada un dolor fino en la cara lateral de la cadera derecha, desde ese día el paciente describe que le es imposible volver a dormir de ese lado. El paciente a las dos semanas tras haber estado tomando analgésicos y ver que el dolor no cesaba, decide acudir a la consulta de su médico de cabecera. Su médico lo deriva a los servicios de radiología para que le realicen las pruebas diagnósticas pertinentes, dónde tras la realización de una resonancia magnética y una ecografía se le diagnostica de Bursitis Pertrocanterea. Su médico le receta una pomada analgésica y evitar dormir del lado derecho, pero el paciente tras ver que el dolor no cesa y va en aumento, sobre todo al permanecer de pie mucho rato o al dormir del lado derecho, decide acudir a la consulta de Traumatología. El traumatólogo le pauta un tratamiento de tres infiltraciones con corticoides. Tras realizar el tratamiento, el paciente manifiesta que notó una ligera mejoría, pero que esta le duró solo una semana, posteriormente el dolor volvió a tener la misma intensidad que al principio.

Tras el fracaso del tratamiento con analgésicos y las infiltraciones, es por lo que el paciente decide acudir a la consulta de Fisioterapia. El paciente llega un poco asustado y desesperado, ya que cuenta que el Traumatólogo le ha dicho que si no mejora habría que valorar la cirugía, cosa que el paciente quiere evitar.

Mediante la exploración-valoración del paciente podemos observar:

-Dolor: Para ello utilizamos la escala visual analógica (EVA), preguntándole al paciente por la intensidad de su dolor, mostrándole al paciente un papel en el que venía dibujada una línea de 0 a 10, en donde 0 es nada de dolor y 10 dolor máximo soportable, en la que el paciente manifestó tener un dolor de un 8 de puntuación.

-Inspección Visual: evaluamos al paciente en dos planos, sagital y frontal. En el plano sagital el paciente presentaba una ligera anteproyección cervical (cabeza adelantada) con ligero flexo de rodillas y caderas. En el plano frontal se observó

ligera escoliosis dorsal izquierda con valgo de calcáneos bilateral.

-Palpación: En la palpación se buscó la presencia de dolor en la zona y de puntos gatillo miofasciales activos. El paciente manifestó un gran dolor a la palpación del trocánter mayor, además se buscaron los puntos gatillo que pueden dar dolor irradiado a la zona del trocánter mayor de los cuales el tensor de la fascia lata, el glúteo medio, el glúteo menor y el vasto externo estaban activos.

-Test de Trendelenburg: este test se realiza para valorar el grado de debilidad del músculo glúteo medio, se realiza con el paciente en bipedestación y se le pide al paciente que eleve una pierna con flexión de cadera y rodilla hacia el techo, quedándose en apoyo monopodal. El test será positivo cuando la pelvis cae hacia el lado no apoyado. En nuestro paciente el test fue positivo para el lado derecho (cuando estaba sobre el apoyo de la pierna izquierda) y negativo para el izquierdo. Como objetivos en el tratamiento nos marcamos:

-Reducción del dolor y la sintomatología.

-Inhibir los puntos gatillo activos.

- Mejora del rango articular.

-Fortalecimiento muscular de la musculatura debilitada.

-Mejorar calidad de vida.

Para ello se pautó un tratamiento de Fisioterapia de 10 sesiones de 45 minutos de duración repartidas en 5 semanas, por lo que el paciente acudía a consulta dos veces por semana.

En las dos primeras semanas de tratamiento nuestro objetivo principal fue disminuir el dolor mediante el uso de técnicas de fisioterapia como son:

-Punción Seca: con el objetivo de inhibir los puntos gatillo activos encontrados, se hizo mediante la utilización de una aguja de acupuntura en los músculos tensor de la fascia lata, glúteo medio, glúteo menor y vasto externo.

-Fibrolisis Diacutánea: con esta técnica el fisioterapeuta se ayuda de un gancho para ir realizando diferentes técnicas, en este caso se utilizó la técnica de bombeo para ayudar a desactivar los puntos más irritados, y la técnica clásica hasta conseguir una mejora en la movilidad de los tejidos y tabiques intermusculares.

-Masoterapia: Utilizamos diferentes tipos de masaje como son el clásico, funcional y el compartimental. Con el masaje clásico realizamos fricciones y compresiones en la región glútea, tensor de la fascia lata y musculatura pelvitrocantérea. Mediante el masaje funcional realizamos movimientos articulares y compresiones musculares sobre el tensor de la fascia lata y los glúteos. Y con el masaje compartimental aplicamos deslizamientos sobre los tabiques intermusculares. El tiempo total de la masoterapia estuvo entre los 15-20 minutos.

-Estiramientos: realizamos estiramientos en la musculatura que intervenimos con

punción seca. Se le comunicó al paciente que durante en el estiramiento no podía tener dolor, solo sensación de tensión.

En las dos últimas semanas de tratamiento añadimos al tratamiento anterior ejercicios de fortalecimiento muscular los cuales dividimos en dos fases, una de inicio que era de menor intensidad y otra fase posterior que requería de una mayor intensidad y de un mayor control. En todos los ejercicios se realizaron 3 series de 15 repeticiones con una pausa de 1 minuto entre serie y serie.

En la fase inicial se realizaron planchas laterales y elevaciones laterales de cadera y en la fase posterior introducimos abducción resistida en bipedestación, sentadillas monopodales y ascenso de hemipelvis en escalón.

Los resultados del tratamiento fueron claramente satisfactorios, volvimos a reevaluar el dolor con la escala EVA, presencia de puntos gatillo activos y test de Trendelenburg.

En cuanto al dolor se midió al inicio del tratamiento, a la semana 3 y al final. Al inicio el paciente manifestaba dolor de 8, a la semana 3 el dolor era de un 6 y al final del tratamiento el paciente manifestaba dolor de 1 en la escala EVA.

En cuanto a los puntos gatillo, todos se había vuelto inactivos excepto el del músculo glúteo medio que aún permanecía activo.

El test de Trendelenburg se realizó al principio y al final, al inicio del tratamiento era positivo para el lado derecho, y al final el test fue negativo en ambos lados.

4 Discusión-Conclusión

La evolución del paciente con el tratamiento de Fisioterapia ha sido claramente satisfactoria habiéndose logrado:

- Disminución del dolor e impotencia funcional, disminuyendo el dolor 7 puntos en la escala EVA.
- Inhibición de los puntos gatillo activos, salvo el del músculo glúteo medio.
- Aumento de la fuerza de la musculatura pelvitrocantérea obteniendo test negativo en el Trendelenburg.

Así mismo sería de gran ayuda a nivel preventivo educar al paciente en cuanto a medidas ergonómicas a adoptar, para evitar recidivas futuras. En último lugar, tendríamos que dejar claro que al tratarse de un caso clínico no podemos establecer relación causa-efecto, para ello habría que realizar estudios más exhaustivos y de rigor científico.

5 Bibliografía

1. Kapandji A. Fisiología articular. 6th ed. Panamericana, editor. Toledo; 2007.
2. González Duque A, De José Reina C, Vaquero Martín J. Bursitis trocantérea. Medifam. 2003;13(1):43–8.
3. Roberts WN, Williams RB. Hip pain. Prim Care 1988; 90: 17-22.
4. Mitchell JJ, Chahla J, Vap AR, Menge TJ, Soares E, Frank JM, et al. Endoscopic Trochanteric Bursectomy and Iliotibial Band Release for Persistent Trochanteric Bursitis. Arthrosc Tech. 2016;5(5):e1185–9.
5. Shbeeb MI, Matteson EL. Trochanteric bursitis (greater trochanter pain syndrome). Mayo Clin Proc 1996; 71: 565-9.

Capítulo 338

FISIOTERAPIA EN ESGUINCE DE TOBILLO GRADO 2

YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ

MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ

CORTES ARENAS DEL SALTO

JUAN DÍAZ LORENZO

FERNANDO ARIAS GOMEZ

1 Introducción

El esguince de tobillo es una de las patologías más frecuentes del sistema músculo-esquelético. El principal mecanismo de lesión es la inversión forzada del tobillo durante prácticas deportivas o incluso durante la deambulaci3n, siendo el ligamento peroneoastragalino anterior el m3s afectado (80%) de los casos. Los esguinces de tobillo se provocan debido a fuerzas anormales sobre los ligamentos que desembocan en diferentes grados de lesi3n de estos, y se clasifican en tres grados dependiendo de su gravedad: en el grado I cuando existe distensi3n ligamentaria, en grado II cuando existe una distensi3n y cursa con una lesi3n parcial de las fibras y grado III cuando se presenta una ruptura ligamentaria completa de las fibras del ligamento.

En cuanto al mecanismo de producci3n de esta lesi3n, puede ser por un traumatismo externo, como un golpe debido a un contacto directo con otro sujeto, o por un traumatismo provocado por el propio sujeto, por ejemplo, al realizar un

movimiento de inversión del tobillo en el aterrizaje tras un salto. Los movimientos forzados suelen ser en inversión o eversión, donde los ligamentos internos o externos son distendidos hasta poder llegar a ocasionar y generarse una rotura de fibras, desatando un dolor intenso.

2 Objetivos

Dar a conocer a partir de un caso clínico el mecanismo lesional del esguince, su sintomatología y tratamiento por un equipo de fisioterapias.

3 Caso clínico

Mujer de 20 años, jugadora de baloncesto profesional, acude a consulta de fisioterapia presentando dolor en el tobillo derecho tras caer al suelo tras realizar un salto. Se realiza una exploración manual y ecoguiada donde se evidencia una rotura parcial del ligamento peroneo astragalino anterior e inflamación a la palpación, con dificultad para realizar la deambulación, y limitación a la flexión plantar e inversión de tobillo.

Se diagnostica de esguince de tobillo grado 2 y se maneja con el método RICE (reposo, crioterapia 3 veces al día durante 15 minutos, vendaje compresivo y elevación del tobillo durante los tres primeros días). Posteriormente, se inicia con el tratamiento rehabilitador.

Se pauta un tratamiento a realizar durante 4 semanas acudiendo de forma diaria a la consulta, aplicando ultrasonido pulsátil, terapia manual, magnetoterapia antiinflamatoria, movilizaciones pasivas, ejercicios activos y propioceptivos, y crioterapia post-tratamiento.

En la primera semana de tratamiento disminuye el dolor a la palpación y disminuye la inflamación en la cara externa del tobillo.

Al cabo de dos semanas de tratamiento, aumenta el balance articular de tobillo, pero persiste dificultad para realizar la marcha de forma correcta, dolor en los últimos grados de flexión plantar e inversión pasiva y activa de tobillo, y dificultad para mantener la estabilidad y el equilibrio. A las tres semanas añadimos un programa de ejercicios propioceptivos para corregir y mejorar estos parámetros. Tras cuatro semanas de tratamiento, desaparece la inflamación por completo y el dolor a la palpación, la paciente realiza una flexión plantar e inversión pasiva, activa y contra-resistencia de forma completa y sin esfuerzo y mejora la estabilidad y el equilibrio. Pese a estas mejoras, la paciente seguía presentando dificultad para realizar la marcha de forma correcta.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, para el esguince de tobillo grado 2, la aplicación del método RICE, seguido de un tratamiento fisioterápico antiinflamatorio, analgésico y un programa de ejercicios propioceptivos, resulta beneficioso para la pronta recuperación de los síntomas de la lesión y aumenta el balance articular, la estabilidad y el equilibrio, pero no ayuda a la correcta realización de la marcha. Sería interesante añadir al tratamiento un programa de ejercicios de reeducación de la marcha en paralelas y con ayudas externas con el objetivo de prevenir compensaciones y posibles lesiones asociadas a un mal reparto de cargas y aumentar su seguridad al realizar el apoyo.

5 Bibliografía

1. Witjes S, Gresnigt F, van den Bekerom MP, Olsman JG, van Dijk NC. The ANKLE TRIAL (ankle treatment after injuries of the ankle ligaments): what is the benefit of external support devices in the functional treatment of acute ankle sprain? A randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2012; 13: 21.
2. Lardenoye S, Theunissen E, Cleffken B, Brink PR, de Bie RA, Poeze M. The effect of taping versus semi-rigid bracing on patient outcome and satisfaction in ankle sprains: a prospective, randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012; 13: 81.
3. Balias Mata R, Pedret Carbadillo C. Lesiones musculares en el deporte. Editorial médica panamericana. 2013.
4. Rodríguez Hernández C. Lesiones crónicas del tobillo en el deporte. Editorial médica panamericana. 2015.

Capítulo 339

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN EPITROCLEITIS

YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ

MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ

CORTES ARENAS DEL SALTO

JUAN DÍAZ LORENZO

FERNANDO ARIAS GOMEZ

1 Introducción

La primera mención que se hizo de esta lesión fue en 1882 por el cirujano Henry Morris que describió el dolor medial de codo en atletas de remo.

Técnicamente, la epitrocleititis se describe como la inflamación de la inserción tendinosa de los músculos flexores de muñeca y dedos a nivel de la epitróclea.

El grupo de músculos que se insertan en la epitróclea o epicóndilo medial son los siguientes:

- El flexor común superficial de los dedos de la mano.
- El palmar mayor o flexor radial del carpo.
- El palmar menor o palmar largo.
- El cubital anterior o flexor cubital del carpo.
- El pronador redondo o teres.

La Epitrocleititis o “codo de golfista” se manifiesta con dolores en la zona de inserción de los tendones en la cara interna del codo, debiéndose a movimientos

repetitivos, traumatismos directos o sobreesfuerzos al hacer movimientos de flexión y pronación.

El codo de golfista o epicondilitis medial es menos frecuente que el codo de tenista o epicondilitis lateral, representando el 10-20% de todas las epicondilitis.

Su prevalencia es del 0,4% en toda la población general. Afectando a personas entre los 45 a 65 años, siendo más común en mujeres que en hombres. 3 de cada 4 casos de epitrocleitis se encuentra en el brazo dominante de la persona afectada.

2 Objetivos

Explicar en que consiste la epitrocleitis así como detallar el tratamiento fisioterápico al que se ha sometido un paciente con esta patología.

3 Caso clínico

Paciente varón de 46 años, mecánico de profesión, diestro.

Síntomas: dolor de 7 meses de evolución. El paciente no recuerda un hecho traumático completo. El dolor se reproduce con los movimientos de flexión (sobre todo resistida) y cuando debe sujetar cosas pesadas durante largo rato como por ejemplo, a la hora de maniobrar con maquinaria en su trabajo o al llevar bolsas de la compra. En todo momento el dolor es de tipo mecánico, no habiendo referido nunca dolor en reposo ni tampoco nocturno. En ocasiones refiere hormigueo en dedos 3º, 4º y 5º.

Exploración: presenta test de Wrigtht +, dolor a la palpación de epitroclea y a la contracción isométrica de flexores de antebrazo.

Tratamiento: ha consistido en 20 sesiones a días alternos. Durante estos tres meses el tratamiento ha consistido en:

- Tonificación con mancuerna de músculos que realizan extensión, flexión, supinación, pronación, desviación radial y cubital de antebrazo. Sesiones de la 1ª a la 6ª con mancuerna de 0.5 kg, de la 7ª a la 12ª con mancuerna de 1kg y de la 11ª a la 20ª con mancuerna de 1,5 kg.
- Terapia de fibrolisis diacutánea.
- Estiramiento de músculos flexores de antebrazo.
- 4 sesiones de neurodinámica del nervio cubital.
- Terapia láser en epitroclea.
- Estiramiento de músculo pectoral menor.
- Hielo local al terminar.

Después de tres meses de tratamiento el dolor ha desaparecido por completo tanto mecánico como en reposo, permitiéndole desarrollar su actividad laboral. Al finalizar las sesiones se le proporciona al paciente una banda elástica para que realice en casa ejercicios de tonificación de toda la musculatura de antebrazo. También se le insiste en que haga los estiramientos que ya conoce de musculatura flexora de antebrazo durante el siguiente mes.

4 Discusión-Conclusión

Los buenos resultados nos hace pensar que un tratamiento que combine neu-rodinamia (cuando haya sintomatología nerviosa), fortalecimiento/estiramiento de la musculatura implicada, electroterapia antiinflamatoria, técnicas de desbri-damiento como fibrólisis diacutanea o cyriax y el ejercicio terapéutico tanto en domicilio como en consulta es capaz de mejorar la sintomatología significativa-mente.

A su vez es importante una correcta explicación y un correcto entendimiento por parte del paciente de su patología con el fin de conseguir una adherencia al tratamiento la cual es de vital importancia en tratamientos basados en ejercicio terapéutico y la ergonomía. Se incidirá, también, en la importancia de la higiene postural.

5 Bibliografía

1. Incidence and distribution of bone metastases. En: Diel IJ, Kaufmann M, Bastert G, editors. Metastatic bone disease. Berlín: Springer Verlag, 1994; p. 20-30.
[2]
2. Skeletal metastases. En: Resnick D, Niwayama, editors. Diagnosis of bone and joint disorders. Philadelphia: WB Saunders, 1988; p. 3945-4010.

Capítulo 340

FISIOTERAPIA EN LA DIABETES MELLITUS 2: UN CASO CLÍNICO

ARANZAZU DORADO BURGOS

LAURA FUENTE GARCÍA

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

FRANCISCO FUENTES ROSA

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

1 Introducción

La diabetes mellitus es una patología de tipo endocrino-metabólica y crónica caracterizada por una elevada cantidad de glucosa en sangre. Esto se debe a la falta o el mal funcionamiento de la insulina en los pacientes que padecen este tipo de enfermedad. La glucosa es muy importante para la salud de las personas, ya que es la fuente de energía para todas las células que forman los tejidos y músculos del cuerpo humano.

La hormona llamada insulina es producida en el páncreas. Esta se produce por el aumento de la concentración de glucosa que tiene la sangre. Cuando llegan a las células del cuerpo humano las moléculas de insulina, los mecanismos se activan para permitir que la glucosa entre en el interior de las células. Si en el cuerpo humano no hay insulina o las células no la reconocen, la glucosa no puede entrar en su interior. Esto provoca que el azúcar se almacene en el torrente sanguíneo,

provocando que las células no puedan hacer uso de esta forma de obtener energía¹.

Según el estudio diabetes², en España la incidencia es de 11.5 o casos por cada 1000 personas en un año. Esto significa que surgen 1057 casos nuevos de diabetes cada día.

Otras cifras muy importantes sobre este tipo de patología son que la diabetes la padecen 37 millones de personas adultas en los Estados Unidos, y lo que es peor, 1 de cada 5 personas no saben que la padecen. En los últimos 20 años, el número de adultos que padecen esta patología y que han sido diagnosticados se ha duplicado.

Actualmente, se desconoce la causa de padecer diabetes. Esto puede ser debido a que existen muchos tipos diferentes de diabetes. Dependiendo del tipo, las causas y síntomas, y el momento de aparición y diagnóstico de la enfermedad es diferente.

Los principales síntomas que presentan los pacientes es una mayor frecuencia de la necesidad de orinar; ya que el exceso de glucosa intentan eliminarlo a través de los riñones en forma de orina. También tienen la necesidad de beber más líquidos de lo habitual para evitar así la deshidratación. Otros síntomas que también pueden presentar estos pacientes es la sensación de falta de energía, provocando visión borrosa y mucho cansancio, llegando incluso a perder la conciencia. La aparición de los síntomas depende del tipo de diabetes, esto ocasiona que en muchos casos pasen desapercibidos durante largos períodos de tiempo, y se diagnostique tarde la enfermedad. La diabetes mellitus sin un tratamiento apropiado puede producir severas complicaciones en la salud de los pacientes³.

A día de hoy, se conocen 5 tipos de diabetes dependiendo de la genética, edad y causas que la provocan:

- Diabetes tipo 1: anteriormente se conocía con el nombre de diabetes insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia⁴. Generalmente aparece en los niños, aunque puede encontrarse adultos y adolescentes. Suele aparecer de forma brusca y en ocasiones independiente a que existan o no antecedentes familiares.
- Diabetes tipo 2: se encuentra en personas adultas y su incidencia aumenta en personas de edad avanzada. Este tipo es más frecuente que la diabetes tipo 1. Un alto porcentaje de las personas que padecen este tipo de diabetes, se debe al exceso de peso y a la inactividad física de los pacientes⁴.
- Diabetes gestacional: esta aparece durante el embarazo y se corresponde con valores de hiperglucemia que aunque no son superiores a los valores normales, son inferiores para diagnosticarlo. Este tipo es diagnosticado con pruebas diagnósticas prenatales, y no tanto porque la futura mamá refiera tener síntomas⁴.

- Diabetes tipo MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young): este tipo de diabetes tiene características de la diabetes tipo 2, ya que se presenta en personas jóvenes, normalmente antes de los 25 años. A diferencia de la diabetes tipo 2, es una diabetes monogénica. Esto es debido a mutaciones en genes concretos y en un solo gen cada subtipo, afectando a la maduración de las células beta pancreáticas, las que producen la insulina.
- Diabetes tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults): este tipo de diabetes presenta una destrucción inmunológica de células beta pancreáticas en personas de edad adulta. Se observa una larga historia de autoinmunidad con lenta progresión de daño en células beta⁵.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de tratamiento con fisioterapia en diabetes Mellitus tipo 2.

3 Caso clínico

La paciente acude a la consulta del centro de salud para una de sus revisiones de su diabetes mellitus tipo 2. Es una señora de 50 años que vive sola. También sufre obesidad. Actualmente la paciente es insulino dependiente, pero anteriormente se trató con antidiabéticos orales. Durante ese periodo la paciente tuvo problemas económicos por lo que no se podía permitir siempre el realizar el tratamiento correctamente. Se alteraron considerablemente los niveles de glucosa en sangre y por eso se inició tratamiento con insulina. En este momento su economía mejoró, ya que consiguió trabajo y se pudo permitir el tratamiento. En este momento la paciente cumple con el tratamiento y su diabetes está muy controlada.

En nuestra consulta de fisioterapia, siempre le hemos dicho a nuestra paciente la importancia de ejercicio físico, ya que es una de las formas de tratamiento muy eficaz para tratar la diabetes mellitus.

El programa de tratamiento que le pusimos a nuestra paciente es seguir un control de la glucemia, mantener un peso ideal, realizar ejercicio físico y la toma de medicación si no es posible un buen control de la glucemia. De esta forma evitamos la aparición de complicaciones y mejoramos su calidad de vida.

Es muy importante tener en cuenta que la práctica de ejercicio físico debe estar orientada al tipo de diabetes, en el caso de nuestra paciente, debemos centrarnos en la diabetes mellitus de tipo 2.

La sesión de ejercicio físico que le programamos a nuestra paciente debía tener una parte inicial de calentamiento aeróbico, le propusimos una marcha suave durante minutos. A continuación trabajaríamos durante 15-40 minutos ejercicio aeróbico con una intensidad apropiada a su edad, y ejercicios para ganar fuerza muscular. Y para finalizar la sesión le propusimos estiramientos durante minutos. Los deportes más recomendables para su edad son caminar, y montar en bicicleta, pero siempre teniendo en cuenta el historial médico del paciente. Es recomendable que las personas diabéticas lleven un control y registro de su entrenamiento. Nuestra paciente venía a nuestra consulta 2 días a la semana. En nuestra sesión de fisioterapia desarrollábamos nuestro plan de tratamiento. Comenzábamos con 5 minutos de calentamiento, podía elegir andar en la cinta rodante o en la bicicleta estática. La sesión continuaba con la realización de ejercicios para ganar fuerza muscular. Un día nos centrábamos en trabajar la musculatura de MMII y el otro día trabajábamos MMSS. Para finalizar nuestra sesión hacíamos una vuelta a la calma con ejercicios de baja intensidad, como pasear por la sala de fisioterapia. El resto de días que no venía a nuestra clínica, le recomendábamos que saliera a caminar, natación, o cualquier otro deporte que le motivara. Todo ejercicio físico debe de estar adaptado a su edad.

Las personas diabéticas deben tener una serie de recomendaciones antes de realizar ejercicio físico.

Deben verificar su glucemia en sangre antes de realizar la práctica deportiva:

- Si es menor de 100 mg/dl, deben tomar un suplemento como fruta, galletas, bebidas energéticas antes de hacer ejercicio.
- Si está entre 100 y 150 mg/dl – 150 mg/dl, puede hacer ejercicio físico sin ningún riesgo.
- Si es mayor de 250 mg/dl, debe buscar otro momento para hacer el ejercicio físico.

También deben disminuir la dosis de insulina antes de realizar cualquier tipo de actividad física.

No deben inyectarse insulina en la zona muscular que se vaya a trabajar ese día.

Deben evitar el ejercicio físico cuando el pico de insulina sea máximo.

Deben tener un control durante y después del ejercicio físico de la glucemia.

Deben tomar algún suplemento de hidratos de carbono si realizan ejercicio físico prolongado.

Deben consumir agua antes y después de la realización de ejercicio físico.

Deben controlar su grado de deshidratación y la temperatura ambiente mientras realizan el ejercicio físico.

Si durante la práctica de ejercicio físico, antes o después el paciente presenta algún síntoma de hipoglucemia, debe tomar una cantidad de hidratos de carbono de rápida absorción.

Debemos de tener en cuenta como fisioterapeutas, que no todos los deportes aportan beneficios en pacientes diabéticos. Los deportes o ejercicio físico que aporta mejores beneficios son los que utilizan el metabolismo de tipo aeróbico, es decir, deportes como el atletismo, la natación o el ciclismo. La realización de estos provocarían grandes beneficios en nuestros pacientes, pero siempre apropiado para su edad⁶.

4 Discusión-Conclusión

A pesar de las actuaciones e intentos que se han hecho, actualmente la diabetes tipo 1 no es fácil de prevenir. Sin embargo, la diabetes tipo 2, que es más frecuente, sí podemos prevenirla.

Como sabemos, la obesidad es la mayor causa que la provoca. Por eso, adoptando un estilo de vida saludable podemos reducir las posibilidades de que los pacientes padezcan esta enfermedad.

Una vez que el médico ha diagnosticado la enfermedad, debemos actuar para evitar la aparición de complicaciones de tipo micro y macrovasculares.

El buen seguimiento del tratamiento prescrito por parte del paciente, las recomendaciones dietéticas y la realización de ejercicio físico es primordial para evitar las complicaciones de tipo renal, cardiovascular, el pie diabético y la retinopatía.

En este tipo de pacientes es aconsejable que se realicen revisiones periódicas para llevar un control y evitar complicaciones. Algunas de estas pruebas son el análisis de la función renal, las revisiones de los pies, realizar un electrocardiograma, la prueba del fondo de ojo y la medición de la presión arterial.

Los pacientes que padecen diabetes también tiene que controlar la hipoglucemia. Esta es la complicación aguda de la diabetes más habitual y de aparición en diferentes circunstancias, como tomar dosis de insulina excesiva, retrasar el tiempo de comidas, tomar un baño o ducha de agua caliente después del pinchazo de insulina, tomar insuficientes hidratos de carbono en las comidas...

Algunas medidas para prevenir esta bajada en el nivel de glucosa en sangre son realizar un mayor control de glucemia durante el día, sobre todo si el paciente ha realizado ejercicio físico, hacer una planificación del ejercicio que se va a realizar para ajustar la insulina que el paciente va a tomar y de los hidratos de carbono que va a comer⁷.

Como conclusión de esta enfermedad y la necesidad de su prevención, desde el ámbito de la fisioterapia, podemos decir que la fisioterapia es capaz de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, retrasar la aparición de complicaciones y ayudar a conseguir la mayor independencia en sus actividades de la vida diaria⁷.

5 Bibliografía

1. Diabetes [Internet]. Federación Española de Diabetes FEDE. 2019. Disponible en: <https://fedesp.es/diabetes/>
2. Estudio DIABET.ES [Internet]. Ciberdem. Org. Disponible es: <https://www.ciberdem.org/programas-de-investigacion/proyectos/otros-proyectos/estudio-di-betes>
3. ¿Qué es la diabetes? [Internet]. Cdc.gov.2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetes.html>
4. Keays R. Diabetes. Curr Anaesth Crit Care [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
5. Redes. ¿Qué son la diabetes LADA, MODY y la Disfunción Pancreática? [Internet]. Asociación Diabetes Madrid. 2019. Disponible es: <https://diabetesmadrid.org/que-son-la-diabetes-lada-mody-y-la-disfuncion-pancreatica/>
6. GaesPeople. Los deportes más beneficiosos para personas con diabetes [Internet]. Soluciones para la Diabetes. 2017. Disponible en: <https://www.solucionesparaladiabetes.com/magazine-diabetes/deportes-mas-recomendados-en-diabetes/>
7. Ponce IG. Diabetes [Internet]. CuidatePlus. 2009. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/medicina-interna/diabetes.html>

Capítulo 341

SÍNDROME SUBACROMIAL - IMPINGEMENT DE HOMBRO. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

ARANZAZU DORADO BURGOS

LAURA FUENTE GARCÍA

JORGE BALLESTEROS FRUTOS

FRANCISCO FUENTES ROSA

1 Introducción

El síndrome subacromial o impingement de hombro es un problema muy generalizado en toda la población, es la principal causa de dolor de hombro. Por ello es de gran importancia el abordaje fisioterápico, entre su gran variedad de tratamientos destacan la punción seca, el ejercicio terapéutico y la terapia manual, entre otros.

La articulación del hombro está compuesta por las siguientes articulaciones:

- Articulación glenohumeral.
- Articulación acromioclavicular.
- Articulación esternoclavicular.
- Articulación escapulotorácica.
- Articulación subdeltoidea.

Estas articulaciones están conectadas a través de capas de tejido muscular y ligamentoso. Entre todas ellas forman la articulación con mayor movimiento del cuerpo, lo que produce que cualquier alteración genere inestabilidad, siendo fundamentales las partes estabilizadoras, tanto estáticas como dinámicas.

A nivel estático, el rodete glenoideo, la cápsula articular y los ligamentos cumplen su función en la articulación del hombro. A nivel dinámico, la musculatura del manguito rotador (Supraespinoso, Infraespinoso, Redondo menor y Subescapular) y el tendón de la porción larga del bíceps, el pectoral mayor, el dorsal ancho, el serrato anterior.

El síndrome subacromial de hombro o impingement se define por un estrechamiento del espacio y un rozamiento mecánico de las estructuras del manguito rotador a su paso por debajo del tejadillo subacromial durante el movimiento del hombro.

Neer reflejó el concepto de impingement que significa pinzamiento, choque o roce/desgaste del manguito rotador por debajo del acromion. También puede coexistir con daño en el tendón largo del bíceps y en la bursa subacromial. Este choque se produce normalmente con la elevación/flexión del hombro y la rotación interna. El incremento de peso y la sobrecarga de movimientos repetitivos puede generar cambios de desgaste en el tendón del manguito rotador.

2 Objetivos

- Revisar la evidencia científica actual sobre el síndrome subacromial del hombro o impingement de hombro.
- Analizar el abordaje de fisioterapia para el síndrome subacromial del hombro o impingement de hombro.

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:

“Impingement Syndrome Shoulder”, “Pain”, “Impingement”, “Functional limitation”, “Exercise Treatment”, “Load Management”, “Tendon Injuries”, “Shoulder”, “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

El abordaje de fisioterapia se centrará en disminuir el dolor, reducir la inflamación, restablecer las posibles disquinesias a nivel biomecánico en el movimiento del hombro, paralizar la degeneración de los tejidos.

La gran parte de los síndromes subacromiales se recuperan a través de fisioterapia conservadora sin necesidad de llegar a cirugía. El principal tratamiento conservador incluye la gran variedad de tratamientos de fisioterapia, destacando el ejercicio terapéutico y si lo requiriese, el paciente hablaría con el médico para recetar antiinflamatorios o incluso infiltraciones de corticoides.

El abordaje fisioterápico es efectivo y mejora la funcionalidad del hombro en los pacientes con síndrome subacromial. La diversidad de técnicas como la movilización articular, la terapia manual, la punción seca en la musculatura del manguito rotador, el vendaje neuromuscular kinesiotape, la electroterapia y la reeducación del movimiento del hombro afectado formarán parte del proceso de recuperación del paciente. En la electroterapia cabe destacar la utilización de la electrolisis percutánea Intratisular cuando el tendón está en proceso de degeneración, además del ultrasonido, microondas, el láser y las ondas de choque cuando se hallan calcificaciones.

La evidencia científica señala los programas de ejercicio terapéutico como una alternativa óptima para la recuperación y fortalecimiento del tendón. El trabajo de fuerza de los músculos que constituyen el manguito rotador y de la musculatura adyacente disminuirá los síntomas del síndrome subacromial del hombro o impingement.

La terapia manual es necesaria para reducir el dolor y aumentar la confianza del paciente en el movimiento de su hombro, eliminando así la kinesiofobia. La cintura escapular debe liberarse para eliminar posibles compensaciones. La

liberación de la tensión en los desfiladeros se realizará a través de técnicas de músculo-energía. Los estiramientos suaves mediante la inducción miofascial buscarán el equilibrio funcional del hombro. La electroestimulación, el láser, la diatermia son diversas modalidades de electroterapia que sirven para abordar el dolor en el síndrome subacromial del hombro. Las técnicas de inhibición de presión en los puntos gatillo miofasciales, la masoterapia y los estiramientos disminuirán el estado de tensión músculo-tendinosa.

Los ejercicios excéntricos reducen el dolor, aumentan el rango de movimiento y mejoran la funcionalidad del hombro. Se podrán realizar los movimientos de flexión y abducción del hombro con thera-band realizando series según la tolerancia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio terapéutico es la variedad del abordaje de fisioterapia con más efectividad para disminuir el dolor y mejorar la función del impingement de hombro. Se puede considerar la parte fundamental del tratamiento, combinándolo con el resto de las técnicas de fisioterapia.

Los programas incluyen diversos ejercicios de movilización activa-resistida mediante thera-bands. Los estiramientos de la musculatura del hombro y su fortalecimiento benefician al manguito rotador y la musculatura próxima. De esta forma disminuirán los síntomas de los pacientes con síndrome subacromial de hombro. Por lo tanto, consideramos el síndrome subacromial de hombro como una patología de hombro que tiene gran prevalencia y debe ser manejada eficientemente por el fisioterapeuta. En la mayoría de los casos se trata de una degeneración del tendón por movimientos de cizallamiento repetitivos., normalmente el tendón del supraespinoso. Esto produce un gran dolor que interfiere en las actividades de la vida diaria y reduce la calidad de vida de los pacientes que lo sufren.

La clave del tratamiento de fisioterapia será realizar un buen programa de ejercicio terapéutico combinado con el resto de las técnicas indicadas cada una de ellas en los diferentes estados de la lesión.

6 Bibliografía

1. Garving C, Jakob S, Bauer I, Nadjar R, Brunner UH. Impingement syndrome of the shoulder. Dtsch Arztebl Int 2017;114(45):765–76.
2. Tahran Ö, Yeşilyaprak SS. Effects of modified posterior shoulder stretching exercises on shoulder mobility, pain, and dysfunction in patients with subacromial

impingement syndrome. *Sports Health* 2020;12(2):139–48.

3. Heron SR, Woby SR, Thompson DP. Comparison of three types of exercise in the treatment of rotator cuff tendinopathy/shoulder impingement syndrome: A randomized controlled trial. *Physiotherapy* 2017;103(2):167–73.

4. Dong W, Goost H, Lin X-B, Burger C, Paul C, Wang Z-L, et al. Treatments for shoulder impingement syndrome: A PRISMA systematic review and network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2015;94(10):510.

5. Gunay Ucurum S, Kaya DO, Kayali Y, Askin A, Tekindal MA. Comparison of different electrotherapy methods and exercise therapy in shoulder impingement syndrome: A prospective randomized controlled trial. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2018;52(4):249–55.

6. Gomora-García M, Rojano-Mejía D, Solis-Hernández JL, Escamilla-Chávez C. Efectividad de los medios físicos en el síndrome de abducción dolorosa de hombro. *Cir* 2016;84(3):203–7.

7. Sharma S, Ghrouz AK, Hussain ME, Sharma S, Aldabbas M, Ansari S. Progressive resistance exercises plus manual therapy is effective in improving isometric strength in overhead athletes with shoulder impingement syndrome: A randomized controlled trial. *Biomed Res Int* 2021;(99)457-75.

8. Beirer M, Imhoff AB, Braun S. Impingement syndromes of the shoulder. *Orthopade* 2017;46(4):373–86.

Capítulo 342

EL FISIOTERAPEUTA ANTE LA REHABILITACIÓN DEL ICTUS

ALBA ROJO DEL CAMPO

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

1 Introducción

La enfermedad cerebrovascular o denominación de ictus está considerada la tercera causa importante de fallecimiento en el continente Europeo y es considerada una causa importante que genera discapacidad y también incapacidad para desempeñar la tarea laboral.

En nuestro país se hace un diagnóstico de 200.000 nuevos casos anualmente. Con una de las principales consecuencias que tiene el ictus que es la hemiparesia causando una importante reducción de la funcionalidad que tiene la extremidad superior, y por consiguiente una pérdida o dificultad para poder realizar distintas actividades que se consideran dentro de la vida diaria como la alimentación, vestirse o todo lo referente al autocuidado.

La terapia de movimiento que es inducido por la restricción es un método actual en neurorehabilitación que puede constituir un gran enfoque como tratamiento de la extremidad superior que más está afectada después de sufrir un ictus y

las marcadas evidencias que pueden sustentar su uso están creciendo a ritmo agigantado.

El papel del fisioterapeuta en la recuperación de estos pacientes es fundamental, ya que tiene que ser inducido hasta que estos puedan recuperarse y tiene que ser de primera asistencia en la unidad de ictus, después en planta y más tarde de forma externa al régimen hospitalario.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar mediante un caso clínico el papel del fisioterapeuta ante un caso clínico de un ictus.

3 Caso clínico

Ricardo es un chico de 43 años, empezó a encontrarse mal cuando montaba en bicicleta con unos amigos, paró y los compañeros notaron que su lenguaje era desorganizado y no tenía sentido, llamaron a una ambulancia que lo trasladó inmediatamente al hospital más cercano donde se le realizó un tac diagnosticando un ictus. Ricardo ingresó en la unidad de ictus de la planta de neurología del hospital donde permaneció durante 16 días inconsciente, durante ese tiempo recibió por parte del fisioterapeuta ejercicios pasivos de las extremidades inferiores con flexiones y extensiones de las articulaciones, lo mismo con la parte superior del tronco y las extremidades superiores. A medida que Ricardo se fue recuperando fue necesitando ejercicios más completos, sobre todo para ayudar con la parte derecha que le ha quedado en medida paralizada y con ayuda de la fisioterapia que acude a la planta mañana y tarde empieza a recuperar movilidad. Una vez que Ricardo recibe el alta hospitalaria debe continuar yendo a rehabilitación de forma externa y diariamente dos horas diarias para seguir ejercitando la masa muscular que ha perdido durante el ingreso hospitalario y las funciones que ha perdido por el ictus, la recuperación requiere de mucho esfuerzo y constancia por parte del enfermo y del fisioterapeuta que tienen que trabajar todos los días durante mucho tiempo juntos y salvar los pequeños obstáculos que van apareciendo, la figura del psicólogo en periodos prolongados de rehabilitación se implanta en estos procesos para poder ayudar en conjunto al equipo a poder entender el proceso, a hacerlo más llevadero y a implicar a la familia en la recuperación siempre dentro de las posibilidades de la lesión producida por el ictus y de los medios al alcance.

4 Discusión-Conclusión

La lesión o lesiones producidas por un ICTUS aunque en un principio son medibles y se pueden calcular las secuelas, es impredecible en la mayoría de los casos la evolución que puede tener el paciente, en muchos casos se pueden crear conexiones sinápticas nuevas que pueden suplir a las que ya el paciente había perdido, pero no obstante el fisioterapeuta de forma pasiva debe de mover las partes de cuerpo que han quedado inmovilizadas para no perder el tono muscular o perderlo lo menos posible en caso de que sea recuperable con las distintas técnicas novedosas que aparecen cada día en la medicina.

5 Bibliografía

Martínez Camacho, M. Á., Jones Baro, R. A., & Gómez González, A. (2020). El fisioterapeuta en la Unidad de Cuidados Intensivos¿ un profesional necesario?. *Acta médica Grupo Ángeles*, 18(1), 104-105.

Capítulo 343

EL FISIOTERAPEUTA Y LA FASCITIS PLANTAR

ALBA ROJO DEL CAMPO

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

1 Introducción

La fascitis plantar está considerado un síndrome degenerativo de lo que se llama la fascia plantar que puede afectar hasta un 10% de la población, teniendo las mujeres con sobrepeso y en edad de la menopausia las que son más afectadas. Esta patología se origina por varias causas, pero la causa que se considera más habitual es de origen mecánico. Diversos estudios han tenido como objetivo poder comprobar la eficacia del tratamiento fisioterapéutico que tiene en la fascitis plantar por medio de los masajes transversales en la elongación muscular y de ultrasonido continuo.

El recurso fisioterapéutico que tiene el ultrasonido continuo, se define por olas mecánicas que incluye alta frecuencia, este transmite energía a través de vibraciones. Se genera de varias formas, en la forma continua, la intensidad de la ola puede permanecer constante, y sus efectos deben implicar en la producción de calor profundo, con un aumento del flujo de la sangre local, y de la reducción

del dolor, y todavía, se está utilizando en altas intensidades actuando en la eliminación de la fibrosis que produce esta patología. Está comprobando que la actuación del fisioterapeuta alivia mucho esta patología pudiéndolo devolver a la incorporación de la vida diaria.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar el papel del fisioterapeuta en la patología del síndrome plantar y su resolución.

3 Caso clínico

Ismael acude a la consulta de rehabilitación con fascitis plantar unilateral izquierda de larga evolución, lleva 6 meses de baja en su trabajo y el médico ha decidido que el rehabilitador pautase sesiones de fisioterapia para intentar mejorar la fascitis y que sea posible su incorporación al mundo laboral. Ismael después de la realización de 20 sesiones en el gimnasio del hospital de referencia por el fisioterapeuta ha mejorado la flexibilidad muscular dentro de unos parámetros de normalidad y sobre todo ha tenido una mejora importante del dolor.

En las sesiones se dedicó 40 minutos diarios con descanso de 10 minutos, con la aplicación de frío calor y los tens al final de la sesión en los que se trabajó de forma intensa con ultrasonido. También se usó el masaje transversal, tratándose de una técnica de masaje que se aplica transversalmente, que tiene la intención de poder restablecer la movilidad normal en una estructura que está rígida. Lo que puede ocurrir en el masaje transversal es conseguir un reajuste de los tejidos blandos después de que se haya producido una lesión del ligamento muscular. El masaje transversal está considerado un método que tiene como objetivo mejorar la práctica clínica en la ortopedia y también entraumatología. Se aplicó este método a Ismael en el esqueleto axial como para el apendicular. El paciente tenía lesiones a tratar del tejido contráctil, del tejido inerte y también disco intervertebral por lo que necesitó de otro ciclo de 20 sesiones para poder recuperarse completamente de la fascitis, no obstante al alta del proceso se le pautó 10 sesiones cada diez meses de prevención de aparición de la fascitis plantar como medida de prevención de la lesión.

4 Discusión-Conclusión

Se puede tener como conclusión al final de este trabajo que el tratamiento fisioterapéutico para la fascitis plantar, que se aplica como en el caso clínico al paciente puede tener muy buenos resultados. No obstante nos queda poco claro cuál de los recursos fue el que obtuvo el mejor resultado, está claro que la actuación del fisioterapeuta y las medidas que se tomaron en conjunto fueron un valor indudable en la fascitis plantar y en la recuperación del paciente, pero los resultados de los estudios hasta el momento no separan todavía las propiedades por separado de los distintos tratamientos, sino que su valoración es en conjunto.

5 Bibliografía

Estelio, H. M. Fisioterapia en el tratamiento de fascitis plantar. Escuela de Deportes Universidad Autónoma de Baja California, 239.

Capítulo 344

HISTORIA DE LA FISIOTERAPIA

ALBA ROJO DEL CAMPO

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

1 Introducción

La historia de la Fisioterapia se puede remontar al año 1500 antes de Cristo. Existen referencias en la antigua Mesopotamia, en Egipto y en China. Se hacía un uso de distintos agentes físicos como agentes terapéuticos. Los aztecas y los mayas tuvieron un importante desarrollo en métodos de terapia que se basaron en el agua como los baños de vapor. El padre de la medicina occidental, Hipócrates, impulsó la terapia física y tenía una gran filosofía terapéutica de utilizar medios naturales de autocuración del cuerpo, desarrolló varios temas basados en el movimiento y el masaje que fueron en un principio clasificados como agentes terapéuticos. En el año 1890 se clasificó la diatermia terapéutica, es una clase de calentamiento profundo que se consigue con el uso de ondas cortas. Ya en la Época Moderna se consiguieron grandes descubrimientos de carácter científicos que ayudó a poder los conocimientos de anatomía, fisiología y de terapéutica. Las distintas guerras a las que se enfrentó la población dejaron varias epidemias, entre las que se encontró la de la poliomielitis, que estimuló la creación de un nuevo tipo de terapeutas que motivó la fundación oficial de los fisioterapeutas y se extendió por todo el

mundo, fue a través de esto lo que la Fisioterapia pudo coger el rango de estudio de carácter universitario.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar a través de un análisis científico un poco de información de la historia de la fisioterapia

3 Metodología

Para realizar este capítulo de libro se ha realizado una primera investigación de fuentes secundarias en buscadores académicos como pueden ser Google académicos y otros de varias universidades, posteriormente, se ha realizado una búsqueda de fuentes primarias suficiente para seleccionar varios artículos para poder realizar esta publicación.

4 Resultados

Los estudios que tienen un carácter histórico sobre la fisioterapia en nuestro país se han considerado en poca cantidad, y los que existen están caracterizados por ser dispersos en los datos y por tener un déficit en las citas de las fuentes. Estando motivados por distintos factores personales y evidentemente profesionales, y ante la adaptación de modelos educativos y sanitarios y contando con más 50 años de historia, podemos plantear nuestro problema de investigación haciendo un centro en una pregunta: ¿cuáles han sido elementos cruciales o distintas fuerzas que han suscitado el cambio para que se pueda considerar distintos puntos de inflexión en recorrer la Fisioterapia en España ? La Fisioterapia en España, aunque tiene raíces históricas en siglos precedentes, manifiesta un retraso en su consolidación como una profesión de manera independiente y considerada una ciencia autónoma; hay que pensar que considerando este sentido en la década de los 80 es más importante el desarrollo de la fisioterapia contemporánea en nuestro país, por lo que se refleja estudiar como otras ciencias pueden ir avanzando y ser consideradas. Se ha tenido que considerar a autores para la Ciencia como Popper, Kuhn, Lakatos o Merton, a afrontar trabajos con un marco teórico sobre fundamentar el proceso científico al que puede forma emergente esta ciencia. No ha sido fácil para la ciencia emerger esta disciplina y sacarla de la antesala como ocurre con la mayoría de las ciencias en sus comienzos y con todas las

ciencias nuevas que antes de ser empíricas y demostrarse con todas sus causas se vuelven desconfiadas y cuestionables en todos los sentidos. El empuje que se torna en convertirse en carreras universitarias le da un carácter serio y la vuelve científica ante la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

La consolidación científica de la Fisioterapia en nuestro país ya es un hecho. No obstante, no han sido pocas las dificultades que ha tenido esta disciplina en España y que ha encontrado en su desarrollo y en la consolidación para su conocimiento científico. Se ha descrito desde una perspectiva narrativa el proceso de transformación que ha tenido la fisioterapia en España desde sus orígenes como una disciplina técnica y profesional, hasta la consolidación en nuestros como disciplina con conocimiento científico. No ha sido fácil el camino que ha tenido hasta que se ha pasado la barrera que ha tenido durante muchos años de pre-pragmática.

6 Bibliografía

Grillo PM, López PA. La Fisioterapia: sus orígenes y su actualidad. Acta Med Cent. 2016;10(3):88-90.

Capítulo 345

EL EQUIPO DE FISIOTERAPEUTAS ANTE LESIÓN DE LA ARTICULACIÓN DE LISFRANC

YOLANDA ROMERO RODRÍGUEZ

MARÍA DOLORES TURPIN RODRÍGUEZ

CORTES ARENAS DEL SALTO

JUAN DÍAZ LORENZO

FERNANDO ARIAS GOMEZ

1 Introducción

El tarsometatarsiano está formado por la hilera distal de los huesos del tarso, las tres cuñas y el cuboides y por las bases de los cinco metatarsianos. La fractura-luxación consiste en una fractura ósea de alguno de estos huesos asociado a la luxación de ese mismo hueso o de algún otro que forme parte del conjunto de la articulación. Funcionalmente dicha articulación es una artrodia y condiciona gran parte de la biomecánica del antepié, formando el arco anterior del mismo y permitiendo su pronosupinación.

Todos estos huesos se relacionan entre sí mediante articulaciones artrodias.

De la estabilidad primaria se ocupa el ligamento de Lisfranc. Y de la secundaria, la musculatura de la planta del pie, el tendón del músculo peroneo lateral largo

y los de los músculos tibial anterior y posterior. Forma el arco anterior del pie y permite la pronosupinación del mismo.

Se trata de una articulación importante desde el punto de vista biomecánico, ya que se localiza en la transición de mediopié con el antepié.

Es una lesión rara, aunque su incidencia en los últimos años debido del aumento de la actividad deportiva de la población general, así como por el incremento de los accidentes de tráfico.

Es importante un diagnóstico precoz para evitar la morbilidad que puede causar si pasa desapercibida. Los signos patognomónicos son dolor intenso y tumefacción en la zona, todo debe ser refrendado por una radiografía en carga dorsoplantar.

2 Objetivos

Explicar en que consiste la fractura-luxación de Lisfranc, así como detallar el tratamiento fisioterápico al que se ha sometido a una paciente con esta patología.

3 Caso clínico

Mujer de 49 años que tropieza bajando una escalera apoyando el pie en flexión plantar forzada. Inmediatamente, comienza a dolerle y a aparecer hinchazón. Acude a urgencias donde se le realiza una radiografía y se le diagnostica fractura luxación de Lisfranc.

Una semana más tarde se le somete a cirugía donde se le reduce la fractura con agujas de kirschner.

Permanece 3 semanas con el pie en descarga. Tras ello se le coloca bota de Walker otras 4 semanas, una vez pasado este tiempo se autoriza carga parcial.

Comienza las sesiones justo después de las 3 primeras semanas, una vez le ponen la bota de walker.

A la exploración impresiona hinchazón de pie. Movimientos de flexión dorsal disminuido -20° e inversión y eversión con disminución de -10°, todos con respecto al pie contralateral. La paciente no refiere dolor en reposo, pero sí dolor de intensidad moderada cuando camina.

El tratamiento de fisioterapia se extiende durante 2 meses con un total de 31 sesiones a días alternos (3 días por semana).

Diferenciamos dos fases durante el tratamiento:

1.3 primeras semanas (10 sesiones). Durante este período la paciente debe llevar la bota de Walker y todavía no tiene autorizada la carga.

- Cinesiterapia pasiva de la articulación de tobillo para ganar rango articular.
- Fortalecimiento de la musculatura de tobillo.
- Fortalecimiento de la musculatura plantar e intrínseca del pie.
- Trabajo de propiocepción con el pie en descarga.
- Hielo local.

2. Una vez retirada la bota de Walker y con carga autorizada.

- Fortalecimiento de musculatura de tobillo.
- Fortalecimiento de la musculatura plantar e intrínseca del pie.
- Trabajo de propiocepción con apoyo unipodal.
- Reeducción de la marcha.
- Hielo local.

Evolución: después de estos dos meses, la paciente refiere una ausencia total de dolor y se ha reincorporado a la actividad laboral.

4 Discusión-Conclusión

Tras 3 semanas de tratamiento a días alternos, la paciente refiere una disminución total del dolor tanto en reposo como en las actividades de la vida diaria.

Esto nos hace pensar que un tratamiento basado en fortalecimiento de la musculatura del pie, incidiendo especialmente en la tonificación de la musculatura plantar debido a la importancia que tiene esta articulación en la estabilización del mediopié, es capaz de mejorar significativamente la sintomatología significativamente.

También es importante una correcta explicación al paciente de su patología con el fin de conseguir una adherencia al tratamiento, la cual es de vital importancia en tratamientos basados en ejercicio terapéutico.

5 Bibliografía

1. Dislocation off the tarsometatarsal joint. J Bone Joint Surg 1963; 45-a: 246-60.
2. Fractures and fracture-dislocations off the tarsometatarsal joint. J Bone Joint Surg 1988; 70-A: 173-81.

Capítulo 346

RESTAURACIÓN DE LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

JESÚS LÓPEZ HURTADO

1 Introducción

Debido a su estructura biomecánica los tejidos duros radiculares dentales son más vulnerables a la hora de fracasar el proceso de grabado ácido que se aplica sobre ellos. El esmalte de dientes permanentes de seres humanos está compuesto casi en su totalidad por hidroxapatita. Sin embargo, las superficies radiculares están menos mineralizadas que el esmalte, ya que aproximadamente un tercio del cemento radicular son componentes orgánicos. Cuando la caries se desarrolla en las superficies radiculares los márgenes cavitarios pueden situarse solo en esmalte o solo en superficie radicular o bien contener tanto esmalte como superficie radicular, lo cual supone un importante reto para los profesionales a la hora de llevar a cabo tratamientos restauradores invasivos.

Las lesiones cervicales no cariosas (LCNC) se ha demostrado que tienen más prevalencia y severidad en los pacientes de edad avanzada. Los profesionales deben considerar la restauración de estas lesiones como una opción de tratamiento con el fin de impedir la progresión de la lesión, también prestando atención a los factores etiológicos que las pudiesen estar produciendo.

Las restauraciones deben presentar una buena terminación y pulido evitando así que se produzcan escalones o superficies rugosas para prevenir la colonización de biofilm dental. Restauraciones desbordantes o márgenes sobrecontorneados

pueden dar lugar a una respuesta periodontal desfavorable. Esto podría derivar en inflamación gingival, pérdida de inserción o pérdida ósea, debido a una respuesta inflamatoria frente al biofilm que se sitúa en los márgenes cervicales profundos.

Existe controversia en torno a los resultados de las restauraciones a largo plazo tanto de las que son realizadas con resinas compuestas como las que se llevan a cabo con cementos de ionómero de vidrio.

Las metaloproteinasas de la matriz (MMPs) están presentes en la dentina radicular y en el fluido crevicular gingival. Su activación en la dentina podría asociarse a LCNC, principalmente cuando la causa de estas lesiones es la erosión. Además, los materiales usados para las restauraciones dentales pueden inducir cambios bioquímicos en la cavidad oral, como por ejemplo los componentes de aleaciones metálicas pueden ocasionar un efecto supresivo en la producción de MMP-2.

2 Objetivos

Establecer qué material/materiales disponibles actualmente para restaurar lesiones cervicales dentales no cariosas presentan buenos resultados clínicos en los diferentes ensayos clínicos publicados.

3 Metodología

Para la elaboración de este documento se ha realizado una revisión de la literatura mediante la búsqueda de artículos científicos en distintas bases de datos electrónicas (MEDLINE, PUBMED, EMBASE, COCHRANE LIBRARY, SCOPUS). Para la selección de los artículos se han establecido los siguientes criterios, deben ser:

- Ensayos controlados aleatorizados
- Publicados en los últimos 5 años
- Dientes de seres humanos
- Artículos en lengua inglesa en revistas indexadas en JCR.

4 Resultados

Un estudio (1) con el objetivo el comparar los resultados en términos de retención de las restauraciones de los diferentes grupos que formaron:

- Grupo 1: restauración de resina compuesta sin grabado de esmalte.
- Grupo 2: restauración de resina compuesta con grabado selectivo de esmalte.
- grupo 3: restauración de cemento de ionómero de vidrio modificado con resina sin pretratamiento con EDTA.
- Grupo 4: restauración de cemento de ionómero de vidrio modificado con resina con pretratamiento con EDTA.

También tenía como objetivo evaluar la actividad de las metaloproteinasas de la matriz presentes en el fluido crevicular gingival.

Los resultados de las diferentes técnicas restauradoras fueron similares en cuanto a retención de la reconstrucción y en todas existían alteraciones defectuosas iniciales en los márgenes en términos de integridad.

MMP-2 decrecía al cabo de 1 año de evaluación, pero su actividad se incrementaba de nuevo volviendo a los niveles iniciales al cabo de 2 años, principalmente en los grupos 1, 2 y 3.

MMP-9 se incrementaba al cabo de 1 año de evaluación, pero disminuía hasta los niveles iniciales después de 2 años, principalmente en el grupo 1.

Otro estudio (2) también comparaba el rendimiento clínico tras 1 año de seguimiento de restauraciones de lesiones cervicales no cariosas mediante el uso de:

- Resina compuesta con o sin grabado selectivo del esmalte
- Cemento de ionómero de vidrio modificado con resina con o sin pretratamiento con EDTA

Los resultados mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas evaluando dientes cariados, dientes que habían perdido la restauración o dientes obturados. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al nivel de placa visible. Por tanto, las 4 técnicas adhesivas presentaron tras 1 año de seguimiento resultados clínicos semejantes.

Otro estudio (3) comparó de igual forma la eficacia de composites de resina y de cemento de ionómero de vidrio modificado con resina en el tratamiento de lesiones cervicales. No se entraron en la evaluación realizada a los 36 meses de evolución diferencias significativas entre ambos materiales en términos de reten-

ción o de adaptación marginal. Sin embargo, la discoloración mostrada fue mayor en el caso de las restauraciones de ionómero de vidrio modificado con resina, por lo tanto, habrá que tener en cuenta el material a elegir en localizaciones que presenten un alto compromiso estético.

Otro estudio (4) comparaba varios parámetros periodontales entre ambos materiales restauradores. Los parámetros periodontales evaluados fueron:

- Profundidad de sondaje
- Recesión gingival
- Nivel de inserción clínica
- Índice de placa visible
- Índice de sangrado gingival

Ambos materiales tras estar en contacto estrecho con los tejidos periodontales presentaban un comportamiento similar (tras evaluación a los 3 y 6 meses) y no había influencia en los parámetros periodontales.

5 Discusión-Conclusión

Son varios estudios los que han comparado el rendimiento clínico de las restauraciones de lesiones cervicales tanto de las que se realizan con resinas compuestas convencionales como las que se realizan mediante cementos de ionómero de vidrio modificado con resina. Los diferentes ensayos clínicos analizados muestran todos resultados similares y es que tanto las resinas compuestas (con o sin grabado selectivo del esmalte) como los ionómeros de vidrio (con o sin pretratamiento de EDTA) son materiales que ofrecen resultados satisfactorios a corto-medio plazo y, por tanto, constituyen una opción de tratamiento más que aceptable a considerar para la restauración de las lesiones cervicales dentarias. Además, ambos ofrecían unos buenos resultados en términos periodontales, ya que no mostraron dañar de manera significativa los tejidos gingivales con los que estaban en contacto estrecho. Sin embargo, ensayos clínicos con periodos de seguimiento más prolongados serían convenientes para realizar una evaluación clínica más apropiada de ambas técnicas a más largo plazo.

6 Bibliografía

1. Gonçalves, R. S., Scaffa, P. M. C., Shinohara, M. S., de Andrade Carvalho, P. R. M., Buzalaf, M. A. R., & Fagundes, T. C. (2022). Two-year randomized clinical

trial of different restorative techniques in non-carious cervical lesions and MMP activity in gingival crevicular fluid. *Clinical Oral Investigations*, 26(2), 1889-1902.

2. Shinohara, M. S., Carvalho, P. R., Neves Marcon, L., Gonçalves, D. F., Ramos, F. S., & Fagundes, T. C. (2020). Randomized clinical trial of different adhesion strategies in noncarious cervical lesion restorations: 1-year follow-up. *Quintessence Int*, 51(5), 352-63.

3. Koc Vural, U., Kerimova, L., & Kiremitci, A. (2021). Clinical comparison of a micro-hybride resin-based composite and resin modified glass ionomer in the treatment of cervical caries lesions: 36-month, split-mouth, randomized clinical trial. *Odontology*, 109(2), 376-384.

4. Carvalho, R. D., Nogueira, C. D. O. P., Silva, A. P., Mesquita, J. A., Salgado, K. H. C., Medeiros, M. C. S., & Gurgel, B. C. V. (2018). Periodontal Evaluation in Non-carious Cervical Lesions Restored with Resin-modified Glass-Ionomer Cement and Resin Composite: A Randomised Controlled Study. *Oral Health Prev Dent*, 16(2), 131-136.

Capítulo 347

PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO MEDIANTE EL USO DE COLUTORIOS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

JESÚS LÓPEZ HURTADO

1 Introducción

La caries dental es una enfermedad crónica, multifactorial e inducida por el biofilm. A pesar de las constantes mejoras que se producen en la odontología preventiva, la prevalencia de la caries dental sigue siendo todavía inaceptablemente alta en todo el mundo.

La producción de ácidos resultantes del metabolismo del azúcar por parte de bacterias y la consecuente disminución de los niveles de pH del medio bucal dan lugar a una desmineralización de la superficie del diente y , por lo tanto, a la aparición de las lesiones de caries.

La mayoría de los ensayos clínicos reportan que el *Streptococcus mutans* juega un papel principal en la formación de sustancias ácidas y por tanto es responsable de la formación de caries. Tiene una adherencia muy significativa en las áreas más retentivas de la estructura dental y los biofilms profundos. Además puede producir cambios en el organismo que dan lugar a que aparezcan microorganismos acidogénicos y acidúricos.

La clorhexidina es uno de los agentes quimioprofilácticos más importantes, ya que tiene actividad antimicrobiana contra el *S. mutans* y también posee

propiedades antiplaca y antigingivitis. Sin embargo, el uso continuado de colutorios de clorhexidina puede tener algunos efectos indeseados como por ejemplo: tinciones dentales, alteración del gusto, citotoxicidad oral, náuseas, etc.

El xylitol es una sustancia que se utiliza como edulcorante artificial en alimentos; este no puede ser metabolizado por las bacterias orales por lo tanto contribuye a prevenir la aparición de caries.

Los probióticos son microorganismos vivos que cuando son administrados en cantidades adecuadas pueden proporcionar beneficios saludables al huésped.

La goma de acacia, también conocida como goma arábica, es una planta tradicional con propiedades medicinales efectivas en curación de heridas, analgesia, hemostasia y propiedades antibacterianas.

Glycyrrhiza glabra, comúnmente conocida como regalicia, es una de las plantas medicinales tradicionales más usadas en diferentes culturas para aliviar la tos, dolores de garganta o inflamaciones gástricas. Posee propiedades anticariogénicas, antiinflamatorias y anticancerosas.

2 Objetivos

Determinar qué tipo de colutorios son los disponibles actualmente y cuáles de ellos muestran resultados de ser beneficiosos para la prevención de la aparición de lesiones de caries en pacientes de alto riesgo.

3 Metodología

Para la elaboración de este documento se ha realizado una revisión de la literatura mediante la búsqueda de artículos científicos en distintas bases de datos electrónicas (MEDLINE, PUBMED, EMBASE, COCHRANE, LIBRARY, SCOPUS). Para la selección de los artículos se han establecido los siguientes criterios, deben ser:

- Ensayos controlados aleatorizados
- Publicados en los últimos 5 años
- Dientes de seres humanos
- Artículos en lengua inglesa en revistas indexadas en JCR.

4 Resultados

En un ensayo clínico (1) compararon la efectividad de 3 colutorios distintos en pacientes con alto riesgo de caries (escogidos mediante el modelo de evaluación del riesgo de caries CAMBRA). Los 3 grupos en los que se dividió a las personas fueron:

1. Colutorio a base de goma arábica
2. Colutorio a base de regalicia
3. Colutorio de clorhexidina

Se recogieron los datos al inicio y a los 3, 6, 9 y 12 meses. Los datos registrados fueron índice DMF (dientes cariados, perdidos por caries y obturados), recuento de *S. mutans* (SM) y de *Lactobacillus acidophilus* (LA).

En la evaluación a los 12 meses, existían diferencias estadísticas significativas entre los grupos 1 y 2 y el grupo 3; ya que en el grupo 3 eran mayores las puntuaciones obtenidas en el índice DMF.

En la evaluación a los 9 y 12 meses, en los G1 y G2 se mostró una reducción estadísticamente significativa de los recuentos de SM y LA, mientras que en el G3 se mostró un incremento estadísticamente significativo en los recuentos de LA y SM indicando que existía resistencia bacteriana tras un uso prolongado del colutorio de clorhexidina.

En otro ensayo clínico (2) compararon el uso de colutorio de clorhexidina versus el uso de colutorio innovador con extracto de regalicia.

Los resultados tras 1 semana de uso no mostraron diferencias significativas entre ambos respecto a los recuentos de *S. mutans*. Además, se encontró que los colutorios de regalicia estimulaban el flujo salival y, consecuentemente, se aumentaba el pH salival en los pacientes con alto riesgo de caries. Sin embargo, la clorhexidina mostraba mejores resultados cuando se medía el índice de placa.

En otro ensayo clínico controlado aleatorizado a doble ciego (3) se escogió a 30 participantes niños y 30 participantes ancianos con alto riesgo de caries y se les dividió en 3 grupos.

- Colutorio de clorhexidina
- Colutorio de xylitol
- Colutorio a base de probióticos

Se les pidió que realizaran enjuagues de 15 ml una vez al día durante 14 días y de 2 minutos de duración. Para ver la efectividad de los distintos agentes utilizados se analizaron los recuentos obtenidos de la cantidad de *S. mutans* presente (medido

en UFC). Los resultados mostraron que los 3 grupos mostraron una reducción significativa de los niveles de *S. mutans* después de los 14 días de uso de los colutorios. La reducción en la cantidad de *S. mutans* en los niños fue mayor con colutorio de probióticos (28%) que con xilitol (14%) mientras que en los ancianos los resultados fueron muy similares (23% vs. 22%).

*Porcentajes de reducción en la cantidad de *S. mutans* después del uso de los colutorios

- Clorhexidina → Niños 48% Ancianos 31%
- Xilitol → Niños 14% Ancianos 22%
- Probióticos → Niños 28% Ancianos 23%

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta las limitaciones de los distintos ensayos clínicos revisados, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- Los colutorios a base de regalicia y de goma arábiga muestran efectos prometedores en relación a la prevención de la caries y actividad antimicrobiana. Podrían servir de sustitutos de agentes químicos como la clorhexidina, siendo seguros y no nocivos en el uso prolongado de los mismos.
- Los colutorios a base de regalicia estimulan el flujo salival y, por tanto, elevan los niveles de pH salival.
- La clorhexidina sigue siendo el patrón oro en relación a la reducción de los valores analizados mediante el Índice de Placa.
- Los enjuagues a base de xilitol o a base de probióticos presentan una eficacia antimicrobiana comparable a los colutorios de clorhexidina; tanto en pacientes ancianos como en niños.

6 Bibliografía

1. Kamal, D., Hassanein, H., Akah, M., Abdelkawy, M. A., & Hamza, H. (2020). Caries preventive and antibacterial effects of two natural mouthwashes vs chlorhexidine in high caries-risk patients: A randomized clinical trial. *J Contemp Dent Pract*, 21(12), 1316-1324.
2. Helmy, N., Hafez, S., & Farid, A. (2021). Efficacy of Licorice on Salivary Streptococcus mutans Levels vs Chlorhexidine Mouthwash in High Caries Risk Patients:

A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 22(8), 914-921.

3. Krupa, N. C., Thippeswamy, H. M., & Chandrashekar, B. R. (2022). Antimicrobial efficacy of Xylitol, Probiotic and Chlorhexidine mouth rinses among children and elderly population at high risk for dental caries–A Randomized Controlled Trial. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 63(2), E282.

Capítulo 348

LA RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS

AINOA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Uno de los problemas de salud actual más relevantes en la medicina son las infecciones bacterianas. En el pasado, una infección bacteriana podía ser causante de muerte con facilidad.

Afortunadamente, en 1928 el científico Alexander Fleming descubrió el efecto del antibiótico de una sustancia producida por el hongo *Penicillium notatum*, adoptando el nombre de penicilina la sustancia antibacteriana producida. Gracias a ella, se consiguió reducir la mortalidad infantil provocada por las infecciones.

Tras el descubrimiento de la penicilina comenzó la búsqueda de nuevos compuestos antibacterianos, logrando obtener una gran cantidad de compuestos con actividad antibiótica. Estos compuestos han sido clasificados en diversas familias según su origen y forma de actuar: inhibidores de la síntesis de la pared celular, alteradores de la membrana plasmática e inhibidores de la síntesis proteica.

Un antibiótico es una sustancia capaz de causar la muerte o inhibir el crecimiento bacteriano. Son utilizados en las prácticas clínicas para combatir infecciones bacterianas. Sin embargo, en la actualidad los diferentes microorganismos han ido adaptándose a la presencia antibiótica y originando resistencia. La primera acción para elegir un antibiótico adecuado frente a un microorganismo será determinar si este presenta alguna resistencia. Conociendo el perfil de resistencia o sensibilidad se puede elegir el antibiótico adecuado, evitando fallos que pueden acarrear consecuencias.

2 Objetivos

- Conocer el antibiograma y las técnicas para la realización: por difusión y por dilución.
- Analizar e interpretar los resultados obtenidos del antibiograma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos científicos en las principales bases de datos: Scielo, Medline, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además se ha consultado libros de microbiología clínica aplicada al ámbito académico.

4 Resultados

El perfil de resistencia o sensibilidad de un microorganismo se obtiene mediante un procedimiento denominado antibiograma o prueba de sensibilidad. Existen diferentes métodos para la realización del antibiograma en función de las necesidades respiratorias del microorganismo, la forma de incorporación del antibiótico y el medio de cultivo empleado. Las técnicas empleadas deberán seguir las instrucciones establecidas por los organismos competentes como son el CLSI (Clinical and Laboratory Standard Institute) y el EUCAST (The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing). Estos organismos serán a su vez los responsables de establecer los criterios de interpretación. Las pruebas se pueden clasificar en antibiograma por difusión y por dilución.

Para el antibiograma por difusión existen dos métodos: disco-placa y el método de Epsilon-test. El método disco-placa es muy habitual y consiste en sembrar una placa con un inóculo de microorganismo puro y colocar sobre ella discos impregnados con antibiótico. El antibiótico difunde sobre el agar radialmente formando un gradiente de concentración. Si el microorganismo es sensible a dicho antibiótico, no crecerá en las inmediaciones del disco, generando un halo de inhibición. En cuanto al método Epsilon-test consiste en determinar la concentración mínima inhibitoria (CMI) mediante una difusión en placa utilizando una tira impregnada de antibiótico.

El antibiograma por dilución consiste en la utilización de diferentes concentraciones de antibiótico en el medio de cultivo y la comprobación del crecimiento

bacteriano en las diferentes concentraciones. El objetivo de este antibiograma es determinar la concentración mínima inhibitoria de antibiótico, se puede realizar tanto en medio de cultivo líquido como sólido. Para el medio sólido se deben preparar placas de agar con diferentes concentraciones y para el medio líquido se utilizan placas de microtitulación, permitiendo reducir la cantidad de material utilizado.

5 Discusión-Conclusión

El antibiograma tiene como objetivo evaluar la respuesta de un microorganismo a uno o varios antibióticos con el fin de emplear dicha información posteriormente en la toma de decisiones terapéuticas. La interpretación del antibiograma consiste en establecer si un microorganismos es sensible o resistente a un antibiótico.

Existen varios comités que han establecido tablas que correlacionan el diámetro del halo de inhibición o los valores de CMI con las categorías de sensible, intermedio o resistente. Un microorganismos sensible es inhibido in vitro por una concentración de antibiótico que se asocia a una alta probabilidad de éxito terapéutico. Un microorganismo intermedio es inhibido in vitro por una concentración de un antibiótico que se asocia a un efecto terapéutico incierto. Por último, un microorganismo resistente inhibido in vitro por una concentración de antibiótico que se asocia a una alta probabilidad de fracaso terapéutico.

6 Bibliografía

1. Cantón R. Lectura interpretada del antibiograma: una necesidad clínica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2010;28(6):375–85. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X1000087X>.
2. Larrosa MN, Canut-Blasco A, Benito N, Cantón R, Cercenado E, Docobo-Pérez F, et al. Recomendaciones del Comité Español del Antibiograma (COESANT) para la realización de los Informes de Sensibilidad Antibiótica Acumulada. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2022; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X22000143>
3. Hernández RN. Lectura interpretada del antibiograma. *Rev cuba med mil* [Internet]. 2013;42(4):502–6. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572013000400012&script=sci_arttext&lng=pt.

Capítulo 349

TIPOS DE RADIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CANCEROSAS

GUILLERMO MUÑOZ ZABALO

1 Introducción

Para iniciar este apartado, prestaremos una definición de lo que es la radioterapia: la radioterapia es el uso de la radiación de alta energía para dañar el ADN que contiene la células de los pacientes que tienen cáncer y destruir su capacidad para multiplicarse y crecer, creando nuevas células cancerosas. Se puede llevar a cabo mediante la utilización de máquinas llamadas aceleradores lineales, o mediante fuentes radioactivas que se colocan en el interior del paciente en forma temporal o permanente.

Cabe destacar, que el tratamiento por radioterapia no destruye de inmediato las células cancerosas que contenga el paciente en su interior. Para ello, se requieren días o incluso semanas de tratamiento antes de que el ADN esté dañado lo suficiente para que mueran estas células cancerosas. Después de la administración del tratamiento durante el tiempo necesarios, estas células cancerosas seguirán muriéndose semanas o meses después de terminar la radioterapia.

En España a día de hoy, la especialidad médica que se encarga de llevar a cabo la técnica de la radioterapia es la rama de oncología radioterápica, llevada a cabo por los equipos facultativos de radiooncólogos junto con sus ayudantes los técnicos en imagen para el diagnostico y medicina nuclear de los centros hospitalarios y que esta reconocida desde 1978.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son:

- Conocer el procedimiento para llevar a cabo los distintos tipos de radioterapia.
- Exponer los métodos de administración de radioterapia a pacientes con cáncer.

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: tipos, radioterapia, cáncer

4 Resultados

En este apartado explicaremos los diferentes tipos de radioterapia, que principalmente son dos: la radioterapia de haz externo y la radiación interna o braquiterapia.

- La radioterapia de haz externo :

La radioterapia de haz externo utiliza una serie de haces de alta energía, que son los rayos X o protones, para matar las células cancerosas del paciente. Durante el tratamiento, una máquina llamada acelerador lineal genera los haces de alta energía y la máquina los dirige hacia la glándula que genera este tipo de células produciendo la muerte de estas las células cancerosas mediante la destrucción del material genético que controla el crecimiento y la división de las células. En la trayectoria de los haces, muchas de las células sanas también se ven afectadas por la radiación, lo que ocasiona efectos secundarios para el paciente en algunas ocasiones. El objetivo de llevar a cabo este tratamiento es destruir las células malignas que producen cáncer y preservar, en la medida de lo posible, el tejido sano y normal que les rodea.

- La radiación interna o braquiterapia :

La radiación interna o braquiterapia es una técnica especial que emite radiación que tiene su base en la introducción de una fuente radioactiva en el tumor, es

decir, que implica colocar material radioactivo dentro del cuerpo del propio paciente. Esta técnica permite que los médicos apliquen dosis más altas de radiación a áreas más específicas del cuerpo, esto significa que los tejidos sanos que lo rodean no tendrán dosis de radiación. Esta técnica se aplica principalmente en pacientes portadores de tumores ginecológicos y genitourinarios.

En algunas ocasiones, esta técnica de braquiterapia podrá usarse junto con radioterapia de haces externos o con otros tratamientos para el cáncer, es decir, de una manera combinada. Un ejemplo de ello es la braquirradioterapia, que en ocasiones se usa después de haber realizado una cirugía en el paciente para continuar destruyendo algunas de las células cancerosas que puedan haber quedado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radioterapia ha demostrado en los últimos tiempos ser un tratamiento muy eficaz frente a la lucha contra los diferentes tipos de cáncer. Dado el elevado número de pacientes que se someten a él, es importante que los profesionales sanitarios como médicos radiólogos y técnicos en imagen para el diagnóstico y el equipo de enfermería tenga claro los efectos secundarios más habituales que pueden padecer este tipo de pacientes, para así de esta manera anticiparnos a ellos, dando pautas claras y sencillas sobre su cuidado y aclararle todas las dudas hará que el paciente sea capaz de llevar a cabo un buen autocuidado.

6 Bibliografía

- <https://es.wikipedia.org/wiki/Radioterapia>
- <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001918.htm>

Capítulo 350

RADIOLOGÍA FORENSE

NATALIA IGLESIAS HEREDIA

ÁLVARO MARTÍNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Desde el punto de vista del técnico de imagen para el diagnóstico, se demostró que las técnicas de tomografía computarizada (TC) no solo se utilizan con fines diagnósticos y médicos si no que se aplican en otras competencias como puede ser en investigación criminalística, investigación histórica e identificación. En este trabajo me gustaría explicar las técnicas en 3D y todo su proceso de reconstrucciones, así como explicar en qué consiste la morfometría, densitometría y las aplicaciones de las virtopsias.

Hoy en día los números de las autopsias hospitalarias han sufrido una disminución importante en nuestro país y en diferentes lugares del mundo.

Desde el siglo XIX, cuando el médico Rudolf Virchow introdujo el examen microscópico de la patología clásica que ayudó a establecer la patología moderna, la metodología de base para realizar las autopsias no ha cambiado significativamente.

La autopsia virtual tuvo sus inicios con la paleorradiología, que se empezó a utilizar pocos meses después del descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Conrad Roentgen en noviembre de 1895. Al año siguiente, en el mes de marzo, Carl Koenig y colaboradores emplearon la radiología para estudiar momias egipcias, tanto humanas como animales. Con el desarrollo de la TC y RM, el estudio de estos cuerpos es cada vez más preciso y se hace con mayor detalle. Con estos antecedentes se empezó a aplicar el estudio radiológico en cadáveres humanos.

Los estudios mediante imágenes virtuales son cada vez son más necesarios y más utilizados, este tipo de tecnología representa una gran utilidad en casos de medicina forense. Tiene una elevada capacidad de detectar con precisión y localizar anomalías comunes en la práctica forense, tales como hematomas, colecciones anormales de gas, fracturas, así como también como también cuerpos metálicos .

La autopsia forense, es utilizada en la investigación de muertes de origen traumático o accidental, es un procedimiento invasivo que emplea la disección del cuerpo humano con la finalidad de obtener información necesaria para aclarar la causa .

Aun así hay muchas complicaciones a la hora de interpretar estas imágenes, ya que hay gran diferencia entre una radiografía clínica y la interpretación post mortem. Las autopsias virtuales requieren de un entrenamiento adicional para la correcta interpretación de imágenes por tomografía en cadáveres.

Por norma general, las autopsias forenses se apoyan en pruebas radiológicas en determinadas investigaciones pero siguen siendo invasivas; el uso de la virtop-sias, en cambio, sólo requiere del uso de pruebas radiológicas, como puede ser tomografía computarizada, resonancias magnéticas, radiografías o incluso una nueva prueba que utiliza ultrasonidos para la realización de las autopsias no invasivas, ecopsias.

Las ecopsias, además de no ser invasivas, son mucho más rápidas que cualquier otra técnica, se dice que “puede estar lista para redactar el informe al mismo tiempo que una biopsia, pues las muestras son enviadas al laboratorio desde la sala de autopsias y ese mismo día pueden ser procesadas incluso las de cerebro”. Todos estos métodos de imagen proporcionan datos reales .

2 Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo :

Valorar las técnicas no invasivas para la realización de autopsias.

Dar a conocer sus utilidades y sus ventajas e inconvenientes.

Contemplar si es posible la realización de autopsias virtuales dependiendo de la patología y causa de la muerte 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

TÉCNICAS DE LAS VIRTOPSIAS

La virtopsia es el resultado de procedimientos de análisis y proceso de imagen (API), con una finalidad forense, estas técnicas se definen como el conjunto de procedimientos de índole manipulativo que se aplican sobre una imagen digital con una finalidad científica .

Estos procedimientos de análisis se han utilizado en tanatología, patología y traumatología forenses entre otras.

Se han utilizado en histopatología, extendiéndose desde la morfometría de diferentes tejidos hasta innovadoras aplicaciones en citogenética.

En criminalística algunas de estas técnicas han sido empleadas para el revelado de huellas y marcas de zapatos.

Entre las aplicaciones en antropología forense destacan la estimación de la edad de restos óseos a través de los dientes, estudios comparativos en cráneo, como también la identificación de senos paranasales frontales a través de tomografía computarizada.

Estas pruebas utilizan técnicas API sobre una imagen digital obtenida principalmente en tomografía computarizada o resonancia magnética. Estas imágenes digitales se almacenan en ficheros virtuales.

Todas las imágenes realizadas son almacenadas y ordenadas por un fichero índice, denominado DICOMDIR.

Cada una de las imágenes que se obtienen en los distintos cortes de TC o RMN . Esto posibilita que, mediante un software apropiado, puedan reconstruirse regiones anatómicas en tres dimensiones.

Hay varios sistemas aplicables en las virtopsias.

Muchos equipos de TC y RM disponen de software propio capaz de realizar estas tareas, incluso mediante reconstrucciones tridimensionales.

Técnicas de proceso:

Operaciones manipulativas, modificando alguna de las características de la imagen con diferente finalidad, que puede ir desde la mejora de su calidad, hasta el realce de detalles poco visibles o la detección de elementos apenas visibles u ocultos al ojo humano. Estos procesos pueden incluir:

- Magnificación
- Filtrado
- Detección de bordes
- Manipulación de paletas
- Sustracción de fondos y de imágenes
- Reconstrucción (2D, 3D)
- Interacción de píxeles (división, multiplicación, suma, resta, etc.)
- Manipulación matemática de píxeles (mediante operaciones aritméticas o funciones)
- Segmentación

Técnicas de análisis:

Son varias operaciones efectuadas sobre las imágenes obtenidas, cuyos resultados pueden ofrecer información acerca de algunas características especiales de algún objeto u objetos que corresponden a dicha imagen.

Gracias a ello se puede medir el tamaño, forma, perímetro, número de objetos determinados, densidad óptica, distancia entre objetos, ángulos, trayectorias, etc. Cada objetivo corresponde con una técnica en especial como puede ser:

- Morfometría: Se refiere al análisis cuantitativo de la forma, un concepto que abarca el tamaño y la forma.
- Densitometría: para medir la densidad de calcio existente en todos los huesos.
- Reconstrucciones tridimensionales.
- Otros procesos (contaje, colorimetría, etc.)

En las virtopsias pueden emplearse cualquiera de estas técnicas, la ventaja es que podemos hacerlo interactivamente sin alterar el modelo, que quedará siempre a nuestra disposición para realizar cualquier otra técnica.

Se llama visualización interactiva de la imagen a la posibilidad de examinar los ficheros obtenidos por técnicas de radiología digital y posteriormente, realzarla, modificarla, medirla, magnificarla y convertirla en un modelo tridimensional, que, a su vez, también puede ser manipulado.

APLICACIONES DE LAS VIRTOPSIAS EN PATOLOGÍA FORENSE

La utilización principal de esta aplicación es el estudio de la lesión y de la causa de la muerte, como puede ser identificación de hematomas ocultos, hemorragias abdominales, estudios de impacto, trayectorias de lesiones, principalmente con armas de fuego o armas blancas.

En la TC con contraste, en ocasiones se puede objetivar el lugar del sangrado activo como un área o punto de mayor densidad que la sangre libre o coagulada. La TC y la RM permiten visualizar el rostro del sujeto en tres dimensiones, lo que podría aplicarse a la realización de esculturas forenses virtuales a efectos

identificativos.

Todas estas pruebas son de gran utilidad a la hora de explicar un caso, además, las mediciones morfométricas son exactas y permiten una documentación exhaustiva.

La etiología y la causa de la lesión puede ser estudiada de manera muy detallada, por ejemplo, una fractura craneal o espinal puede ser valorada en sus detalles morfológicos y puede generarse un modelo en tres dimensiones, para que se pueda averiguar el mecanismo de producción de dicha lesión. También en lesiones de huesos largos resulta de gran utilidad este modelo tridimensional.

Estas técnicas permiten hacerse una idea exacta de las lesiones y de las causas, en este caso de una tetraplejia. Probablemente se produjo un movimiento de flexión que provocó un daño medular completo.

Una de las ventajas que ofrece este tipo de técnicas virtuales es que se puede estudiar el cuerpo humano si fuese necesario o una región concreta en tiempo real las veces que sean necesarias, si la necesidad de abrir y cerrar el cuerpo, lo que permite detectar detalles que podrían quedar ocultos con otros estudios como pueden ser hematomas, hemorragias..

5 Discusión-Conclusión

CONCLUSIONES

La radiología forense es un procedimiento de examen forense, basado en técnicas de radiología digital, como puede ser radiología convencional simple, tomografía computarizada, resonancia magnética o ecografía.

Son técnicas no invasivas, más rápidas y eficaces que una autopsia convencional. Estas técnicas no son exclusivas para cadáveres sino que también pueden utilizarse en un sujeto vivo como guías en otros procedimientos (biopsias guiadas o fluoroscopias).

Son técnicas sofisticadas que requieren de tecnología y entrenamiento en recursos digitales.

Las virtopsias se están desarrollando para que, en un futuro, sustituir del todo a las autopsias convencionales.

La tomografía computarizada es una herramienta de muy utilidad en el estudio de momias, caracterizando con gran detalle, sin dañar la integridad y permitiendo conocer con más detalle sobre la vida y la muerte.

La TC-M demostró ser una herramienta de extraordinaria utilidad en el estudio de la momia del niño del cerro El Plomo, caracterizándola con gran detalle, sin dañar su integridad y permitiéndonos conocer más sobre su vida y su muerte.

6 Bibliografía

Revistas:

AGHAYEV E, THALI M, JACKOWSKI C.

ALVARO SANHUEZA S, LIZBET PÉREZ M. Paleoradiología: estudio imagenológico del niño del cerro el plomo.

Revista Chilena de Radiología. 2005

Capítulo 351

EL TÉCNICO DE RAYOS EN QUIRÓFANO

FELIX VILLAFRANCA CASANOVES

JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ

REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA

1 Introducción

El bloque quirúrgico debe situarse en una misma planta y normalmente es una unidad funcional independiente del resto del Hospital. Debe tener una superficie mínima de 30m² y no superar los 35m². Sus paredes y suelo deben ser antiestáticos, con esquinas redondeadas que faciliten su limpieza.

La temperatura será estable entre los 20-24 grados, mientras que la humedad será del 30-60%. En cuanto a la ventilación, debe mantenerse una presión positiva y el aire se renovará un mínimo de 15 veces cada hora. Se debe limitar el número de personas que entran en el quirófano ya que a mas personas mas microorganismos circularán por el.

Los estudios radiológicos con equipos portátiles de Rayos X unicamente deben realizarse a pacientes que por su estado de salud no puedan ser trasladados al servicio de Radiodiagnóstico sin alterar los cuidados y tratamientos que reciben. El personal que normalmente trabaja en un quirófano va desde el equipo de cirujanos (cirujano jefe, cirujano residente), enfermero circulante, enfermero instrumentista, anestesista, auxiliar de quirófano, celador de quirófano y el técnico de

rayos que se encargará de manejar el arco en C y facilitar las imágenes anatómicas que se precisen durante la intervención quirúrgica a realizar

2 Objetivos

Explicar como funciona un quirófano, de que equipamiento humano y material consta, y las funciones del Técnico Superior en Radiodiagnóstico en el mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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 varias.

4 Resultados

Se realizarán exploraciones con equipos portátiles sobre todo en las Ucis, quirófano, Reanimación (REA), unidad cardíaca y urgencias. El Técnico Superior en Radiodiagnóstico (TER) debe comprobar el correcto funcionamiento del equipo (movimientos del equipo, conexiones etc..)

En el quirófano el TER deberá quitarse el uniforme y vestirse con ropa de quirófano así como llevar mascarilla, calzas y gorro. Hay que tener en cuenta los campos estériles existentes para evitar contaminarlos tanto con el propio equipo

(arco en C, equipo de rayos X portátil..), como con nuestra ropa, recordemos que el TER es personal no estéril dentro de quirófano. El equipo de rayos X (arco en C) se cubrirá con paños estériles y el tubo así como el intensificador de imagen se cubrirán con unas bolsas especiales también estériles antes de entrar en el campo estéril que cubre al paciente.

En quirófano el TER así como el resto de personal del mismo pondrán especial atención a las medidas de protección radiológica;

-Limitando el número de personal dentro del QX al necesario

-Dirigir el rayo sólo al paciente.., utilizando medidas de protección por parte

del personal (delantales plomados para cubrir el cuerpo.. cuellos para la tiroides..gafas plomadas etc..)

-Colimar el campo a radiar al mínimo imprescindible

El Técnico en Imagen para el Diagnóstico en quirófano al entrar en el mismo deberá comprobar el funcionamiento del arco en C, así como de los monitores, antes de que se inicie la intervención quirúrgica, en caso de haber algún problema primero revisará las conexiones haciendo una comprobación de las mismas y en caso negativo procederá a cambiar el arco por uno que funcione de manera correcta y seleccionará la técnica requerida según el tipo de intervención.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Radiodiagnóstico realiza unas funciones muy importantes, facilita a al equipo de cirujanos las imágenes que precisan para llevar a cabo una cirugía lo mas precisa y menos invasiva posible.

Maneja el equipo de rayos portatil y es responsable de administrar las mínimas dosis necesarias para ofrecer unas imágenes de calidad radiodiagnóstica así como radiar lo menos posible tanto al paciente como al resto de personal quirúrgico, también irá guardando cada imagen de la intervención para una posible visualización posterior por parte del cirujano o personal médico. Al finalizar limpiará el equipo y lo colocará en la zona habilitada para ello junto con el equipo de protección.

6 Bibliografía

1.

Marticorena J. Arco en c ¿Que beneficios obtienen los pacientes? [Internet]. Vasculaine. 2018 [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://vasculaine.pe/arco-en-c-ventajas-y-beneficios/>

Capítulo 352

EL TÉCNICO DE RAYOS EN URGENCIAS

FELIX VILLAFRANCA CASANOVES

JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ

REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA

1 Introducción

Lo primero que vamos a comentar es como funciona un servicio de Urgencias de un Hospital y que pasos se siguen respecto al paciente desde que este llega al mismo.

En el Servicio de Urgencias se va a tratar a los pacientes no según el orden en que llegan sino desde el punto de vista médico de la urgencia de la dolencia de los mismos, así por ejemplo un paciente que llega con una fractura abierta a las urgencias de un Hospital será tratado antes de otro que venga con un esguince.

Al entrar por Urgencias se van a seguir unos protocolos de atención, el primero sería Admisión, el segundo Información, y el tercero Triage;

-Admisión; Se le piden al paciente sus datos personales, dirección, etc.. así como su número de afiliación a la Seguridad Social y se le va a entregar una pulsera identificativa (si el estado del paciente al llegar a urgencias le impidiera realizar este paso lo harán sus acompañantes)

-Información; Aquí el personal sanitario facultativo que le atienda será el encarga

do de informar sobre las pruebas a realizar, evolución etc..(al propio paciente o a sus acompañantes o familiares si no fuera posible).

-Triage; Sirve para clasificar en 5 niveles (crítico, emergencia, urgencia, estandar y no urgente) la prioridad a la hora de atender a los pacientes atendiendo a la necesidad que requieran.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es explicar como funciona un Servicio de Urgencias desde que el paciente llega al hospital., como se valora la mayor o menor urgencia que requiere y explicar su posible paso a su vez por el servicio de Urgencias de Rayos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo 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 demás.

4 Resultados

Las funciones del Técnico de Rayos en el Servicio de Urgencias son entre otras realizar las radiografías que los facultativos les soliciten, bien sea de pacientes ubicados en algún box de urgencias, pacientes que pasan directamente al box vital y necesitan una placa de Tórax urgente y también realizar placas a aquellos pacientes que van siendo triados en las diferentes salas.

Tienen que tener especial cuidado a la hora de atender a pacientes politraumatizados ya que su movilidad puede ser muy reducida o prácticamente nula, así que deben valorar que tipo de placa le piden y realizarla de manera que sea lo menos molesta y dolorosa posible para el paciente.

En un paciente que viene en camilla se deben realizar primero las proyecciones laterales en buki mural o bien en directo (lateral de cervicales, lateral de rodilla, etc..) y posteriormente realizar las ap si es posible en la misma camilla o bien pa

sarle de la camilla a la mesa con mucho cuidado, maniobra que tendrá que realizarse entre varios celadores (el técnico ayudará si es preciso).

Es muy importante colocar y posicionar bien al paciente en general ya que esto hará que no se tengan que repetir placas innecesarias ya que esto supone una mayor radiación al paciente, así como colimar bien la zona de interés y utilizar los medios de protección en la medida de lo posible (chalecos plomados.. protector para las gónadas etc..).

En pacientes demenciados o con patologías psiquiátricas donde normalmente vienen con medidas de contención a la hora de realizar el estudio radiológico deberemos valorar la colocación del paciente en el sentido de liberar lo mínimo imprescindible de las contenciones para poder realizar el estudio de forma correcta.

5 Discusión-Conclusión

Hemos hablado de como funciona el servicio de Urgencias de un hospital, desde que llega el paciente, su recepción, triaje etc., también del papel del técnico de rayos en este servicio de urgencias realizando las radiografías que sean requeridas por los facultativos de urgencias.

También hemos comentado la manera de realizar una radiografía que tenga una buena calidad radiodiagnóstica que evite repeticiones innecesarias y así evitar radiar mas al paciente. Además de realizar radiografías en la sala de rayos de urgencias, el técnico de rayos se ocupará de realizar otras tareas.

Entre estas puede estar el realizar funciones administrativas en la realización de las Ecos de urgencias por parte del radiologo/a. También se encargará de realizar las radiografías portátiles que se soliciten por parte del servicio, tanto de pacientes de urgencias como de pacientes ingresados en los diferentes ser vicios del hospital (Ucis, planta cardiaca, neonatos etc..) siempre que estos requieran una radiografía urgente.

Además el técnico de rayos del servicio de urgencias atenderá los posibles quirófanos de urgencia que surjan..., deberá cambiar su atuendo por el de qui rófano y utilizará el arco en C para ofrecer a los cirujanos imágenes de calidad para que la intervención sea lo menos invasiva posible y el resultado de la mis ma sea lo

mas satisfactoria posible.

6 Bibliografía

1. de Enfermería RM y. La labor del Técnico de Rayos en el Servicio de Urgencias. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021 [citado el 30 de agosto de 2022]; Disponible en: <http://revistamedica.com/labor-tecnico-rayos-servicio-urgencias/>

2.
Externo O. La importancia del servicio de emergencias en un hospital [Internet]. Blog de Uniteco. Uniteco; 2021 [citado el 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://unitecoprofesional.es/blog/importancia-servicio-emergencia-hospital/>

Capítulo 353

GAMETOGÉNESIS IN VITRO A PARTIR DE CÉLULAS MADRE

LAURA ROMERO SORIANO

RAQUEL CAMPORRO LLANA

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

1 Introducción

En pleno siglo XXI, la infertilidad se presenta como un problema de salud global que parece haber venido para quedarse. Según la OMS, la infertilidad es “una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino, definida por la imposibilidad de lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección” [Fertilab, 2020]. Pese a que la infertilidad por sí sola no tiene por qué suponer un problema de salud física, no por ello debe verse como un problema menor, pues puede provocar graves deterioros en el ámbito psicosocial de las parejas afectadas [Fisher y Hammarberg, 2012].

En la última década, el porcentaje de parejas infértiles se ha visto incrementado de un 10 a un 15% y, además, se sabe que hoy día afecta a entre un 15 y un 25% de las parejas en edad reproductiva. Asimismo, cada vez existe mayor evidencia de que la cantidad y calidad de los gametos ha disminuido de forma considerable en las últimas dos décadas, tanto en hombres como en mujeres [Zhang et al., 2020; Zeng et al., 2015; Cui, 2010]. Esta situación ha fomentado en gran medida el desarrollo de la Medicina Reproductiva, y con ella, el de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) por todo el mundo.

Esta problemática ha supuesto un incremento de pacientes que acuden a las clínicas de reproducción asistida con grandes dificultades para producir gametos funcionales y por tanto para concebir. Generalmente, las opciones que se ofrecen a este tipo de parejas han sido siempre reducidas, limitadas casi exclusivamente a la donación de gametos [Zeng et al., 2015]. Aquí es donde entra en juego el importante papel de las células madre.

Recientemente, las células madre se han considerado dianas terapéuticas para muchas enfermedades, incluida la infertilidad, debido a su enorme capacidad de autorrenovación y alta diferenciación. Es por ello por lo que esta área emergente ha ganado una atención considerable en el ámbito de la Investigación Básica y Clínica, de la Biología del Desarrollo y fundamentalmente de la Medicina Reproductiva. En esta línea, numerosos estudios preclínicos han venido sugiriendo potenciales nuevos caminos para el tratamiento de la infertilidad, principalmente a través del uso de algunos tipos de células madre para la producción de gametos in vitro [Brunauer et al., 2017; Vanni et al., 2017; Volarevic et al., 2014].

2 Objetivos

Objetivo principal

- Determinar cuáles han sido las principales técnicas empleadas en la última década para el cultivo de gametos in vitro a partir de células madre, tanto en modelos animales como en humanos.

Objetivos secundarios

- Analizar las potenciales aplicaciones de estas técnicas en la actualidad, así como sus posibles limitaciones.
- Reflexionar sobre las perspectivas de futuro de dichas técnicas y comentar los posibles dilemas ético-legales que pueden derivarse de estas prácticas.

3 Metodología

El presente capítulo de libro fue realizado a través de una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diversas bases de datos científicas como Pubmed y ScienceDirect. Los artículos científicos fueron seleccionados en base a una serie de criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente por el propio investigador.

La búsqueda bibliográfica en esta revisión incluyó un total de 1159 artículos pub-

licados desde 2011 hasta 2021. Para maximizar la búsqueda y evitar pasar por alto artículos potencialmente relevantes, solo se incluyeron conceptos relacionados con el tema de investigación. Seguidamente, se revisó la lista de referencias por título y resumen, agregando aquellas que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Por último, se llevó a cabo una lectura completa de los artículos resultantes, almacenando los más relevantes en el gestor bibliográfico MENDELEY para una lectura posterior más profunda. Las estrategias de búsqueda se adaptaron a las diferentes bases de datos, ingresando las siguientes combinaciones de palabras clave:

- (((synthetic gametes) OR (artificial gametes)) AND (stem cells)))

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, no se establecieron restricciones respecto al idioma. Sin embargo, sí se restringieron aspectos como el tipo de documento, limitando la búsqueda a artículos empíricos o experimentales y revisiones; el intervalo temporal, seleccionando los artículos publicados en la última década; y el contenido del estudio, tomando aquellos que planteen técnicas para la obtención de gametos *in vitro* haciendo uso de células madre. En contraposición, se excluyeron las publicaciones duplicadas, cartas al editor, artículos previos al año 2011 y aquellos cuyo contenido estuviera relacionado con la gametogénesis *in vitro*, pero no empleara células madre. El total de resultados se redujo a 7 artículos, los cuales servirán de base para esta revisión.

4 Resultados

De forma reciente, han ido surgiendo potenciales estrategias para el tratamiento de la infertilidad a través del uso de este grupo de células madre. Generalmente se trata de complejos protocolos de laboratorio basados en el cultivo y diferenciación de estas células en otras líneas celulares hasta la obtención final de gametos funcionales.

La mayoría de los artículos científicos analizados han obtenido resultados satisfactorios en modelos animales a partir de la diferenciación de CMEm procedentes de blastocistos tempranos e iPSCs. Así pues, se ha podido demostrar que la obtención *in vitro* de gametos de ratón completamente funcionales es posible, tanto en machos [Hayashi et al., 2011] como en hembras [Hayashi et al., 2012]. Para ello, este grupo de investigación optó por la generación de células madre germinales a partir de CMEm e iPSCs, para posteriormente trasplantarlas a las gónadas de los ratones, logrando incluso a lograr descendencia fértil.

Estudios más recientes han corroborado estos hallazgos, demostrando además que es posible reconstituir el proceso completo de ovogénesis en el laboratorio a partir de CMEms e iPSCs para generar células funcionales parecidas a los ovocitos en roedores [Hikabe et al., 2016]. Sin embargo, en seres humanos, el único logro alcanzado hasta la fecha ha sido la obtención de ovogonias a partir de iPSCs humanas [Yamashiro et al., 2018].

Debido a que las técnicas anteriormente mencionadas presentan grandes limitaciones, especialmente para la obtención de gametos en seres humanos, actualmente se ha planteado la introducción de los cultivos organotípicos. Se trata de un tipo de cultivo tridimensional que permite recrear en el laboratorio las complejas interacciones celulares de la arquitectura del tejido original combinando los soportes de cultivo celular tradicionales con la impresión 3D. Sin embargo, pese a que estudios recientes han descrito avances significativos en la construcción de un organoide testicular [Cham, Chen & Honaramooz, 2021], aún no se ha conseguido reproducir el ciclo espermatogénico completo.

5 Discusión-Conclusión

La diferenciación in vitro de CMEms e iPSCs ha permitido ahondar en el estudio de los mecanismos subyacentes de ciertos trastornos relacionados con la infertilidad, así como entender mejor el complejo proceso de la gametogénesis obteniendo resultados satisfactorios en modelos animales.

La aplicación clínica enfocada hacia la terapia de reemplazo celular y la investigación básica en el campo de la Medicina Reproductiva, podrían ser potenciales utilidades de la diferenciación in vitro de este tipo de células madre, especialmente de las iPSCs. Estas evitarían las connotaciones éticas derivadas del uso de embriones humanos; el rechazo de trasplantes, permitiéndole acceder a una terapia totalmente personalizada y apenas invasiva. Además, se simplificaría la generación de células madre, proporcionando una base para el refinamiento de la gametogénesis in vitro que además permita una mejor comprensión del proceso in vivo.

No obstante, pese a los grandes avances que se han logrado en este campo, aún existen importantes limitaciones éticas y técnicas que dificultan su aplicación en la práctica clínica. Esto se debe a que la mayoría de las investigaciones han sido desarrollados en modelos animales, principalmente roedores. Esto supone ciertas limitaciones, ya que la metodología en el modelo de ratón es solo parcialmente

aplicable a otras especies.

Asimismo, los medios y protocolos de cultivo empleados han mostrado gran variabilidad, complicando aún más la extrapolación de los resultados al ser humano. Por otro lado, existe una gran preocupación por la carcinogénesis y los cambios epigenéticos que puedan derivarse del cultivo in vitro y que posteriormente podrían ser transmitidos a la descendencia, de ahí que todavía muchos de los procedimientos descritos todavía no se hayan llevado a la práctica clínica.

En conclusión, aunque la producción de gametos in vitro se ha planteado durante años como una posible opción futura para el tratamiento de la infertilidad, y pese a que en la última década han ido surgiendo estrategias muy prometedoras como la introducción de los cultivos organotípicos, la diferenciación in vitro más allá de la etapa germinal ha demostrado ser todavía un desafío en seres humanos. Se requiere por tanto una mayor profundización en este campo para asegurar la funcionalidad y seguridad de los gametos humanos obtenidos in vitro.

6 Bibliografía

1. Álvarez Martínez, O. (2016). La reproducción. Genética del sexo. Gametogénesis y ciclos biológicos. Fecundación y desarrollo embrionario en Meta-zoos. PublicacionesDidácticas, 72(1), 287-291.
2. Anawalt, B. D. (2013). Approach to male infertility and induction of spermatogenesis. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 98(9), 3532-3542.
3. Brunauer, R., Alavez, S., & Kennedy, B. K. (2017). Stem cell models: a guide to understand and mitigate aging? Gerontology, 63(1), 84-90.
4. Centro Cochrane Iberoamericano (2012). Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. Centro Cochrane Iberoamericano. Recuperado de: <http://www.cochrane-ne.es/q=es/node/269>. [último acceso: 27 de octubre de 2021].
5. Cham, T. C., Chen, X., & Honaramooz, A. (2021). Current progress, challenges, and future prospects of testis organoids. Biology of Reproduction, 104(5), 942-961.
6. Cui, W. (2010). Mother or nothing: the agony of infertility. World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization, 88(12), 881.
7. Doungkamchan, C., & Orwig, K. E. (2021). Recent advances: fertility preserva-

tion and fertility restoration options for males and females. *Faculty Reviews*, 10.

8. Evans, M. J., & Kaufman, M. H. (1981). Establishment in culture of pluripotent cells from mouse embryos. *nature*, 292(5819), 154-156.

9. Fayomi, A. P., Peters, K., Sukhwani, M., Valli-Pulaski, H., Shetty, G., Meistrich, M. L., ... & Orwig, K. E. (2019). Autologous grafting of cryopreserved prepubertal rhesus testis produces sperm and offspring. *Science*, 363(6433), 1314-1319.

10. Fertilab: Medicina Reproductiva (2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) acaba de publicar su hoja informativa sobre infertilidad. Recuperado el 13 de septiembre del 2021 de <http://www.fertilab.com.ar/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-acaba-de-publicar-su-hoja-informativa-sobre-infertilidad/>

11. Fisher, J. R., & Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian journal of andrology*, 14(1), 121.

12. Gallo, A., Boni, R., & Tosti, E. (2020). Gamete quality in a multistressor environment. *Environment international*, 138, 105627.

13. Hanson, B. M., & Hotaling, J. M. (2020). Male factor infertility: genetic and epi-genetic aspects. In *Human Reproductive Genetics* (pp. 123-142). Academic Press.

14. Hayashi, K., Galli, C., Diecke, S., & Hildebrandt, T. B. (2021). Artificially produced gametes in mice, humans and other species. *Reproduction, Fertility and Development*, 33(2), 91-101.

15. Hayashi, K., Ohta, H., Kurimoto, K., Aramaki, S., & Saitou, M. (2011). Reconstitution of the mouse germ cell specification pathway in culture by pluripotent stem cells. *Cell*, 146(4), 519-532.

16. Hikabe, O., Hamazaki, N., Nagamatsu, G., Obata, Y., Hirao, Y., Hamada, N., ... & Hayashi, K. (2016). Reconstitution in vitro of the entire cycle of the mouse female germ line. *Nature*, 539(7628), 299-303.

17. Hikabe, O., Hamazaki, N., Nagamatsu, G., Obata, Y., Hirao, Y., Hamada, N., ... & Hayashi, K. (2016). Reconstitution in vitro of the entire cycle of the mouse female germ line. *Nature*, 539(7628), 299-303.

18. Irie, N., & Surani, M. A. (2017). Efficient induction and isolation of human

primordial germ cell-like cells from competent human pluripotent stem cells. In *Germline Stem Cells* (pp. 217-226). Humana Press, New York, NY.

19. Lim, J. J., Sung, S. Y., Kim, H. J., Song, S. H., Hong, J. Y., Yoon, T. K., ... & Lee, D. R. (2010). Long-term proliferation and characterization of human spermatogonial stem cells obtained from obstructive and non-obstructive azoospermia under exogenous feeder-free culture conditions. *Cell proliferation*, 43(4), 405-417.

20. Marc-Luetjens, C., Stukenborg, J. B., Nieschlag, E., Simoni, M., & Wistuba, J. (2008). Complete spermatogenesis in orthotopic but not in ectopic transplants of autologously grafted marmoset testicular tissue. *Endocrinology*, 149(4), 1736-1747.

21. Martin-Inaraja, M., & Eguizabal, C. (2021). Artificial gametes: Where are we in 2021? *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 8(3), 100104.

22. MSD salud, (2019). La infertilidad. Manual MSD: versión para público general. Recuperado el 13 de septiembre del 2021 de <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/fertilidad/infertilidad.html>.

23. Nakaki, F., Hayashi, K., Ohta, H., Kurimoto, K., Yabuta, Y., & Saitou, M. (2013). Induction of mouse germ-cell fate by transcription factors in vitro. *Nature*, 501(7466), 222-226.

24. Pimentel-Parra, G. A., & Murcia-Ordoñez, B. (2017). Células madre, una nueva alternativa médica. *Perinatología y Reproducción Humana*, 31(1), 28-33.

25. Rieger, D. (2012). Culture systems: physiological and environmental factors that can affect the outcome of human ART. *Embryo Culture*, 333-354.

26. Saha, S., Roy, P., Corbitt, C., & Kakar, S. S. (2021). Application of Stem Cell Therapy for Infertility. *Cells*, 10(7), 1613.

27. Takahashi, K., & Yamanaka, S. (2006). Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors. *cell*, 126(4), 663-676.

28. Vanni, V. S., Viganò, P., Papaleo, E., Mangili, G., Candiani, M., & Giorgione, V. (2017). Advances in improving fertility in women through stem cell-based clinical platforms. *Expert opinion on biological therapy*, 17(5), 585-593.

29. Volarevic, V., Bojic, S., Nurkovic, J., Volarevic, A., Ljubic, B., Arsenijevic, N., ... & Stojkovic, M. (2014). Stem cells as new agents for the treatment of infertility: current and future perspectives and challenges. *BioMed Research International*,

2014.

30. Yamashiro, C., Sasaki, K., Yabuta, Y., Kojima, Y., Nakamura, T., Okamoto, I., ... & Saitou, M. (2018). Generation of human oogonia from induced pluripotent stem cells in vitro. *Science*, 362(6412), 356-360.
31. Zeng, F., Huang, F., Guo, J., Hu, X., Liu, C., & Wang, H. (2015). Emerging methods to generate artificial germ cells from stem cells. *Biology of reproduction*, 92(4), 89-1.
32. Zhang, P. Y., Fan, Y., Tan, T., & Yu, Y. (2020). Generation of artificial gamete and embryo from stem cells in reproductive Medicine. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 8, 781.

Capítulo 354

IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA RADIOLOGICA DE LA MAMOGRAFÍA. CONCIENCIACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

FÁTIMA MORO PULIDO

GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN

ALBA GRUESO PEREZ

1 Introducción

A lo largo de los años se ha experimentado un crecimiento de cáncer de mama. Es por ello que cada vez la población está más concienciada de la necesidad de pruebas de control aun no teniendo sintomatología para detectar un posible cáncer de mama en estado inicial. La prueba de imagen de elección, en este cribado, es la mamografía.

Es importante saber que el grupo de mayor riesgo se encuentran las mujeres de 35 y 80 años. Podemos concretar que además entre los 45 y 65 años es más posible poder desarrollar este tipo de cáncer, pues afecta en gran medida la parte hormonal.

En el servicio madrileño de salud como plan de actuación se ha establecido que de los 50 a los 69 años se realice mamografías de control como mecanismo preventivo.

Existen varios factores que pueden favorecer la aparición de este tumor. Estos van desde malos hábitos alimenticios y de salud a factores genéticos.

Como métodos de imagen utilizados en el cribado de cáncer de mama utilizaremos la mamografía en 2D o 3D (tomosíntesis), aunque existen otras pruebas diagnósticas que pueden ayudar también en la detección de este cáncer como son, la ecografía y la resonancia magnética nuclear.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de los controles preventivos de mamografía
- Descubrir las diferentes pruebas diagnósticas empleadas para la detección del cáncer de mama
- Exponer la importancia del papel que desempeña el técnico especialista en imagen para el diagnóstico

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

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, existen varias pruebas de imagen, que podemos emplear para ayudar en la detección del cáncer de mama.

La mamografía es la que utilizaremos para el cribado en paciente que cumplen con los estándares de edad existentes en cada comunidad autónoma. Esta prueba de imagen utiliza rayos x. La radiación a largo plazo puede ser cancerígena y el control de mamografía tenemos que repetirlo de forma rutinaria durante un gran periodo de tiempo en la vida de cada paciente, es por ello que el técnico especialista en radiodiagnóstico tiene que intentar velar por la radioprotección del paciente, ajustando la dosis para obtener una imagen diagnóstica con la mejor técnica y la menor radiación posible.

Es importante evitar en todo caso la repetición de mamografías, y para eso es necesario que el personal que realiza este estudio este acostumbrado a realizar

estas pruebas.

Para realizar una mamografía se realizaran dos radiografías de cada mama en posiciones diferentes, por lo que el estudio final se compondrá de cuatro radiografías.

Hay casos en los que sería necesario completar el estudio con alguna radiografía específica, de una zona concreta de la mama. A este tipo de radiografía se la conoce como localizada y magnificada.

Con respecto a la utilización de equipos de protección como son los protectores de tiroides ha habido mucha controversia, pero a día de hoy se estima que no es necesario utilizarlo, pues el riesgo de tener que repetir la mamografía aumenta al tener presente que el protector puede entrar dentro del campo del haz de radiación.

La mamografía se utiliza para valorar patologías no palpables como pueden ser las microcalcificaciones. Para el diagnóstico de bultos palpables, es más recomendable el empleo de la ecografía, pues es más útil para poder discernir si el contenido del mismo es líquido o sólido y así saber si estamos hablando de un cáncer benigno o maligno.

A su vez, para la rotura de prótesis mamarias también es muy útil la ecografía. Cuando hay duda en el diagnóstico de una lesión que no es posible valorarla con mamografía ni ecografía se utiliza la resonancia magnética, ya que es una técnica que muestra imágenes de gran precisión.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este capítulo hemos podido ver la importancia que supone la detección temprana del cáncer de mama. Aunque este cáncer supone uno de los más extendidos y no siempre es posible evitar las muertes generadas por el mismo, la mamografía es la prueba de imagen que mejores resultados ha demostrado en la prevención de este tipo de tumor. Aun así hay veces que el estudio tiene que completarse con otras pruebas de imagen como son la ecografía mamaria y la resonancia magnética.

Por ultimo recordar la importancia del técnico en imagen para el diagnóstico, ya que es el encargado de realizar estas pruebas diagnósticas.

6 Bibliografía

1. Cáncer de mama hereditario [Internet]. GEICAM - Investigación en Cáncer de Mama. 2016 [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible

en: <https://www.geicam.org/cancer-de-mama/el-cancer-de-mama-se-puede-prevenir/el-cancer-de-mama-es-hereditario>

2. Mamografías [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2017 [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-mamografias>

Capítulo 355

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS

RAQUEL CAMPORRO LLANA

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

LAURA ROMERO SORIANO

1 Introducción

La Leucemia Aguda es un tipo de neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación incontrolada de precursores hematopoyéticos inmaduros comúnmente conocidos como blastos o células leucémicas. Estas células inmaduras tienden a invadir la médula ósea para posteriormente diseminarse por sangre periférica y otros órganos, impidiendo la proliferación y diferenciación de células hematopoyéticas normales en etapas muy tempranas.

Según la clasificación de la OMS, “debe haber más de un 20% de blastos en la médula ósea respecto al total de células para hacer el diagnóstico” El término de leucemia “aguda” hace referencia a esa proliferación de blastos inmaduros, pues en las leucemias crónicas las células maduran parcialmente aunque no por ello son funcionales. Por ende, en la Leucemia Aguda se van a producir alteraciones en la transcripción de determinados genes que van a impedir la diferenciación de los blastos en sus formas maduras, pero que sí permitirán que continúen proliferando y acumulándose generando lo que se conoce como “hiato leucémico”.

La mayoría de las Leucemia Aguda son idiopáticas. Si bien es cierto que existen ciertos factores de riesgo que pueden estimular su aparición como por ejemplo: inmunodeficiencias, ciertos trastornos sanguíneos, factores genéticos, exposición a radiaciones ionizantes, etc.

Atendiendo al momento de aparición, estas pueden ser: primarias ("de novo"), o bien secundarias (tras haber estado expuesto a determinados tratamientos quimioterápicos y/o radioterápicos). Por otro lado, atendiendo al origen de los blastos las Leucemias Agudas pueden clasificarse en: Leucemia Mieloide Aguda, Leucemia Linfoide Aguda, y Leucemia Aguda Indiferenciada o bifenotípica, aunque esta última es bastante rara.

La leucemia mieloide aguda es uno de los tipos más comunes de leucemia en adultos y es poco común antes de los 45 años. Aun así, la leucemia mieloide aguda es bastante rara en general y representa solo alrededor del 1% de todos los cánceres diagnosticados a nivel mundial. La edad promedio del primer diagnóstico es de aproximadamente 68 años.

Debido a que las series maduras disminuyen en sangre periférica, este tipo de pacientes presentarán pancitopenia, es decir, valores de glóbulos rojos, leucocitos funcionales y plaquetas por debajo de lo normal, lo que puede provocar fiebre, hemorragias y anemia, e incluso en ocasiones, hepatoesplenomegalia y linfadenopatías.

La clasificación FAB cuenta con 8 subclases de Leucemia Mieloide Aguda basándose en el tipo y en su grado de madurez, de mayor a menor. Como complemento de las tinciones hematológicas convencionales se suelen emplear técnicas citoquímicas. En la actualidad este sistema de clasificación sigue vigente, aunque con algunas incorporaciones como la citogenética.

2 Objetivos

Objetivo principal

- Analizar las principales técnicas de laboratorio empleadas para el diagnóstico de la Leucemia Mieloide Aguda.

Objetivo secundario

- Describir potenciales tratamientos disponibles hasta la fecha

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica en esta revisión se realizó en base a artículos científicos publicados desde 2010 hasta 2022 en las bases de datos con mayor tráfico digital: PubMed, ScienceDirect y Scopus. Las estrategias de búsqueda se adaptaron a las diferentes bases de datos, ingresando combinaciones de palabras clave relacionadas con el tema de investigación como: "Acute Myeloid Leukemia", "Diagnosis", "Therapy".

Para maximizar la búsqueda y evitar pasar por alto artículos potencialmente relevantes, solo se incluyeron conceptos relacionados con el tema de investigación. Seguidamente, se revisó la lista de referencias por título y resumen, agregando aquellas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Por último, se llevó a cabo una lectura completa de los artículos resultantes, almacenando los más relevantes en el gestor bibliográfico MENDELEY para una lectura posterior más profunda.

4 Resultados

El diagnóstico de la Leucemia Mieloide Aguda consta de varias fases. Inicialmente se suele realizar un hemograma para valorar el porcentaje de leucocitos, eritrocitos y plaquetas en sangre periférica. Los pacientes con Leucemia Mieloide Aguda presentarán leucocitosis y citopenias graves en eritrocitos y plaquetas. También suelen darse niveles elevados de ácido úrico, de LDH y coagulación intravascular diseminada.

En el caso de que los valores del hemograma estén alterados, se procederá a realizar un frotis sanguíneo de sangre periférica en búsqueda de los característicos mieloblastos con bastones de Auer.

Por último, si las pruebas anteriores han mostrado evidencias de Leucemia Mieloide Aguda, será necesario realizar un aspirado de médula ósea para valorar la morfología de los blastos, los cuales suelen ser más grandes de lo normal, también con bastones de Auer en su citoplasma. Para su caracterización se suelen emplear técnicas morfológicas, citoquímicas, inmunofenotípicas, citogenéticas y moleculares.

Durante décadas, la Leucemia Aguda en pacientes adultos ha tenido pronósticos desfavorables, ya que el único tratamiento disponible era la quimioterapia y/o

radioterapia. No obstante, en la actualidad han comenzado a desarrollarse nuevos tratamientos conocidos como "Target Therapies".

Este término engloba un grupo de fármacos que actúan sobre alteraciones específicas de las células neoplásicas y que pueden mejorar las expectativas de supervivencia de los pacientes. Un ejemplo de ello es el uso de anticuerpos monoclonales como por ejemplo el complejo gemtuzumab-ozogamicina.

Se trata de un agente quimioterápico compuesto por un anticuerpo de tipo IgG conjugado con un antibiótico antitumoral citotóxico (caliqueamicina). El mecanismo de acción tiene lugar mediante el reconocimiento del antígeno de superficie CD33 presente en la superficie de las células leucémicas, pero no en células hematopoyéticas normales. Una vez se ha producido la unión específica Ag-Ac, este complejo es introducido en el interior celular, momento en el que la caliqueamicina puede ejercer su acción citotóxica.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar, la mayor parte de las pruebas empleadas para el diagnóstico de la Leucemia Mieloide Aguda resultan demasiado subjetivas, ya que dependen del criterio y de la experiencia del observador que esté realizando la prueba. Es por esto por lo que se prevé que la demanda de pruebas más sofisticadas aumente aún más con la introducción de las "Target Therapies".

Así pues, las terapias futuras para la Leucemia Mieloide Aguda parecen estar encaminadas al desarrollo de nuevos agentes dirigidos a moléculas concretas específicas de cada paciente. Asimismo, su uso podría ser complementado con los fármacos de quimioterapia convencionales con el fin de potenciar el tratamiento. De este modo, los futuros avances en biología molecular y secuenciación genética resultarán cruciales.

6 Bibliografía

1. Ael-Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. ¿Qué es la Leucemia Linfoblástica Aguda? Recuperado el 11 de febrero de 2022.
2. Instituto Nacional del Cáncer. Leucemia. MedlinePlus. Recuperado el 10 de febrero de 2022.

3. Kantarjian, H., Kadia, T., DiNardo, C., Daver, N., Borthakur, G., Jabbour, E., ... & Ravandi, F. (2021). Acute myeloid leukemia: Current progress and future directions. *Blood cancer journal*, 11(2), 1-25.
4. La Sociedad Americana Contra el Cáncer. (2022). Estadísticas importantes sobre la leucemia mieloide aguda (AML). American Cancer Society. Recuperado el 14 de febrero de 2022.
5. Leukemia & Lymphoma Society (2020). The ALL Guide: Information for Patients and Caregivers. Recuperado el 10 de febrero de 2022.
6. Pérez Jiménez, E., & Díaz Almenara, E. (2020). Manifestaciones orales en pacientes con leucemia. *Revista Europea de Odontoestomatología*.
7. Sánchez Salinas, A., Monserrat Coll, J., Rosique Cortina, P., & Moraleda Jiménez, J. M. (2012). Leucemias agudas. *Medicine*, 11(21), pp.1268–1279.

Capítulo 356

DOSIS ABSORBIDA EN MAMOGRAFÍA. RX (TSID)

JAVIER NÚÑEZ MUÑOZ

REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA

FELIX VILLAFRANCA CASANOVES

1 Introducción

El cáncer de mama en el mundo es un problema de salud muy importante durante la última mitad del siglo veinte a hoy día, tanto en mujeres como en hombres, aunque un porcentaje mayor en ellas.

La lectura de mamografías es la mejor elección de técnica de detección precoz del cáncer de mama y la primera que se realiza al paciente, ya que es el único método de análisis de imágenes que mejor ha demostrado disminuir o anticiparse a las tasas de mortalidad por cáncer de mama y así poder prevenirlo o evitarlo lo antes posible.

Los sistemas CAD, usa las tecnologías informáticas en la detección de anomalías en imágenes mamográficas y con ello el empleo de dichos resultados obtenidos por el técnico especialista en diagnóstico, ello constituyen un papel importantísimo en la detección precoz del cáncer de mama. Durante los últimos años, los sistemas CAD y estas técnicas relacionadas han sido objetos de estudio en investigación.

Existen varios temas de investigación relacionados con la detección del cáncer de mama y los sistemas CAD, como por ejemplo: alta eficiencia y alta precisión

en los algoritmos de detección de lesiones patológicas (calcificaciones, masas, distorsiones de la arquitectura y asimetrías bilaterales, entre otras).

2 Objetivos

La finalidad del presente trabajo consiste en fundamentar que utilizando diferentes técnicas para perfeccionar el control de calidad, se mejoraría la calidad tanto de la salud del paciente como de la imagen al realizar una mamografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 dosis absorbida es una magnitud que expresa la cantidad de energía absorbida por unidad de masa de un material. Es una magnitud genérica, definida para cualquier tipo de radiación o material, se utiliza en radiobiología, ya que es una excelente forma para poder estimar de manera precisa el daño producido por la radiación en un órgano que ha sido irradiado por un tipo en concreto de radiación.

En el Sistema Internacional la unidad en la que se mide es el Gy. Un Gy equivale a 100 rad. Si se desea convertir un valor de exposición (R) en dosis absorbida (Gy), deben utilizarse factores de conversión que dependen del material utilizado. En el caso de haces de rayos X utilizados en radiodiagnóstico, los factores de conversión tienen valores entre 0,91 y 0,95 aproximadamente para la mayoría de los diferentes tejidos.

En mamografía la dosis absorbida es elevada, la densidad de la mama es o suele ser alta y para que se dé una buena resolución es muy importante una gran dosis. Los equipos en la actualidad dan una dosis necesaria según dicha mama necesite para que se vea bien y posteriormente el CAD dará una imagen clara y concisa y así poder observar bien todas las estructuras y formas de la mama y así evitar que

la imagen de error de resultado o de una imagen que no es real a lo que realmente hay.

También hay que destacar sin entrar en detalle, ya que no es el tema, que en el caso de que se pusiese un delantal de tiroides (el cual no se debe poner), ello haría que la dosis absorbida aumentase debido a que se podría solapar con el rx y dar más radiación, peor calidad de imagen y debiendo repetir la mamografía.

5 Discusión-Conclusión

Los rayos X son de naturaleza electromagnética, pero se originan en las zonas orbitales de los átomos, como consecuencia de la acción de los electrones más atentos sobre la corteza del átomo. Estos son de menor energía, pero presentan una gran capacidad de penetración y son absorbidos por apantallamientos especiales de grosor elevado.

Para la realización de una mamografía, como hemos explicado, requiere una dosis alta, la cual es necesaria, aunque sea elevada, ya que puede ser muy beneficiosa y poder ver todas las estructuras necesarias para poder comparar bien con mamografías anteriores si se tienen o nuevas y poder dar un buen informe diagnóstico.

6 Bibliografía

1. D. Andiscoa, c, S. Blancob y A.E. Buzzi,. Radioprotección/Actualización en Radiología. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004876191400012X>. 2014.
2. Adoración Pascual Benés y Enrique Gadea Carrera. Radiaciones ionizantes: normas de protección, Instituto Nacional de Seguridad en el Trabajo. 2005.

Capítulo 357

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA INMUNOTERAPIA. ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL CÁNCER

PAULA CANO SANCHEZ

VANESSA PORTILLO MAESTRE

RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA

JUDIT ORTEGA MARTÍN

KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA

1 Introducción

A día de hoy, el cáncer constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo, registrando una incidencia de más de diecinueve millones de casos a escala mundial en el año 2020. El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) estima que, para las siguientes dos décadas, estas cifras crecerán en más de un cincuenta por ciento. Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en España en el año 2021 fueron de mama (11,7 %), pulmón (11,4 %), colorrectal (10 %), prostático (7,3 %), estomacal (5,6 %) y de hígado (4,7 %), con una proporción mayor en mujeres menores de cuarenta y cinco años, y de hombres mayores de sesenta y cinco.

Se trata de una enfermedad genética producida por la división excesiva y descontrolada de un grupo de células que terminan por invadir y dañar otros órganos, impidiéndoles realizar sus funciones con normalidad. La gran mayoría de los cánceres tienen carácter esporádico, siendo producidos por mutaciones somáticas que ocurren en el tejido que da lugar a la neoplasia.

Los anticuerpos monoclonales son proteínas del sistema inmunitario creadas en el laboratorio mediante hibridación con el propósito de destruir agentes que causan enfermedades mediante su unión a dianas específicas en las células tumorales. La producción de anticuerpos monoclonales se remonta a 1975, cuando Georges Köhler y César Milstein fusionaron por primera vez linfocitos con células de mieloma y obtuvieron un hibridoma, es decir, una línea celular inmortal secretora de anticuerpos contra antígenos específicos.

2 Objetivos

Conocer, como técnico superior de laboratorio, la importancia de los anticuerpos monoclonales como tratamiento contra el cáncer.

Identificar los distintos anticuerpos monoclonales y las terapias para las que se utilizan.

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

El procedimiento de obtención de anticuerpos monoclonales comienza con la inmunización de un ratón con el antígeno de interés y la posterior extracción de los linfocitos B del bazo del animal y su fusión con células tumorales de mieloma. Dicha fusión da lugar al hibridoma, que tiene la capacidad de producir grandes cantidades de un único tipo de anticuerpo (linfocitos B) y de multiplicarse indefinidamente (propio de las células tumorales). El siguiente proceso consiste en la selección de los hibridomas más eficientes en términos de producción y

especificidad, seguida de la expansión del clon; de esta forma se produce de manera inagotable anticuerpos idénticos de un único linfocito B, siendo específicos de epítomos individuales.

En 1970 se lanzó el primer anticuerpo monoclonal con aplicación en oncología, y en la actualidad hay veintisiete AcM aprobados para su uso como tratamiento contra el cáncer, a pesar de que la quimioterapia sigue siendo el tratamiento más utilizado para combatir esta enfermedad. Los anticuerpos monoclonales son un tipo de terapia dirigida contra dianas específicas de células cancerosas, que presentan una importante ventaja frente a los compuestos utilizados tradicionalmente.

La USAN (United States Adopted Name) estableció una nomenclatura para los anticuerpos terapéuticos en función de su procedencia y el uso para el cual fueron diseñados. Todos ellos terminan con el sufijo “mab” que indica que es un anticuerpo monoclonal (monoclonal antibody). Si el origen del anticuerpo es el ratón se añade la letra “o” por delante del sufijo “mab”. Si es quimérico se añade “xi”; y si es humanizado se añade “zu”. Si el anticuerpo fue diseñado contra un blanco tumoral, a los dos sufijos anteriores se antepone la sílaba “tu”.

Los principales fármacos biológicos utilizados en la actualidad son los siguientes:

- Bevacizumab:

Se trata de un anticuerpo monoclonal que se une a los receptores del factor de crecimiento de endotelio vascular (VEGF), molécula encargada de la formación de nuevos vasos sanguíneos en el tumor (angiogénesis). Al unirse a sus receptores VEGFR1 y VEGFR2, el Bevacizumab bloquea la unión de VEGF a los mismos en la superficie de las células endoteliales, e impide tanto la formación de nuevos vasos sanguíneos como la proliferación celular por medio de una reducción de la llegada de sangre y nutrientes a la masa tumoral.

Este fármaco se utiliza para el tratamiento contra el cáncer colorrectal, cáncer de pulmón no microcítico avanzado, cáncer de las células renales, cáncer de ovario epitelial, carcinoma de Trompa de Falopio y carcinoma peritoneal.

- Trastuzumab

Este fármaco biológico se une con gran afinidad al receptor HER2, la sobreexpresión de este gen HER2 se observa en un 70% de tumores primarios de mama. Tras la unión se bloquea la activación del gen, y por tanto las células no proliferan y tampoco se desarrollan.

El trastuzumab está indicado para pacientes con cáncer de mama HER2+, cáncer de estómago HER2+ y cáncer de esófago HER2+

- Rituximab

Se une de forma específica al antígeno CD20, expresado por linfocitos pre-B y

B maduros. El receptor para dicho antígeno (CD20) se encuentra en la mayoría de células B malignas producidas en el linfoma no-Hodgkin (NHL), así como en algunas de las células B anormales que se producen en la LLC.

- Ipilimumab

Este fármaco ha sido utilizado para tratar pacientes con melanoma, principalmente, aunque también se ha utilizado en carcinomas de riñón, cáncer de pulmón no-microcítico o cáncer de esófago escamoso avanzado, entre otros.

El antígeno 4 asociado al linfocito T citotóxico (CTLA-4) es un regulador fundamental en la actividad de dichos linfocitos. Este AcM se comporta como inhibidor del punto de control inmunológico, bloqueando las señales inhibitorias de las células T inducidas a través de la vía CTLA-4, lo que provoca en última instancia un aumento del número de células T efectoras que van a dirigir un ataque inmune contra las células tumorales.

5 Discusión-Conclusión

La terapia basada en fármacos biológicos conlleva un riesgo de reacciones inmunológicas graves debido a su mecanismo de acción, pero son menos frecuentes que las reacciones a la quimioterapia. Además, no todas las células tumorales expresan receptores en su membrana, por lo que hay pacientes que no pueden ser tratados de esta forma.

Los agentes quimioterapéuticos, que actúan evitando que las células se desarrollen y proliferen, no son capaces de diferenciar entre células sanas y cancerosas (no son específicas de la célula tumoral).

Los anticuerpos monoclonales, que son administrados por vía intravenosa, bloquean el crecimiento y la expansión del tumor al interaccionar con moléculas específicas. Esta terapia se basa en la especificidad de los anticuerpos monoclonales a la hora de unirse a moléculas concretas producidas por el tumor, desencadenando la muerte de las células cancerosas, lo cual disminuye los efectos secundarios de la quimioterapia.

6 Bibliografía

- 1] <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/inmunoterapia/anticuerpos-monoclonales.html>
- [2]<https://juntosxtusalud.com/farmacos-biologicos>.
- [3]<https://www.mabxience.com/es/blogs/como-funcionan-los-cuerpos-monoclonales-contr-el-cancer/>.

[4]https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/avastin-epar-product-information_es.pdf.

Ficha técnica de bevacizumab.

[5]https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/herceptin-epar-product-information_es.pdf.

Ficha técnica de trastuzumab.

[6]https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/mabthera-epar-product-information_es.pdf.

Ficha técnica de rituximab.

[7]https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/yervoy-epar-product-information_es.pdf.Ficha

técnica de ipilimumab. Consultado el 27/05/2022

Capítulo 358

MUESTRAS BIOLÓGICAS EN EL LABORATORIO

DIEGO DIAZ SUAREZ

1 Introducción

Muestra biológica es una cantidad limitada de cualquier sustancia o material proveniente de un organismo, se utilizan para pruebas de laboratorio y también para investigación.

La ley de investigación biomédica, en su artículo 3, lo define como cualquier material biológico de origen humano susceptible de conservación y que pueda albergar información sobre la dotación genética de una persona.

Estas muestras biológicas aportan información sobre el diagnóstico o la evolución de una enfermedad, es decir, proporcionan información detallada de la sangre, biomoléculas, bacterias, microorganismos, etc, que permite a los facultativos prescribir un tratamiento adecuado.

Los tipos de muestras biológicas según su estado fisicoquímico pueden ser:

- Tejidos, procedentes de biopsias.
- Líquidos corporales, como son las muestras de sangre, orina, líquido pleural, peritoneal, ascítico, pericárdico, amniótico, cefalorraquídeo, etc.
- Exudados, son los líquidos liberados por el organismo en estado de enfermedad.
- Secreciones, son los compuestos segregados por las células.
- Heces, materia compuesta de residuos de alimento que el organismo elimina.
- Células, estas se obtienen mediante frotis de mucosas u otros líquidos o tejidos.
- Gases, composición del gas o del equilibrio de intercambio gaseoso.
- Microorganismos, pueden ser endógenos y del exterior.

El estudio de las muestras biológicas, ayuda a los profesionales sanitarios a descartar o diagnosticar posibles afecciones, a seguir la progresión de enfermedades ya diagnósticas, monitorizar la acción de los fármacos, etc.

2 Objetivos

- Definir muestras biológicas
- Conocer los métodos de obtención, conservación y transporte de las muestras biológicas en un laboratorio
- Identificar normas básicas de higiene y seguridad en un 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: Medline, Google, Pubmed, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dependiendo del tipo de muestra biológica, existe un protocolo de obtención, de recogida y conservación.

OBTENCION MUESTRAS BIOLOGICAS

• SANGRE

La recogida se realiza en unos tubos, cabe destacar:

- Tubo sin aditivos, utilizados para obtener suero, se usa para la hematimetría, banco de sangre, etc, puede proporcionar muestras de suero libres de contaminación durante mucho tiempo.
- Tubo Citrato, se utiliza para pruebas de coagulación de la sangre y se aplica al sistema de coagulación.
- Tubo con heparina, se utiliza para pruebas de plasma clínico, bioquímica de emergencia y reología sanguínea.
- Tubo de glucosa, se utiliza para pruebas del azúcar en la sangre, tolerancia al azúcar y lactato.

- Tubo Edta, se utiliza en hematología clínica, el aditivo edta, actúa como anticoagulante al unirse al calcio en la sangre.

- Tubo esr, se utiliza para medir la velocidad de sedimentación globular.

Los diferentes tubos deben enviarse al laboratorio lo más rápidamente posible, si no fuese posible, se debe mantener a temperatura ambiente hasta su envío, nunca refrigerar o congelar.

- ORINA

La mejor muestra de orina es la de primera hora de la mañana, se le indica al paciente el procedimiento para su recogida, se hace en un recipiente estéril, en caso de niños pequeños se recogerá en colectores o bolsas estériles diseñadas especialmente para ello y en pacientes encamados se recogerá a través de sondaje vesical.

Estas muestras deben ser enviadas lo más rápidamente al laboratorio, en caso de no ser posible y en ausencia de conservantes, se debe conservar en refrigeración de 2 a 8°C hasta un máximo de 24 horas.

Aquellas muestras que se recojan en tubo con conservante, pueden mantenerse a temperatura ambiente de 24 a 48 horas.

- LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Se recoge en tubos estériles de tapón a rosca, los tubos destinados al laboratorio de urgencias debe hacerse a la mayor brevedad, en caso de retraso, debe conservarse en nevera a 4°C.

Cuando el destino sea microbiología también se debe enviar inmediatamente, en caso de retraso, se mantendrá a 37°C en estufa, si no la hay se mantendrá a temperatura ambiente; nunca deberá refrigerarse ya que se puede afectar la viabilidad de neisseria meningitidis y haemophilus influenzae.

- LÍQUIDOS ORGÁNICOS PERITONEAL, PLEURAL, ARTICULAR Y PERICÁRDICO

El recipiente idóneo es un tubo estéril de tapón de rosca, hay casos en que el cierre es hermético, se debe enviar lo antes posible al laboratorio.

Cuando se envía a los laboratorios de urgencias, debe realizarse a la mayor brevedad en caso de demora, se mantendrá refrigerada a 4°C hasta su envío, cuando el envío sea a microbiología se mantendrá a temperatura ambiente.

- HECES

Se recogen en frascos limpios de boca ancha y cierre hermético y también en recolectores específicos destinados.

Las muestras se envían lo antes posible al laboratorio, en caso de retraso, se conservarán en refrigeración de 2 a 8°C hasta un máximo de 24h.

- SALIVA

Se recoge en tubos hasta aproximadamente un volumen de 1 ml, estas muestras de saliva de los kits de ADN, después de ser mezclado con el líquido preservante son estables a temperatura ambiente.

- SEMEN

Se recoge en un frasco de plástico estéril, la muestra se entrega en el laboratorio antes de media hora tras la recogida y debe evitarse temperaturas extremas, para que no afecte a la movilidad de los espermatozoides.

- MUESTRAS DE PIEL, PELO Y UÑAS

Se recogen en recipiente estéril y se envía al laboratorio.

- MUESTRAS DE EXUDADOS

Se coloca el hisopo en el tubo correspondiente, se identifica y se envía al laboratorio antes de dos horas.

- JUGO GÁSTRICO

Se recoge en recipiente estéril de tapa a rosca, se debe enviar inmediatamente al laboratorio.

CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS

Es muy importante la conservación de las muestras biológicas para que no interfiera en el diagnóstico del paciente o en la investigación, se deben cumplir los protocolos estandarizados.

En un laboratorio, donde se manipula con muestras biológicas se debe disponer de refrigeradores con temperatura entre 2 y 8 °C o congeladores con temperatura menor a 10° C para su conservación.

Las muestras que no van a ser procesadas de inmediato deben ser conservadas de acuerdo a las instrucciones del procedimiento analítico correspondiente a temperatura ambiente, a temperatura de refrigeración o de congelación.

Cuando la muestra se deba conservar a temperatura ambiente, estaría entre 15-22°, en temperatura de refrigeración entre 4°C a 8°C y temperatura de congelación es la que está por debajo de los -18°C.

Las muestras nunca tienen que estar en contacto directo con el refrigerante.

En muestras de anatomía patológica se utilizan termos con nitrógeno.

Cuando se utilice hielo carbónico, se colocará fuera de los recipientes secundarios y por dentro del terciario, permitiendo la salida del dióxido carbónico.

Es muy importante que durante el traslado de las muestras biológicas exista un control estricto de la temperatura, se realiza con la utilización de dispositivos cromáticos.

TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS BIOLOGICAS EN EL LABORATORIO

Existen ciertos reglamentos y normas nacionales e internacionales, que indican las medidas a seguir para realizar el transporte, en general las medidas son

- Alto nivel de asepsia.
- Dependiendo de la muestra, se utiliza un medio de transporte y contenedor adecuado.
- Es importante que el volumen de muestra sea el adecuado para un estudio completo.
- Conservar el etiquetado de cada muestra, para tener identificado tanto el destino como el paciente al que se le va a realizar las pruebas.
- Servicio de entrega rápida y urgente.
- Siempre deben ir acompañadas las muestras con los permisos de salida.

La normativa de transporte de muestras biológicas más importante es de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estableció por el Comité de Expertos en Transporte de Mercancías Peligrosas de las Naciones Unidas (UNCETDG).

RECOMENDACIONES BÁSICAS SOBRE OBTENCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICOS

- Es importante la estandarización de protocolos, con respecto a la obtención, transporte y almacenamiento.
- Fraccionamiento y alicuatado, se debe llevar a cabo en el momento de la obtención de la muestra, con el fin de evitar cambios de temperatura, cuando no sea posible, se debe ser muy riguroso en la conservación, cumpliendo con el protocolo.
- Contenedores adecuados para cada tipo de muestra.
- Supervisión de los equipos de almacenamiento, con sistemas alternativos en casos de fallos y equipos de emergencia.
- Intervalos de temperatura óptima.

Las muestras que llegan al laboratorio poseen unos criterios estrictos de aceptación y rechazo, entre los casos de rechazo, se encuentra: identificación incorrecta, obtención muestra inadecuada y transporte incorrecto.

NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN UN LABORATORIO

Las principales normas de seguridad e higiene en un laboratorio donde se manipulan muestras biológicas son:

- Prohibición de beber, comer, fumar, pipeteo bucal.
- Obligatorio lavado de manos antes y después de manipular muestras.
- Uso obligatorio de prendas y equipos de protección (guantes, gafa, etc).
- Sistemas de contención, como bandejas, material absorbente, etc.
- Siempre debe realizarse un almacenamiento seguro.
- Cumplir con los protocolos de descontaminación.
- Cuando se deba utilizar material cortante o punzante, se debe realizar con la máxima precaución.

- Estricto cumplimiento de las normas de gestión y acondicionamiento de residuos biosanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta que las muestras biológicas implica la participación de seres humanos, está regulado la gestión de las mismas.

Las muestras biológicas proporcionan información detallada sobre la sangre, orina, electrolitos, etc, que ayudan a los médicos de la salud a diagnosticar enfermedades, a seguir la progresión de esas enfermedades, realizar cribado en una población, a investigar mecanismos moleculares, monitorizar la acción de los fármacos prescritos a los pacientes.

Dependiendo del tipo de muestra, la conservación y el transporte son diferentes, así como su análisis,

Para que el resultado final de una prueba de laboratorio sea correcto, se deben seguir los protocolos establecidos para cada procedimiento.

Los técnicos de laboratorios a la hora de manipular las muestras biológicas debemos utilizar guantes, lavarnos bien las manos, tanto antes como después de su recogida, se deben adoptar las medidas preventivas al riesgo biológico mediante los principios de bioseguridad y cumpliendo con todos los protocolos de manipulación.

Es importante que el personal que trabaja en los laboratorios con muestras biológicas esté actualizado y en continua formación, adiestramiento y capacitación personal.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

1 Definición de muestra biológica - Diccionario de cáncer del NCI [Internet] [Consulta 2 de junio 2022] Disponible en: <https://www.cancer.gov/def/muestra-biologica>

2. La temperatura en el transporte y envío de muestras biológicas [Internet] [Consulta 2 de junio 2022] Disponible en: <https://www.lab-courier.com/noticias/la-temperatura>

3 trabajo fin de grado impreso ii - Universidad de León [Internet] [Consulta 2 de junio 2022] Disponible en: <https://centros.unileon.es/files/2012/06/TFG->

- 4 Recogida y transporte de muestras biológicas – Ocronos [Internet] [Consulta 3 de junio 2022] Disponible en: <https://revistamedica.com>»
recogida-transporte-muestra.
- 5 Manual de Obtención y Manejo de Muestras – SAMPAC [Internet] [Consulta 6 de junio 2022] Disponible en: <https://sampac.es>»
site » protocolos » otros » Man
- 6 Seguridad biológica en la preservación y el transporte de [Internet] [Consulta 9 de junio 2022] Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org>»
en-seguridad-biol.
- 7 INSST - NTP 611: Agentes biológicos: análisis de las muestras [Internet] [Consulta 9 de junio 2022] Disponible en: <https://www.insst.es>»
documents » ntp_611.pdf
- 8 Legislación consolidada - BOE.es [Internet] [Consulta 9 de junio 2022] Disponible: <https://www.boe.es>»
buscar » act
- 9 REGLAS BASICAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LOS [Internet] [Consulta 10 de junio 2022] Disponible en: <https://www.uv.mx>»
ReglamentoLaboratorios
- 10 Normas de seguridad e higiene en el laboratorio - IES Murgi [Internet] [Consulta 11 de junio 2022] Disponible: <http://www.iesmurgi.org>»
fyq » temas » normas_labora.
- 11 MANUAL DE TOMA, RECOGIDA Y ENVÍO DE MUESTRAS [Internet] [Consulta 11 de junio 2022] Disponible en: <http://www.hca.es>»
enfermeria » html » f_archivos

Capítulo 359

DISEÑO Y TIPOS DE MEDIOS DE CULTIVO

AINOA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Un medio de cultivo es una mezcla equilibrada de nutrientes y otros componentes que permiten el crecimiento de microorganismos “in vitro”. En la actualidad, existe una gran variedad de medios de cultivo, por lo que su diseño en el laboratorio de microbiología clínica no suele ser habitual; suele darse en mayor medida en los laboratorios de investigación, de microbiología general o ambiental.

Para realizar el diseño de un medio de cultivo se debe tener en cuenta la fuente de energía, de carbono, de nitrógeno y de azufre que utiliza dicho microorganismo. Todos los medios de cultivo tienen unos componentes básicos, pero además hay medios que son más específicos y necesitan otros constituyentes, dependiendo de los requerimientos de los microorganismo encargados de crecer en dicho medio. Los componentes básicos son una base mineral, una suplementación, un agente gelificante, extractos, carbohidratos, sangre, suero o plasma, peptonas, amortiguadores e indicadores de pH.

Además los medios se pueden clasificar en función de sus consistencia física (caldos, medios semisólido y medios sólidos), su composición química (medios definidos o sintéticos, complejos y enriquecidos) y su función (medios generales, diferenciales, selectivos y de enriquecimiento).

Los medios de cultivo pueden suministrarse preparados o deshidratados en polvo para su preparación en el laboratorio. Atendiendo a las necesidades, se podrán preparar medios en diferentes recipientes y con diferentes consistencias.

2 Objetivos

- Saber que es un medio de cultivo.
- Conocer los componentes principales de un medio de cultivo.
- Aprender en función a que se diseña el medio de cultivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y recopilando la información relevante sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Los componentes generales que constituyen un medio de cultivo son una base mineral en la que se encuentran los nutrientes inorgánicos que pueda necesitar el microorganismo y una suplementación de la base mineral con fuente de carbono, de nitrógeno, de azufre y factores de crecimiento. Además existe una serie de constituyentes que se utilizan de forma habitual en el diseño de los medios de cultivo como un agente gelificante (aporta solidez al medio), extractos, carbohidratos (fuente principal de de carbono y energía), sangre, suero o plasma (aportan hormonas y factores de crecimiento), peptonas y amortiguadores e indicadores de pH (detectan variaciones de pH). Otros constituyentes que suelen encontrarse a menudo son bilis y sales biliares (inhiben el crecimiento de grampositivas), agentes reductores (permiten el crecimiento de microorganismos microaerófilos o anaerobios) y colorantes (se emplean como inhibidores de crecimiento de un determinado grupo de microorganismos).

En cuanto a los tipos de medios de cultivo según sus consistencia física se dividen en tres tipos: caldo, medio semisólido (poseen una consistencia intermedia entre los caldos y los sólidos) y medios sólidos. Según la composición química hay medios definidos (se conoce exactamente la composición), complejos (no se conoce con exactitud los porcentajes de cada nutriente) y enriquecidos (son medios a los que se ha añadido elementos nutritivos). Según la función que tenga el medio hay generales (permiten una amplia variedad de microorganismos), diferenciales (contienen reactivos que permiten distinguir unos microor-

ganismos de otros), selectivos (permiten el crecimiento de un determinado grupo de microorganismos) y de enriquecimiento (son destinados a favorecer el crecimiento de un determinado microorganismo, sin inhibir completamente el crecimiento de otros. Poseen algún componente que permite que el crecimiento del microorganismo de interés se vea favorecido frente al resto, aumentando su proporción).

5 Discusión-Conclusión

La variedad de microorganismos existentes, así como la diversidad metabólica de los mismos es enorme. En función del microorganismo que se quiera cultivar y de la determinación que se vaya a llevar a cabo, se diseñará un medio de cultivo u otro. Existen medios de uso común destinados al crecimiento de una variedad muy amplia de microorganismos, estos están compuestos por unos componentes generales. En cambio, hay microorganismos que para su crecimiento necesitan unos componentes específicos o unas condiciones diferentes, estos medios están compuestos de unos constituyentes diferentes. Hoy en día no es habitual tener que diseñar el medio de cultivo en el propio laboratorio, ya que suele venir preparado; en la mayoría de ocasiones de forma deshidratada.

6 Bibliografía

1. De Cultivo M. PREPARACION DE MEDIOS DE CULTIVO [Internet]. Ugr.es. Available from: <https://www.ugr.es//medios%20de%20cultivo.pdf>
2. Rovira MA. Medios de Cultivo [Internet]. Microbiología para humanos. 2019. Available from: <https://microbiologiaparahumanos.wordpress.com/medios-de-cultivo/>

Capítulo 360

PRINCIPALES ERRORES DURANTE PROCESO ANALÍTICO EN EL LABORATORIO CLÍNICO

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

LAURA ROMERO SORIANO

RAQUEL CAMPORRO LLANA

1 Introducción

El proceso análisis de cualquier muestra clínica consta de varias fases, desde la fase preanalítica, en la que el médico decide qué prueba solicitar, hasta la fase postanalítica, en la que este decide el tratamiento adecuado después de recibir el resultado del laboratorio. Un error en cualquiera de estas fases supondría un diagnóstico erróneo y decisiones médicas inadecuadas para el paciente. De ahí la importancia de los controles.

Recientemente ha habido un gran interés por prevenir los típicos errores derivados de alguna de estas fases, especialmente de la fase preanalítica. Se estima que hasta el 73% de los errores de laboratorio pueden prevenirse [Carraro & Plebani, 2007]. Dicho interés ha llevado a la formación de varios grupos de trabajo cuya misión es desarrollar indicadores de calidad estandarizados que puedan ser utilizados para medir el desempeño del servicio de estas fases.

Un paso preliminar a la ejecución de un procedimiento de medida es la obtención de la muestra y su procesamiento previo (extracción, disolución, estabilización,

centrifugación, etc.). A este proceso se le conoce como fase preanalítica, una etapa que abarca desde la recepción de la solicitud de análisis hasta que la muestra llega al laboratorio y se analiza.

Así pues, se inicia con la recepción del volante de petición, el cual ha sido solicitado por el personal médico. Este debe incluir, sin posibilidad de confusiones, toda la información necesaria para que el laboratorio identifique qué pruebas deben practicarse y a quién están destinadas. No obstante, debe tenerse en cuenta que muchos errores en el resultado de la medición pueden tener su origen en esta fase, por lo que es necesario tener especial precaución, sobre todo en la toma y recepción de la muestra para evitar posibles errores. Puede ser que en algunas ocasiones sea necesario aportar al paciente o al personal que realiza la extracción, una serie de instrucciones para la obtención y conservación de la muestra.

Por otro lado, la fase analítica es aquella en la que se llevan a cabo las labores de análisis aplicando un método analítico adecuado. Los sistemas analíticos actuales tienden a ser completamente automatizados y por lo general se pueden combinar para realizar muchas pruebas simultáneas (bio-química, hematología, inmunología...). Así pues, se trata de sistemas en cadena conocidos como "laboratorios core", que permiten la realización casi completa de un perfil de petición de pruebas. Con este sistema, el control de calidad está garantizado, ya que muchos de estos dispositivos incluyen mecanismos de reconocimiento de problemas comunes, como la detección de un volumen escaso, de coagulación de la muestra o hemólisis, de burbujas, entre otros inconvenientes. Las muestras se disponen en soportes únicos o múltiples (gradillas) que permitan el análisis automático.

Una vez se han realizado los análisis, estos sistemas deben ser capaces de efectuar pruebas diagnósticas adicionales para completar o confirmar el diagnóstico de una determinada situación clínica. Por tanto, debe disponer de un sistema de archivo de muestras que garantice la conservación adecuada y que permita atender la petición manual de pruebas adicionales. Finalmente, el facultativo revisará, validará los resultados y emitirá el informe si todo está correcto. Este podrá ordenar la repetición de alguna prueba si no le convence o la realización de pruebas complementarias para un diagnóstico adecuado del paciente.

Una vez finalizado todo el proceso, las muestras son archivadas para poder realizar nuevas comprobaciones si fuera necesario en un futuro, ofrecer al facultativo la posibilidad de realizar nuevas pruebas si fuera necesario o bien, almacenarlas con fines científicos o legales.

2 Objetivos

Objetivo principal

- Analizar los principales errores que pueden producirse en las diversas fases del proceso analítico

Objetivos secundarios

- Proponer medidas preventivas para minimizar los errores en el laboratorio clínico

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica introduciendo palabras claves en diferentes bases de datos científicas: PubMed, Scopus, ScienceDirect e IBECs. Durante el proceso de selección de los artículos, no se establecieron restricciones respecto al idioma. Sin embargo, sí se restringieron aspectos como el tipo de documento, limitando la búsqueda a artículos empíricos o experimentales y revisiones, así como el intervalo temporal, seleccionando los artículos publicados en la última década.

4 Resultados

Según la literatura científica analizada, más del 80% de los errores del proceso analítico proceden de la fase preanalítica. Estos pueden ser de varios tipos y engloban desde errores administrativos hasta errores en la conservación y transporte de las muestras clínicas. Es por esto por lo que la mayoría de las medidas preventivas están destinadas a esta fase.

Por otro lado, en la fase preanalítica suelen producirse menos errores, en torno a un 13% del total, ya que se desarrolla en un entorno más automatizado y con protocolos más estrictos. En esta fase, los errores principalmente derivan de controles y calibrados defectuosos, problemas con los reactivos o errores de dilución de las muestras.

En cuanto a la fase postanalítica, la mayoría de los errores derivaban de la transcripción de los resultados, pues se realizaba de forma manual. En la actualidad las nuevas tecnologías han eliminado este factor de error, ya que todos los datos se almacenan directamente en un sistema informático del propio laboratorio. A

pesar de todo, todavía siguen produciéndose errores, entorno a un 18%. Generalmente se deben a fallos de comunicación e incumplimiento de plazos.

Así pues, en la última década se han propuesto diversas estrategias para la prevención de estos errores. Principalmente, se recomienda la aplicación de estándares de calidad en cada una de las fases para así garantizar una mayor fiabilidad de los resultados obtenidos y minimizar los errores. Sin embargo, también se plantean otras opciones como la automatización general de todos los procesos, la validación de los productos y métodos que se empleen, la monitorización de los indicadores de calidad, la reproducibilidad y trazabilidad de los resultados, la introducción en el laboratorio de sistemas "witness" o testigos para la identificación y rastreo de las muestras, entre otras medidas.

5 Discusión-Conclusión

Los errores preanalíticos dañan la reputación de las instituciones, disminuyen la confianza de la población en los servicios de salud y contribuyen a un aumento significativo en los costes sanitarios totales.

Si bien no es posible eliminar todos los errores preanalíticos, el cumplimiento de las mejores prácticas pueden reducir significativamente su incidencia. La gestión adecuada de los errores preanalíticos requiere una importante cooperación interdepartamental, ya que muchas fuentes de estos errores quedan fuera del control directo del personal de laboratorio. Sin embargo, los profesionales de laboratorio deben ser los principales encargados en garantizar la seguridad del paciente, tanto fuera como dentro del laboratorio.

6 Bibliografía

1. Abdollahi, A., Saffar, H., & Saffar, H. (2014). Types and frequency of errors during different phases of testing at a clinical medical laboratory of a teaching hospital in Tehran, Iran. *North American journal of medical sciences*, 6(5), 224.
2. Arul, P., Pushparaj, M., Pandian, K., Chennimalai, L., Rajendran, K., Selvaraj, E., & Masilamani, S. (2018). Prevalence and types of preanalytical error in hematology laboratory of a tertiary care hospital in South India. *Journal of laboratory physicians*, 10(02), 237-240.
3. Carraro, P., & Plebani, M. (2007). Errores en un laboratorio de estadísticas: tipos

y frecuencias 10 años después. *Clin Chem*, 53, 1338-42.

4.Plebani, M. (2012). Quality indicators to detect pre-analytical errors in laboratory testing. *The Clinical Biochemist Reviews*, 33(3), 85.

5.Plebani, M. (2015). Diagnostic errors and laboratory medicine—causes and strategies. *Ejifcc*, 26(1),

6.Plebani, M., & Carraro, P. (1997). Mistakes in a stat laboratory: types and frequency. *Clinical chemistry*, 43(8), 1348-1351.

7.Plebani, M., Sciacovelli, L., Aita, A., Pelloso, M., & Chiozza, M. L. (2015). Performance criteria and quality indicators for the pre-analytical phase. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 53(6), 943-948.

Capítulo 361

LABORATORIO CLÍNICO; DEFINICIÓN, INSTRUMENTAL Y EQUIPOS

EVA TRUJILLO UTRILLA

M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO

MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA

ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ

LEIDY LORENA RAMOS SILVA

1 Introducción

El laboratorio utiliza las metodologías de diversas disciplinas tales como bioquímica, hematología, microbiología, e inmunología. Es donde se analizan todo tipo de muestras y pruebas biológicas para prevenir y estudiar las posibles infecciones y enfermedades humanas, llevado a cabo por un equipo clínico multidisciplinario.

En el laboratorio, además de analizar y estudiar pruebas biológicas, también se analizan todo tipo de sustancias, como heces, orina y sangre, entre otras muestras.

Normalmente, el laboratorio se ubica en la zona inferior hospitalaria, ya que los pacientes suelen estar en las plantas superiores para una mejor accesibilidad, y así, al estar en plantas inferiores, se evita la concurrencia de gente por esa zona.

Podemos clasificar las siguientes secciones en el laboratorio:

- Hematología: Zona en la que se analizan las pruebas sanguíneas y además se hacen distintas evaluaciones.
- Bioquímica: Podemos diferenciar distintas formas de hacer este tipo de análisis.
 1. Prueba química Sanguínea: Su objetivo recoge parámetros como el colesterol, la glucosa, etc.
 2. Analizar minuciosamente y examinar pruebas de orina.
 3. Cerciorar la cantidad de gases que podemos encontrar en sangre.
- Microbiología: En este caso encontramos variantes diferentes de realizar estos análisis.
- Coproparasitológica; Estudiar la posible presencia de microorganismos extraños en las heces.
- Bacteriología. Detectar tanto en materia fecal, sangre u orina si hubiese hallazgos de organismos a vista microscópica
- Inmunología: para detectar y determinar en el sistema inmunitario se realiza este tipo de prueba para comprobar la presencia de anticuerpos.
- Hormonal: Como su propio nombre indica, su fin es analizar los distintos tipos de hormonas.
- Medición tumoral: En casos tumorales se realizan los análisis pertinentes para comprobar nuevas apariciones o aumento de sus parámetros.

Los profesionales de la medicina trabajan codo a codo con el personal del laboratorio para estudiar, analizar y determinar los procedimientos a seguir para tratar o erradicar enfermedades y así conseguir el completo bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

- Definición de laboratorio clínico; ubicación y acceso.
- Exponer claramente las distintas secciones que componen un laboratorio clínico.
- Dar a conocer el material más utilizado en el laboratorio.

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, Medline y Dialnet y Google

Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando hablamos de laboratorio clínico, se debe tener claro que en este campo existe una gran variedad de instrumental, el cual el profesional, técnico de laboratorio, debe conocer para así poder desarrollar su función acorde con las necesidades.

El instrumental más básico y que debe ser conocido por todos los profesionales son los siguientes.

- Tubo de ensayo: recipiente en el que una vez introducida la sustancia a analizar se observa su evolución y posibles reacciones.
- Placa de Petri: Es utilizada para cultivar los microorganismos, como hongos, bacterias, etc.
- Embudo: Objeto que se utiliza para mayor facilidad a la hora intercambiar sustancias y así de esta manera evitamos posibles derrames.
- Portaobjetos: Son placas finas de cristal, en las que se pone las sustancias a analizar.
- Cubreobjetos: Cuando necesitemos examinar una sustancia a través del microscopio, son útiles para proteger y cubrir las muestras.
- Lupas: utilizadas para la observación detallada de objetos pequeños.
- Lámpara de alcohol: Necesitamos de un proceso lento para calentar una sustancia, se recomienda su utilización.
- Mechero de gas: En el caso contrario a la lámpara de alcohol, este proceso es rápido.
- Microscopio: este instrumento es de suma importancia en el laboratorio, ya que, a través de él, se observan las sustancias que no podemos apreciar sin su ayuda.
- Mortero: Podemos utilizar este objeto cuando queremos machacar, triturar e incluso para realizar alguna mezcla.
- Balanza: Objeto que se usa para verificar el peso de algo.
- Pinza de soporte universal: utilizada para sujetar instrumentos.
- Gradilla: utilizada para colocar los tubos de ensayo.

En el laboratorio se precisa de un ordenador como mínimo, con él podemos realizar distintos tipos de medición y trabajos, así como crear cultivos de diferentes muestras como células, tejidos y bacterias.

En el laboratorio debemos llevar a cabo una serie de cuidados, los cuales pueden ser cubiertos con el uso de equipos de protección como pueden ser batas y otros

equipos dependiendo de la función a realizar. Para la realización e investigación de diferentes muestras u análisis se deberá tener ambientado el laboratorio en unas condiciones apropiadas para trabajar con diferentes sustancias químicas y microbiológicas.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de laboratorio clínico, nos referimos a la parte del hospital, en la cual se analizan las distintas muestras, bien sean de pacientes del exterior como pacientes que se encuentran dentro de hospital ingresado. Dentro del laboratorio podemos encontrar distintas áreas, cada una de ellas, se encarga de su especialidad, así como hematología, estudia los componentes y alteraciones de la sangre. Es muy importante que la condiciones de trabajo sean óptimas, sobre todo en temperatura y humedad, para que se puedan realizar los análisis de las muestras correspondientes. El equipo multidisciplinar que compone el laboratorio debe conocer todo el instrumental y aparataje para poder llevar a cabo los procedimientos y protocolos de actuación

6 Bibliografía

- 1 Aranda. H. Aceros en cirugía. FUDESA informa, 2001. 5 (20):21-25.
- 2 Kaiser, H.J.; Schwab, P.; Tirey, J.F, Spotting, staining, and corrosion of surgical instruments, Infection Control Today Magazine, 2000. <http://www.infectioncontroltoday.com/articles/0a1inside.html>.
- 3 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Resolución ministerial 387/2004; Guía de procedimientos y métodos de esterilización y desinfección para establecimientos de salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Buenos Aires, 2004.

Capítulo 362

MORFOLOGÍA Y ESTRUCTURA BACTERIANA

EVA TRUJILLO UTRILLA

MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA

M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO

ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ

LEIDY LORENA RAMOS SILVA

1 Introducción

Las bacterias se pueden diferenciar entre sí por el tamaño, su estructura y la forma de la que está compuesta, al igual que ocurre con las colonias bacterianas, estas tienen sus propias características sin importar la morfología celular y con la diferencia de que las bacterias se componen de masas celulares individuales. Consideramos a las bacterias estructuras unicelulares que suelen ser menos a los 5 micrómetros, y las cuales se reproducen por proceso asexual denominado fisión binaria.

Las bacterias constan de membrana citoplasmática interna, pared celular y una envoltura externa Gram positiva o Gram negativa llamada glicocáliz. A partir de esto se conforma la clasificación de estas acuerdo con sus características.

La clasificación de las bacterias Gram puede hacerse a través de la tinción de estas, utilizando violeta de genciana para modificar el color de la pared bacteriana externa y así poder distinguirlas de una manera más favorable. Por medio de

esta tinción, podemos dividir las bacterias en dos grupos: Gram positivo y Gram negativo.

El tamaño de las bacterias se mide en micrómetros y existen formas bacilares y formas esféricas. Así podemos diferenciarlas las bacterias también por su tamaño, además de por su forma estructural, siendo las esféricas menores a las bacilares. Al referirnos a la forma de las bacterias debemos tener en cuenta que existe gran variedad y una misma especie puede estar dotada de diferentes tipos morfológicos, cuando esto ocurre se le denomina pleomorfismo.

Los tres tipos de bacteria que podemos encontrar de las fundamentales serían Coco, Bacilo y Helicoidales:

- Bacteria Coco: su estructura da como resultado una forma esférica. o Diplococo: la bacteria está formada por dos cocos o Tetracoco: en este caso, encontramos un grupo de cuatro. o Estreptococos: se distinguen por estar formados por una cadena de cocos. o Estafilococos: en este caso los cocos se agrupan de una forma irregular.
- Bacilo: su agrupación se asemeja a la forma de un bastoncillo.
- Helicoidales: se dividen en tres grupos: o Vibrio: su forma es un poco curvada y se asemeja a una coma. o Espirilo: su forma es parecida a una hélice o un tirabuzón. o Espiroqueta: su forma es de tirabuzón, pero a diferencia del tipo Espirilo, su estructura es flexible.

2 Objetivos

- Desarrollar las principales características de los principales grupos de bacterias.
- Exponer los tres tipos fundamentales de bacterias.
- Dar a conocer la estructura bacteriana que se observa a través del microscopio.
- Diferenciar entre estructuras externas e internas.

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

Las bacterias son organismos sencillos y la estructura de la bacteria se puede observar a través del microscopio, siendo evidente:

1. Estructura de la envuelta celular. Es la estructura integrada de la envuelta celular cuya complejidad suele ser variable. Dicha estructura presenta una dureza rígida tal como para aguantar la presión interna y externa. a. Membrana citoplasmática: rodea totalmente al citoplasma, ubicada en la pared celular interna y su estructura es indispensable en cualquier bacteria. Esta membrana es similar al resto de membranas biológicas. b. Pared celular: Esta pared se extiende por exterior la membrana citoplasmática, la rigidez y la forma de las bacterias se debe a la presencia de una estructura polimérica. c. Membrana externa: Esta membrana tiene una forma y una constitución similar a las demás membranas biológicas. Su función principal es de barrera, contiene unas proteínas especiales y es parte de la creación de una nueva bacteria por división celular.

2. Estructuras externas: con el microscopio podemos estudiar al detalle las bacterias y así ver y comprender su estructura. No todas las estructuras parecen ser necesarias para la sobrevivencia de las bacterias, comparando diferentes tipos de bacterias se ha podido comprobar que estructuras están siempre presentes y son lo tanto esenciales. a. Flagelos: estructuras filamentosas que se extienden más allá de la superficie celular. Tienen como función la locomoción de las bacterias. Son originados en el citoplasma de la célula en una estructura conocida como cuerpo basal. Los flagelos están constituidos por una proteína llama flagelina, estos no pueden ser vistos por un microscopio ordinario sin ser teñidos por algún procedimiento especial. Los flagelos se pueden encontrar de maneras diferentes sobre la superficie bacteriana. b. Fimbrias: son estructuras similares a los flagelos, con la diferencia de ser más abundantes y mucho más pequeños. Las fimbrias favorecen a las bacterias para adherirse a superficies inertes o para formar películas sobre la superficie de los líquidos. c. Cápsula: es una estructura polisacarida y que rodea completamente a la célula. Su forma varía ampliamente, siendo de mayor diámetro que la célula. Su principal función es de protección de la bacteria frente agentes externos.

3. Estructuras Internas: la estructura interna se puede subdividir en tres partes. -Nucleoide bacteriano: Contiene una única molécula de ADN en su material genético. Esta estructura superenrollada da su forma circular.

-Citoplasma: contiene distintas sustancias almacenadas y podría ser considerado como un gel.

- Espora: favorece la supervivencia de la bacteria en casos desfavorables de ambi-

ente para esta, se forma dentro de la célula.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de realizar el trabajo en el laboratorio, es necesario que se conozca claramente la morfología de las bacterias, así como el tamaño y forma de estas. Las bacterias son microorganismos que podemos distinguir por sus tres formas básicas: cocos, bacilos o espirilos. Es importante destacar que mediante fisión binaria se reproducen. Las bacterias son incoloras, por eso es necesaria su tinción para posteriormente poder ser observadas mediante un microscopio dado que no son perceptibles a simple vista. La estructura bacteriana que se observa debe quedar claramente identificada en estructura externa e interna, conociendo la función de cada uno de los componentes de estas estructura.

6 Bibliografía

- 1 Prescott, Harley, Klein. Microbiología. Mc Graw-Hill Interamericana de España. 4ª ed. 1999.
- 2 Schaechter M, Medoff G, Eisenstein BI, Guerra H. Microbiología. Mecanismos de las enfermedades infecciosas. Ed Panamericana. 2ª ed. Buenos Aires 1993.
- 3 Joklik WK, Willett HP, Amos DB, Wilgert CM. editors, Zinsser Microbiología. 20ªed. BsAs. Panamericana; 1994.

Capítulo 363

TÉCNICAS Y TIPOS DE SEMBRADO EN PLACA Y TUBO

EVA TRUJILLO UTRILLA

MARÍA ALMUDENA RODRÍGUEZ NIEVA

M.ISABEL LÓPEZ SOBRINO

ESTELA DE GREGORIO RODRIGUEZ

LEIDY LORENA RAMOS SILVA

1 Introducción

Definimos sembrar o inocular a introducir artificialmente una porción de muestra en el medio adecuado, con el objetivo de iniciar un cultivo microbiano para el desarrollo y multiplicación de estos. Realiza la siembra microbiana, se debe esperar a su crecimiento mediante su incubación.

Debemos regirnos por unas normas para la realización de un buen cultivo:

1. Realizar el cultivo de forma esterilizada.
2. Asegurarse de que el instrumental y los medios a utilizar para la siembra se encuentren perfectamente desinfectados.
3. Efectuar la mínima manipulación posible.
4. Evitar las corrientes de aire durante el proceso de cultivo.

A la hora de hablar de sembrar existen distintos tipos de siembra dependiendo de lo que vayamos a cultivar:

- Cultivo o siembra por inmersión: una vez colocado el inóculo en la placa de Petri se vierte el cultivo líquido sobre esta. Este sistema es utilizado para microorganismos aerobios.
- Siembra o cultivo en doble capa: se utiliza el mismo proceso que por inmersión, pero de forma sólida, se vierte una mayor cantidad para cubrir la capa de antes. Este proceso abarca microorganismos facultativos, microaerofílicos y anaerobios.
- Cultivo de superficie: se coloca el cultivo sobre la placa de Petri dejando que se solidifique y colocándolo sobre la superficie, con la ayuda de un instrumento se extiende hasta su absorción total. Este sistema de cultivo es para microorganismos aerobios estrictos.
- Siembra volumétrica: este método de siembra se realiza con una muestra líquida con un volumen no específico en una siembra sólida.
- Siembra masiva: para hacer esta siembra es necesaria la espátula de Driglaski o hisopo grueso, utilizaremos una gota realizando una trayectoria en espiral deslizándola cubriendo toda la placa.

2 Objetivos

- Desarrollar la definición de siembra y los miembros de cultivo.
- Exponer los tipos de siembra en placa, y las técnicas de cultivo.
- Resaltar la importancia de los tipos de siembra en tubo.

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

Seguidamente, se expondrán los tipos de técnica de cultivo en placa, dentro de estas técnicas, la más fácil y la más usada es:

- Técnica de siembra por estría en placa: es la más utilizada para tener cultivos axénicos. Con un asa de siembra se coge una muestra y se realizan estrías sobre el

medio sólido, este medio sólido es conocido como placa Petri, también conocido como placa. Según vamos formando estrías, en la placa se va depositando menos microorganismos. Después se flamea el asa y se vuelve a realizar el proceso de estrías en el punto donde se ha realizado las últimas anteriormente.

- Técnica de extensión en placa: las muestras diluidas se siembran en la superficie de la placa con la ayuda de un asa de Dirlasky. La muestra se absorbe en el agar para que las células microbianas queden en ella.

Para que la aparición de las colonias sea efectiva y favorable, en ambos casos las placas deberán incubarse, como anteriormente hemos hablado, a una temperatura adecuada.

Podemos encontrar varios tipos de cultivo o siembra en tubo: Al igual que en las placas, también se puede realizar distintos tipos de siembra:

- Siembra por dilución: el tubo de ensayo se debe tomar como medio líquido, se recoge el material a diluir, con ayuda de un asa con el material bacteriológico, se realiza la siembra en el tubo, agitándolo con movimientos suaves.

- Siembra en superficie por estrías: se debe inclinar el tubo, y extender por toda la superficie con el asa bacteriológica, realizando estrías moderadas y no muy grandes. Comenzaremos por la parte más honda del tubo, de forma inclinada, hasta llegar a la parte más externa, denominada coloquialmente boca del tubo. -

- Siembra por punción: normalmente se utilizará un tubo de ensayo para la siembra sólida que realizaremos con una aguja de platino, atravesando el tubo de forma perpendicular y tendremos las mismas precauciones que con la utilización del asa.

En un laboratorio podemos encontrar distintas técnicas de cultivo o siembra en tubo:

- Por agitación o inoculación: Debe agitarse el tubo una vez depositada la muestra en el líquido con la ayuda de un asa estéril.

- Por estría: En esta técnica se introduce el asa desde la parte más inferior del tubo hasta la parte superiora

- Por picadura: Para que la muestra quede impregnada en el medio semisólido se realizará con el asa recta.

- Por vertido en placa: disolver en varios tubos agregando al de ensayo estéril un medio líquido, manteniéndolo a una temperatura de 55 °C, con movimientos rotatorios hasta su solidificación.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de laboratorio debe conocer los distintos tipos de sembrado tanto en placa como en tubo, al igual que las técnicas a emplear para cada tipo, conociendo la importancia de cada técnica a emplear según el tipo de microorganismo. Ya que el cultivo de microorganismos tiene por objeto el estudio e identificación, que se efectúa mediante las características que presentan las bacterias, de ahí que sea de importante relevancia los materiales y métodos para conseguir el desarrollo y la multiplicación de estas. Por todo ello, debemos tener claro que sembrar o inocular es introducir artificialmente una porción de muestra en medio adecuado con el fin de iniciar un cultivo microbiano.

6 Bibliografía

- 1 COLLINS, C.H. (1977). Métodos microbiológicos. Acribia. Zaragoza.
- 2 Departamento de Microbiología de la Universidad de Navarra (1990). Prácticas de Microbiología. Universidad de Navarra. Pamplona.
- 3 FUNDERS, S. (1968). Practical Mycology. Manual for Identification of Fungi. Hafner Publishing Company. Nueva York.

Capítulo 364

CAUSAS Y FACTORES DEL BURNOUT EN EL PROFESIONAL SANITARIO

JESSICA LUNA IGLESIAS

ESTEFANIA MARTÍNEZ GARCÍA

SONIA MARIA GARCÍA ABEIJON

JUAN LUIS PALOMO GARCIA

LUISA ISABEL PIMENTEL PINTO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud contempla el síndrome de burnout como enfermedad profesional debido a las características que motivan su aparición. Este trastorno provoca un agotamiento emocional en los trabajadores, aumentando el estrés laboral y conllevando a una sensación de pasividad, dejadez e ineficacia. La organización mundial de la salud reconoció en 2019, que el Burnout es una enfermedad y fue incluida en la clasificación estadística internacional de enfermedades el 1 de enero de 2022.

A esta enfermedad también la conocemos como desgaste profesional y es un síndrome de estrés laboral crónico, sobre todo lo sufren los profesionales dedicados a cuidar a los demás, profesionales sanitarios, manifestándose en el profesional sanitario con un estado de agotamiento tanto físico como mental.

Los principales factores que generan este estrés se clasifican en tres bloques. El primer bloque son los factores personales

El segundo bloque son los factores ambientales o sociales

El tercer bloque son los factores organizacionales.

Para poder disminuir los efectos del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios afectados buscaremos estrategias de intervención individuales y grupales y organizacionales, además se intentará conocer cómo se da esta enfermedad, para encontrar tratamientos para poder prevenir la enfermedad antes de que aparezca.

2 Objetivos

Detectar las causas, características y los factores que producen el Burnout.

Conocer los tipos de Burnout

Buscar tratamientos o estrategias para su prevención.

3 Metodología

En este trabajo hemos llevado a cabo una búsqueda y revisión de estudios de investigación y revisiones bibliográficas en la web de Google académico, utilizando las siguientes palabras claves, como por ej. Síndrome, Burnout, quemado, sanidad, agotamiento, desgaste, estrés, etc.

4 Resultados

Las principales causas del Burnout.

El trabajador sufre el Burnout al estar un largo periodo de tiempo expuesto a situaciones laborables, que tengan.

- Sobrecarga emocional.
- Horarios con turnos de trabajos largos.
- Trabajo físico excesivo.
- Alto nivel de exigencia.

Conocemos como sobrecarga emocional, a la situación de forma continuada de permanecer en contacto con personas con enfermedades graves o un alto grado de dependencia. Los trabajadores se encuentran en climas en los que las emociones como la angustia y el sufrimiento acaba afectándoles de una manera negativa.

Los horarios de trabajo con turnos largos más un ambiente laboral inadecuado pueden afectar negativamente a los trabajadores.

El trabajo físico excesivo sin los recursos necesarios para llevarlo a cabo pueden producir que el trabajador se vea bajo condiciones de estrés y presión.

El alto nivel de exigencia de la empresa sobre los trabajadores, puede producir en el trabajador frustración, apatía, estancamiento.

Las características generales del síndrome de Burnout son las siguientes;

Aparece de forma continua y fluctuante en el tiempo, se debe tener en cuenta que la intensidad del síndrome puede variar en la misma persona en función del momento y la circunstancia.

La negación: las personas suelen tener tendencia a negarlo, por que piensan que puede ser interpretado como una experiencia de trabajo profesional y personal. Los primeros que lo notan son los propios compañeros y es muy importante para un diagnóstico precoz.

Fase irreversible: Resulta irreversible entre el 5% y el 10% de los casos y actualmente la única solución que se conoce es la retirada de los cuidados asistenciales por parte de el trabajador. En relación a este punto es importante realizar un diagnóstico precoz y un programa preventivo adecuado para evitar esta situación.

Los factores desencadenantes:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Apoyo social
- Relación esfuerzo recompensa
- Turnicidad laboral
- Antigüedad profesional
- Sobre carga laboral
- Malas relaciones profesional paciente, y profesional con profesional.

Tipos de Burnout:

Burnout activo, el trabajador tiene una conducta asertiva. Relacionada con los elementos externos a la profesión.

Burnout pasivo puede tener sentimientos de apatía relacionados con factores internos psicosociales.

Tratamientos o estrategias de prevención;

- Autoconocimiento y psicoeducación: darle a conocer al enfermo la enfermedad y los factores que lo originan para así poder llegar a las circunstancias que están detrás de cada caso.
- Enseñar a afrontar el estrés mediante técnicas de respiración y relajación.
- Valorar las expectativas a la realidad.
- Mejora de la autoestima.

- Trabajar la resiliencia y la asertividad.
- Tener buenos hábitos saludables.

Cuando el afectado padezca también depresión y ansiedad tendrá un tratamiento farmacológico que le prescriba su médico.

5 Discusión-Conclusión

Una conclusión básica a la que llegamos con la información expuesta en este capítulo es que este síndrome de Burnout puede aparecer en cualquier profesional, pero es en aquellos profesionales que implica dedicación, entrega y ayuda directa y plena a los demás los que tienen mayor probabilidad de padecerlo. Es por esto, que pensamos que el riesgo que tienen los profesionales sanitarios de sufrir esta enfermedad consecuencia de su práctica diaria directa y cercana con el paciente en situación de real complicación y dificultad hace que se incremente este riesgo de manera considerable.

Respecto a los factores de riesgo que incrementan y hacen que aparezca esta enfermedad, sabemos que son muchos y muy diversos; pero podemos recalcar y concluir que la exposición continua al estrés en un ambiente laboral tenso y complicado, la falta de comunicación dentro de un equipo de trabajo (en muchas ocasiones), el cuidado diario de enfermos en circunstancias difíciles y complicadas como el caso de la Unidad de Cuidados Intensivos o pacientes en fase terminal, junto con asumir, en muchas ocasiones, funciones fuera de las que corresponden a nuestros puestos de trabajo así como la falta de apoyos y recursos para realizar una función asistencial de manera adecuada y efectiva hacen que el riesgo de que aparezca el Síndrome de Burnout se multiplique considerablemente. Aun sabiendo la cantidad de factores y riesgos que existen para que se produzca este síndrome creemos de manera firme que también existen numerosas medidas tanto a nivel personal (ya sea de manera individual o de forma grupal y en equipo) como a nivel institucional y organizativa que podrían llevarse a cabo para prevenir o reducir la aparición de este nuevo fenómeno psicosocial en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3709/1/Aspectos-generales-relacionados-con-el-sindrome-de-burnout-Influencia-en-el-personal-sanitario.html>.

<http://repositorio.ual.es/handle/10835/2369>

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4163383>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-sobre-el-sindrome-burnout-en-el-sector-sanitario/>
<https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo#:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20burnout%20o, personalidad%20y%20autoestima%20del%20trabajador>
<https://salud.asepeyo.es/pacientes/recomendaciones/burnout-laboral-o-sindrome-de-desgaste-profesional/>

Capítulo 365

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO(VPH)

MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA

MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA

MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDÁ

1 Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) reúne a un conjunto de virus que tienen relación común y que pertenecen a la familia de los Papovavirus. Son virus del epitelio tróficos que inician su proliferación celular originados en el desarrollo de heridas benignas del tracto genital , digestivo o lesiones cutáneas de la piel. Existen más de 200 tipos ,algunos pueden dañar a la parte genital o a las membranas de las mucosas. Estos se multiplican a través de otro contacto íntimo de piel a piel. Aunque suele provocar varias infecciones la que se da con más frecuencia es la sexual.

Este virus se considera como el causante de varios tipos de cáncer como es el cáncer del cuello uterino , cáncer de pene y cáncer orofaríngeo entre otros muchos. En ocasiones puede ser causa de lesiones como la existencia de verrugas en la región genital y los papilomas .En la actualidad la detección de dicho cáncer es comprobado por medio de un cribado (prevención secundaria). La existencia de

dos vacunas en el año 2006, una bivalente y otra tetravalente fueron aceptadas por los poderes públicos. Estas vacunas han podido confirmar a lo largo de la historia su eficacia y seguridad en los estudios.

Hoy por hoy queda todavía un largo camino para que pueda confirmarse por el Ministerio, no pasa eso en la mayoría de los países Europeos y en EE.UU ,donde ya está implantada.

2 Objetivos

- Poner en entendimiento el virus del papiloma humano , síntomas y signos , posibles complicaciones y pruebas diagnosticas realizadas en la actualidad.
- Comprender todos los tipos de prevención que disponemos como sanitarios y entender las funciones de la vacuna contra este virus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha llevado a cabo una investigación fundamentada en un registro bibliográfico de algunos artículos destacados en algunas de las bases de datos principales como Medline, Scielo o Pubmed. También en algunas páginas poniendo en el buscador palabras claves como "VPH", virus o virus del papiloma.

4 Resultados

La infección por el VPH es considerada como la infección más frecuente de todas las enfermedades de transmisión sexual , pudiendo o no existir un cuadro subclínico (sin síntomas) en el que la mujer o el hombre no sepa que está infectado hasta que aparezcan alteraciones en las pruebas diagnosticas tanto en la llamada prueba del Papanicolau o en una citología. Al ser una infección que no se cura es muy positivo que desaparezca de forma espontánea los primeros 5 meses, evitando así su cronificación.

El virus se transmite por contacto directo por una verruga o piel infectada por el virus mediante las relaciones sexuales. Afecta la capa basal del epitelio de la piel y mucosas, localizándose en órganos múltiples como: vulva, vagina, cuello uterino, pene, escroto, ano, uretra, piel, lengua, cavidad oral, laringe y tráquea. La infección por el VPH es frecuente en hombres, aunque algunos estudios demuestran que son menos numerosos. Algunos estudios y datos han demostrado

que dicha infección ha aumentado en las últimas décadas.

Una vez el virus penetra hasta la célula basal del epitelio tiene lugar una serie de etapas morfológicas con muy alta tendencia a la regresión y poca a la progresión. Alrededor del 90% de las infecciones se resuelven en un periodo de tiempo 3 meses y 1 año . En concreto el sistema inmunitario elimina el 60 % un año después de haber contraído la enfermedad. Según algunos estudios la infección de este virus predominaría en personas que padece alguna inmunodeficiencia como linfoma, leucemias o transplantes. Por lo tanto, para poder reducir la infección y por lo tanto la incidencia de este virus la existencia de una vacuna sería una de las mejores o quizá la mejor alternativa

5 Discusión-Conclusión

Los virus del papiloma son pequeños virus sin envoltura que infecta las mucosas y epitelio de la piel. Se transmiten por contacto directo (a través del contacto genital o lesiones en piel). La gran mayoría son combatidos por nuestro sistema inmunitario, aunque a veces consigue escapar de este y provocar alteraciones en el cuello uterino.

Este virus se clasifica según su potencial oncológico en : De bajo riesgo y alto riesgo

La mejor prevención ante dichas enfermedades es evitando el contacto sexual. La mejor manera es el uso de métodos anticonceptivos y la más importante asistir al control ginecológico para prevenir y tratar el cáncer a tiempo.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud . VPH (Internet)
2. www3.paho.or-www.cancer.gov/español/cancer/causas
3. La infección por VPH. Editorial Roche.
4. [www.davila.cl/como prevenir el VPH](http://www.davila.cl/como-prevenir-el-vph)

Capítulo 366

PRUEBAS DE DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA

MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA

MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDÁ

1 Introducción

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa de declaración obligatoria dado el gran problema de salud pública que genera; actualmente produce millones de casos y muertes en países subdesarrollados y en España aunque existe una tendencia descendente, continua siendo un problema sanitario muy importante. La enfermedad de la tuberculosis está producida por una bacteria del género *Mycobacterium*, en concreto *Mycobacterium tuberculosis*, parásito intracelular obligado cuyo reservorio es el hombre y que fue descubierta en 1882 por Robert Koch. En cuanto a sus características, el *Mycobacterium tuberculosis* es un bacilo aerobio estricto ácido- alcohol resistente, se divide por fisión binaria y posee una pared celular compleja. Se clasifica dentro de las micobacterias de crecimiento lento puesto que tarda más de 15 días para cultivarse.

Suele transmitirse entre humano por la vía respiratoria, aunque a veces puede ser también digestivo y a veces cutáneo. Se debe recordar o hacer hincapié en

que cualquier persona sana puede enfermar de tuberculosis y transmitirla , de ello deriva la importancia de una pronta detección. Aunque suele afectar algunos órganos, el pulmón es el que más afectado se ve.

Actualmente podemos considerar esta enfermedad la causante de una gran número de contagios y muertes producidas al año. Las personas que sufren de alguna sintomatología y especialmente si son pacientes inmunodeprimidos el porcentaje de esta enfermedad suele ser elevado.

2 Objetivos

- Definir o explicar el impacto sanitario de la infección provocada por *Mycobacterium Tuberculosis*.
- Saber o conocer cuáles son las muestras más representativas y procedimientos para el diagnóstico de la tuberculosis.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado una pequeña revisión bibliográfica de libros, protocolos de laboratorio y artículos en algunas de las principales bases de datos: Medline, Pubmed , con la selección de ciertos artículos científicos de publicaciones relacionadas con el tema a estudiar.

4 Resultados

Tipos de muestras

La muestra obtenida variará en función de la localización de la enfermedad : orina, esputo, líquido cefalorraquídeo (LCR), jugo gástrico, biopsias, líquidos estériles, heces . Se recoge la mayor cantidad de muestras y en 3 días consecutivos si la muestra se trata de orina o esputo puesto que en dichas muestras los bacilos no son eliminados de forma constante.

Las muestras serán remitidas al laboratorio lo antes posible y si no fuese así se mantendrán refrigeradas a 4°C. Deberán cumplir unas pautas :

- Muestra más representativa y rentable
 - Recogerla de forma estéril antes del tratamiento antimicobacteriano
 - No usar torundas o hisopos
- Procesamiento de las muestras

El técnico de laboratorio encargado para su procesamiento lo hará en cabina de seguridad protegido con su equipo de protección individual(EPI) con guantes, bata y mascarilla.

Las bacterias positivas se verán de color rojo y las negativas de color azul.

Identificación de Micobacterias

Existen diferentes técnicas para demostrar la presencia del bacilo del Koch, a continuación enumeramos las más utilizadas en el laboratorio. a) Microscopia: observación microscópica tras efectuar o realizar la tinción de Ziehl-Neelsen, en la que observamos el bacilo de forma directa. b) Estudio macroscópico: estudia las características morfológicas de las colonias, la velocidad de crecimiento y la producción de pigmentos en presencia o ausencia de la luz. c) Pruebas bioquímicas: sobre todo para las micobacterias de lento crecimiento . entre ellas:

- Prueba de la Niacina

- Reducción de nitratos a nitritos

- Prueba de la catalasa

- Hidrólisis del TWEEN 80

- Reducción del Telurito

- Captación del hierro

- Prueba de la PIRAZINAMIDASA d) Pruebas Cromatográficas: diferencia a las micobacterias mediante un análisis en la composición de los lípidos de la pared celular. Existen 3 tipos: En capa fina (TLC), de gases (GLC) y líquida de alta presión (HPLC). e) Identificación Molecular : la mejor alternativa para una rápida identificación de las micobacterias. Se realizan por medio de sondas de ácidos nucleicos y amplificación de secuencias de ADN. f) Prueba de la tuberculina o MANTOUX: sirve para saber si una persona ha sido infectada a lo largo de su vida . Consiste en la inoculación intradérmica de un derivado proteico y la posterior observación y medición de la zona que se produce alrededor de la zona de inoculación. g) Pruebas Serológicas: la menos usada por su bajo rendimiento. Se basan en determinar los anticuerpos específicos.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal de laboratorio deberá conocer las normas de seguridad e higiene y respetar el uso de las medidas barrera. Se recomienda una pronta diseminación de la tuberculosis , por lo tanto un diagnóstico rápido , un tratamiento específico junto con un aislamiento hospitalario del paciente.

Para el tratamiento de la tuberculosis se emplean varios fármacos a la vez para poder evitar las resistencias: isoniazida, pirazinamida y rifampicina. El tiempo es

muy prolongado (de 6 a 9 meses general). Con un buen control tiene que ir disminuyendo los bacilos hasta llegar a desaparecer. Algunos tipos de tuberculosis se está viendo que están empezando a desarrollar resistencia a dichos medicamentos.

6 Bibliografía

1. [https://medineplus-gov/pruebas de laboratorio](https://medineplus-gov/pruebas%20de%20laboratorio)
2. [https://lifeder.com/tinción -ziehl-neelsen](https://lifeder.com/tinci%C3%B3n-ziehl-neelsen)
3. www.mayoclinic.org/

Capítulo 367

RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO

MARIA JESUS SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA GRACIA SANCHEZ GARCIA

MARÍA JOSÉ GARCIA FELGUERA

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MOLINA

MARÍA ISABEL GARCÍA NEBREDÁ

1 Introducción

Debido a que existen una serie de agentes patógenos y a la manipulación de los mismos podríamos afirmar que una persona que trabaja en un laboratorio está expuesta a cualquier riesgo biológico , cualquier persona puede contraer una enfermedad .

Los trabajadores deben considerar que pueden sufrir un riesgo en cualquier momento al estar expuestos a cualquier fluido biológico bien por vía cutánea, a través de contacto directo o por una salpicadura de un agente contaminante.

Para poder evitar esto es necesario que se apliquen una serie de medidas y procedimientos que eviten la medida de lo posible la exposición a un agente biológico (lavarse las manos frecuentemente, el uso correcto de guantes , las uñas siempre cortas limpias y sin esmalte).

Al estar trabajando con material corto-punzante hay que desecharlo una vez terminado el trabajo, sin doblarlas y desechándolas enseguida en su contenedor

habilitado para ello sin sobrepasar el llenado. Se recomienda no reencapsular las agujas . Usar siempre los elementos de protección individual antes, durante y después de cada procedimiento.

El riesgo biológico es quizá el principal o uno de los más importantes. A él están expuestos cualquier persona que trabaja en un laboratorio dependiendo de su categoría profesional , La transmisión se puede dar ya sea por vía sanguínea, respiratoria , digestiva o a través de las mucosas.

Según un estudio "un riesgo biológico se considera la probabilidad de que ocurra un evento ocasionado por la liberación de agentes biológicos u organismos modificados genéticamente causados por accidentes, imprudencia o un mal uso deliberado".

2 Objetivos

- Conocer el concepto de riesgo biológico
- Saber clasificar los distintos agentes biológicos
- Conocer medidas que nos ayuden a prevenirlo entendiendo la importancia con conlleva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos clasificar a los agentes biológicos según: Su peligrosidad de menor a mayor:

1. Es poco probable que cause enfermedad en el hombre
2. Pueden causar una enfermedad y suponer un peligro para los trabajadores, no es probable que se propague a la colectividad y suele haber tratamiento o profilaxis para combatirlo.
- 3.Son capaces de producir enfermedad grave en el hombre, peligro grave en los trabajadores y con muchas posibilidades de propagarse a la colectividad. También

se dispone de tratamientos o profilaxis para combatirlos.

4. Causan grave enfermedad, el trabajador está en serio peligro, existen muchas posibilidades de propagarse a la colectividad y no existe tratamiento o profilaxis. También los podemos clasificar según su especie: Los virus que son agentes parásitos patógenos no celulares, tienen un tamaño menor que las bacterias y son visibles al microscopio electrónico. Se manifiestan asociados a una célula y no tienen capacidad de crecer o multiplicarse fuera de la misma. Se les suele atribuir enfermedades como herpes, rabia, sida, etc... Los hongos son formas complejas de vida que presentan estructura vegetal, su hábitat natural es el suelo y algunos de ellos parásitos vegetales o animales puesto que no tienen la capacidad para sintetizar proteínas por ellos mismos. Suelen producir enfermedades micóticas. Y por último los parásitos que son organismos animales que en el interior del ser humano (se aprovechan sin beneficiarse) desarrollan algunas fases de su ciclo de vida. Producen malaria, esquistosomiasis, etc..

Y por último según el grado de infectividad; si existen o no vacunas o tratamientos y la facilidad con la que la enfermedad se propaga.

Para prevenir esto podemos tomar algunas medidas higiénicas como son entre otras: no comer y beber en el lugar de trabajo, que los trabajadores dispongan de los medios adecuados, valorar el buen funcionamiento de los equipos de protección individual, disponer de protocolos de actuación..

5 Discusión-Conclusión

Aunque se plantea que se ha producido una mejora evidente a lo largo de los años y un mayor control de los riesgos sustentada en una regulación normativa y la implantación de las debidas medidas con diversas actuaciones (profilaxis, campañas de vacunación, identificación y protocolización de tareas de riesgo), el uso adecuado de los equipos de protección individual, una mayor información sobre los riesgos, el aumento de las medidas higiénicas, una mayor gestión de los residuos sanitarios, aun así sigue siendo un proceso muy lento. Es conveniente hacer un hincapié en implantar medidas así como un control en la vigilancia de las mismas. Todo esto unido a un análisis o estudio de las condiciones de trabajo y de sus posibles consecuencias

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.es>
2. <https://www.medwave.cl>

3. bases de datos de Medline, Scielo o Pubmed
4. <https://ocaglobal.co>

Capítulo 368

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR FRENTE A LOS ACCIDENTES LABORALES

MARÍA AMOR DÍAZ AFONSO

1 Introducción

Se define accidente laboral o accidente de trabajo como aquel accidente que sufre un trabajador durante su jornada laboral. Aquí también se incluyen aquellos accidentes de trabajo denominados *in itinere*, es decir, aquellos accidentes que suceden en el trayecto de su casa al puesto de trabajo o viceversa. Cabe destacar que los accidentes de trabajo producidos en el ámbito sanitario han ido aumentando en los últimos años, tanto en los centros de trabajo (hospitales o centros de salud) como en los desplazamientos al mismo.

Además, no cabe duda que el medio en el que los profesionales sanitarios como los técnicos en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear desarrollan la actividad sanitaria entraña riesgos en el sector debido principalmente a la utilización de un gran número de instrumental médico y máquinas cada vez más modernas, y al elevado número de pacientes a los que hay que atender, teniendo en cuenta los periodos de tiempo tan reducidos que se tienen.

Por ello, es de vital importancia que los técnicos en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear al igual que el resto de profesionales sanitarios tengan muy en cuenta la prevención para que cuando desarrollen en su puesto de trabajo

el conjunto de actividades o medidas previstas en su servicio puedan evitar o disminuir los riesgos derivados de esa actividad.

2 Objetivos

Conocer cuales son los accidentes que se pueden producir por las circunstancias derivadas de su puesto de trabajo.

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: accidente, laboral, trabajador.

4 Resultados

Durante la jornada laboral del técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, se pueden producir una serie de imprevistos que pueden derivar en un accidente de trabajo. Algunos de ellos son:

- Riesgo de caída al mismo nivel: el técnico de rayos durante su jornada puede sufrir una caída cuando se disponga a desplazarse de un lugar a otro debido al mal estado del suelo o porque simplemente este mojado o con una baldosa suelta. El daño ocasionado al profesional podría ser desde una contusión a una torcedura o un esguince.
- Riesgo de caídas a distinto nivel :este tipo de accidentes se produce cuando el técnico en imagen para el diagnóstico se dispone a usar algún medio para subir a zonas elevadas como armarios o estanterías para acceder a documentos y utiliza banquetas o escaleras, que su estado de conservación es malo. Los daños que el trabajador puede sufrir son los mismos o muy parecidos a los de una caída al mismo nivel.
- Riesgo de choques o golpes contra objetos móviles o inmóviles: estos se producen cuando el técnico en imagen para el diagnóstico pasa por zonas con poco

espacio de paso, desordenadas, con poca visibilidad. También se puede dar estructuras transparentes sin señalizar (puertas vaivén). Los daños ocasionados son leves como (rozaduras, cortes, contusiones, desgarros,) en brazos, manos y piernas.

- Riesgo producidos por el atrapamiento de algún miembro: debido a los aparatos de radiodiagnóstico, ascensores o puertas basculantes. Los daños que pueden ocasionar en el trabajador pueden ser graves ya que podrían llegar hasta perder algún miembro.
- Riesgo de cortes o pinchazos por la manipulación de instrumental: al manipular material o jeringuillas se producen accidentes por corte o punción. Los daños causados pueden ser desde la infección de alguna enfermedad debido al corte y/o al pinchazo hasta la pérdida de algún miembro.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en imagen para el diagnostico y medicina nuclear que pertenecen al sector sanitario, durante su jornada de trabajo, se arriesgan a una amplia cantidad de factores de riesgo laborales que pueden influir en su salud de forma negativa. Estos trabajadores deben de ser conscientes en todo momento de todos aquellos riesgos que pueden sufrir para poder prevenirlos de la forma más rápida y adecuada posible. Por ello, los responsables de la zona de trabajo del área del servicio de rayos deben de seguir un tipo de protocolos y dar a conocer los mismos a sus propios compañeros a través de una formación continuada, además de proporcionar el equipamiento necesario para dicha protección.

6 Bibliografía

- <https://www.previsorageneral.com/que-es-un-accidente-laboral/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Accidente_laboral
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000500011

Capítulo 369

INESTABILIDAD DE MICROSATELITES. APLICACIONES EN ANATOMIA PATOLOGICA

SONIA LEÓN HERRAEZ

IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR

PILAR MARIA RODERO RONCERO

1 Introducción

Recientes investigaciones han demostrado que el origen de ciertos tumores es consecuencia directa de la presencia de mutaciones en los genes que se encargan de la reparación de errores en la replicación del ADN. Cuando estas mutaciones ocurren, estos genes se inactivan, lo que lleva a acumularse una gran cantidad de errores en el material genético, produciéndose un gran número de mutaciones por inserción o delección, que conllevan a la formación de multitud de tumores. En condiciones normales, los microsatélites son secuencias de nucleótidos que se repiten en el ADN. En el genoma humano existen miles de microsatélites. Durante la replicación del ADN, en estas secuencias repetitivas es muy frecuente que se produzca el fenómeno conocido como deslizamiento de las hebras (slip-page), en donde dichas secuencias tienden a desalinearse o aparearse incorrectamente. Como consecuencia de ese deslizamiento, se producen o bien delecciones o bien inserciones en las secuencias de estos microsatélites, que eficazmente son reparadas por los genes reparadores de errores por deslizamiento (mismatch repair). Este mecanismo de reparación de errores está formado por las proteínas

hMLH1, hMSH2, hMSH6, hPMS2, hMSH3 y hMLH3. Entre ellas mismas se van a formar unos complejos heterodiméricos, de los que hasta el momento se conocen 2 tipos: el más abundante llamado hMutS α (formado por hMSH2-hMSH6) es el primero en actuar, y el complejo llamado hMutL α (formado por hMLH1-hPMS2). Ambos complejos se unen posteriormente para formar el complejo final, encargado de escindir el error del ADN y repararlo. Cuando estos genes se encuentran inactivados, se produce el fenómeno de la IMS (inestabilidad de microsatélites). Por esta razón, esta vía carcinogénica se llama vía mutadora o de inestabilidad de microsatélites, y este tipo de tumores se les conoce como tumores con errores de replicación (RER+) o de fenotipo mutador. La presencia de este fenómeno molecular característico, denominado IMS, nos permite la identificación, rápida y fiable, de estos tumores RER+.

2 Objetivos

- Analizar los estudios publicados sobre la IMS, de distintos y diferentes tipos de cáncer que se encuentran en distintas localizaciones anatómicas, para valorar la utilidad de la determinación de la IMS como potencial biomarcador en la detección y posterior respuesta al tratamiento en pacientes diagnosticados con dichos tipos de cáncer.
- Realizar la identificación prospectiva de estos tipos de cáncer a través de esta herramienta, lo que permitirá obtener una mayor posibilidad de disminuir la morbilidad de los pacientes, asociada al tratamiento y el aumento de su supervivencia, así como, el control local en tumores avanzados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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 mayoría de los casos, la inactivación de los genes que reparan los errores de replicación lleva a una pérdida de la expresión inmunohistoquímica de las

proteínas que codifican dichos genes.

Si durante la determinación de la inestabilidad de microsátélites por la inmunohistoquímica, se observa la ausencia de expresión de cualquiera de las proteínas, podemos establecer que nos encontramos ante un tumor RER+ y que presentará IMS, pudiendo determinar cuál es la proteína afectada y, por tanto, en qué gen se ha de buscar la mutación en el análisis genético, mediante biología molecular. El análisis y determinación de la expresión inmunohistoquímica es una técnica sencilla, barata y a su vez, fácil y accesible de realizar en todo laboratorio en el que se realicen de forma habitual y continua tinciones inmunohistoquímicas, como es el caso de la mayoría de los laboratorios de anatomía patológica.

Este estudio inmunohistoquímico se realiza sobre tejido incluido en parafina y fijado previamente en formol. Para la valoración de los resultados siempre se dispone de controles internos positivos (como por ejemplo de estroma, linfocitos, etc.), necesarios para poder determinar que la presencia o ausencia de expresión en un tumor no se debe a un problema del procedimiento de la técnica.

En la mayoría de los trabajos consultados, la sensibilidad y especificidad en la identificación de tumores con IMS con esta técnica, son muy altas, observándose que llegan a ser superiores al 85%, aun a pesar de que en la mayor parte de ellos sólo se estudian y analizan el MLH1 y MSH2.

• UTILIDAD DE LA IMS EN CANCER DE COLON:

Ya hace tiempo que se viene utilizando la detección de IMS en el tejido tumoral en pacientes con cáncer de colon, ya que éste tiene un gran valor pronóstico, además de ser también capaz de predecir la respuesta de dicho paciente a la quimioterapia.

Sin embargo, su principal utilidad clínica es orientada hacia la estrategia del cribado de cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (CCRHNp). Existen evidencias de que en las familias con un miembro diagnosticado con CCRHNp, el cribado con colonoscopia logra reducir la mortalidad por dicho cáncer. Por ello es de suma importancia disponer de métodos eficaces y rápidos, como es el caso de las técnicas inmunohistoquímicas, para identificar a los miembros de las familias que presentan esta enfermedad.

Los criterios clínicos-histopatológicos que se plantean para definir familias CCRHNp constituyen una base sólida e importante para establecer el diagnóstico, pues es poco eficiente estudiar todos los tumores para detectar IMS, cuando tan solo un 15 % de los cánceres colorrectales esporádicos presenta IMS, mientras que los tumores de pacientes CCRHNp presentan IMS en más de 90 % de los casos. Para decidir qué pacientes deben diagnosticarse mediante la determinación de la presencia de IMS, como cribado de CCRHNp, un grupo de expertos en 1997

elaboró y publicó los denominados criterios de Bethesda, donde se establece si un paciente con cáncer colorrectal cumple alguno de esos criterios, y por lo tanto si está indicada la realización de técnicas sobre el tejido tumoral para determinar si se trata de un tumor con errores de replicación.

Por lo tanto, la detección de IMS es el paso previo para el genotipaje de los genes de CCRHNP, permitiendo al médico evaluar el pronóstico del paciente y poder establecer una terapia efectiva en estos casos.

- UTILIDAD DE LA IMS EN CANCER DE VEJIGA:

Tanto la citología urinaria como la cistoscopia son actualmente los dos métodos utilizados para el diagnóstico y seguimiento en el caso de los tumores vesicales. Sin embargo, la citología presenta una serie de inconvenientes a la hora de diagnosticar tumores de bajo grado. A pesar del trabajo y empeño puesto por parte de los patólogos en querer identificar características que faciliten la distinción entre las células normales y células malignas en tumores de bajo grado, los valores de sensibilidad no son superiores al 25%.

Con el análisis de la IMS del sedimento urinario, se observa mayor eficacia en el diagnóstico de tumores vesicales que con los tradicionales métodos. La mayoría de los autores consultados señalan alteraciones genómicas como es el caso de la IMS en sus series de tumores de vejiga, pese a que existen algunos pocos autores que se han documentado ausencias de algunas alteraciones de la IMS en varios tipos de cáncer de vejiga.

La presencia de alteraciones de la IMS podría deberse a la presencia de alteraciones moleculares que dan inicio a los procesos de tumorigénesis vesical. Estas alteraciones contenidas en los procesos de generación y en el desarrollo del cáncer vesical pueden ser estudiadas en las células del sedimento urinario utilizando una técnica rápida y sencilla, y sobre todo poco invasiva como lo es el análisis de la IMS por inmunohistoquímica en el sedimento de muestras de orina.

- UTILIDAD DE LA IMS EN CANCER DE RECTO:

En el cáncer de recto localmente avanzado se puede observar cómo pacientes con diagnósticos similares tanto clínicos como histopatológicos, presenta al tratamiento una respuesta variable, aunque recibieron esquemas de tratamientos idénticos.

El grado de respuesta al tratamiento es un factor determinante en el pronóstico de estos pacientes, por lo que es de gran interés hallar biomarcadores que se pudieran analizar previamente, antes del inicio de cualquier tratamiento. Esta información nos permite determinar aquellos casos que no tienen una mayor probabilidad de respuesta al tratamiento, puesto que esto permitiría obtener subgrupos que pudieran beneficiarse de unos u otros tratamientos o de tratamientos

más intensivos previa intervención quirúrgica e incluso plantearse en qué pacientes tener una actitud más conservadora.

Por lo que se ha comenzado en estos últimos años la determinación inmunohistoquímica de la IMS en las muestras de biopsias obtenidas en la exploración endoscópica del recto, proporcionando un análisis preoperatorio del estado de la IMS a partir de una muestra de tejido escasa y un periodo de tiempo clínico que permite instaurar los tratamientos adecuados, tras el análisis de la IMS, sin grandes demoras.

• UTILIDAD DE LA IMS EN CANCER DE ENDOMETRIO:

Tras el análisis de los estudios consultados, se determina que la IMS representa la principal anomalía genética que se ha detectado en el adenocarcinoma de endometrio, frecuencia que se incrementa cuando este cáncer se asocia al síndrome de Lynch. A su vez se observó que la IMS se presenta en un tercio de los adenocarcinomas endometriales esporádicos, pero es rara en los serosos.

Al igual como se ha analizado en los anteriores casos, en este caso se confirma la validez de la técnica inmunohistoquímica como herramienta de screening inicial, por la validez de sus resultados y por su mayor disponibilidad y menor coste.

5 Discusión-Conclusión

-El análisis de la IMS por la técnica inmunohistoquímica en el cáncer de colon, es una estrategia eficaz para la evaluación molecular de los miembros de la familia de pacientes con CCRHNP, que son los casos de riesgo. A este respecto es importante que después de identificada la mutación, se produzca el asesoramiento de los familiares de riesgo a nivel genético, para que puedan ser sometidos a diagnósticos más concretos y efectivos.

-El conocimiento de los marcadores de la IMS y la localización de las diferentes regiones implicadas en el origen del cáncer vesical permitirá elaborar un grupo de marcadores de gran utilidad para el diagnóstico y tratamiento del cáncer vesical.

-El papel de la IMS en cáncer de recto y endometrio como factor pronóstico de respuesta al tratamiento es motivo de estudio en la actualidad.

Hoy en día, es conveniente recomendar la determinación y análisis de la IMS en los estudios anatomopatológicos iniciales en estos y otros tipos de cáncer para continuar analizando su papel en el pronóstico de los pacientes, así como realizar una evaluación conjunta con otros biomarcadores que permitan adecuar el tratamiento a las características de cada caso.

6 Bibliografía

1. Inestabilidad de microsatélites en el cáncer colorrectal: concepto, métodos de detección y utilidad clínica [Internet][citado Diciembre 2003]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-inestabilidad-microsatelites-el-cancer-colorrectal-13055138>.
2. La inestabilidad en microsatélites: algunos aspectos de su relación con el cáncer colorrectal hereditario no-polipoide. [Internet][citado abr.-jun. 2005]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002005000200008.
3. Caracterización molecular de pacientes con cáncer colorrectal [Internet][citado 2022]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/5957/5036>.
4. Análisis de microsatélites en células exfoliadas del sedimento urinario. Su utilidad para la detección del cáncer vesical. Estudio comparativo con citología urinaria [Internet][citado sep. 2003]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000800007.
5. Inestabilidad de microsatélites como factor pronóstico de respuesta al tratamiento neoadyuvante en cáncer de recto [Internet][citado 2021]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/74851>.
6. Análisis descriptivo de la frecuencia de inestabilidad de microsatélites en el cáncer de endometrio de tipo I de mujeres menores de 60 [Internet][citado 2018]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46969/>

Capítulo 370

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA , EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROYECCIÓN FUTURA.

RAQUEL MORENO GONZÁLEZ

PILAR NAVARRO GALIANA

MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ

GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ

JOSE ANGEL GARCIA CUBERO

1 Introducción

La microbiología es la rama de la biología encargada del estudio de los microorganismos, seres vivos pequeños, también conocidos como microbios. Etimológicamente, microbio es aquel ser que no puede verse a simple vista. Por este motivo, esta ciencia, requiere el manejo de microscopios (para los estudios directos) o el estudio serológico (como método indirecto) para identificar al microorganismo que protagoniza la enfermedad en un paciente.

Ya que éstas técnicas serológicas y estas herramientas de óptica son de invención bastante reciente, se podría afirmar que la Microbiología es una ciencia relativamente nueva en cuanto a sus formas de trabajo actuales. Sin embargo, como veremos más adelante, los humanos han utilizado microorganismos de forma consciente (para fermentar vinos, cervezas y pan) o inconsciente (como es el caso del microbioma) en todos los tiempos.

La microbiología clínica implica el estudio de bacterias, virus, hongos y parásitos potencialmente infecciosos para el hombre. Estos estudios se hacen a través de cultivos, visión directa con microscopio, cultivos celulares, serología de antígenos o anticuerpos y técnicas de biología molecular.

Y ya que vamos a hablar de los microorganismos que producen enfermedad, conviene definir el término microbioma, que se refiere al conjunto de microorganismos que habitan distintas partes de nuestro cuerpo sin producir enfermedad, al menos cuando sus poblaciones están equilibradas y el sistema inmune funciona correctamente. Nuestra relación con este microbioma es simbiótica, ya que nos proporcionan ayuda en la digestión de alimentos, una barrera de protección contra otros microorganismos potencialmente más peligrosos y algunas sustancias que no sabemos metabolizar. A cambio, nosotros les ofrecemos alimento y el ecosistema ideal para cada tipo de poblaciones de microbioma. Conocerlos y aprender a cuidarlos también es parcela de estudio de la microbiología.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es poner en conocimiento las fases y etapas por las que ha pasado la microbiología para llegar a ser la ciencia multidisciplinar que hoy en día encontramos en los laboratorios de diagnóstico clínico. También intentar comprender el peso que seguirá adquiriendo a medida que se incorporan nuevas técnicas a su ámbito de estudio.

3 Metodología

Para la redacción de esta revisión bibliográfica se ha consultado varios libros especializados, cursos sobre microbiología y artículos especializados. También se ha consultado con algunos de las publicaciones clásicas con las que se sentaron las bases de esta ciencia. Por último se han utilizado buscadores fiables de publicaciones médicas como Pubmed.

4 Resultados

Para llegar a la posición que tiene ahora esta ciencia, ha pasado por una evolución histórica que clasificamos según el clásico esquema de Collard (1976) que distingue cuatro etapas en el desarrollo de la microbiología. Distingue así el periodo especulativo que termina con la aparición del microscopio. El segundo pe-

riodo en el cual se multiplicaron las observaciones. El tercer periodo donde se aprende a cultivar microorganismos, lo que permite manejar y estudiar mejor sus metabolismos y formas de vida. Y el último periodo, cuarto, que llega hasta la actualidad, en el cual disponemos de tecnología suficiente para poder estudiar los microorganismos en toda su complejidad.

La evolución de esta disciplina consiguió cambiar algunos conceptos básicos que se tenían por ciertos en las ciencias de los siglos anteriores, por ejemplo:

- Antes de la descripción especializada de los microorganismos, los seres vivos se clasificaban en dos reinos: animal y vegetal. Sin embargo en la actualidad, las bacterias y las algas verdiazules forman un tercer reino: protistas. Los hongos forman el reino fungi y las arqueas y algunas bacterias forman el quinto reino: monera.
- La especialización en microbiología reabrió el debate sobre la generación espontánea, en el que la demostración de la biogénesis asentó las bases de la biología moderna.
- También implicó una nueva visión sobre las fermentaciones, estrechamente relacionado con otra especialidad, la bioquímica. Así, microbiología y bioquímica fueron desarrollando en paralelo mientras se descubrían mecanismos tales como: respiración aerobia y anaerobia, metabolismo de carbohidratos, metabolismo de vitaminas del grupo B,...

Fué Koch, con sus estudios sobre *Bacillus Anthracis*, quien aplicó por primera vez los criterios que Henle había postulado en 1840, lo cual hace que hoy se vinculen al propio Koch. Estos postulados establecen las condiciones que deben darse para poder afirmar que un microorganismo es el agente causal de una enfermedad. Proporcionan un método de estudio para las enfermedades infecciosas que aún hoy resulta válido.

También fue Koch el que demostró el principio de especificidad biológica del agente infeccioso: cada enfermedad está causada por un tipo de bacteria diferente.

Estos trabajos de Koch abren el campo de la microbiología clínica sobre firmes bases científicas, y a partir de ahí, la evolución de técnicas, métodos, medios de cultivo, nuevas especies y medios de cultivo, tinciones, etc se acelera de forma exponencial.

Algunos ejemplos de los primeros de estos descubrimientos fueron:

- La tinción de Gram, que ayudó a clasificar y dividir microorganismos.
- La tinción ácido-resistente que ayudó a conocer las micobacterias.
- La tinción de Albert que diferenciaba la presencia de *Corynebacterium diphtheriae* con la que comenzó a administrarse antisueros específicos, ...

- La reacción de Quellung reconocía el tipo de neumococo para guiar la terapia.
- Estudios de reacción de la coagulasa para tipificar estreptococos, salmonelas y shigelas...

En la Segunda Guerra Mundial se avanzó mucho en el estudio y la creación de medios de cultivo selectivos, que dieran rápida respuesta a los brotes infecciosos que sucedían en campamentos, batallas y entornos extranjeros. La explosión de nuevos agentes antimicrobianos terminó por encauzar las labores del laboratorio de microbiología clínica.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, el desarrollo y la evolución de la microbiología médica ha condicionado el de otras doctrinas, como la biología, la medicina e incluso la tecnología de los alimentos. Hoy en día se acepta su papel básico en la sociedad y más concretamente dentro del hospital. Procurando a los profesionales médicos un diagnóstico correcto cada vez de forma más precoz, y proponiendo las mejores estrategias de tratamiento que eviten la creación de nuevas resistencias a antibióticos.

La inclusión, cada vez mayor, de la biología molecular en las técnicas realizadas en el laboratorio de microbiología, le da un valor añadido a la especificidad del diagnóstico de cepas y resistencias.

6 Bibliografía

1. F. G. J. Henle - Von den Miasmen und von der miasmatishcontagiösen Krankheiten (De los miasmas y de las enfermedades miasmático-contagiosas) 1840
2. P. Collard - The development of Microbiology. Cambridge University Press, England 1976
3. J. A. García - Rodríguez, J. J. Picazo. Microbiología Médica. Ed Mosby 1996.
4. B. A. Freeman. Microbiología de Bumows. Interamericana.
5. Rita Hoyos Echeverría. Tecnología microbiana. Azara.
6. Henry D. Isenberg. Clinical Microbiology: past, present and future. Journal of Clinical Microbiology.

Capítulo 371

AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS POR DISEMINACIÓN EN SUPERFICIE

AINOA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Para obtener cultivos puros a partir de una muestra, se utilizan las técnicas de aislamiento, fueron desarrolladas durante el siglo XIX. Robert Koch fue el que introdujo los medios sólidos y las placas de Petri en el campo de bacteriología.

La siembra consiste en la introducción de una porción de muestra en un medio adecuado para su crecimiento. Para sembrar son necesarias unas condiciones idóneas. La siembra se puede realizar en tres tipos de medios: líquido, sólido y semisólido.

El aislamiento es la separación de un determinado microorganismo del resto, el método más habitual es en medio sólido mediante estría simple. El aislamiento siempre se realiza en medio sólido, el medio líquido sirve para enriquecer la muestra.

Cada colonia bacteriana tiene unas características propias: forma, borde, elevación, tamaño, consistencia. La observación del aspecto es una de las fases para la identificación del tipo de colonia. También se utiliza la observación microscópica, determinación del serotipo y realización de pruebas de identificación.

En todos los casos es preciso el previo aislamiento del microorganismo a partir de la muestra, para proceder a su posterior identificación. A partir de las colonias

separadas es posible obtener un cultivo puro de cada uno de los tipos de bacterias que están presentes en la muestra inicial.

2 Objetivos

- Exponer el concepto de aislamiento.
- Nombrar las diferentes técnicas de aislamiento por diseminación en superficie.
- Describir el procedimiento de cada una de las técnicas nombradas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros acerca del tema a tratar, además de la búsqueda de información en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos y sacando unas conclusiones sobre todo lo visto.

4 Resultados

La técnica más utilizada para la siembra de microorganismos es la diseminación en la Superficie de un medio sólido en Placa Petri; para ello es necesario esterilizar un asa de siembra, la esterilización se puede llevar a cabo mediante una llama de un mechero Bunsen o directamente se puede realizar el procedimiento en una cabina de flujo laminar. Una vez asegurado el ambiente estéril se procede a coger una porción de el microorganismo deseado y posterior sembrado en un medio sólido. El trazado debe ser realizado con suavidad, de lo contrario el agar podría romperse y no se podría utilizar. Para que se produzca el crecimiento de microorganismos es necesario la incubación a la temperatura adecuada y la placa se debe colocar en una posición invertida, evitando la formación de condensación.

Hay diferentes técnicas de trazado, la elección depende del objetivo de crecimiento del microorganismo:

La primera técnica es el agotamiento de asa, es la más sencilla y por lo tanto no es la más adecuada para conseguir el mayor aislamiento posible. Se basa en realizar un movimiento de estrías de arriba hacia abajo en la placa. En la mayoría de ocasiones es conveniente realizar la siembra en dos placas consecutivas para asegurar un resultado correcto.

Si se desea un mayor aislamiento se puede realizar la técnica de depósito y posterior quemado. Se realizan estrías en una superficie pequeña del agar, posteriormente se vuelven a realizar nuevas estrías arrastrando la muestra sembrada anteriormente.

Otra de las técnicas que se puede realizar para sembrar es preparar diluciones seriadas, consiste en suspender la muestra en solución fisiológica o caldo nutritivo, preparando posteriormente diluciones seriadas decimales en condiciones asépticas. Así se obtienen diferentes diluciones, todas se estrían en placas, con el objetivo de conocer cual es la dilución adecuada.

La última técnica es la extensión en superficie con espátula de Drigalski, consiste en extender la muestra con ayuda de la espátula sobre el medio de agar sólido. Es importante que antes de poner las placas a incubar el medio debe estar ya seco. También hay que tener en cuenta realizar un movimiento preciso y uniforme con la espátula Drigalski, en caso contrario no se consigue el aislamiento deseado.

5 Discusión-Conclusión

Antes de realizar el aislamiento hay que saber la proporción del microorganismo, si no hay mucha cantidad, se puede realizar una previa etapa de enriquecimiento, aumentando la cantidad. En el caso de que no sea necesario, se puede realizar el aislamiento directamente y posterior siembra. Para conseguir el resultado esperado sobre el crecimiento del microorganismo es fundamental seguir las pautas marcadas, hay que tener precauciones en todo momento para que la muestra no se contamine, así como el ambiente de trabajo. Todas las partes del proceso son importantes, desde la preparación del medio, hasta la incubación de las placas. En este último paso es fundamental tener en cuenta las indicaciones de temperatura y tiempo.

6 Bibliografía

1. Plasencia-Dueñas NR, Zegarra-Rodríguez CA, Failoc-Rojas VE, Díaz-Vélez C. Aislamiento microbiológico de superficies inanimadas en contacto con pacientes en un hospital peruano. *Infectio* [Internet]. 2021;26(1):67. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922022000100067

Capítulo 372

PRINCIPIOS, EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTOS DE LA MICROBIOLOGÍA.

MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ

GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ

JOSE ANGEL GARCIA CUBERO

RAQUEL MORENO GONZÁLEZ

PILAR NAVARRO GALIANA

1 Introducción

Podemos definir la microbiología, como la ciencia que estudia los microorganismos, o dicho de otra manera, los seres vivos no visibles al ojo desnudo necesitando para poder visualizarlo de un microscopio. La microbiología, como ciencia biológica, tiene una dimensión infinita ya que trata del estudio de los seres microscópicos, a los que se les atribuye el origen de la vida sobre la tierra y el mantenimiento del equilibrio de la Biosfera. Dichos microorganismos tienen también funciones negativas ya que pueden producir enfermedades al hombre, a los animales y a las plantas.

En lugares como en el interior de orificios de animales y del ser humano, en profundidades oceánicas, en aguas termales, podemos encontrar este gran mundo de seres microscópicos cumpliendo funciones para mantener el equilibrio perfecto

de las actividades biológicas en la Biosfera. La microbiología tiene 3 objetivos dentro de sus diversas especialidades entre las que destacan:

- 1.- Controlar a los microorganismos más perjudiciales. Se desarrolla la microbiología médica, ambiental, de los alimentos, veterinaria ,etcétera.
- 2.- Seleccionar a los microorganismos beneficiosos y cultivarlos para que su estudio. Como los utilizados en la fermentación de quesos, pan, alcohol, etcétera.
- 3.- Conocer, no interferir y respetar a los microorganismos en sus ciclos en la naturaleza han servido para tomar conciencia del especial cuidado que hay que tener para no alterar el equilibrio de la naturaleza.

2 Objetivos

- Conocer la base de la microbiología, su evolución histórica y sus objetivos.
- Conocer el papel de los seres vivos microscópicos en el ciclo de la naturaleza.
- Estudiar a los microorganismos eucariotas y procariotas

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 microbiología como ciencia especializada aparece a finales del siglo XIX. Según el esquema, en 1976, de Collard distinguimos cuatro periodos o etapas en el desarrollo de la microbiología:

Primera etapa o periodo: Se extiende desde la antigüedad hasta los primeros microscopios.

Segunda etapa: Va, aproximadamente, desde 1675 hasta mitad del siglo XIX. Período de lentes observaciones y que arranca con el descubrimiento en 1675 por el mercader Antony Van Leenenhoek, de los microorganismos, gracias a que confeccionó microscopios simples que logró un aumento de hasta 300 veces.

Tercera etapa: Va desde mediados del siglo XIX hasta finales de dicho siglo. Esta etapa se llama de cultivo de microorganismos ya que Pasteury Kotch lideran el

logro de cristalizar a la microbiología como una ciencia experimental ya bien consolidada.

Cuarto periodo o etapa: Abarca desde inicios del siglo XX hasta nuestros días, en el que los microorganismos son estudiados en toda su complejidad genética, bioquímica, fisiológica, etcétera. Esta cuarta etapa supone un extraordinario crecimiento de la microbiología, el surgir de disciplinas especializadas, tales como la inmunología, bacteriología, parasitología, virulología, etcétera y la relación de la microbiología dentro de las ciencias biológicas.

La demostración de su existencia y el desarrollo del concepto de microorganismos recientes en biología, aunque sus actividades tales como la descomposición de la materia, las fermentaciones lácticas, acéticas y alcohólicas, el deterioro de alimentos, resultan familiares al hombre desde el inicio de los tiempos así como la aparición de algunas enfermedades infecciosas.

Lucrecio sugirió en 1546 un contagium virum en su *Rerum Natura*; Fracastorius de Verona, y escribió acerca de los gérmenes de la enfermedad y su causa.

En 1720 Beyamin Marten especuló sobre la utilización de animales diminutos en enfermedades destructivas pero estas sugerencias eran muy abstractas para tener una aceptación general.

Con el empleo de los sistemas ópticos más precisos que permitían la visualización de formas vivas microscópicas fue el principio de la microbiología como ciencia.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir, que gracias al paso de los años y al descubrimiento de las lentes y así de la creación de los microscopios, se pudo avanzar en el estudio sobre los seres microscopios y descubrir que su función en la biosfera es imprescindible para múltiples situaciones, por ejemplo, en la limpieza de la naturaleza como es en la descomposición de seres vivos y los alimentos, en la fermentación de la leche, del alcohol, etc. Aunque tenemos su parte mala, porque también existen los microorganismos dañinos que producen desde leves infecciones sin o con sintomatologías hasta grandes enfermedades y desencadenar grandes epidemias y o pandemias poniendo en peligro al resto de seres vivos ya sean seres humanos, animales y plantas.

6 Bibliografía

1-<https://www.ugr.es//Microbiologia/01historia.htm>

2-<https://es.slideshare.net/MConstanzaBl/principios-bsicos-de-la-microbiologia-mdica>

3-<https://mmegias.webs.uvigo.es/5-celulas/1-origen-eucariotas.php>

4-<https://www.studocu.com/es-mx/document/instituto-tecnologico-de-acapulco/microbiologia-general/conceptos-basicos-de-microbiologia/13927307>

Capítulo 373

ESTUDIO DE LA LA BACTERIA RICKETTSIA , SUS CAUSAS ,SUS SÍNTOMAS Y SUS RESULTADOS

PILAR NAVARRO GALIANA

MARIA ISABEL GONZALEZ RUIZ

GEMA MARIA MORAL DOMINGUEZ

JOSE ANGEL GARCIA CUBERO

RAQUEL MORENO GONZÁLEZ

1 Introducción

Son bacterias con características diferentes a las demás bacterias, son las responsables de un grupo de enfermedades endémicas.

El género *Rickettsia* está formado por una variedad de bacterias gramnegativas y se encuentran dentro de la familia *Rickettsiaceae*, que incluye a *Coxiella*, *Ehrlichia* y *Bartonella*.

Este grupo de microorganismos necesita células vivas para su proliferación, son bacterias verdaderas porque tienen enzimas metabólicas y paredes celulares, usan oxígeno y son susceptibles a los antibióticos.

Esta bacteria posee ADN Y ARN, y se dividen por fusión binaria y su pared es típica de bacterias gramnegativas, y tienen la necesidad de ser parásitos intracelulares, éstos suelen tener una vida corta si están fuera de los reservorios, y son muy difíciles en su cultivo en el laboratorio.

Esta infección se puede presentar como la mancha negra, debida a la reproducción de las bacterias que se acumulan en su interior, en la lesión de la picadura, necrosando así la piel y formando un edema perivascular.

También se puede presentar como la fiebre botonosa mediterránea (FBM), ésta es endémica en Castilla La Mancha.

Otra forma es la aparición de una vesícula central en las lesiones papulosas, en este caso la rickettsiosis es transmitida por la picadura del ácaro del ratón.

2 Objetivos

1. En este trabajo queremos exponer que tipo de bacteria es la rickettsia, y sus infecciones.
2. exponer que tipo de pruebas hacemos en el laboratorio para detectar esta bacteria.
3. explicar el diagnóstico de las rickettsiosis.

3 Metodología

Para hacer nuestro trabajo hemos realizado búsquedas en las bases de datos de revistas científicas y hemos encontrado información de artículos e investigaciones publicadas en la revista médica de Elsevier, e investigaciones

También nos hemos ayudado de libros de microbiología que teníamos.

4 Resultados

La rickettsiosis puede afectar a cualquier persona, aunque es más frecuente es en niños y adultos jóvenes, según los estudios ya realizados.

Infectan a diferentes especies de hospedadores, que generalmente son mamíferos y sus vectores son casi siempre insectos. El ser humano es un huésped accidental normalmente.

Se ha estudiado que el vector para esta bacteria puede ser una pulga o una garrapata, que invade al huésped a través de una picadura, formando una pústula muy característica, donde esta se replicaría desarrollando así una infección en la piel

Los síntomas que suelen aparecer en este tipo de infección (rickettsiosis) pueden ser fiebres muy altas, cansancio, y en muchos casos sale un exantema muy car-

acterístico. Los enfermos mas graves pueden desarrollar además una necrosis en la piel muy característica.

Seguidamente en el laboratorio de análisis clínicos se realizarán las siguientes pruebas:

El diagnóstico se basará en cultivos celulares y en pruebas serológicas, principalmente la inmunofluorescencia indirecta, aunque éstos no sirven para diagnosticar si el paciente está en la fase aguda ya que suele dar positivo durante la convalecencia.

Para el diagnóstico serológico de las Rickettsiosis realizamos Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), para confirmar infección actual, en dos muestras que tengan diferencia mínima de toma de dos semanas, para demostrar un incremento de cuatro o más veces el título de anticuerpos.

Se realizará la PCR de la muestra de una biopsia de la zona del exantema. El cultivo es difícil y no resulta muy útil clínicamente.

Conocer el lugar de residencia del paciente y de viajes recientes puede ayudar al diagnóstico ya que muchas rickettsias se localizan en algunas zonas geográficas específicas.

Para finalizar habrá que hacer un control de los vectores y evitar la exposición.

5 Discusión-Conclusión

Hemos investigado que esta bacteria gramnegativa, es un parásito que invade las células de un mamífero y se transmite por vectores como los insectos.

Se ha buscado información sobre las infecciones por rickettsias, y hemos comprobado en otros estudios, que hay diferentes rickettsiosis depende de que género de rickettsia sea la causa infecciosa.

El tratamiento se hará con tetraciclina y cloranfenicol (estas con cierta precaución en niños) ello sería necesario aislarlas en cultivo o detectarlas por reacción en cadena de la polimerasa. Es importante decir que estos fármacos son rickettsiostáticos, pero no rickettsicidas.

Este tratamiento con antibióticos debe de ser inmediato, sin esperar a los resultados de las pruebas para su diagnóstico, para poder prevenir el deterioro del paciente o incluso su muerte.

6 Bibliografía

- 1, <https://www.analesdepediatria.org/es-infeccion-por-rickettsia-slovaca-tras-articulo-13092497>

- 2, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300014
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-rickettsiosis-transmitidas-por-garrapatas-13025479>

Capítulo 374

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

NATALIA IGLESIAS HEREDIA

ÁLVARO MARTÍNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

En este capítulo de libro quiero hacer hincapié en la importancia de la prevención de las infecciones nosocomiales dentro del ámbito sanitario.

Empezare haciendo una definición de lo que se entiende por infección;

Un infección es la invasión del organismo por parte de microorganismos patógenos, de distintas naturaleza, que se reproducen y multiplican en el cuerpo del paciente causando una enfermedad.

Una vez explicado que es una infección, os contare lo que se considera infección nosocomial o también llamado infección hospitalaria.

Es la enfermedad infecciosa que el paciente adquiere durante su estancia en el centro hospitalario y que no se le manifestaba en ninguna de sus fases antes de acudir a dicho centro.

Cualquier persona ingresada o que pase mucho tiempo en el centro sanitario por la realización de pruebas ya sean diagnosticas o de tratamiento es susceptible de coger una infección nosocomial derivada de microorganismos que proceden de los propios pacientes, de los visitantes o de los profesionales.

Generalmente, los pacientes no están en su estado óptimo de salud, y suelen estar sometidos a tratamientos de media o larga estancia hospitalaria y cuidados terapéuticos que suponen un riesgo para su sistema inmunitario.

Este tipo de infecciones alarga la estancia de los pacientes en el centro entre 5 y 10 días.

2 Objetivos

Como objetivo quiero enumerar los factores de riesgo par intentar que esta patología se propague.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

TIPOS DE FACTORES

EXTRÍNSECOS

Factores exógenos relacionados con aspectos médicos u hospitalarios, que predisponen al paciente a padecer la infección nosocomial.

Se derivan de la actividad asistencial, pudiendo incluirse:

☒ Aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas, como colocaciones de catéteres o sondas, o realizaciones de pruebas más invasivas.

☒ Tratamientos con antibióticos o inmunosupresores, que pueden causar resistencias bacterianas o disminuir las defensas del paciente.

Su principal efecto es que provocan un estado de inmunodepresión, pero son factores sobre los que es posible establecer medidas preventivas.

INTRÍNSECOS

Factores inherentes al propio paciente y, por tanto, difíciles de modificar. Suelen estar relacionados con sus características fisiológicas o con su situación clínica. Evidente mente hay una personas que estamos mas predispuestas a adquirir este tipo de infecciones que otras dependiendo de varios factores como pueden se los que a continuación redacto :

Los niños menores de 1 año y los ancianos son especialmente sensibles a desarrollar estas infecciones; en neonatos, se considera infección nosocomial si el bebé nace sano, pero desarrolla la infección 48-72h tras el parto.

Evidentemente, los pacientes con afecciones más graves o con un estado de salud más débil son propensos a desarrollar estas infecciones. Algunas de las enfermedades de base que pueden suponer un problema son: diabetes, leucemia, neoplasia, cirrosis, insuficiencia renal, malnutrición, SIDA o enfermedades de tipo autoinmune.

El ser humano en general tanto los otros pacientes como las visitas y el personal pueden ser fuentes de infección; bien como enfermo bien como portador.

Además no debemos de olvidarnos de que puede ser cualquier paciente que, por sus características inmunológicas, reúna las condiciones idóneas para ser afectada por el agente infeccioso.

El riesgo de que pueda padecer una infección nosocomial depende de:

☒ Su propia susceptibilidad a los microorganismos patógenos

☒ La variación de dicha susceptibilidad a causa del tratamiento.

Además también hay que tener en cuenta que los Fómites (objetos inanimados contaminados) pueden encontrarse en el hospital ya sea una manilla de una puerta contaminada, tras el contacto con material infeccioso, el uso indebido de un equipo de protección individual cuando la situación lo requiera, etc.

Además de todo lo que e redactado hasta el momento por parte del personal sanitario y no sanitario que forme parte de los trabajadores de el centro hospitalario hay que tener muy en cuenta la obligación de el personal de evitar dentro de todo lo posible cualquier tipo de infección usando para ello todas las medidas de precaución que estén a su alcance.



5 Discusión-Conclusión

Considero que una de las medidas mas importantes para evitar las infecciones nosocomiales es el correcto lavado de manos. Algo tan sumamente fácil de realizar puede evitar que la infección se propague.

El lavado de manos es una de las medidas preventivas estándar más eficaces.

Deberá hacerse siempre:

- ☒ Antes y después de ingerir alimentos, ir al baño, ponerse los guantes y/o tocar o aplicar cualquier técnica al paciente.
- ☒ Tras estornudar, toser, sonarse o limpiarse la nariz.
- ☒ Tras el contacto con material infeccioso.
- ☒ Cuando estén sucias.
- ☒ Al comenzar y acabar la jornada en el centro sanitario.

6 Bibliografía

Libros y protocolos de salud hospitalaria en el hospital valle del Nalón.
Diferentes bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

Capítulo 375

IMPORTANCIA DE LA MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE NEFROPATÍAS Y SU PROCESADO EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR

PILAR MARIA RODERO RONCERO

SONIA LEÓN HERRAEZ

1 Introducción

Uno de las primeras aplicaciones en las que se utilizó la microscopia electrónica como medio para diagnóstico de enfermedades, fueron en las glomerulopatías. Mediante las imágenes ultraestructurales del riñón se pudieron entender, diagnosticar y clasificar este tipo de enfermedades. Como pasa con otras muchas cosas en el campo de la medicina, la investigación en nuevas técnicas más específicas y también más baratas como la inmunofluorescencia, fueron relegando la microscopia electrónica a un segundo plano. Aunque por mucho que pensemos que esta técnica ya está amortizada comprobaremos que ni mucho menos, esta sigue siendo un complemento esencial a la hora de llegar a un diagnóstico certero de la enfermedad.

Este descenso en la utilización de la microscopia electrónica fue debido al alto coste tanto económico como procedimental de la microscopia electrónica respecto a las técnicas inmunohistoquímicas, y también al encontrar en esta técnica una baja especificidad en una considerable cantidad de glomerulopatías en donde la microscopia electrónica no ayudaba al diagnóstico.

Algunas enfermedades son de diagnóstico exclusivo ultraestructural y hasta en un 20% de los casos los hallazgos identificados mediante la microscopía electrónica son vitales en el diagnóstico. Por lo tanto, siempre que la cantidad de muestra remitida lo permita, debemos seleccionar material para ME depositándolo cuidadosamente en un recipiente con glutaraldehído al 3,2%.

Algunos ejemplos de la utilidad de la ME son la enfermedad de depósitos densos, síndrome de Alport, enfermedad de membrana basal delgada, Hematuria familiar benigna, Enfermedad de Fabry, etc.

2 Objetivos

Exponer el papel actual de la microscopía electrónica en el diagnóstico de las nefropatías.

Explicar el proceso que se realiza con una muestra de biopsia renal hasta que ésta queda preparada para la observación en el microscopio electrónico.

3 Metodología

Para hacer este estudio se ha recopilado información de distintos medios escritos además de buscar en plataformas como Google académico o pubmed.

Además, también se ha recopilado información de distintas fuentes que trabajan o han trabajado en la preparación de muestras para microscopía electrónica.

4 Resultados

El procesamiento de un tejido para prepararlo para poder ser visto en un microscopio conlleva una serie de pasos que debemos hacer con suma rigurosidad para que el resultado sea óptimo. Estos pasos son:

- Toda biopsia requiere una fijación del tejido, en este caso se utiliza glutaraldehído y posteriormente se incorpora tetróxido de osmio y un estabilizador de pH, para conseguir un pH lo más cercano al neutro.

- **Deshidratación:** Como su misma palabra dice este paso consiste en retirarle toda el agua a la muestra, esto se hace con acetona en concentraciones que van subiendo hasta que el agua sale del tejido completamente sustituida por acetona.
- **Inclusión:** El tejido se introduce en un bloque con resina cuyo nombre comercial es Spurr.
- **Corte:** Una vez ya tenemos el bloque confeccionado tenemos que cortarlo. Existen microtomos especiales que se denominan ultramicrotomos que hacen cortes en este caso de una micra de espesor.
- **Tinción:** En este caso y para poder visualizar los glomérulos que para nosotros es el orgánulo fundamental en este tipo de enfermedades la tinción de elección es el Azul de Stevenel.
- Una vez teñidos los cortes procedemos a hacer aun cortes mas finos de unos 50 nanómetros de espesor, estos se montan en unas rejillas especiales para microscopio electrónico. Y de este modo conseguiremos tener preparada la preparación para poder ser vista.

La exploración de la muestra debe incluir todos los orgánulos, aunque sin lugar a dudas, el glomérulo es su órgano mas importante.

Una de las contribuciones más importantes de la microscopia electrónica es la visualización de depósitos en las glomerulopatías mediadas por reacciones agudas o también llamadas inmunocomplejos, con la microscopia óptica, en este caso con la tinción tricromica de Masson no se observan en cambio con la microscopia electrónica si, lo que la convierte en imprescindible para su diagnóstico.

Otros ejemplos en los que vemos la idoneidad de la microscopia electrónica de cara al diagnóstico definitivo de una glomerulopatía son las enfermedades que cursan como anomalías genéticas, hematuria familiar, alteraciones de la membrana basal glomerular y las glomerulopatías crónicas post trasplante.

En la enfermedad denominada “por daño mínimo” que es la causa más común de glomerulopatía en niños, los hallazgos encontrados en el resto de técnicas no son relevantes en cambio en gracias a la microscopia electrónica somos capaces de identificarla y poder tratarla adecuadamente.

Por último, comentar que, con respecto al diagnóstico, una sola técnica raramente puede diagnosticar una glomerulopatía, sino que el conjunto de todas ellas mas los signos clínicos hacen posible su diagnóstico, por eso todas ellas son importantes entre sí.

5 Discusión-Conclusión

Encontramos que la microscopía electrónica fue necesaria en algo mas de un 20% de las biopsias renales, siendo más necesaria en casos de pacientes con hematuria aislada y pacientes con sospecha de enfermedades hereditarias; por el contrario, la ME fue necesaria en pocos casos de sí biopsias del injerto renal y síndrome nefrótico. Estos resultados pueden ser útiles para hacer protocolos de selección de casos en los que la microscopía electrónica podría considerarse como una técnica no obligatoria.

De acuerdo con todo lo anterior y basados en la revisión de las distintas publicaciones leídas y en la opinión de expertos consultados, podríamos concluir que, aunque no puede dejarse de hacer un diagnóstico porque no se tengan medios para hacer microscopia electrónica, esta no se debe dejar de hacerla si se tiene la mas mínima oportunidad.

6 Bibliografía

1. Arias, L. F. MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN EL ESTUDIO RUTINARIO DE BIOPSIAS DE RIÑÓN NATIVO.
2. González, L., López, L., Rodríguez, S., Maza, D., Día45, A. P., Matos, M., ... & Reynol, F. La Microscopia electrónica en el diagnóstico de las glomerulopatías.
3. Jácome Naranjo, G. A. (2009). Tipos de patología renal diagnosticados por biopsia percutánea y su distribución por género registrados entre los pacientes del Hospital No 1 de la Policía Nacional, Hospital Eugenio Espejo y Hospital de Niños Baca Ortiz de la ciudad de Quito entre los años 2005 al 2008 (Bachelor's thesis, Quito/PUCE 2009).
4. Arrizurieta, E. E. (2001). Insuficiencia renal crónica. Fisiopatología y perspectivas de tratamiento. MEDICINA (Buenos Aires), 61(5/2), 648-651.

Capítulo 376

IMPORTANCIA DE LAS TÉCNICAS PARA MICROSCOPIA OPTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE GLOMERULOPATÍAS

IGNACIO LILLO LÓPEZ SALAZAR

PILAR MARIA RODERO RONCERO

SONIA LEÓN HERRAEZ

1 Introducción

El estudio por parte de la Anatomía patológica de las biopsias renales ha sido crucial a la hora de poder tener una visión clara de las enfermedades que afectan a los glomérulos del riñón y poder clasificarlas. En la búsqueda por parte de nefrólogos por conocer el origen de una proteinuria o una hematuria sin tener más datos clínicos que ayudasen a un diagnóstico surgió la posibilidad de hacer una biopsia renal. Una vez que el estudio histopatológico avanzó se hizo una clasificación que dividía a este tipo de enfermedades en crónicas, agudas o degenerativas (Autoinmunes),

Actualmente ante un cuadro nefrótico se hace necesaria la realización de una biopsia renal para conocer el alcance del problema, al igual que ante un rechazo de un trasplante renal, la biopsia y su estudio posterior no pueden dar las claves pertinentes de porqué se ha producido. Se debe reseñar que actualmente existe un registro a nivel nacional de glomerulonefritis, en el que, gracias a los servicios

de nefrología y los servicios de anatomía patológica se contabilizan los tipos de enfermedades renales y sus incidencias.

Constatada la necesidad de la realización de una biopsia renal, y una vez hecha la misma, se trasladará inmediatamente al laboratorio de anatomía patológica envuelta en una gasa con suero salino para evitar artefactos por aplastamiento, etc.

Cuando el patólogo examina el material y lo da por bueno, es decir, que los cilindros recibidos tengan glomérulos. Se realiza una selección de los mismos. Dicha selección es:

- Microscopía electrónica. Una mínima muestra de 1 mm de espesor se cortará y se introducirá en un tubo eppendorf con glutaraldehído al 2% que servirá para fijarla
- Inmunofluorescencia. Para esta técnica se cogerá un fragmento en el que a través del microscopio hayamos visto la presencia de glomérulos. Para asegurarnos de esto se cortará una primera sección de cilindro, se teñirá con hematoxilina-eosina y el patólogo si ve glomérulos en esta misma sección dará el ok definitivo a la muestra para Inmunofluorescencia directa.
- Microscopía Óptica. Para esta batería de técnicas se destinará todo el tejido restante, que puede tratarse de cilindro y medio en caso de recibir dos cilindros o dos y medio en caso de recibir tres

En este capítulo vamos a profundizar en el procesado de la muestra y las técnicas que se realizan con los cilindros renales que destinamos a microscopía óptica.

2 Objetivos

Objetivos:

- Conocer la importancia del estudio histológico en las glomerulopatías.
- Describir el procesado de la biopsia renal destinada a su diagnóstico a través del microscopio óptico.
- Saber las técnicas histoquímicas que se realizan y su utilidad en el diagnóstico de glomerulopatías.

3 Metodología

Para hacer este estudio se ha recopilado información de artículos publicados en diferentes medios escritos y distintas publicaciones basadas en buscadores como pubmed o Google académico.

Además agradecer la ayuda de equipo de Patólogo del Hospital general de Ciudad Real que nos han ayudado en la obtención de información sobre este tema tan complejo.

4 Resultados

El estudio de la biopsia renal en el microscopio óptico requiere antes un procesamiento de la muestra llevado a cabo por un técnico especialista en anatomía patológica, dado la complejidad y a la vez la fragilidad de la muestra, éste debe ser altamente cualificado.

Una vez elegida la muestra para microscopia óptica empieza el trabajo del técnico.

Una vez elegidos los cilindros que se destinarán para realizar las distintas técnicas para microscopio óptico se introducirán en formol en torno a tres o cuatro horas al menos para fijar el tejido. Otros fijadores como la solución de bouin son menos recomendables. Si se dispone de más de un cilindro de tejido, estos se deben procesar cada uno en casetes separados. Si se dispone de casetes convencionales siempre se debe introducir el cilindro para MO en un papel de fumar y doblarlo con precaución de no dañar el tejido.

Los cortes se realizarán en un microtomo de rotación, de unas 3 μ de espesor y con unos 2 cortes por cada portaobjetos y situarlos cerca entre sí para una visualización más fácil. Es importante coger para una misma técnica coger cortes a distintos niveles del cilindro, así lo que conseguiremos es ver el glomérulo es distintos estratos y así poder estudiarlo mejor.

Una vez hechos los cortes procedemos a hidratarlos y una vez hidratados empezamos a realizar las distintas técnicas histoquímicas.

Todas las biopsias renales son teñidas de forma sistemática con hematoxilina-eosina, Tricrómico de Masson, pas y plata metenamina de Jones. En algunas ocasiones es imprescindible realizar alguna otra tinción en función de los síntomas del paciente. En muchos hospitales si se considera que puede haber síndrome nefrótico, se realiza un corte para rojo Congo. Esta técnica para una correcta visualización requiere que el corte se mayor, en torno a siete u ocho micras, de ahí la importancia del técnico en hacer unos buenos cortes y no acabar con el tejido. Cada una de estas técnicas en conjunto nos ofrecen un resultado óptimo de una u otra estructura no existiendo una técnica mas precisa una sobre otra, sino que todas se complementan entre sí.

- Hematoxilina Eosina La técnica de cabecera de gran uso en anatomía patológica para valorar tanto la estructura general de la biopsia como para identificar las diferentes células presentes en la biopsia.
- PAS. El ácido peryódico de Schiff cuando es positivo se tiñe de fucsia nos enseñará las membranas basales glomerulares y tubulares, proteínas y sobre todo la matriz mesangial, siendo la técnica perfecta para diagnosticar la proliferación mesangial.
- Plata metenamina Esta la técnica se usa para el estudio de la membrana basal glomerular y sus alteraciones. Pequeños defectos en su afinidad por los iones de plata serán fundamentales para el diagnosticar una nefropatía membranosa.
- Tricrómico de Masson: Esta técnica tiñe la matriz mesangial y lesiones fibrosas y membranas basales de verde o azul, dependiendo de que se use verde claro o azul de anilina y rojo claro el citoplasma de células epiteliales tanto del túbulo como de la cápsula de Bowman.
- Rojo Congo: Se utiliza en el diagnóstico de las Amiloidosis gracias a que la especificidad que tiene es muy alta siempre y cuando los cortes se realicen a unas 7 micras de grosor.

Una vez realizadas todas estas técnicas se llevarán al patólogo encargado del caso y éste a través de ellas mas las técnicas de inmunofluorescencia y mas la microscopía electrónica tendrá una buena base para poder diagnosticar el caso.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, la histopatología se ha convertido en una herramienta fundamental en el diagnostico de enfermedades renales que afectan a los glomérulos.

Al ser una muestra altamente sensible todos los actores (nefrólogo, nefropatólogo y técnico) tienen una gran importancia para que la prueba salga de forma satisfactoria.

Una vez validada la muestra, ésta se procesa por distintas técnicas, entre ellas para microscopia óptica.

Las técnicas que se realizan para microscopia óptica son distintas y a la vez complementarias porque cada una de ellas nos aporta una parte de la estructura del

glomérulo, lo que nos lleva a decir que por sí solas no nos ayudarían en cambio juntas todas ellas son vitales para llegar a un diagnóstico certero.

6 Bibliografía

1. Benítez Llanes, O., Fuentes Abreu, J., Pérez Bomboust, I., Cuervo Cura, R., & Valdés Salazarte, A. (2002). La biopsia renal en el diagnóstico de las glomerulopatías. *Revista Cubana de Medicina*, 41(2), 87-92.
2. Castellanos, F. R., & Acosta, J. H. (2000). ¿Es realmente necesaria la biopsia renal en la práctica clínica actual? *Revista de investigación clínica*, 52(2), 111-112.
3. Thut MP, Uehlinger D, Steiger J, Mihatsch MJ. Renal biopsy: standard procedure of modern nephrology. *Ther Umsch* 2002;
4. Chavez, L. K. Z., & Ecuador, M. NUEVOS MARCADORES EVOLUTIVOS DE DAÑO RENAL EN LA NEFROPATÍA IgA.

Capítulo 377

EL TÉCNICO DE LABORATORIO ESTUDIANDO Y ANALIZANDO EL ESTADO DE MARCADORES CARDÍACOS ADEMÁS DE OTROS PARÁMETROS ANALÍTICOS DIFERENTES PARA DETECTAR CASOS POR INFARTOS DE MIOCARDIO Y DE MIOPATÍAS

JUAN MORENO GARCIA

1 Introducción

Por un lado, el infarto de miocardio (músculo cardíaco) es una patología que provoca dolores graves y muy fuertes en el pecho aunque dichos dolores se pueden extender a otras partes del cuerpo. Suelen durar más de 20 minutos y no suelen desaparecer fácilmente . Entre las posibles causas de los infartos destacan, por ejemplo, las obstrucciones de arterias importantes del corazón, las cuales, realizan el transporte sanguíneo, la formación de coágulos de sangre en alguna arteria debido a la acumulación de grasa o enfermedades de carácter crónico como arritmias o insuficiencia cardíaca. Además, existen factores de riesgo que pueden favorecer su aparición, entre ellos; enfermedades asociadas como la hipertensión o diabetes , el tabaquismo... Otros de los síntomas diferentes de los infartos de

miocardio son por ejemplo, los mareos intensos, sudoraciones, ritmo cardiaco anormal, problemas respiratorios graves...

Por otro lado, las miopatías son patologías o enfermedades que pueden afectar a cualquier músculo del cuerpo y se producen por una incapacidad motora para realizar una contracción muscular correcta. Generalmente, la mayoría de las miopatías provocan debilidad muscular progresiva, una pérdida de la fuerza motora y muchos dolores que impiden incluso, realizar movimientos sencillos como levantar los brazos. Las causas de las enfermedades musculares son la mayor parte de origen genético y hereditario.

2 Objetivos

- Exponer los factores de riesgo o causas de los infartos de miocardio y las miopatías, los tratamientos de ambos y la prevención.
- 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

Una de las pruebas de laboratorio más importantes para detectar, diagnosticar y realizar el seguimiento de los casos de infartos de miocardio y de los de algún tipo de miopatía, es el estudio analítico en sangre de una proteína enzimática denominada CK (Creatina Quinasa) con sus derivados como la CK-MM y CK-MB.

En cuanto a los resultados del estudio analítico en sangre de la CK y sus derivados (CK-MM y CK-MB) ; Unos niveles en sangre de CK – MM más elevados de lo normal (por encima de los valores normales) indicarán un caso de algún tipo de enfermedad muscular. Y unos niveles en sangre de CK – MB más elevados de lo

normal indicarán un caso de lesión en el miocardio y, por tanto, un riesgo muy importante de sufrir infarto de miocardio.

Para poder realizar un diagnóstico más profundo, existe otra prueba médica más selectiva y más rápida que permite detectar problemas graves de corazón como los infartos, entre otros. Esta prueba se denomina electrocardiograma. Mide la actividad eléctrica del corazón pudiendo estudiar así, si existe algún tipo de problema cardíaco. En cuanto a los resultados que se pueden dar en un electrocardiograma, si se detecta finalmente algún tipo de problema en el corazón, el médico especialista solicitará para el paciente pruebas mucho más específicas y complejas para examinar más en profundidad dicho problema cardíaco y realizar, posteriormente, un seguimiento más estricto del caso.

A su vez, para detectar enfermedades musculares más en profundidad, hay una prueba más específica que las anteriores mencionadas, como es el electromiograma, el cual mide la actividad eléctrica de los músculos pudiendo valorar así, más en profundidad, si puede haber algún problema o no en algún músculo.

5 Discusión-Conclusión

Por un lado, la principal consecuencia de los infartos de miocardio, en muchas de las ocasiones, suele ser la muerte. En cuanto al tratamiento y a cómo poder prevenir los infartos, se deben seguir las siguientes medidas y reglas: dieta equilibrada y saludable diaria, ejercicio físico diario, evitar el tabaco e incluso controlarse la salud del corazón (medición del ritmo cardíaco, por ejemplo, ya que tener pulsaciones altas durante largos períodos de tiempo aumenta el riesgo).

Por otro lado, la consecuencia más común de la mayoría de las miopatías suele ser que las personas que sufren este tipo de patologías pueden ir a peor físicamente (incluso mentalmente) con el avance progresivo de la enfermedad. En cuanto a cómo prevenir y tratar las miopatías, se basan principalmente en sesiones de fisioterapia recetadas por el médico especialista y controles médicos periódicamente.

6 Bibliografía

1. Miopatías. Disponible en <https://www.topdoctors.es>
2. Enfermedades cardiovasculares. Disponible en <https://cardioalianza.org>
3. Síntomas de las miopatías. Disponible en <https://www.clinicbarcelona.org>
4. La creatinacinasasa. Disponible en <https://medlineplus.gov>

5. Prevención y tratamiento del infarto agudo de miocardio. Disponible en <https://www.plusultra.es>

Capítulo 378

LOS DIFERENTES CASOS DETECTADOS POR UNA INFECCIÓN FÚNGICA A CAUSA DE UN HONGO DENOMINADO CÁNDIDA ALBICANS LLEVANDO A CABO Y EMPLEANDO TÉCNICAS MICROBIOLÓGICAS Y DE CULTIVO POR EL PERSONAL DE LABORATORIO

JUAN MORENO GARCIA

1 Introducción

Cándida Albicans es un tipo de hongo que produce infecciones en la vagina y cuello uterino derivando en una enfermedad como es la Candidiasis Vaginal. Esta enfermedad puede originarse también , aunque en menor medida, en la boca , tubo digestivo e incluso en la piel. Las causas o factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de sufrir este tipo de infección y por tanto , que se produzca la candidiasis vaginal son: los cambios en el ph vaginal, en la flora bacteriana , cambios hormonales o una disminución del sistema inmunitario. En cuanto a los síntomas de la Candidiasis: Dolores al orinar, picor genital y enrojecimiento y un flujo vaginal que presenta un aspecto blanquecino grumoso.

En cuanto a las vías de transmisión de esta enfermedad, se puede transmitir por contacto sexual o no, es decir, no es necesario realizar el acto sexual para que una persona se pueda infectar de *Cándida Albicans*.

Si la Candidiasis Vaginal no se trata adecuadamente, puede derivar en una enfermedad de carácter crónico. Por eso, es imprescindible acudir al médico especialista lo antes posible cuando se empiecen a manifestar los síntomas anteriormente mencionados y explicados. Además, esta enfermedad, en cuanto a frecuencia, suele ser más o menos frecuente.

2 Objetivos

- Explicar el origen de este tipo de infección, analizar sus causas y consecuencias, cómo se detecta analíticamente, y los tratamientos que existen para la Candidiasis Vaginal.
- 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

Existen distintas pruebas específicas de estudio o análisis que el técnico de laboratorio realiza y lleva a cabo para detectar las infecciones por *Candida Albicans* (Candidiasis), pero la más específica y selectiva es un cultivo de un exudado vaginal y una posterior tinción del mismo. Por un lado, la técnica del cultivo es la siguiente: En primer lugar, se toma una parte del exudado vaginal con un hisopo y se realiza una impronta (extender una parte de la toma de muestra en la placa de *Cándida* para, posteriormente, realizar el sembrado o cultivo).

En segundo lugar, a partir de la impronta, comenzamos a realizar el sembrado. Esta técnica de siembra en placa es en aislamiento para poder conseguir aislar

las colonias de *Cándida Albicans* y poder comprobar si existe infección o no . Además, para poder realizarla, se debe sembrar en varias zonas diferentes de la placa de *Cándida* para conseguir el objetivo que tiene este tipo de siembra. (Los resultados del cultivo y sembrado se observan y analizan tras la incubación del cultivo 24 h en estufa a 37 ° C). Por tanto, si tras las 24 h , al observar la placa , han crecido las suficientes colonias como para que exista infección , el resultado de este sembrado o cultivo será positivo y , por el contrario , será negativo. Por otro lado , tras comprobar el resultado del cultivo, para poder observar al microorganismo el crecimiento de las colonias del microorganismo en caso de ser positivo , se procede a la tinción en porta del exudado realizando tres extensiones de dicha muestra en 3 diferentes zonas del porta. En cuanto a los resultados de la tinción , se observarán colonias de color verde oscuro en el microscopio que serán indicativo de una infección por *Cándida Albicans*.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto al tratamiento/s que existen para inhibir la Candidiasis Vaginal se encuentran principalmente , los medicamentos antimicóticos. En cuanto a cómo poder prevenirla , existen , entre otras medidas: intentar mantener la zona genital siempre seca , evitar productos que produzcan irritación, no tomar antibióticos sin receta o control médico , controlar los niveles de azúcar (*Cándida Albicans* puede aparecer con mayor frecuencia si los niveles de azúcar se encuentran elevados), intentar evitar el uso de pantalones que sean ajustados y que opriman los genitales. Si no se llevan a cabo ninguna de estas medidas , pueden aparecer complicaciones como infecciones más graves y recurrentes.

6 Bibliografía

1. Tratamiento de la candidiasis vaginal. Disponible en <https://hospitalveugenia.com>
2. Diagnósticos de infecciones. Disponible en <https://www.mayoclinic.org>
3. Medidas para prevenir la candidiasis vaginal. Disponible en <https://canalsalud.imq.es>

Capítulo 379

EL PERSONAL DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DE PARÁMETROS ANALÍTICOS DE LA SANGRE PARA DETECTAR CASOS PROVOCADOS POR PROBLEMAS CON UNA ACUMULACIÓN EXCESIVA DE GRASA EN EL ORGANISMO

JUAN MORENO GARCIA

1 Introducción

Hay zonas del cuerpo donde es más peligrosa la acumulación excesiva de grasa: (abdomen , hígado, y muslos) . Entre las enfermedades que puede ocasionar la acumulación de grasa excesiva en estas zonas destacan las siguientes: diabetes de tipo II , hipertensión , hipercolesterolemia , enfermedades cardiovasculares como por ejemplo, o problemas digestivos. Las causas de la acumulación de grasa en exceso suelen estar relacionadas normalmente con los malos hábitos de alimentación, una mala regulación hormonal , no realizar ejercicio físico diario, el factor genético , ya que, se ha demostrado genéticamente, que la grasa del cuerpo se ve modificada en zonas diferentes del cuerpo, la falta de descanso, el estrés, la edad o el sexo (los hombres suelen padecer más este tipo de patologías que las mujeres). Existe una enfermedad en la que se ve afectado el tejido adiposo. Se denomina lipedema y es una patología inflamatoria de carácter crónico que

provoca la acumulación de una manera incontrolada de tejido adiposo en el organismo. Las zonas mayormente afectadas del cuerpo, suelen ser las piernas y los brazos. En cuanto a las consecuencias más graves para las personas con lipedema y sobre todo en casos ya avanzados, cabe destacar que estas personas presentan una incapacidad o limitación para poder llevar a cabo ciertas actividades físicas diarias.

2 Objetivos

- Exponer los motivos, las causas, las consecuencias y los problemas que puede ocasionar acumular grasa en exceso y explicar las pruebas analíticas que hay para justificar si existe grasa en exceso o no en el organismo, los tratamientos y la prevención.
- 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

Existen 2 pruebas principales de laboratorio que el técnico de laboratorio emplea para poder detectar problemas o patologías a causa de la acumulación de grasa en exceso en el organismo. Estas dos pruebas son las siguientes: Determinación analítica en sangre del Colesterol (COL); en concreto de 3 tipos: Colesterol HDL, Colesterol LDL y Colesterol Total. Y la segunda prueba: Determinación analítica en sangre de los Triglicéridos (TRIGL). Estas dos determinaciones analíticas ayudarán a diagnosticar o detectar problemas y enfermedades a causa de una acumulación excesiva de grasa en el organismo. En cuanto a los resultados, los valores normales del nivel de Colesterol y Triglicéridos son; Niveles normales de Colesterol Total (Valores < 190 mg / dl). Niveles normales de Colesterol HDL (mínimo

entre 50 o 60 mg / dl o superior , este tipo de colesterol es el único que debe estar siempre alto para el correcto funcionamiento del organismo). Niveles normales de Colesterol LDL: (Valores inferiores a 100 o 130 mg / dl aproximadamente). Unos niveles altamente alterados del Colesterol LDL y del Colesterol Total y unos niveles de Colesterol HDL más bajos de lo normal indicarán un riesgo elevado de sufrir una enfermedad cardiovascular. Unos niveles normales de los Triglicéridos (TRIGL): Valores < 150 mg / dl y el límite alto (150 – 199 mg / dl). Un nivel de Triglicéridos altamente alterado aumenta el riesgo de sufrir , por ejemplo, ciertas enfermedades hepáticas. A su vez, existen factores que producen también un aumento de los niveles de TRIGL . Estos son, por ejemplo, el consumo descontrolado de alcohol, el sobrepeso, uso y abuso de medicamentos o enfermedades de las hormonas tiroideas.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la prevención y los tratamientos para evitar o disminuir el riesgo de sufrir este tipo de problemas o patologías relacionadas con el exceso de grasa en el organismo, se deben seguir una serie de medidas y pautas recomendadas: Evitar los alimentos que contengan muchas grasas, realizar ejercicio físico diario e incluso limitar las bebidas y alimentos con mucha azúcar, beber mucha agua al cabo del día y no consumir tabaco ni alcohol. En resumen, si no se siguen este tipo de medidas, recomendaciones, consejos y pautas , este tipo de problemas se pueden convertir en crónicos o en más graves.

6 Bibliografía

1. Peligro de acumular grasa en zonas del cuerpo. Disponible en <https://www.elconfidencial.com>
2. El colesterol. Disponible en <https://www.tuasaude.com>
3. Triglycerides. Disponible en <https://medlineplus.gov/>

Capítulo 380

RECTORRAGIA TRAS OPERACIÓN DE VESÍCULA Y POSTERIORMENTE RESECCIÓN DE INTESTINO DELGADO Y EL TEL

GEMA ALEMAN CASTILLO

IRENE PEREZ PEREZ

FATIMA MOHAMED SEDIK

CAROLINA MORENO BAUTISTA

1 Introducción

La rectorragia es un tipo de hemorragia que consiste en la pérdida de sangre roja o fresca a través del ano, bien sola o asociada a las heces. El origen de este sangrado suele localizarse en el colon descendente y en el recto.

Las causas de rectorragia en las personas mayores de 40 años son el aumento de los pólipos y los divertículos y el cáncer colorrectal, pero las causas más frecuentes de rectorragia en la consulta continúan siendo las hemorroides y la fisura anal.

La resección del intestino delgado es la cirugía para extirpar una parte del intestino delgado. Esta se hace cuando parte de este está obstruido o enfermo.

El intestino delgado también se denomina el intestino pequeño.

La mayor parte de la digestión de los alimentos que uno come tiene lugar allí.

La cirugía laparoscópica utiliza un tubo delgado llamado laparoscopio, que se inserta en el abdomen a través de una incisión pequeña. Una incisión es un corte pequeño que se hace en la piel durante una cirugía. El tubo tiene una cámara conectada que envía imágenes a un monitor de video. Esto permite que un cirujano vea el interior del cuerpo sin causarle lesiones importantes al paciente.

2 Objetivos

En este capítulo buscamos hablar sobre la posibilidad de una rectorragia tras una cirugía , su significado, el tratamiento y el control de glóbulos rojos diario.

3 Caso clínico

Paciente de 42 años es intervenido de vesícula por laparoscopia en la que a los tres días lo vuelven a intervenir por herniacion de intestino delgado.

El paciente pasa por una pancreatitis aguda tras tener una piedra en la vesícula que le obstruye el conducto biliar y le crea una pancreatitis.

Tras estar ingresando en el hospital se le realizan pruebas hasta descartar la pancreatitis y el conducto biliar desatorado , y se le reala una operación de vesícula por laparoscopia.

A los tres días el paciente refiere fiebre, vómitos y dolor abdominal fuerte y tensión alta.

Tras la exploración del cirujano y el resultado de la analítica deciden volver a operar para hacerle una resercion de 10 cm en el intestino delgado, y se le realizan pruebas cruzadas ante la posibilidad de una rectorragia.

Tras 24 horas en la unidad de recuperación pasa a planta donde refleja no encontrarse bien.

Transcurridas tres horas el paciente comienza con una rectorragia en la que no para de sangrar y posteriormente comienza a vomitar heces.

Se cogen muestras de las heces vomitadas y de la sangre que expulsa por el ano. El cirujano decide ponerle una sonda de caída para la descompresión del estómago y que expulse todos los desechos que tiene en el cuerpo.

Se le realizan transfusiones ya que la rectorragia es bastante grande y tiene que tener dos analíticas diarias para comprobar el nivel de glóbulos rojos que ha perdido y si las transfusiones logran su fin.

Finalmente tras cinco días logran estabilizarlo , le quitan la sonda de caída pero sigue teniendo la vesical hasta que se encuentre en perfecto estado.

A los 10 días la analítica muestra que está en condiciones y puede irse a casa.

4 Discusión-Conclusión

No siempre nos encontramos una hemorragia después de una colectomía.

La rectorragia es un tipo de hemorragia que consiste en la pérdida de sangre roja o fresca a través del ano, bien sola o asociada a las heces.

A veces las operaciones más sencillas se convierten en la puerta a una desgracia pero gracias a Dios la medicina avanza y podemos solucionar ciertos casos complicados.

El caso clínico nos presenta la evolución de un varón de 42 años al que se le complica la intervención y al que se le tiene que realizar transfusiones y analíticas diarias para comprobar el nivel de glóbulos rojos.

5 Bibliografía

-google académico

Capítulo 381

EL TEL Y SEPSIS POR RIÑON

GEMA ALEMAN CASTILLO

IRENE PEREZ PEREZ

FATIMA MOHAMED SEDIK

CAROLINA MORENO BAUTISTA

1 Introducción

La sepsis ocurre cuando una infección desencadena una reacción en cadena en todo el cuerpo. Las infecciones bacterianas son la causa más común, pero otros tipos de infecciones también pueden provocarla. Las infecciones a menudo ocurren en los pulmones, el estómago, los riñones o la vejiga.

Los síntomas de la sepsis no son causados por los microorganismos en sí. En vez de esto, los químicos que el cuerpo libera causan la respuesta.

Una infección en cualquier lugar del cuerpo puede activar la respuesta que conduce a la sepsis.

En personas hospitalizadas, los sitios comunes de infección incluyen las vías intravenosas, las heridas quirúrgicas, los drenajes quirúrgicos y los sitios de ruptura de la piel, conocidos como úlceras o úlceras por presión.

La falla renal aguda es una complicación común y potencialmente mortal de la sepsis. Las afecciones parecen adaptarse al estrés renal inducido por el proceso séptico, conservando la energía, eliminando las células disfuncionales, y disminuyendo la tasa de filtración glomerular y posiblemente reclutando vías de derivación, que atenúan su contacto con la sangre rica en las toxinas.

A pesar de esto los mecanismos por los cuales la sepsis se produce no se conocen bien, y la comprensión limitada de los mecanismos impide el desarrollo de terapias efectivas por lo que el tratamiento actual sigue siendo preventivo y no específico. Sin embargo el control temprano de la fuente de infección y el apoyo con uso de vasopresores, líquidos intravenosos y terapia de reemplazo renal es probable que tengan un impacto favorable en los resultados de pacientes con falla renal aguda por sepsis.

2 Objetivos

En este capítulo queremos hablar sobre el problema que le surgió a una compañera que comenzó con un cólico nefrítico y desencadenó en una sepsis.

3 Caso clínico

Paciente de 50 años mujer , se encuentra trabajando en la planta de covid con el epi puesto el cual le produce un profundo mareo , le toman la tensión y se encuentran casi un choque ya que tenía 6/4 de tensión y la remiten a urgencias. En urgencias refiere haber visitado el servicio días anteriores por dolor tanto al orinar como en el costado, donde le indican que primero era una infección de orina y por segunda vez un cólico nefrítico.

Tras la exploración el médico pide una analítica.

Mientras esperan los resultados la paciente comienza a desaturarse por falta de oxígeno y le ponen unas gafas nasales y viendo que no remontaba terminan con un reservorio.

Transcurridas unas horas los resultados de la analítica muestran que tiene una septicemia y la suben urgente a UCI.

Finalmente tras no remontar terminan intubando ya que empeoraba por momentos.

Tras hacerle varias analíticas entre ellas cruzadas se decide ponerle transfusión de sangre.

El siguiente paso es conectarla a la máquina de diálisis para limpiar la sangre y así conseguir que salga adelante.

Una vez identificada la infección y de dónde viene por parte del laboratorio se procede a ponerle la medicación idónea y que precisa , para así salvarle la vida.

Tras varias transfusiones y varias analíticas los resultados empiezan a mejorar y los intensivistas deciden bajar la sedación hasta llegar a dextubar por completo.

Las analíticas siguen dando infección aunque en menor proporción y deciden dejarla en la unidad de cuidados intensivos hasta su mejoría.

Pasados unos diez días deciden pasarla a planta donde permanece cerca de un mes hasta su completa recuperación porque debido a la noradrenalina los pies fueron los mayores perjudicados ya que se le necrosaron.

4 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacó es que si no detectamos pronto una sepsis nos puede costar la vida.

En el caso que exponemos le pillo trabajando justamente en un hospital lo que aceleró el proceso porque de pillarle en su casa no lo hubiera contado.

El personal de laboratorio es imprescindible en estos casos ya que sin sus conocimientos no sabríamos la mitad de las enfermedades y no podríamos poner remedio.

El técnico en laboratorio en este caso ha sido una pieza clave en el día a día de este caso clínico gracias a las transfusiones y analíticas que han investigado para salvarle la vida.

5 Bibliografía

-google académico

Capítulo 382

ESTUDIO MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO EN ORINA POR EL TECNICO DE LABORATORIO.

PAULA CANO SANCHEZ

VANESSA PORTILLO MAESTRE

KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA

JUDIT ORTEGA MARTÍN

RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA

1 Introducción

La orina es un liquido que se produce en el riñón a partir de la sangre que llega hasta para eliminar los productos de desecho al exterior. El volumen de orina que se elimina en veinticuatro horas es de 1000-1500 ml en un adulto en condiciones normales.

La orina es un fluido que durante mucho tiempo ha sido el fluido corporal mas usado para el diagnostico y la detección de las enfermedades, y en la actualidad aun tiene un papel fundamental en la investigación de varios procesos patológicos.

La composición de la orina es: agua (90-95%); urea (20-30%); sodio (60-80 mEq/24h); proteínas (0,05 g/24h); creatinina (600-1200 mg/24h).

El estudio microscópico del sedimento urinario incluye la investigación e interpretación de una serie de estructuras de distinta composición y origen que apor-

tan datos de interés para el seguimiento y diagnóstico de las nefropatías. Estas estructuras pueden ser: células, cilindros, cristales...

Este examen microscópico en algunos laboratorios es considerado como una prueba que se debe realizar de forma rutinaria y aplicarse en todas las muestras de orina, sin embargo, algunos expertos de la materia consideran que no siempre es necesario este examen, siempre que la orina sea clara y con una densidad mayor de 1,015 y negativa para proteínas, sangre y glucosa.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es conocer la importancia que tiene la orina a la hora del diagnóstico de enfermedades y su análisis 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 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. Además, de observación de vídeos y fotografías publicadas en prácticas de laboratorio y prácticas realizadas en el laboratorio, así como en libros de texto.

4 Resultados

Para realizar el estudio hay que centrifugar la orina, ya que el análisis microscópico se realiza con el sedimento.

La preparación se realiza con orina fresca o conservada a 4°C de la siguiente forma:

1. Se mezcla bien la muestra de orina y se pasa a un tubo 10 ml aproximadamente de orina
2. Se centrifuga la muestra durante 5 minutos a 1500 r.p.m. Se decanta la muestra y se deja el sedimento que ha quedado en el fondo.
3. Con ayuda de una pipeta Pasteur se deposita una gota del sedimento en un porta objetos y se coloca un cubre por encima. Hay que evitar que la gota sea muy grande y evitar las burbujas.

4. Observar al microscopio en los diferentes campos y alternando los objetivos para una observación mas precisa.

En la observación se pueden observar distintas estructuras.

- Células:

Los glóbulos rojos en la orina en condiciones normales no son superiores a 3 eritrocitos/mm. Por encima de este valor puede aparecer hematuria como resultado de un trauma, infección...

Los glóbulos blancos en orina no son superiores a uno o dos leucocitos por campo. Por encima de este valor de glóbulos blanco en orina es sinónimo de piuria y esto significa pielonefritis, uretritis o cistitis en el individuo.

Las células epiteliales provienen de la uretra, vejiga o uréteres y existen distintos tipos: células epiteliales escamosas, células de transición y células renales. No son patológicas por lo general, y es común que estén presentes en la mayor parte de las orinas.

Las células neoplásicas son fundamentales para el diagnostico de tumores en las vías urinarias.

Por ultimo, los microorganismo en la orina mas comunes son bacterias, levaduras y parásitos.

- Cilindros:

No es habitual que se observen en las orinas, sin embargo cuando aparecen en orinas grandes cantidades hay que avisar ya que es indicativo de enfermedad renal.

Según la composición del cilindro hay diferentes tipos: cilindros hialinos, cilindros epiteliales, cilindros hemáticos, cilindros leucocitarios, cilindros granulosos, cilindros pigmentarios o cilindros aéreos.

- Cristales:

La aparición de cristales en la orina se produce cuando el pH tiene valores extremos de la normalidad. De forma habitual, en la orina se observan cristales que no existen en condiciones normales y es entonces cuando adquieren un valor diagnostico.

Los cristales mas frecuentes en los diferentes tipos de pH son: pH ácido: uratos y acido úrico. pH alcalino: fosfatos triple, fosfatos amorfos y carbonato cálcico. pH variable: oxalato cálcico, cistina, colesterol, tirosina y leucina.

5 Discusión-Conclusión

La orina es una muestra muy util para el diagnostico de gran parte de enfermedades. Además, la orina es una muestra que salvo en algunos pacientes muy

graves que tienen dificultad para expulsar la orina o cuya patología se encuentra relacionada con las vías urinarias , es muy facil obtener una muestra para su análisis.

En el laboratorio, el examen microscopico de orina es una prueba que se realiza de manera muy frecuente y es una análisis sencillo y que no conlleva demasiado tiempo, salvo en la excepción de que la orina provenga de un individuo cuya patología haga que la orina sea de difícil analisis.

6 Bibliografía

[1]<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/urinalysis/about/pac-20384907>

[2] <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003579.htm>

Capítulo 383

USO DEL MALDI-TOF (ESPECTRÓMETRO DE MASAS) EN MICROBIOLOGÍA

INÉS LOZANO MORENO

SANDRA MARÍN YEPES

MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA

GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES

MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ

1 Introducción

Las enfermedades que producen procesos infecciosos suelen provocar una mortalidad y morbilidad elevada. Las formas para el diagnóstico microbiológico conllevan la realización de un cultivo y después, una vez aislado el microorganismo se realiza su identificación fenotípica.

El tiempo que lleva la realización de esto es de entre 24 y 48 horas, lo que resulta un tiempo largo para saber el diagnóstico clínico del paciente, sobre todo si son críticos. Si se obtiene un resultado de identificación del microorganismo, lo más pronto posible para el paciente puede suponer un pronóstico y evolución de la enfermedad más rápida.

Se necesitan métodos nuevos de diagnóstico que puedan detectar e identificar cualquier microorganismo de forma rápida y fiable.

Esta técnica ha supuesto una forma más rápida y eficaz que los métodos tradicionales para la identificación de los diversos microorganismos.

Fue perfeccionado en 1987 por el japonés Koichi Tanaka. Consigue ionizar de forma leve el analito provocando que proteínas y lípidos, moléculas termolábiles, se vaporicen, a un bajo costo y con un resultado rápido.

Se consiguen identificar los elementos de que constan cada organismo, pudiéndose así buscarlo en las bases de datos existentes y así poder identificar género, especie e incluso cepa, bacterias, hongos e incluso virus.

2 Objetivos

- Describir lo que es la tecnología por espectrometría de masas.
- Explicar la forma más utilizada; el método desorción-ionización.
- Describir en qué se basan sus teorías, su funcionamiento, su técnica de trabajo y su aplicación en el diagnóstico microbiológico.
- Presentar esta técnica como una manera rápida y fiable para la tipificación de microorganismos.

3 Metodología

Se han seleccionado comunicaciones y bibliografías de bases de datos relacionadas con ciencia y biomedicina.

También se han revisado artículos académicos relacionados con la espectrometría de masas, fundamentalmente en el buscador Google Scholar.

Y se han aportado los conocimientos obtenidos en el trabajo diario realizado dentro del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario de Toledo, donde se prestan actualmente nuestros servicios. Se ha hecho uso de información de guías y Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs) específicos del servicio.

Todas estas aportaciones nos han hecho poder exponer la metodología del MALDI-TOF.

4 Resultados

El principio del espectrómetro de masas es producir, separar y detectar iones en fase gaseosa. Mide las relaciones masa/carga de los iones.

Los tres componentes fundamentales de un espectrómetro de masas son:

- Fuente de ionización

- Analizador de masas
- Detector.

Estos tres componentes tienen que estar de una forma continua en atmósfera de vacío.

Para la detección de iones, esta técnica utiliza un método de desbastado (en inglés, sputtering) de partículas centradas en un blanco, que son bombardeadas con iones, átomos o moléculas.

Identifica los microorganismos de dos formas que nombramos con la palabra "aproximaciones": una basada en el perfil proteico concreto de cada microorganismo (aproximación proteómica) o estudio de sus ácidos nucleicos (aproximación genómica).

Cuando se utiliza el perfil de proteínas podemos identificar a los microorganismos desde los procedimientos de cultivo convencionales, lo que resulta menos laborioso y largo al no tener que utilizar los métodos de rutina.

Hay que destacar que es una técnica que tiene la opción de estudiar de manera muy precisa la composición de diferentes elementos químicos. Esto se realiza a través de la medición de los iones separándolos en función de su relación masa/carga (m/z).

El (MALDI-TOF) identifica microorganismos por su género, especie y subespecie con rapidez y sin dificultad.

Se consigue el llamado espectro de masas que consta de distintos picos (masa/carga) obtenidos después de la ionización y desorción de los péptidos y proteínas de cada especie bacteriana.

Un espectrómetro de masas consta de tres elementos principales:

- Fuente ionizante para llevar iones a las moléculas de la muestra en forma gaseosa.
- Analizador de masas para separar los iones según su relación masa/carga.
- Mecanismo de detección que monitoriza los iones ya separados.

5 Discusión-Conclusión

Con la espectrometría de masas (MALDI-TOF) se ha logrado una técnica exacta y veloz para la identificación de microorganismos.

La capacidad que tiene el MALDI-TOF para identificar con precisión distintos tipos de microorganismos, como son bacterias, levaduras, mohos y virus, le hacen ser una técnica muy superior a los métodos clásicos de identificación. Esto trae un nuevo reto para los laboratorios de microbiología, poder identificar nuevos

géneros y especies no identificadas de manera rutinaria hasta ahora, que supondrían implicaciones clínicas y epidemiológicas importantes.

La puesta en marcha de guías, a través de esta técnica, para la identificación de formas de resistencia a antimicrobianos, es una revolución en los métodos de microbiología tradicionales. Esta detección de marcadores de resistencia de los diferentes microorganismos frente a los antibióticos, en especial la elaboración de β -lactamasas, es imprescindible a nivel epidemiológico y de Programas de Optimización de uso de Antimicrobianos, tanto actualmente como en un futuro. El hallazgo de biomarcadores para el diagnóstico de enfermedades está basado en la espectrometría de masas.

El MALDI-TOF es una técnica primordial en la rutina diaria de un Laboratorio de Microbiología para una identificación precisa de distintos tipos de microorganismos: bacterias, micobacterias, levaduras, hongos, parásitos, virus. Consigue ser más eficaz que los métodos convencionales debido a su gran exactitud y rapidez, y es de gran ayuda para protocolos urgentes y graves, y para seguimientos epidemiológicos.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/MALDI-TOF>
2. <https://www.cbm.uam.es/images/servicios/proteomica/documentos/espectrometria-de-masas-MALDI-TOF.pdf>
3. <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia65.pdf>
4. <https://www.jove.com/es/t/50635?language=Spanish>

Capítulo 384

APLICACIONES DE LA TÉCNICA DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN INVESTIGACIÓN

INÉS LOZANO MORENO

SANDRA MARÍN YEPES

MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA

GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES

MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ

1 Introducción

La citometría de flujo es un método que utiliza tecnología biofísica fundamentada en el uso de luz láser. Se aplica en el recuento y clasificación de diferentes células, centrándose en sus particularidades morfológicas y la existencia de biomarcadores.

Es una técnica que está muy avanzada y automatizada. Los resultados obtenidos son muy objetivos y altamente sensibles, resultando muy práctico para el estudio del inmunofenotipado de células normales y anormales.

Con esta técnica podemos obtener un estudio multiparamétrico de los diversos elementos que componen una célula, de manera individual, célula a célula, aprovechando sus propiedades físico-químicas y su expresión proteica.

Reconoce a distintas poblaciones celulares a la vez, dependiendo de las proteínas que se expresen.

Su utilización en investigación biomédica es muy amplia, teniendo especial importancia en el diagnóstico clínico.

Las muestras biológicas en las que se suelen aplicar esta técnica son: tejidos humanos (sangre, médula ósea, líquido cefalorraquídeo); líquidos que se generan en procesos patológicos (derrame pleural, derrame sinovial, etc.); o los obtenidos por técnicas diagnósticas (lavado broncoalveola).

Podemos decir que en Hematología, Inmunología, Oncología y Microbiología su utilización es fundamental para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades, para la investigación en general y en el desarrollo de numerosos ensayos clínicos. En conclusión, podemos asegurar que la aparición de esta técnica es fundamental para el desarrollo de la investigación en amplios campos de actuación.

2 Objetivos

- Conocer la técnica de citometría.
- Exponer la gran utilidad para la de identificación y cuantificación específica de células.

3 Metodología

Se ha buscado información en distintos medios; en literatura científica, en libros y en artículos relacionados con el tema que se está desarrollando, a través de distintas bases de datos (PubMed, Scielo, Medline).

Otra metodología a tener en cuenta, es la propia metodología de la técnica:

- Tipo, cantidad, conservación y transporte de la muestra.
- Manejo de anticuerpos monoclonales y fluorocromos.
- Lisado celular.
- Fijación celular.
- Calibración y compensación de la autofluorescencia.
- Lectura e interpretación de datos.

4 Resultados

La citometría de flujo es una tecnología que analiza y cuantifica de forma simultánea múltiples características celulares teniendo en cuenta como son con-

ducidas por un fluido e incididas a través de un haz de luz.

Establece la fluorescencia relativa, el tamaño y la granularidad celular. Esto se realiza usando un sistema óptico que está acoplado a un sistema electrónico, que a su vez memoriza la forma en que la célula dispersa el haz de luz y emite fluorescencia.

¿Cómo actúa el citómetro de flujo?

Se compone de tres sistemas: el de fluidos, el óptico, y el electrónico.

Sistema de fluidos:

Alinea y transporta a las células por el interior de una cámara de flujo hacia el haz de luz. Para realizar esta operación es necesario que la muestra se encuentre suspendida en un medio líquido (agua o buffer). Con este medio líquido lo que se consigue es que las células se alineen y que el haz de luz incida sobre una célula cada la vez.

Sistema óptico:

Consta de unos láseres y filtros, que tienen la función de iluminar a las células y dirigir las señales que se obtienen hacia los detectores idóneos. Como las células tienen la propiedad de dispersar la luz en función de su tamaño y su granularidad, nos permite conocer de esta manera su tamaño y su granularidad. También podemos conocer la información de las proteínas que se expresan (marcadores).

Sistema electrónico:

Todo lo anterior genera una señal luminosa, la cual debe traducirse en señales electrónicas que son recibidas por la computadora y transformada en gráficos e histogramas.

Anticuerpos monoclonales acoplados a fluorocromos:

Los anticuerpos monoclonales permiten detectar y etiquetar poblaciones específicas de células. Consiste en la creación de un anticuerpo que sea capaz de unirse a una estructura específica (antígeno), el cual es el que se expresa en el tipo celular que se requiere identificar.

5 Discusión-Conclusión

En el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las neoplasias hematopoyéticas (leucemias, linfomas) es donde mayor importancia tiene esta técnica. Es imprescindible y fundamental.

En hematología se han empleado los anticuerpos monoclonales marcados con fluorocromos, para identificar leucocitos y precursores hematopoyéticos. Una herramienta muy necesaria para saber como se encuentra en cada momento el estado de la enfermedad, y aplicar así el tratamiento adecuado en ese momento.

Es una tecnología que permite analizar un gran volumen de células al mismo tiempo en un periodo corto de tiempo, que permite poder detectar células anormales que hayan podido resistir después del tratamiento. Esto facilita detectar enfermedad mínima residual y poder emplear tratamientos personalizados para combatirla.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Citometr%C3%ADa_de_flujo
2. <https://www.uam.es/uam/sidi/unidades-de-analisis/unidad-citometria-de-flujo/citometri>
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-citometria-flujo-que-puede-aportar-S1696281812700999>
4. <http://www.ibgm.med.uva.es/servicios/citometria-de-flujo/>
5. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000100007

Capítulo 385

VIROLOGÍA EN EL CAMPO DE LA MICROBIOLOGÍA

PATRICIA RUTH MENENDEZ SOLIS

1 Introducción

La virología estudia el campo de los virus forma parte del estudio en la rama de microbiología. Estudia la clasificación, sus estructuras y el descubrimiento de nuevos virus. Todo ello para llegar al estudio de tratamientos específicos para cada virus y sus vacunas correspondientes.

Los virus son partículas muy infecciosas y pequeñas (20-300nm), están formadas por un fragmento de ácido ribonucleico: (DNA) (RNA) , rodeada de una proteína llamada capsómero.

Todos los humanos, animales y plantas que nos rodean tienen virus que nos parasitan. Y por ello son los agentes que causan infecciones al humano con mayor frecuencia. Los virus y el ser humano han evolucionado para adaptarse al medio que los rodea así pues el humano ha desarrollado mecanismo de defensa más adecuados contra los agentes víricos a lo largo de la historia de la humanidad. Pero también el virus ha evolucionado haciéndose más fuerte y resistente contra vacunas y tratamientos.

Muchas de las infecciones son subclínicas esto quiere decir que la propia defensa del cuerpo combate contra estos agentes sin llegar a manifestar la enfermedad o es tan leve la enfermedad que no necesita asistencia médica. Elimina por sí sólo al virus con una recuperación rápida y el cuerpo genera inmunidad protectora. Por otro lado la infección y la enfermedad causando la enfermedad porque el virus invade las defensas infectando las células del huésped.

2 Objetivos

- Conocer la clasificación de los virus
- Entender su interacción con el ser humano y las causas o daños que producen en las células y tejidos.
- Diagnosticar la enfermedad, prevenirla y controlar esa enfermedad en caso de pandemia.
- Dar a conocer los estudios a la población para evitar su propagación.

3 Metodología

Se ha realizado la búsqueda en algunas páginas web específicas de laboratorio como SEQC, Scielo Medline. Así como búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos utilizando palabras claves como "virología", "clasificación y nomenclatura", "Técnicas de diagnóstico".

Se recopilan los datos proporcionados tanto en inglés como en español de los últimos años.

4 Resultados

Los virus se pueden clasificar con diferentes opciones aunque la clasificación de los virus es bastante compleja debido a sus características especiales como puede ser: su naturaleza del material genético, simetría de la cápside, presencia o ausencia de su envoltura, dimensiones de la partícula.

Una estructura general más clásica de clasificar sería :Orden, Familia, Subfamilia, Género y Especie.

Podemos empezar a clasificar los virus:

- Por su forma que son realmente pequeñas
 - Su cubierta de proteína llamada cápside
 - El tipo de ácido nucleico podemos distinguir el ADN de cadena simple y el ARN de doble cadena. Nunca pueden ir juntas siempre separadas.
 - El tipo de huésped ya que necesita apoderarse de otras células para sobrevivir.
- Otro tipo de clasificación sería según su forma de ingreso en el organismo:
- Respiratoria o inhalatorio producen estados gripales o resfríales, varicela , rubeola...
 - Digestivo o vía fecal -oral: virus de la hepatitis A y E, Rotavirus....
 - Piel: los poxvirus (viruela) , virus del herpes simple...
 - Transcutánea por picaduras de insectos) : Dengue, fiebre amarilla...

- Transplacentaria : malformaciones congénitas en el feto por atravesar la placenta el virus
- Genital : virus del herpes simple 1y 2, el HIV, virus de la hepatitis B y D
- Parenteral: HIV, hepatitis B,C y D. el estudio en el laboratorio para diagnosticar infecciones requiere que se recojan adecuadamente , se transporten y llegue la muestra en perfecto estado. Los virus más infecciosos necesitan una cabina de seguridad. Una vez en el laboratorio existen diferentes técnicas para su estudio:
- Cultivos víricos
- Detección de rayos víricos
- Detección de ácido nucleico
- Detección de pruebas

Al final de todo nos queda el estudio del mejor tratamiento para combatir las enfermedades ocasionadas por el virus. Para la mayoría de las infecciones virales los tratamientos solo pueden ayudar con algunos síntomas, nuestro sistema inmunitario debe luchar contra el virus. Los antibióticos no funcionan contra las infecciones virales. aunque existen medicamentos específicos antivirales que pueden atenuar las síntomas del virus.

Para prevenir tendríamos las vacunas se clasifican en dos tipos: víricas y bacterianas. Y según su forma en vivas atenuadas y muertas o inactivas.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo fundamental del estudio de los virus es la obtención de la máxima información posible sobre este área. Nos servirá para diagnosticar o seguir la evolución de una enfermedad que nos llevará al tratamiento más adecuado . Por eso creo que la información obtenida en un laboratorio tiene que ser lo mas precisa, clara y concisa. Ya que el virus es capaz de infectar a cualquier forma de vida. Como ya sabemos los estudios son fundamentales para evitar infecciones colectivas así sabremos como combatir ese virus de la mejor manera. El apoyo a la investigación es fundamental para seguir trabajando en los mejores tratamientos posibles y el descubrimiento de nuevas vacunas.

6 Bibliografía

- Clasificación, estructura y replicación vírica. Editorial: Microbiología médica, 7º Edición. Barcelona 2014.
- Papel de los virus en las enfermedades. Ed: Microbiología Médica, 7º Edición. Barcelona 2014.

- Abbas, Litch: Inmunología celular y molecular. 5º Edición USA Elsevier Science 2003.
- Principios de la virología molecular. Alan J. Canm Edición Acribia 2009.
- Microbiología médica -Patrick R. Murray, Ken S. y Michael A. Editorial: Elsevier nº 9 ed. 2021

Capítulo 386

APLICACIONES DE LA TÉCNICA DE LA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)

INÉS LOZANO MORENO

SANDRA MARÍN YEPES

MARÍA ISABEL GONZÁLEZ BETETA

GLORIA ESTHER DEL CERRO CÉSPEDES

MARÍA LORENZA PÉREZ ORTÍZ

1 Introducción

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una técnica que se ha hecho famosa por la pandemia de COVID-19. Su utilización es muy normal en los laboratorios.

Se emplea para diversos análisis: secuenciar ADN; conseguir perfiles de ADN para utilización forense; identificar patógenos.

Utiliza fragmentos cortos de ADN sintéticos, que llamamos cebadores. Con estos cebadores escogemos un segmento del genoma que amplificaremos con múltiples sesiones de síntesis de ADN, así lograremos amplificar el segmento que queremos. Esto nos facilita el estudio de la molécula de ADN con precisión.

Se necesita mucha cantidad de material genético para conseguir observar fragmentos de ADN aislados.

Con la PCR podemos amplificar o fotocopiar, millones de veces, pequeños fragmentos de ADN. El lograr esto supone que esta técnica sea un gran avance científico para la biología molecular.

Su creador fue Kary B. Mullis, Premio Nobel de Química en 1993.

Las células que componen nuestro organismo realizan una actividad enzimática de manera natural en la que se fundamenta la PCR. Las llamadas ADN polimerasas son capaces de fabricar dos copias idénticas de las cadenas de ADN. En este capítulo expondremos en qué consiste la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) incluyendo sus características y sus fases.

2 Objetivos

- Conocer la técnica de reacción en cadena de la polimerasa.
- Emplear esta técnica para el mapeo del Proyecto del Genoma Humano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 desarrollo de una buena metodología de PCR hay que seguir unas pautas:

- Particular cuidado en la realización de los pasos previos a la amplificación: recogida, envío, custodia y procesamiento de muestras.
- Esterilización y limpieza con lejía, etanol, luz UV de los espacios de trabajo entre la realización de una PCR y la siguiente.
- En el laboratorio de biología molecular, se tendrían que disponer diferentes áreas de trabajo separadas: una para la preparación de la mezcla madre para la PCR, otra para la manipulación del ADN a amplificar, otra donde se sitúen los equipos de realización de la PCR y otra zona donde se maneje la muestra ya amplificada.
- Utilización de cabinas de seguridad biológica que reduzcan el riesgo de salidas de vapores saturados de los llamados amplicones procedentes de otros patógenos, que podrían contaminar zonas de trabajo y muestras.

- Protección adecuada para el personal y los instrumentos que estén en contacto directo con las muestras.
- Al pasar de un área de trabajo a otro se aconseja desechar y utilizar elementos nuevos de trabajo, como pueden ser guantes, bata, gafas de seguridad, cubrezapatos, llevar el pelo recogido...
- Utilización de controles negativos y positivos.

Esta técnica tiene una gran importancia y numerosos ámbitos de aplicación.

Es una técnica muy sensible que requiere de muy poca cantidad de ADN para lograr gran cantidad de copias. Pero este proceso puede conducir a errores si las condiciones de esterilidad y limpieza no son las apropiadas. Se puede llegar amplificar ADN que no es de la muestra que se está procesando, llevando a resultados equivocados.

Estos errores pueden concluir con el diagnóstico de una enfermedad equivocada o con un error en la identidad de una persona y parentesco.

* Fundamento:

- Se fundamenta en la propiedad natural que poseen las ADN polimerasas para poder replicar hebras de ADN, utilizando unos ciclos de altas y bajas temperaturas de una manera alterna. Con este proceso se consiguen separar estas hebras de ADN recién creadas para volverse a unir y poder ser duplicadas otra vez. La reacción en cadena de la polimerasa fue mejorada por Kary Mullis sobre los años 80.
- Un termociclador es el equipo con el cual se realiza el proceso de amplificación, calentando y enfriando las muestras, según la temperatura que cada etapa de la reacción necesite.

* Conceptos que debemos conocer sobre la PCR:

- Sensibilidad: es la cantidad mínima de ADN que es necesaria para producirse la amplificación.
- Especificidad: conseguir obtener un solo producto amplificado.
- Eficiencia: es la amplificación máxima que podemos conseguir con un número de ciclos determinado.
- Fidelidad: son los posibles errores que puede cometer la ADN polimerasa en la amplificación. Tiene mucha importancia en la secuenciación.

* Qué se necesita para realizar una PCR:

- Plantilla de ADN: se extrae y se purifica de la muestra el ADN a copiar.
- Cebadores o iniciadores (primers): se unen a la plantilla de ADN por los extremos y son imprescindibles para que la polimerasa inicie la reacción. Son oligonucleótidos monocatenarios.
- Una solución tampón: pH adecuado, condiciones de acidez o basicidad idóneas.

- Solución de sal de cloruro de magnesio: cofactor de la polimerasa.

- * Etapas de la PCR

- Inicio: temperatura de 94-96 ° durante 1-9 minutos. Se produce la activación de la ADN polimerasa por calor.

- Desnaturalización del ADN: separación de las dos cadenas de las que consta. Calentamiento de 94-95 °C.

- Unión del cebador o alineación: se realiza la hibridación del cebador que se unirá en el ADN molde a su secuencia complementaria. Para ello se bajará la temperatura a 40-68 °C durante 20-40 segundos. Con esto se consigue la alineación.

- Elongación de la cadena o extensión: para sintetizar la cadena complementaria partiendo del cebador como soporte inicial, la ADN polimerasa coge el ADN molde. La temperatura suele ser de 72 °C, pero dependiendo de la ADN polimerasa que se emplee variará la temperatura y el tiempo que se aplique.

Hay una regla que dice que en su temperatura óptima, la polimerasa de ADN polimerizará mil bases en un minuto.

- Elongación final: Se realiza después del último ciclo de PCR a una temperatura de 70-74 °C, unos 5-15 minutos. Esto garantiza que cadenas de ADN simple sean totalmente amplificadas.

- Conservación: Se produce a 4-15 °C durante un tiempo indefinido para que la reacción se conserve a corto plazo.

Hay distintos tipos de reacción en cadena de la polimerasa, según el objetivo y los requisitos que se quieran:

- PCR in situ

- PCR múltiple

- RT-PCR (con transcriptasa inversa)

- PCR en tiempo real o cuantitativa

- PCR de células viables

5 Discusión-Conclusión

En los laboratorios de investigación, sobre todo de medicina y biología, la PCR es muy común e imprescindible.

Esta técnica se aplica para clonación de ADN para secuenciar, para filogenia fundamentada en ADN (origen y desarrollo evolutivo de las especies), análisis funcional de genes, diagnóstico de problemas hereditarios, identificación de huellas genéticas (uso forense y paternidad), detección y diagnóstico de enfermedades infecciosas, identificación de microorganismos y en el diagnóstico de trastornos genéticos.

Tiene diversas aplicaciones: en ciencia básica como herramienta de detección de segmentos de ADN de interés; y en ciencia aplicada para la resolución de diagnósticos clínicos.

En medicina se utiliza como instrumento de diagnóstico.

En paleontología, antropología biológica y médica, antropología forense, esta técnica es muy utilizada porque utiliza restos o huellas de seres vivos, material biológico que contiene ADN, fundamento de la PCR.

Basándonos en esto, con la PCR podemos diferenciar grupos de cultivos con interés agronómico. Se puede aplicar en agricultura, sobre todo en la investigación de nuevas especies y nuevos cultivos.

Con todo, podemos confirmar que la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es un instrumento primordial en el ámbito de la ciencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Reacci%C3%B3n_en_cadena_de_la_polimerasa.
2. <https://aconsa-lab.com/reaccion-en-cadena-de-la-polimerasa/>.
3. <https://es.khanacademy.org/science/ap-biology/gene-expression-and-regulation/biotechnology/a/polymerase-chain-reaction-pcr>.

Capítulo 387

TELEMANDO. ENEMA OPACO.

MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA

ANA VANESA SOUTO PRIETO

MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO

JULIA CABEZA LANCHAS

ANA DEL SAZ BERNAL

1 Introducción

El telemando es el lugar donde se realizan, entre otras, las exploraciones de:

- Radiología simple del tubo digestivo
- Radiología del sistema genitourinario

El telemando es un equipo de RX, que permite la realización de radiografías y estudios mediante fluoroscopia

Se podría definir fluoroscopia como una técnica radiológica que va a aprovechar la propiedad fluorescente de los RX de la radiación emitida para obtener imágenes diagnósticas, que permite el estudio dinámico en tiempo real de algunos procesos fisiológicos y de diferentes órganos y fluidos.

El telemando, básicamente necesita una sala de exploración y una cabina de control.

Los primeros exámenes fluoroscópicos se realizaron en pantallas fluorescentes (brillaban al incidir sobre ella los RX procedentes del paciente). En esta exploración se generaba gran exposición a la radiación para el operador que realizaba la prueba.

Después llegaron los intensificadores de imagen, que son unos dispositivos que reciben el haz de RX que ha atravesado al paciente, transmutándolo a luz visible e intensificando la imagen producida. Se acoplan a un circuito de video para poder ver las imágenes en un monitor de TV, en la sala de control.

Ahora, el sustituto del intensificador es el detector de panel plano, que ofrece mejor calidad de imagen y una disminución de la dosis de radiación recibida por parte del paciente.

Actualmente contamos con fluoroscopios digitales. La diferencia en el funcionamiento, es que en los aparatos digitales la luz se transforma en una señal de video analógica o eléctrica, mientras que en el digital la señal de video es digitalizada. Consiguiendo poder procesar más la imagen mayor procesado y mejor calidad de la imagen.

Para la realización de la prueba de enema opaco, utilizaremos la sala y el aparato del telemando. Nos ayudaremos del visionado en directo de la anatomía, gracias a la fluoroscopia, que será recorrida por un medio de contraste.

2 Objetivos

A lo largo de este texto se intentará:

- Dar a conocer el funcionamiento del aparato telemando.
- Mencionar las diferentes utilidades que tiene.
- Hablar de las diversas pruebas que se llevan a cabo con este aparato. (De las distintas pruebas que se pueden realizar en el telemando, a continuación se hablará del enema opaco).
- Explicar el procedimiento de realización de la prueba enema opaco, materiales que se utilizan, preparación del paciente...

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de 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 estudio de enema opaco, se realizará en la sala del telemando, que está compuesta por:

- Sala de exploración. Aquí encontramos:

- ☒ Una mesa basculante que se puede mover en todas las direcciones en el plano axial (delante, detrás, derecha e izquierda) y que además, puede bascular (que puede angularse respecto a la horizontal).

- ☒ El tubo de rayos: se encuentra encima de la mesa, en la parte de arriba sujeto a ella por un eje móvil, pudiendo realizar los mismos movimientos que la mesa basculante. En el eje móvil del tubo de rayos encontramos una pequeña estructura, con forma de cazo, que se llama compresor. Solo realiza movimientos hacia arriba y hacia abajo. Sirve para comprimir el abdomen de los pacientes, provocando la compresión de las asas intestinales, lo que nos permitirá estudiarlas por separado.

- ☒ Un servicio privado, con acceso al mismo desde la sala de exploración.

- Cabina de control. Desde donde se realiza la exploración, separada de la sala de exploración por una pared plomada y un cristal especial que no dejan pasar las radiaciones ionizantes y que permite ver, en todo momento, el interior de la sala de exploración.

- El panel de control, donde se sitúan todos los mandos con los que controlar la mesa y el tubo de rayos a distancia. Junto al panel de control encontraremos un micrófono a través del cual daremos indicaciones al paciente durante la exploración.

ANATOMÍA DEL APARATO DIGESTIVO.

El aparato digestivo está formado por boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso.

El intestino grueso, es un tubo, cuya pared está formada por las capas (de la externa a la interna) serosa, muscular, submucosa y mucosa; comienza en la región iliaca derecha (se une al ilion) y termina en el ano.

Se divide en ciego, colon, recto y canal anal.

- Ciego: tiene forma de bolsa, se encuentra bajo la unión entre íleon y colon, mide unos 6 cm, contiene el apéndice. Es un tubo estrecho de unos 7cm. Contiene la válvula ileocecal, está bajo la unión del colon ascendente y ciego.

- Colon: tiene las siguientes partes

- ☒ Ascendente: va hacia arriba desde la unión con el ciego hasta la unión con el colon transversal, en un ángulo llamado flexura cólica derecha o hepática

- ☒ Transverso: es la parte más móvil y larga, va desde la flexura hepática, hasta

la unión con el transverso en un ángulo agudo llamado flexura cólica izquierda o esplénica.

☒ Descendente: va desde el ángulo esplénico hasta la unión con el sigmoideas, discurre hacia abajo.

☒ Porción sigmoidea: forma un asa con forma de S, termina en el recto.

- Recto: comienza en sigma, su porción distal se estrecha para formar el canal anal, dilatándose justo encima para formar la ampolla rectal; terminando en el ano, que comunica el intestino con el exterior.

PRUEBA

El enema opaco es una prueba diagnóstica, que permite adquirir imágenes del intestino grueso, utilizando rayos X.

Para obtener imágenes es necesario administrar un medio de contraste por vía rectal, sulfato de bario en suspensión, lo que permite visualizar el colon, las imágenes serán valoradas por el/la especialista en diagnóstico por imagen.

Esta prueba permite el diagnóstico y seguimiento de patologías que cursan con inflamación intestinal como : enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa y también detectar lesiones intestinales como estrechamientos o divertículos.

PREPARACIÓN PREVIA

Para visualizar correctamente el intestino grueso, el paciente deberá:

- Tres días antes de la prueba iniciará una dieta libre de residuos
- La noche anterior al estudio únicamente ingerirá líquidos.
- De 10 a 15 horas antes del estudio, deberá tomar una solución evacuante siguiendo el prospecto.
- No tomar ningún alimento sólido 4 horas previas al inicio de la ingesta de la solución evacuante.
- Se requerirá el empleo de enemas de limpieza, cuando no se ha podido realizar una buena limpieza
- Si el paciente toma alguna medicación, continuará con ella, siempre que no esté contraindicada por el médico
- Antes de realizar la prueba, el paciente firmará el consentimiento informado.

REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Comenzaremos llamando al paciente y acompañándolo al vestuario, le pediremos que se quite todo aquello que pueda interferir en la realización del estudio (joyas y objetos metálicos) también la ropa y que se ponga una bata con la abertura hacia atrás, le explicaremos en qué consiste la prueba y le indicaremos como se tiene que posicionar sobre la mesa de exploración.

El paciente se tumba y se le toma una radiografía simple de abdomen AP. Esta nos va a permitir ver si la preparación del paciente es adecuada y también, excluir

megacolon tóxico, que es una contraindicación para la realización de la prueba. Existen dos métodos para la exploración, una técnica utiliza solo la suspensión de sulfato de bario y la otra, la técnica de doble contraste, además del bario, utiliza un enema de aire o elemento gaseoso justo después de la evacuación de la suspensión baritada.

La administración del contraste, se realiza por vía rectal, mediante enema. Con el paciente tumbado, en posición decúbito lateral izquierda, se introduce una cánula, lubricada, a través del ano, por la que se introducirá la disolución de sulfato de bario mezclada con agua tibia, se inflará un globo para evitar que el líquido salga del cuerpo del paciente. Se podría realizar un disparo para comprobar que la sonda está bien colocada y el globo inflado correctamente, con el paciente de lado. Tras esto se abriría el sistema que conecta la sonda con el enema(colgado en un pie de suero, para que la gravedad ayude a la entrada del medio de contraste al cuerpo del paciente)

Al paciente se le dirá que se ponga de diferentes posiciones, que contenga la respiración o que permanezca inmóvil mientras se le toman diferentes radiografías en diferentes ángulos y posiciones.

Las proyecciones que se pueden realizar, a lo largo del estudio son:

- AP o PA de abdomen, para poder visualizar al completo el marco cólico. Para separar las asas intestinales y visualizarla mejor, podemos colocar al paciente en posición Trendelenburg o utilizar el compresor.
- Oblicua PA derecha, el paciente estará a unos 35-45 grados, en esta posición observaremos el ángulo hepático, porción ascendente y sigmoidea del colon.
- Oblicua PA izquierda, el paciente estará a unos 35-45 grados, en esta posición observaremos el ángulo esplénico y colon descendente.

Cuando se obtengan todas las imágenes necesarias, se retira la sonda y al paciente se le pide que trate de evacuar la mayor cantidad posible de bario tras lo cual se pueden tomar 1 o 2 radiografías más para comprobar la correcta funcionalidad del intestino.

5 Discusión-Conclusión

Debemos tener siempre muy presente que el enema opaco es una prueba de diagnóstico por rayos X, al ser una prueba que utiliza para su realización radiaciones ionizantes, no se deberá realizar a pacientes embarazadas(salvo indicación médica) o con posibilidad de estarlo.

Sabemos que se debe intentar proteger siempre al paciente ante estas radiaciones ionizantes, pero en el caso de este estudio, las zonas genitales de los pacientes

(zonas que se protegen siempre que es posible) quedarán expuestas a los rayos X, debido a la cercanía a la anatomía que se estudia en esta prueba m(colocar algún elemento plomado podría tapar las zonas en estudio o alguna patología). Se podría proteger, por ejemplo el tiroides.

Aunque es una prueba que no suele presenta riesgos graves (es normal presentar algo de estreñimiento los días posteriores), existen algunos riegos y contraindicaciones para la realización del estudio:

- El paciente podría experimentar molestias abdominales durante el procedimiento o al introducir la sonda
- Se debe comunicar al médico si existen alergias, cualquier medicamento que se tome, al igual que cualquier enfermedad anal o de colon, para evitar empeorarla
- Si tras la prueba se presenta fiebre, sangrado anal o estreñimiento severo, acudir al médico

Hay que decir que esta prueba, el enema opaco, es un estudio desagradable para el paciente, tanto por que ve su intimidad y pudor comprometidos, debido a la vía de administración del medio de contraste; así como por la estricta preparación previa, muy restrictiva en cuanto a la alimentación y bastante molesta debida a la utilización de laxantes, que generan malestar. Teniendo en cuenta esto, no debemos olvidar, explicar detenidamente el procedimiento al paciente, puesto que un paciente informado, estará relajado y cooperará mejor.

6 Bibliografía

1. César S. Pedrosa. Diagnóstico por imagen. Radiología clínica. Tomo 1
2. K.C. Clark. Posiciones radiográficas. Tomo 1
3. Pedrosa, C. Diagnóstico por imagen. Abdomen. Abdomen y tubo digestivo: Técnicas de examen. Madrid. España. Marban
3. Eugene D. Frank. Bruce W. Long. Barbara J.Smith. MERRILL . Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Philip W. Ballinger..SalvatMedicina
4. Edward C. Weber. Joel A. Vilensky. Stephen W. Carmichael. Kenneth S. Lee. Netter. Anatomía Radiológica esencial. Elsevier.
5. M.D.I. Monografía de diagnóstico por imagen. Somedisa
6. Aparato digestivo. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/procedimientos-digestivos-diagn%C3%B3sticos-y-terap%C3%A9uticas/radiograf%C3%A1da-y-otros-estudios-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen-con-contraste-del-tubo-digestivo>

7. Enema opaco. <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a606010-es.html>
8. Enema opaco. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003888.htm>
9. Enema opaco. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/enema-opaco>
10. Cáncer de colon. <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/que-es-cancer-colon>

Capítulo 388

LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA.

MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA

ANA VANESA SOUTO PRIETO

ANA DEL SAZ BERNAL

JULIA CABEZA LANCHAS

MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO

1 Introducción

La Histerosalpingografía es una prueba diagnóstica, es el estudio radiográfico, mediante

Control fluoroscópico del útero (cavidad endometrial) y las trompas de Falopio. Gracias a la opacificación de las estructuras anteriormente mencionados (útero y trompas de Falopio) producida por la introducción de contraste yodado a través del cuello del útero.

Pueden utilizarse contrastes yodados hidrosolubles o esterificados, siendo los del primer tipo los más utilizados

El agente de contraste se introduce en la cavidad uterina, a través de una sonda cervical, se produce una entrada retrógrada del medio de contraste, que irá replecionando la cavidad uterina, después las trompas, para, finalmente, ver como se produce el paso del contraste a la cavidad peritoneal.

Con esta prueba, pueden detectarse alteraciones en la cavidad uterina y en las trompas de Falopio, se podrá valorar también si existe una adecuada permeabilidad de las trompas.

La histerosalpingografía permite identificar la existencia de malformaciones y lesiones uterinas, valorar la presencia de alteraciones u obstrucciones en las trompas de Falopio (son causa de infertilidad o abortos espontáneos)

Las principales indicaciones de la histerosalpingografía son:

- Comprobación de la eficacia de la ligadura de las trompas de Falopio.
- Estudio de la esterilidad (comprobar correcta permeabilidad de las trompas)
- Detección de malformaciones o alteraciones uterinas que justifiquen abortos espontáneos repetidos.

2 Objetivos

Con este texto, se intenta:

- dar a conocer esta prueba, que al no ser un estudio muy común y al realizarse solamente a mujeres, puede ser desconocida para algunas personas.
- Explicar la anatomía que se estudia con este procedimiento, en qué consiste la técnica de la histerosalpingografía, el material que se utilizará para poder llevarla a cabo, y hablar de aquellos casos en los que se indica la realización de la prueba y de aquellos en los que no.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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 histerosalpingografía es una prueba que se realiza exclusivamente a mujeres y en la que se estudia el aparato reproductor femenino, teniendo en cuenta esto y que se utilizan radiaciones ionizantes, es de suma importancia asegurarse de que la paciente no está embarazada en el momento de la realización de la prueba, para ello la prueba se realizará en un momento exacto del ciclo menstrual. La prueba deberá efectuarse en el espacio de tiempo que va desde el día 6 del ciclo(más o menos una semana después del primer día de la menstruación) hasta el día

10 del ciclo(se podría extender si se sabe con certeza que se ovula después del día 14 del ciclo).

ANATOMIA.

El sistema reproductor femenino está formado por los genitales externos, vagina útero, trompas de Falopio y ovarios.

GENITALES EXTERNOS.

- Monte de Venus. Área redondeada de tejido adiposo sobre la sínfisis del pubis.
- Labios mayores. Pliegues de piel longitudinales pares de piel, están en posición inferior y posterior al monte de Venus.
- Labios menores. Pliegues de piel pares, que rodean una zona vestíbulo; este contiene la uretra y la vagina.
- Clítoris. Unión de pliegues labiales menores, está ricamente innervado contribuye a la excitación sexual en la mujer.

VAGINA.

Es la región inferior del canal del parto, sirve de vía de paso para el endometrio desprendido durante la menstruación, acoge el pene durante el coito. La brecha entre el cuello uterino y el cuello uterino.

La pared de la vagina se llama fórnix.

ÚTERO.

Útero o matriz, es un órgano hueco, tiene forma de pera invertida, se sitúa en la cavidad pélvica entre el recto y la vejiga urinaria, está flexionado en dirección anterior, donde se une a la vagina; su función es recibir y nutrir al ovocito fecundado hasta el nacimiento.

Consta de las siguientes partes:

- Fondo. Parte superior.
- Cuerpo. La parte principal del útero.
- Istmo. Región estrecha entre cuerpo y cérvix.
- Cérvix o cuello uterino.

TROMPAS DE FALOPIO.

Discurren desde los ovarios hasta el útero. Tienen forma de tubo, con un diámetro luminal muy estrecho.

OVARIOS.

Órganos sexuales femeninos primarios, producen óvulos u ovocitos y hormonas sexuales.

Los ovarios se encuentran en la pelvis.

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA.

La prueba comenzaría con una preparación previa, consistente en:

- Podría recomendarse usar laxantes o un enema de limpieza el día anterior a la prueba (para obtener mejor calidad en las imágenes).
- Realizar profilaxis antibiótica el día anterior.
- Recogida del consentimiento informado, debidamente cumplimentado y firmado.
- Cerciorarnos de que no existe ninguna contraindicación para la realización del estudio.

- Informar, antes del comienzo, sobre el procedimiento, sobre las molestias que se puedan sentir y sobre los efectos adversos que puedan darse.

Tras acompañar a la paciente a la sala de exploración y pedirle que se quite la ropa y que se ponga una batita, se le pedirá que miccione antes de posicionarse sobre la mesa de exploración.

Esta prueba suele realizarse con un equipo telemando, podría hacerse con un aparato convencional. En otros casos se puede llevar a cabo en quirófano utilizando un arco en C o un equipo de RX portátil.

El material necesario para la realización de la técnica sería:

- Histerosalpingógrafo o cánula de inyección. Son desechables, suelen tener un balón que se hincha para evitar que se salga tras introducirlo por el cérvix.
- Lubricante.
- Espéculo vaginal. Para ayudar en la colocación de la cánula al visualizarse mejor el fondo vaginal. Si no es radiotransparente se retira antes de comenzar.

Primero se realiza una adquisición de una radiografía simple de pelvis, basal, sin contraste.

Colocaremos a la paciente en posición de litotomía, en decúbito supino, con las piernas flexionadas y elevadas si hay donde apoyarlas.

Se procederá a desinfectar la zona genital externa, se introducirá el espéculo y se coloca la cánula, por donde se introducirá el contraste yodado, a través de una jeringa acoplada a la cánula.

El contraste utilizado debe ser lo suficiente viscoso para quedar retenido en el útero y las trompas el tiempo necesario y permitir, de este modo, una extravasación controlada hacia la cavidad peritoneal.

El contraste discurrirá del canal cervical, al útero, rellenándolo y siguiendo por las trompas hasta derramarse en la cavidad peritoneal, finalizando el estudio, en este momento suele ser cuando la paciente experimenta dolor.

Durante la prueba se realizan radiografías como testimonio permanente del estado del útero y las trompas. A lo largo del estudio, podrían realizarse las siguientes proyecciones:

- Radiografía AP simple (basal) de región pélvica, desde crestas ilíacas.

- Radiografía AP en fase de repleción uterina.
- Radiografía AP de útero y trompas replecionados con salida de contraste a través de los extremos de las trompas a cavidad peritoneal.
- Radiografía AP tardía (tras 15-20 min) para observar el derrame peritoneal de contraste.
- En algunos casos es necesario realizar proyecciones oblicuas para evidenciar de forma más concreta la repleción o no del útero.

5 Discusión-Conclusión

La histerosalpingografía, como se ha explicado en el texto anterior, es una prueba para estudiar las trompas de Falopio y la cavidad uterina y cualquier malformación y/o patología que pueda darse.

A medida que la sociedad ha avanzado, el estilo de vida de la mayoría ha ido cambiando.

En la actualidad la mayoría de las mujeres trabajan y esto, en muchos casos, hace que pospongan la maternidad.

Aunque el estilo de vida cambie, puede que el reloj biológico femenino se niegue a sincronizarse con ese cambio.

La medicina y los avances tecnológicos han avanzado mucho en el campo de la reproducción asistida, hoy en día muchas parejas recurren a ella debido a la imposibilidad para concebir.

En todos los estudios de fertilidad una de las primeras pruebas que se realiza a la mujeres es la histerosalpingografía, esta prueba tan sencilla de realizar puede dar información muy valiosa a la hora de diagnosticar una posible infertilidad.

La histerosalpingografía es uno de los exámenes radiológicos tales como mamografía, a pesar del paso de los años, no ha sido desbancada por ninguna otra técnica de radiodiagnóstico.

Aunque actualmente existen y se realizan varios exámenes y pruebas para investigar cada uno de los posibles factores de infertilidad femenina, sin duda alguna, la histerosalpingografía es un estudio básico y rutinario.

Su uso no sólo queda restringido al diagnóstico de la infertilidad, este estudio es necesario y se indica para el estudio de otros problemas o patologías.

Tenemos que ser conscientes de que la realización de esta prueba pone en compromiso la intimidad de la paciente, por lo que deberemos siempre salvaguardar su intimidad en la medida de lo posible.

También tengamos en cuenta siempre el estado emocional de las pacientes que se someten a este procedimiento, debemos ser lo más empáticos posibles.

6 Bibliografía

1. X. Sala. Barangé. Histerosalpingografía. Detalles anatomopatológicos. Cultivalibros.
2. M. Soledad Carmona Rodríguez. Cristina Cortes León. Carmen de la Rosa Ruiz. M Pilar Fernández Peñarrubia. Lorenzo Galán Camino. Javier García Laborda. Rocío González Costero. Óscar Gutiérrez Salcedo. Ana Piazza Dobarganes. María del Prado Reyero Lafuente. Juan Antonio Tejedor García. María del Carmen Vega Carrasco. Técnicas de Radiología especial. ARAN
3. Eugene D. Frank. Bruce W. Long. Barbara J. Smith. MERRILL . Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Philip W. Ballinger. Salvat Medicina
4. Edward C. Weber. Joel A. Vilensky. Stephen W. Carmichael. Kenneth S. Lee. Netter. Anatomía Radiológica esencial. Elsevier
5. La exploración radiográfica en ginecología. Indicaciones y técnica. J.- VAN-RELL. ARS Médica, Barcelona
6. Remohí. Beliver. Fernando. Requena. Paoletti. Pellicer. Manual práctico de esterilidad y reproducción humana. Aspectos clínicos. 2021. 5ª edición. Médica Panamericana.
7. Histerosalpingografía. http://es.slideshare.net/humbertorosaslavado/histerosalpingografia27151873?next_slideshow=2
8. Histerosalpingografía. <https://es.scribd.com/doc/24704816/d-Ginecologia-y-Obstetricia>
9. Histerosalpingografía. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833807737104>
10. Histerosalpingografía. <https://www.ocez.net/archivos/revista/125-cuidando-la-salud-11.pdf#page=70>
11. Histerosalpingografía. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/7203>
12. Histerosalpingografía. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/issue/view/12>
13. Histerosalpingografía. <https://ria.utn.edu.ar/handle/20.500.12272/6158>

Capítulo 389

UROGRAFÍA INTRAVENOSA. TÉCNICA CONVENCIONAL.

MARIA DEL PRADO CHICO GARCÍA

JULIA CABEZA LANCHAS

ANA DEL SAZ BERNAL

ANA VANESA SOUTO PRIETO

MARIA ANTONIA DURÁN APARICIO

1 Introducción

La urografía intravenosa convencional (UIV), mediante la utilización de rayos X, es un método de adquisición de imágenes diagnósticas, que proporciona información tanto anatómica como funcional de la vía urinaria. Consiste en la realización de radiografías seriadas, con adquisición de imágenes, antes y después de la administración de un medio de contraste yodado hidrosoluble isoosmolar, por vía intravenosa para la visualización de los órganos del sistema urinario, como son los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra, nos permite ver el tamaño y localización de los órganos y comprobar si existe alguna obstrucción. Antes constituía la prueba de elección para poder valorar ciertas patologías, como la hematuria o las malformaciones congénitas, debido a su baja dosis de radiación, pero hoy en día se está viendo sustituida en gran parte por otros procedimientos diagnósticos, sobre todo por el TAC de baja dosis. La UIV convencional, actualmente se restringe al estudio en pacientes con sospecha de tumores uroteliales,

fugas ureterales posquirúrgicas o postraumáticas, y anomalías anatómicas congénitas, en el estudio de la hematuria y los cólicos renales, infecciones urinarias de repetición, sospecha de cálculos de riñón, estrechamientos en los uréteres, problemas en la vejiga; el empleo de la UIV para estas variará según los centros, los especialistas radiólogos y la disponibilidad de otras técnicas de diagnóstico como ecografía, TAC, RMN, con las que se valorará de forma más precisa y específica la zona del parénquima renal y las vías urinarias.

2 Objetivos

Con este trabajo, se pretende:

- Dar a conocer algo más en profundidad la técnica de la urografía intravenosa convencional. Para poder entender mejor la técnica.
- Hablar de la anatomía del aparato urinario, el cual es estudiado con este procedimiento.
- Abordar tanto las patologías, que son foco de estudio mediante la urografía intravenosa convencional, en qué casos está indicada la realización de dicha prueba, cual es la preparación previa a la que se debe someter el paciente antes de realizarse este estudio
- Exponer los pasos a seguir para la realización del estudio y la obtención de las imágenes diagnósticas necesarias.

Aunque la urografía intravenosa convencional ya no es la primera opción, se está viendo desplazada por técnicas más novedosas, en muchos centros se sigue realizando con muchísima asiduidad, tanto por preferencia de los profesionales que valorarán la prueba, como por la falta de aparatología que permita la realización de otros estudios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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 UIV es una prueba radiológica que se puede realizar tanto en un aparato de radiología convencional, como en un aparato telemado (en este se puede realizar la exploración añadiendo una imagen de un corte tomográfico a la altura de los riñones) Comenzaremos hablando de la preparación previa del paciente, para la realización de la prueba:

- Tres días antes el paciente comenzará con dieta blanda, sin residuos.
- La noche anterior, se administrarán laxantes y enema de limpieza intestinal, para evitar que el contenido del intestino interfiera en la correcta visualización y valoración de la vía urinaria superior.
- Ayuno mínimo de seis horas antes de la prueba.
- Revisar historial y entrevistar al paciente antes de la prueba para descartar:
 - Alergias a medicamentos o la toma de medicamentos como la metformina.
 - Posibles reacciones adversas previas a los medios de contraste.
 - La posibilidad de embarazo,
- Valorar la función renal con analítica reciente.
- Consentimiento informado, debidamente cumplimentado y firmado, por el paciente y el facultativo solicitante.

ANATOMIA.

El Aparato urinario está formado por los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra.

Los riñones son dos órganos que producen orina para eliminar los desechos. Son de color rojizo, con forma de habichuela, en el adulto cada uno pesa de 130 g a 150 g y miden 11cm. de largo, 7cm. de ancho y 3cm. de espesor. En cada riñón se distingue un polo superior y otro inferior; dos caras, anterior y posterior; dos bordes, externo o lateral convexo y el medial o interno cóncavo, en su porción central tiene el hilio renal, por donde entran y salen nervios, vasos linfáticos, vasos arteriovenosos y la pelvis renal. Envolviendo al parénquima renal tenemos primero la cápsula fibrosa, por fuera de ésta la cápsula adiposa y más externa la aponeurosis renal. Están en el abdomen a los dos de la región dorso lumbar, entre la 12ª vértebra dorsal y la 3ª vértebra lumbar, el derecho está en un plano inferior al izquierdo, por la presencia del hígado. El polo superior de cada riñón está cubierto por la glándula suprarrenal correspondiente, que se aloja en la cápsula adiposa. Son fundamentales para la regulación en el organismo del volumen del líquido extracelular y de la cantidad total de agua. Separan los productos de desecho del metabolismo y eliminan sustancias extrañas, controlan el equilibrio ácido-base y la concentración de la mayor parte de los componentes del líquido

tisular, realizan funciones endocrinas al secretar eritropoyetina, que influye en la formación de la sangre, y renina, para la regulación de la presión sanguínea. Los uréteres salen desde la pelvis renal del riñón correspondiente, son dos finos conductos musculomembranosos de entre 4 y 7 mm de diámetro, retroperitoneales, que terminan en la parte inferior de la vejiga, dibuje un camino de 25 a 30 cm con partes del abdomen y la pelvis. Estos son dos tubos que transportan la orina desde los riñones hasta la vejiga.

La vejiga urinaria es un órgano muscular hueco situado en la cavidad pélvica, es un reservorio de orina con capacidad máxima de hasta 800 ml, aunque puede exceder este volumen en algunas patologías. Cuando está vacío, tiene forma triangular, la base es ancha y apunta hacia atrás y hacia abajo. La base de la vejiga y el cuerpo vesical se estrechan gradualmente hacia delante y el borde anterior coincide con el borde superior de la sínfisis púbica. La cara superior es ligeramente cóncava, a no ser que contenga un gran volumen de orina (700cl aprox.), en cuyo caso, forma una cúpula que sobrepasa la sínfisis púbica. En el fundus vesical hay tres orificios, los dos ureterales, separados unos 4- 5 cm. y la abertura de la uretra, el origen de la uretra, define un espacio triangular llamado trigono. La capa muscular de la pared de la vejiga consta de una fuerte red de fibras musculares lisas, el músculo detrusor, que permite que el órgano se contraiga suavemente. El interior de la capa muscular está revestido de mucosa y submucosa.

La abertura de la uretra y el origen de la uretra están rodeados por dos esfínteres: el control involuntario formado por el haz de músculos púbicos y el control voluntario formado por las fibras del músculo transperineal profundo, que forma parte del diafragma urogenital.

La uretra es la vía por la que la orina se transporta fuera del cuerpo.

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA.

Para la correcta realización de la UIV, deberemos obtener una secuencia de imágenes que permita visualizar la fase nefrográfica y excretora o pielográfica.

Se realiza radiografía preliminar simple de abdomen, se administra el contraste intravenoso, se realizan radiografías secuenciales en distintos tiempos.

Se pueden realizar también radiografías en prono, bipedestación, con compresión, tardías, según la patología que se estudie. (A continuación se verá detenidamente)

Recogemos al paciente y confirmamos su identidad, preguntamos si está listo, lo acompañamos a la sala de examen y le explicamos en qué consiste el examen. Se le dará una bata, se le quitará la ropa y los objetos que puedan interferir con el examen, se le pedirá que orine antes de que comience el examen, se le acompañará a la camilla, se acostará boca arriba, se le indicará que permanezca quieto y contenga la respiración cuando se le solicite, guiará al línea de inyección de

contraste (que se puede hacer con jeringa o manualmente), colocamos el tubo de rayos X sobre el área de examen y primero se realiza el examen: - Radiografía simple de abdomen previa, básica, sin contraste, que incluye los riñones y la pelvis por debajo de la sínfisis del pubis. Nos informa de la calidad técnica de la exploración, si el paciente está en la posición correcta y si la exposición técnica es correcta, y valora si el paciente ha recibido la preparación intestinal correcta. Son importantes para la detección de urolitiasis radiopacas antes de la administración de medios de contraste, ya que al tener la misma densidad no se notarían después de la inyección. Administración de medio de contraste y radiografía seriada tras la administración intravenosa de medio de contraste yodado. La dosis habitual de agente de contraste es de 1 ml/kg de peso corporal en una concentración del 60-70%. a) Fase de nefrografía: entre el primer y el tercer minuto tras la administración de contraste. Proporciona información sobre los riñones: ubicación, tamaño y forma. Los cambios en el contorno del riñón pueden indicar la presencia de un nódulo o cicatriz. b) Fase de pielografía: 5-15 minutos después de la administración del medio de contraste. Estudiar la morfología de la excreción de medios de contraste, vías urinarias y vejiga urinaria. Se pueden identificar: defectos de llenado en las vías de salida causados por cálculos, tumores, coágulos de sangre; diferencias en el aclaramiento de contraste entre riñones debido a uropatía obstructiva; anomalías anatómicas congénitas del sistema excretor y de la vejiga; Un defecto de llenado o cambios en su contorno pueden identificar una masa quística. Si se sospecha un posible defecto de llenado ureteral, se puede realizar un aumento posproyección en posición supina. c) Fase posmiccional: se examina la vejiga antes y después de la micción para evaluar si el medio de contraste se ha eliminado por completo, lo cual es normal, o si queda medio de contraste en la vejiga, lo que puede indicar una enfermedad funcional o estructural. Si es necesario extender el examen, se pueden tomar algunas radiografías adicionales:

- Panel mínimamente invasivo: para la evaluación de la orina residual, que se puede agregar fácilmente a la urografía, especialmente en hombres de edad avanzada. Esto se hace si se sospecha una obstrucción en el área de salida.
- De pie: en todos los casos de uropatía obstructiva, nefroptosis y ptosis vesical.
- Exposición retardada: Es una radiografía tardía y es fundamental para el diagnóstico de uropatía obstructiva.
- Posición supina: la pelvis renal, la unión ureteropélvica y la parte inferior del cáliz renal están en una posición más baja para que el efecto de llenado del medio de contraste sea mejor. La visualización adicional de estas regiones es útil cuando las predicciones convencionales no son satisfactorias.
- Maniobra de Valsalva:

valoración de la ptosis renal.

- Compresión suprapúbica: mejor visualización de la copa.
- Slans y tomografía: diagnóstico diferencial del sitio de calcificación.

Una vez realizada la prueba, el paciente podrá hacer vida normal con una alimentación normal. Se recomienda beber mucho líquido durante el día para facilitar la excreción urinaria del medio de contraste.

Una vez obtenidas todas las imágenes, serán procesadas, revisadas por un radiólogo y se redactará un informe para ser enviado al médico que solicitó el examen. En cuanto a la patología, los hallazgos más importantes que podemos encontrar son:

- Cálculos
- Hidronefrosis
- Neoplasias del tracto urinario
- Anomalías congénitas (riñón en herradura, ptosis/ectópica, sistema doble incompleto/completo)
- Misceláneas (dilatación tubular, necrosis papilar, distorsión anatómica de estructuras adyacentes)

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad se está tendiendo a estudiar las patologías del aparato urinario utilizando medios más novedosos como son la ecografía, el TAC y la RMN, debido a la cantidad de radiación que utiliza es más baja o nula. Un ejemplo, en el caso de la detección de litiasis, siendo fieles a los números, la sensibilidad de la UIV es del 80% y la especificidad del 90%, frente al 100% de sensibilidad y especificidad del TAC. Aunque a día de hoy la urografía intravenosa convencional no es la primera prueba de elección para el estudio del aparato urinario y de sus patologías, no olvidemos las virtudes de dicha prueba, la UIV tiene muchas utilidades, es una prueba completa y no muy compleja, a la par que barata. Teniendo en cuenta todo lo anterior y que no siempre están disponibles los nuevos avances y nuevos métodos, no debemos considerar que la UIV esté en desuso.

6 Bibliografía

1. M. Soledad Carmona Rodríguez. Cristina Cortes León. Carmen de la Rosa Ruiz. M Pilar Fernández Peñarrubia. Lorenzo Galán Camino. Javier García Laborda. Rocío González Costero. Óscar Gutiérrez Salcedo. Ana Piazza Dobarganes. María

- del Prado Reyero Lafuente. Juan Antonio Tejedor García. María del Carmen Vega Carrasco. Técnicas de Radiología especial. ARAN.
2. Adilson Prando. Ronaldo Hueb Baroni. Radiología y Diagnóstico por Imágenes. Sistema Urogenital. Amolca.
 3. Broseta, E. Budía, A. Burgués, J. Luján, S. Urología práctica. 5ª edición. Noviembre 2020. Elsevier.
 4. Eugene D. Frank. Bruce W. Long. Barbara J. Smith. MERRILL . Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Philip W. Ballinger. Salvat Medicina .
 5. Edward C. Weber. Joel A. Vilensky. Stephen W. Carmichael. Kenneth S. Lee. Netter. Anatomía Radiológica esencial. Elsevier.
 6. Radiación. Protección radiológica. <https://www.foronuclear.org/descubre-la-energia-nuclear/preguntas-yrespuestas/sobre-proteccion-radiologica-y-radiacion/que-sabes-de-laradiacion/>
(24/4/2021) –
 7. Desarrollo_del_Aparato_Urinario/links/57585a6308ae414b8e3f59de/Desarrollo-del-Aparato-Urinario.pdf (24/4/2021) - Microsoft Word
 8. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UIV (revisado 2018).doc(chospab.es) (24/4/2021) - <https://www.piper.seram.es/index.php/seram/article/view/2655/1297>
(26/4/2021) - <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491710264.pdf>
(26/4/2021)
 9. Urografía intravenosa | Aula de Pacientes (saludcastillayleon.es) (28/4/2021) 43 - https://rinconeducativo.org/contenidoextra/radiacio/2radiaciones_ionizantes_y_no_ionizantes.html (28/4/2021) - EPOS™ (myesr.org) (29/4/2021)
 10. Urografía intravenosa | Aula de Pacientes (saludcastillayleon.es) (29/4/2021) - Urografía (radiologyinfo.org) (30/4/2021) - SANITAT_1Luis_2007.FH11 (gva.es) (30/4/2021)
 11. ¿Qué es una urografía intravenosa? | Redacción Médica (redaccionmedica.com) (30/4/2021) - <https://www.radiologyinfo.org/es/info/urography> (1/5/2021) - https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Rosas5/publication/3038565
 12. Desarrollo_del_Aparato_Urinario/links/57585a6308ae414b8e3f59de/Desarrollo-del-Aparato-Urinario.pdf (1/5/2021) - <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607> (1/5/2021) - <https://www.piper.seram.es/index.php/seram/article/view/2655/1297>
(1/5/2021)

Capítulo 390

GEN MLL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA AGUDA

FADWA DAKI BOUJNANE

CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS

SUSANA MELLADO VALERO

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

PILAR COBO MORA

1 Introducción

Las leucemias agudas son proliferaciones neoplásicas de células hematopoyéticas inmaduras cuya acumulación progresiva se acompaña de una disminución de leucocitos, hematíes y plaquetas.

Según la línea celular proliferante, se diferencian dos grupos de leucemias agudas: La mieloblástica pertenece a la línea mieloide de la cual, en condiciones normales, derivan glóbulos rojos, neutrófilos, monocitos, eosinófilos, basófilos y plaquetas y por otro lado, se distingue la linfoblástica perteneciente a la línea linfoide de la que derivan los linfocitos.

La leucemia aguda constituye la variedad de cáncer más frecuente en pacientes pediátricos.

Dentro de la categoría genérica de leucemias agudas, hay múltiples subpoblaciones de pacientes con diferentes pronósticos y diferentes requerimientos de tratamientos. Varios hallazgos clínicos y de laboratorio en el momento del diagnóstico se han correlacionado con el pronóstico. Ellos incluyen conteos de leucocitos y la infiltración de órganos, especialmente el bazo, hígado, timo y ganglios linfáticos.

Tras realizarse un estudio se observa en aquellos pacientes menores de 1 año anormalidades que afectan al gen MLL localizado en 11q23 este codifica 90 aminoácidos y se encuentra altamente expresado en el timo, pero no en los tejidos linfoides periféricos.

En la actualidad, se conocen más de 70 traslocaciones diferentes que afectan al gen MLL, los más frecuentes son t(4;11)(q21;q23), t(9;11)(p22;q23) y t(11;19)(q23,p13).

Uno de los puntos de quiebre cromosómico más frecuentes en las leucemias humanas se ubica en el cromosoma 11 banda q23, donde reside el gen de Linaje Leucémico Mixto o MLL.

2 Objetivos

Analizar la incidencia y relevancia pronóstica del gen MLL en pacientes pediátricos con leucemia aguda en fase inicial o recaída, mediante el estudio molecular empleando la técnica de Southern blot.

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 de Scielo, escogiendo artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Para ello, se realizó un estudio de 29 niños cuyas edades oscilan entre 2 meses y 14 años, diagnosticados previamente con leucemia aguda de los cuales 18 tienen leucemia linfocítica aguda, 7 con leucemia mielógena aguda, 2 leucemia aguda híbrida y 2 leucemia aguda indiferenciadas. Los pacientes se encuentran al inicio o recaída de la enfermedad.

El estudio molecular se realizó empleando la técnica de Southern blot para detectar el reordenamiento de MLL, se utilizó la sonda FA4, consistente en un inserto

genómico de 480 pb situado entre los exones 8 y 9 del gen MLL. También se utilizaron las enzimas de restricción Hind III, Bam HI y Eco RI.

El ADN empleado se obtuvo a partir de leucocitos de aspirados de médula ósea o de sangre periférica.

4 Resultados

Mediante análisis por Southern blot observamos 10,3 % de los pacientes presentan un reordenamiento del gen MLL con al menos 2 enzimas de restricción diferente., por lo cual, se descarta la posibilidad de un polimorfismo en la longitud de aquellos fragmentos de restricción (RFLP).

El 89,7% restante mostraron únicamente bandas normales al contrario que el 10,3% anterior mostraron bandas anormales y normales.

El 10,3% de pacientes con reordenamiento de MLL tenían una leucemia mieloide aguda (LMA) monocítica (subtipo M5 de la clasificación FAB). De estos 3 pacientes menores de 1 año, 2 tuvieron conteos de leucocitos mayores de $100 \times 10^9/L$ y todos mostraron visceromegalia. El resultado fue una muerte súbita en un caso y fallo multiorgánico en los restantes.

Aquellos menores de 6 meses presentan altos conteos leucocitarios y translocaciones que afectan la región 11q23 e inmunofenotipo CD10-, son predictores de un resultado particularmente pobre.

La aplicación de las técnicas moleculares como Southern blot, RT-PCR y FISH en pacientes con leucemia aguda ha revelado que el 85 % de las leucemias linfocíticas agudas y el 70 % de las leucemias mieloide aguda en niños menores de 24 meses, presentan las mismas anormalidades del gen MLL que las encontradas en la leucemia mieloide aguda secundaria a las drogas quimioterápicas inhibidoras de la ADN topoisomerasa II. La alta frecuencia de reordenamientos del gen MLL en los lactantes con leucemia aguda y su hallazgo en casos de gemelos monocigóticos.

Recientemente se demostró la oncogénesis fetal intrauterina al reportarse un caso de muerte fetal a las 36 semanas de gestación debido a una LMA ampliamente diseminada del subtipo FAB M5, con translocación del gen MLL.¹⁵ De este modo, la exposición fetal transplacentaria a carcinógenos sería probablemente un factor causal de las LA en niños menores de 1 año.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, se puede observar una relación entre los resultados moleculares y los resultados clínicos del 10,3% de los pacientes pediátricos estudiados, confirmando el reordenamiento del gen MLL en aquellos pacientes con leucemia de alto riesgo.

La interrupción del gen MLL representa una posible patogénesis de la leucemia aguda en niños menores de 12 meses con una incidencia entre el 75-80%, también se aprecian alteraciones genéticas de los blastos leucémicos.

Aquellos pacientes que presentan un reordenamiento tienen el tipo M5 en sus variantes más y menos diferenciadas. Esto concuerda con lo planteado por otros autores sobre la gran correlación de esta anormalidad genética con los fenotipos morfológicos M4 y M5 de LMA.

6 Bibliografía

Levón Herrera, Raquel, González Otero, Alejandro, Hernández Ramírez, Porfirio, & Martínez Antuña, Gisela. (2001). Reordenamiento del gen MLL en pacientes pediátricos con leucemia aguda. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 17(2), 108-114. Recuperado en 19 de septiembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892001000200004&lng=es&tlng=es.

Bracho F, Claverie X. Gen MLL y leucemia en niños. *Medwave* 2009 Abr;9(4) doi: 10.5867/medwave.2009.04.3855

Capítulo 391

LA DETECCIÓN DE LA ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL MEDIANTE ECO DOPPLER EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ

LAURA AINSA MANJABACAS

1 Introducción

Se define ecografía Doppler al uso ondas de ultrasonido para explorar los órganos, como un método de diagnóstico por imágenes. A diferencia de una ecografía común, que usa las ondas de sonido para crear imágenes sin mostrar ningún tipo de flujo, esta se trata de una prueba no invasiva, que permite visualizar estado de los vasos sanguíneos de cualquier zona del cuerpo de forma rápida y directa mediante ondas sonoras de alta frecuencia.

El estudio Doppler de los riñones permite valorar las arterias que nutren los riñones. Se realiza desde la pared anterior del abdomen. Las imágenes permiten visualizar las arterias y medir la velocidad de flujo de sangre de la aorta y las arterias renales.

De este modo el personal de radiodiagnóstico puede garantizar la adecuada irrigación de sangre a los riñones, valorar un posible estrechamiento de arterias, causante de hipertensión arterial, o comprobar su correcto funcionamiento. También descartar cualquier anomalía o lesión renal aguda.

Esta prueba es una de las más comunes para diagnosticar la estenosis en paciente con hipertensión arterial, debido a que existe una relación muy directa entre esta afección y las alteraciones estructurales y funcionales renales, pero también son útiles entre pacientes trasplantados o como herramienta para el seguimiento y marcador pronóstico de enfermedad renal progresiva entre otros.

2 Objetivos

- Dar a conocer la relación entre la ecografía Doppler y la estenosis de arteria renal en pacientes hipertensos.
- Explicar en qué consiste y cual la preparación del paciente en este tipo de pruebas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

A diferencia de las ecografías comunes que también usan ondas de sonido para crear imágenes de estructuras internas del cuerpo, las ecografías Doppler pueden mostrar la sangre en circulación lo que la hace muy útil midiendo ondas sonoras que se reflejan en objetos en movimiento, como los glóbulos rojos.

Se define estenosis de la arteria renal a la existencia de una estrechamiento u obstrucción de la arteria que suministra sangre a los riñones. Una de las causas más comunes de estenosis de la arteria renal es el bloqueo en las arterias debido al colesterol alto.

Los pacientes con hipertensión arterial son los que comúnmente sufren de este tipo de afecciones. Para diagnosticarlo la prueba más utilizada es la ecografía Doppler, que nos permitirá ver el grado de estrechamiento de dichas arterias.

La preparación del paciente para este tipo de pruebas consiste en realizar un ayuno completo de 6 horas. En caso de pacientes diabéticos, en especial los que

dependen de la insulina deberán consultar la posibilidad de suspender la dosis hasta que puedan ingerir alimentos.

Para esta prueba situamos al paciente acostado boca arriba, se aplicará gel en la zona a estudiar para ayudar a que el transductor haga mejor contacto con la piel. Este último se presionará con firmeza en las zonas de interés. Por lo general la este tipo de pruebas tiene una duración de 30 a 45 minutos.

La técnica Doppler para el diagnóstico de estenosis de la arteria renal puede llevarse a cabo a través de dos procedimientos:

- Mediante la visualización de un cambio de la forma de onda en una posición distal al estrechamiento.
- Evaluación del aumento de la velocidad a nivel del estrechamiento.

Aunque aún no existe un acuerdo sobre cuál de los procedimientos es más eficaz, varios profesionales de la salud coinciden que podría ser una combinación de ambos métodos.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía Doppler proporciona una notable vía de ampliación de nuestros conocimientos. Además, esta prueba no causa ningún tipo de dolor o incomodidad, no obstante, los pacientes van a ser capaces de escuchar el sonido de la sangre pasando por sus arterias, experimentando un sonido silbante.

Es fundamental recalcar la importancia de recobrar protagonismo en este tipo de técnicas, sobre todo como prueba diagnóstica esencial para los pacientes renales. Se considera primordial que, así como el personal del servicio de radio diagnóstico sabe interpretar un sedimento renal o una biopsia renal, se debe saber interpretar otras pruebas diagnósticas como la Eco doppler.

Concretamente esta prueba, debe rescatarse por su sencillez de aprendizaje, rentabilidad diagnóstica y bajo costes.

6 Bibliografía

1. Rivera Gorrin M, Quereda Rodríguez-Navarro C. La ecografía realizada por el nefrólogo: nuestra experiencia. Nefrol (Engl Ed) [Internet]. 2009 [citado 17 de agosto de 2022];2(1):9-16. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/en-la-ecografia-realizada-por-el-articulo-X1888970009000363>
2. Ecografía Doppler Renal [Internet]. SOCHRADI. [citado 17 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sochradi.cl/glosario-de-terminos/radiologia-intervencional-vascular/ecografia-doppler-renal/>

3. Ecosonograma Doppler de arterias renales [Internet]. Arterias y Venas. [citado 17 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://arteriasyvenas.com/estudios/doppler-renal/>
4. Org.ar. [citado 17 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.076.pdf>
5. Orfila Timoner J, Palacín Pahí C, Bernácer García L. Hipertensión renovascular. Med Clin (Barc) [Internet]. 2003 [citado 17 de agosto de 2022];121(1):40-40. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000204.htm>
6. Ecografía doppler: qué es, síntomas y tratamiento [Internet]. Top Doctors. [citado 17 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/ecografia-doppler>

Capítulo 392

EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. PROYECCIONES Y CRITERIOS DE CALIDAD

CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ

LAURA AINSA MANJABACAS

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

1 Introducción

El esqueleto axial está formado por el cráneo, la columna vertebral y la pelvis. Es la principal estructura de soporte del cuerpo, por ello está sometido a numerosas fuerzas. La columna vertebral está compuesta por diferentes regiones; cervical, dorsal, lumbar y sacra.

La columna cervical está constituida por 7 vertebras donde podemos diferenciar las dos primeras llamadas atlas (C1) que sostiene la cabeza y el axis (C2) que tiene una masa parecida a un diente hacia arriba llamada apófisis odontoides con la que conecta con el atlas.

Por otro lado tenemos la columna dorsal o también llamada torácica. Formada por 12 vertebras que aumentan de tamaño de arriba hacia abajo. La caja torácica está unida a las vértebras mediante las costillas, pero en T11 y T12 las costillas no están fijadas y reciben el nombre de costillas flotantes.

La columna lumbar está constituida por 5 vértebras las cuales cargan la mayor parte de peso del cuerpo. Los agujeros vertebrales son relativamente grandes pero la compresión de la raíz nerviosa es más habitual en esta zona.

La región sacra está formada por 5 vértebras fusionadas que no tienen movilidad. Esta región se encuentra dentro de la pelvis, de hecho las tres primeras vértebras se articulan con el ilion, que es el hueso más grande de la pelvis. Un poco más abajo podemos encontrar el coxis formado por 4 vértebras fusionadas en un solo hueso.

2 Objetivos

Exponer las diferentes radiografías realizadas en el servicio de radiodiagnostico para ver las posibles lesiones en columna vertebral dependiendo de la zona y la estructura a explorar.

Explicar amañera en la que se deben realizar dichas pruebas para tener una imagen clara y precisa de cada una de las partes de la columna cervical.

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

Dependiendo de la zona que se quiera radiografiar se deben hacer unas proyecciones u otras. Con cada una de ellas se pueden observar diferentes partes de la anatomía de la columna vertebral. A continuación se mostrarán algunos de los posicionamientos y lo que se consigue ver.

En la zona de la columna cervical se pueden encontrar los siguientes posicionamientos:

AP DE CULOMNA CERVICAL. El paciente puede estar decúbito supino o en bipedestación, dependiendo de las necesidades de este. debe elevar la barbilla

hasta que la línea de los incisivos superiores con el occipital sea perpendicular al bucky. El técnico debe angular el rayo 15/20 grados cefálicos. En esta radiografía veremos desde C3 a D2, los espacios de los discos intervertebrales deben verse abiertos.

AP OTTONELLO. El paciente se encuentra en la misma posición que en la ap de cervicales. La diferencia en esta proyección es que el paciente debe de hacer el movimiento de masticación mientras se produce el disparo, lo que permitirá ver C1 y C2 libre de superposición de las ramas mandibulares.

AP DE ARCOS VERTEBRALES. El paciente debe de tener el cuello hiperextendido al máximo. El técnico debe angular el rayo 25 grados caudales dirigido al cartílago tiroides. En esta imagen se quieren ver los elementos posteriores de las vértebras cervicales, apófisis articulares, láminas y apófisis espinosas.

AP AXIAL OBLICUA. Paciente en AP rota 45 grados para colocarse oblicuo al rayo, el técnico angla el rayo 35 grados caudales, dirigiéndolo al cartílago tiroideo. En esta imagen se visualizan las partes posteriores de las vértebras, carillas articulares y láminas.

LATERAL-MÉTODO DE GRANDY. Paciente en lateral, el plano medio sagital debe ser paralelo al receptor de imagen y sus hombros deben estar relajados para poder ver C7. El paciente debe elevar el mentón para evitar que los arcos mandibulares se vean dentro de las vértebras. En esta imagen veremos la base del occipital, bordes óseos del paladar, de C1 a C7, las vértebras cervicales totalmente laterales además de la faringe y la tráquea.

LATERALES FUNCIONALES O DINÁMICAS. Estas imágenes suelen complementar el estudio de AP y lateral. El paciente debe estar en lateral y en una de las imágenes debe estar en flexión (pegando la barbilla al pecho) y en la otra debe estar en extensión (levantado la barbilla y extendiendo el cuello hacia atrás). En estas imágenes se podrá ver bien los discos intervertebrales y articulaciones interapofisarias.

OBLICUAS AP Y PA. El paciente parte de la posición de AP o PA y se rota 45 grados hacia la izquierda o hacia la derecha. El técnico debe angular el rayo 15 grados craneal para PA y caudal para AP dirigiéndolo hacia C4. En la PA veremos los agujeros de conjunción más alejados del receptor de imagen en OPD veremos los agujeros izquierdos y en OPI veremos los agujeros derechos. En la posición AP se verán los agujero de conjunción más cercanos a la placa así en OAD veremos los agujeros de conjunción derechos y en OAI veremos los izquierdos.

En la zona de la columna dorsal o torácica podemos encontrar las siguientes proyecciones.

AP DE COLUMNA DORSAL. Se coloca el paciente en decúbito supino o en bi-

pedestación en AP, sin almohada para conseguir que la columna esté lo más recta posible. El técnico debe colocar el rayo perpendicular a D7 y disparar al final de la espiración. Con esta imagen podremos ver parte de las articulaciones costovertebrales, la cabeza costal se articula con el disco y muestra dos facetas cortadas con las vértebras supra y subyacentes.; también podremos ver bandas laterovertebrales, que se ven así por el tejido blando sobre el pulmón.

LATERAL DE COLUMNA DORSAL. El paciente se colocará en lateral izquierdo ya que así se disminuye la superposición del corazón con las vértebras y se debe hacer con una respiración suave para que las costillas salgan borrosas. El técnico debe centrar el rayo a nivel de D5. Se podrán observar los cuerpos vertebrales desde D3 a D12, los agujeros de conjunción y las apófisis espinosas.

OBLICUAS DE COLUMNA DORSAL. Se puede hacer en PA o AP mostrándose en la última las vértebras más cercanas a la placa. El técnico debe colocar el rayo 2.5 cm por debajo de la clavícula más alejada (AP) y de la más cercana (PA). Esta radiografía sirve para ver alteraciones costovertebrales.

En la zona de la columna lumbar podemos encontrar las siguientes proyecciones:

AP DE COLUMNA LUMBAR. El paciente debe estar en decúbito supino flexionando las rodillas para pegar más la espalda al receptor de imagen. El técnico debe colocar el rayo perpendicular a los rebordes costales inferiores. En esta imagen se deben observar las últimas vértebras dorsales, las 5 lumbares y el sacro, con todos los espacios intervertebrales, además las apófisis espinosas se deben localizar en la línea media y el cuerpo vertebral como un rectángulo resaltando su borde superior e inferior.

LATERAL DE COLUMNA LUMBAR. El paciente debe estar en lateral, preferiblemente pegando el lado izquierdo, dobla las rodillas y sube los brazos a la cabeza. El técnico colocará el rayo 4 cm por encima de las crestas y si tiene las caderas muy anchas de angula 5/8 grados caudales. Así se podrá observar las lumbares en su posición más lateral con los agujeros de conjunción, pero el quinto no se suele apreciar bien.

OBLICUAS POSTERIOR DE COLUMNA LUMBAR. El paciente en decúbito supino gira 45 grados hacia la derecha (OPD) o hacia la izquierda (OPI). El técnico debe colocar el rayo perpendicular al reborde costal más alejado. Con la angulación de 45 veremos la apófisis articular en la región lumbar, si queremos ver la zona lumbosacra se angula 30 grados y centraremos en las espinas ilíacas. Normalmente se usa para ver las articulaciones interapofisarias. Como el paciente se encuentra en oblicua posterior la imagen nos mostrará la articulación más pegada al receptor viéndose en OPD la derecha y en OPI la izquierda.

OBLICUAS ANTERIORES DE COLUMNA LUMBAR. El posicionamiento es igual

que la anterior proyección pero en este caso partimos de del paciente en decúbito prono y este levanta un lado u otro. En la OAD vemos articulaciones interapofisarias izquierdas y la OAI vemos las derechas.

DINAMICAS DE COLUMNA LUMBAR. Estas imágenes se utilizan para valorar la estabilidad de la columna lumbar y los discos. Se pueden hacer en AP con flexiones laterales o en lateral con flexión y extensión.

AP con flexiones laterales el paciente se encuentra en bipedestación con la espalda pegada al receptor de imagen y se inclina con el cuerpo hacia la derecha y posteriormente hacia la izquierda para así poder comparar ambos lados.

En lateral flexión-extensión. En bipedestación de lado el técnico indicará al paciente que extienda la espalda hacia atrás todo lo que pueda y después que flexiones hacia delante. El rayo se colocará perpendicular a las crestas iliacas.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto, estos son entre otros algunos de los estudios radiográficos que se pueden obtener para el estudio de la columna vertebral. Además existen estudios radiográficos de columna completa, también llamadas telerradiografías donde se puede ver toda la columna vertebral y su alineación. Se suelen solicitar en AP y el lateral, sobre todo en niños para el estudio de sus curvaturas.

También es muy común la realización de resonancias magnéticas para el estudio de la columna, pero estas son más costosas y su realización es más complicada. Por ello los estudios que se eligen como primera opción son las radiografías. En función de los resultados de estas se valorará solicitar más pruebas y de qué tipo.

6 Bibliografía

- 1.Sintesis.com. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788490773901.pdf>
2. D T [Internet]. Docenciatraumatologia.uc.cl. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.docenciatraumatologia.uc.cl/radiografia-columna-vertebral/>
- 3.Radiological Society of North America (RSNA), American College of Radiology (ACR). TC de la columna [Internet]. Radiologyinfo.org. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/spinect>

Capítulo 393

PRIMEROS AUXILIOS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: ACTUAR CON RAPIDEZ ANTE UNA EMERGENCIA: LA AUTOPROTECCIÓN

DANIEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

En cualquier situación de urgencia o emergencia es necesario mantener una actitud serena y actuar según un protocolo que es la pauta de actuación ante emergencias: la conducta PAS, acrónimo de las acciones proteger, avisar y socorrer.

- Proteger:

Asegurarnos de que el lugar del accidente no sea peligroso. No debemos prestar asistencia hasta que el lugar sea seguro y no esté amenazada nuestra integridad ni la de la víctima.

Prestar socorro al accidentado no es el primer paso de las tareas de primeros auxilios, sino que, en realidad, constituye la tercera fase en la secuencia de actuación. En primer lugar, hay que garantizar que el entorno en el que se va a actuar sea seguro para el auxiliador, para la persona que se va a socorrer y para terceros; por eso, tomaremos medidas de autoprotección y de protección de la víctima, de terceros y del entorno.

Seguidamente, hay que avisar a los servicios de emergencia.

Es necesario realizar todo ello actuando con seguridad y mostrando confianza en uno mismo. Esta actitud es consecuencia de las aptitudes propias de cada persona, de lo asimilado del entorno cultural y que depende del propio carácter. La implantación de este protocolo ha mejorado notablemente las probabilidades de supervivencia de las víctimas, con las mínimas secuelas.

2 Objetivos

Conocer los principales protocolos de actuación y la necesidad de AUTOPROTECCIÓN ante una emergencia, evitando al máximo los posibles riesgos.

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

Cabe recordar que los pasos de actuación en situaciones de primeros auxilios son las de garantizarnos de que el entorno en el que se va a actuar sea seguro, tomar medidas de autoprotección, protección de la víctima y del entorno y avisar a los servicios de emergencias.

Entre las medidas de autoprotección, estas son las adecuadas para prevenir infecciones:

- Lavarse las manos y ponerse guantes (o medios de fortuna si no tenemos guantes) antes de atender a una víctima.
- No respirar, toser o estornudar encima de heridas abiertas.
- Vigilar la presencia de cristales, agujas u otros objetos cortantes cerca de la víctima que puedan producir cortes o pinchazos.
- Protegerse la boca si se hace reanimación cardiorrespiratoria (boca a boca) con una mascarilla desechable o bien realizar, en caso de sospecha, únicamente el masaje cardíaco.

En cuanto a la autoprotección, protección de la víctima y del entorno:

- En un desmayo en plena calle, debemos señalizar el lugar para evitar atropellos o trasladar a la víctima a un lugar seguro cercano.
- En accidentes de tráfico, incendios, derrumbes y sucesos de este tipo, son los servicios de emergencias los que señalizarán convenientemente la zona para garantizar la protección del entorno.
- Se aconseja alejar la fuente del peligro antes que mover a la víctima o accidentado. Debemos procurar que el lugar de la emergencia sea lo más seguro posible (señalizar, retirar peligros, iluminar bien la zona, etc.).
- En una fuga de gas, es preferible cortar gas antes que encender fuego y no fumar cerca.
- En un accidente de coche, es mejor quitar el contacto, aparcar bien y señalizarlo.
- En un accidente eléctrico, se debe desconectar la corriente antes de tocar al accidentado.
- En quemaduras por un agente químico o por exposición a agentes tóxicos, insecticidas, plaguicidas, etc., el auxiliador debe evitar exponerse al producto y retirar los restos que queden sobre la víctima, lavándola y retirando la ropa manchada.
- En una agresión por arma blanca, debemos asegurarnos de que el agresor ya no está en el escenario del incidente o avisar a las fuerzas y cuerpos de seguridad para que lo anulen.

5 Discusión-Conclusión

Antes de proceder al rescate o auxiliar a una víctima es necesario que tengamos en cuenta la nuestra protección, la protección del entorno y la de la propia víctima, con la finalidad de evitar riesgos para cualquier persona presente en el lugar.

Lo siguiente es avisar a los servicios de urgencias y emergencias, indicando todos los datos necesarios para que puedan acudir a la mayor brevedad posible y con los recursos necesarios para una atención a la víctima adecuada para garantizar su estado de salud.

Por ello es muy importante la formación tanto del profesional sanitario como no sanitario y de toda la población en general.

6 Bibliografía

1- <https://www.aprendemergencias.es>

> ...

Conducta PAS - AprendEmergencias

2- <https://www.saludcastillayleon.es>

› 9...

9.2. Activación del sistema de emergencia | Ciudadanos - Sacyl

3- <https://www.race.es>

› primeros-auxil...

¿cómo dar los primeros auxilios? - Conducta PAS - RACE

4- <https://emergency.cdc.gov>

› ...

Preparación y respuesta ante emergencias | CDC

Capítulo 394

TÉCNICAS Y HABILIDADES DE COMUNICACION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

SILVIA CUPIDO ESCALONILLA

MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA

MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ

1 Introducción

Los seres humanos por naturaleza somos seres sociales, es decir necesitamos establecer relaciones con otras personas para satisfacer nuestros intereses y deseos. El Terapeuta Ocupacional es un profesional sanitario para el cual la comunicación es una herramienta imprescindible para el establecimiento de una buena relación terapéutica con el paciente, estableciendo así el Terapeuta un vínculo con el paciente o cliente que ayudará a que los pacientes perciban una situación de seguridad y un ambiente de trabajo satisfactorio.

En la comunicación terapéutica se lleva a cabo un intercambio de sentimientos e ideas, y esto es una herramienta que ayuda a favorecer cambios en la conducta del paciente, además influye con éxito en las actividades terapéuticas.

Durante la comunicación entre el terapeuta y el paciente se intenta llegar a una retroalimentación, preservando la autoestima de ambos.

La comunicación puede ser verbal y no verbal.

-La comunicación verbal se lleva a cabo mediante el empleo del lenguaje.

-La comunicación no verbal incluye todos los sentidos además de todos los mensajes que no utilizan el lenguaje hablado o escrito. Forma parte de la comunicación no verbal el lenguaje corporal (kinésica) como la mirada, las expresiones de la cara, las posturas del cuerpo...; los elementos que se emplean en el discurso como el tono, el ritmo, la intensidad...; y la distancia entre las personas que hablan (proxémica), su disposición en el entorno...

2 Objetivos

Los objetivos del Terapeuta Ocupacional durante el proceso de comunicación y escucha activa son:

- Fomentar una relación empática entre Terapeuta y paciente.
- Animar a que el paciente escoja el tema de conversación.
- Compartir percepciones con el paciente.
- Identificar temas de interés.
- Facilitar la expresión de los sentimientos.

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

El Terapeuta Ocupacional debe intentar crear unas condiciones necesarias para que el paciente se desarrolle. Debe intentar establecer una relación con el paciente, emitiendo mensajes (verbales y no verbales), que vayan acompañados de unas acciones.

Es necesario que se establezca una relación terapéutica entre el Terapeuta Ocupacional y el paciente para intentar conseguir que el paciente se implique en el tratamiento.

El Terapeuta Ocupacional debe intentar facilitar el desarrollo por parte del individuo en lo que se refiere a su área ocupacional; proporcionando una serie de herramientas, técnicas, soporte e información al paciente con el fin de que esto

propicie la comunicación entre el Terapeuta y el paciente. El Terapeuta no se debe creer con superioridad con respecto al paciente. Sino que es el paciente el que asume el papel central en este proceso.

El terapeuta debe mostrar empatía con respecto al paciente, no establecer una relación de "amigos" con el paciente.

El Terapeuta debe respetar en todo momento al paciente y promover que este respeto sea también mutuo. Debe respetar las opiniones y los intereses del paciente para que este se considere importante en este proceso y se sienta que su opinión es respetada.

El Terapeuta debe intentar que el paciente tome sus propias decisiones.

Establecer una relación de confianza, que el paciente confíe en el Terapeuta, retransmitiendo al paciente sinceridad y honestidad por parte del Terapeuta.

El Terapeuta lleve a cabo una escucha activa, la cual se divide en tres etapas (según Davis):

- Reafirmación, se lleva a cabo cuando los profesionales repiten las palabras que el paciente ha utilizado en su discurso con el profesional.
- Reflexión, el profesional expresa al paciente el contenido del pensamiento y las sensaciones que se han verbalizado en la comunicación).
- Clarificación, las emociones y los pensamientos del cliente son resumidas y simplificadas por el profesional.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión se debe intentar manejar una serie de habilidades prácticas durante el tratamiento de Terapia Ocupacional para conseguir que el tratamiento tenga éxito, estableciendo una relación de comunicación correcta entre el Terapeuta y el paciente.

Como ya se ha comentado la escucha activa debe ser una de las principales habilidades que debe poseer un Terapeuta Ocupacional, escuchar no solo lo que el paciente expresa directamente, sino que también debe darse cuenta de los pensamientos, ideas y sentimientos del paciente. Debe favorecer una actitud empática; tratar aspectos que son importantes para el paciente, comprender sus sentimientos, ya que si se consigue todo lo anterior el proceso de tratamiento será satisfactorio para ambos.

6 Bibliografía

- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1998). La relación médico paciente y las técnicas de entrevista. Sinopsis de psiquiatría. Panamericana.
- Gutiérrez Sevilla, J. A. (2000). La comunicación terapéutica. Psicovital.
- Polonio, B., Durante, P., Noya, B. (2001) Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Médica Panamericana.

Capítulo 395

SEÑALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ZONAS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

LAURA AINSA MANJABACAS

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

CARMEN ARAGONÉS JIMÉNEZ

1 Introducción

La mayor parte de la radiación recibida por los seres humanos procede de fuentes naturales como radón, isótopos en las comidas y las bebidas, radiaciones en el subsuelo, y también de fuentes artificiales como son las pruebas diagnósticas médicas. Estas pruebas aportan un beneficio a quien se las son realizadas, pero también suponen un riesgo, el cual es mejor poder prevenirlo ejercicio algún tipo de medida.

Antes de hablar de las medidas para la prevención de irradiaciones, es muy importante hablar de qué es la protección. La protección radiológica se define como toda actuación encaminada a evitar los efectos de la radiación.

Las medidas para la irradiación van dirigidas tanto a estudiantes en formación dentro de los sectores sanitarios, las personas que forman parte del personal laboralmente expuesto, como a los miembros del público que puedan tener contacto con las zonas de radiodiagnóstico.

Existen unos principios que se utilizan para obtener una buena radioprotección, y estos son:

1. La optimización: En este principio la dosis en las exposiciones a las radiaciones debe ser lo más baja que se pueda. Trata de que las radiaciones afecten al menor número de personas que sea posible, y que disminuya la probabilidad de que las personas se irradien.
2. La justificación: El principio de justificación trata de que solo se lleven a cabo las exposiciones a las radiaciones que produzcan un beneficio mayor al riesgo de la exposición.
3. La limitación: Trata de que los límites de dosis sean reducidos en la medida de lo posible para así lograr una buena protección a la radiación.

2 Objetivos

- Asegurar la protección de los individuos y de su descendencia, así como la comunidad en su conjunto contra los efectos adversos de las radiaciones, sin impedir por ello el uso de las mismas para actividades beneficiosas de la comunidad.
- Clasificar cada una de ellas, según el riesgo marcado en cada zona.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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 dosis equivalente ambiental en una zona, es calculada mediante la dosimetría de área, en zonas de trabajo controladas y vigiladas en las que se encuentran los trabajadores expuestos a las radiaciones.

Esta dosimetría es útil tanto para la medición de las dosis absorbidas por los trabajadores de algunas categorías como para llevar a cabo las clasificaciones de las zonas radiológicas de un servicio, y con ello su señalización. La señalización siempre debe estar actualizada.

Para la señalización de las diferentes zonas en un servicio de radiodiagnóstico, siempre se utiliza el dibujo de un trébol dentro de un marco de su mismo color, y con la anchura igual a la del círculo interno del trébol.

En estas señalizaciones también se incluye en la parte de abajo el tipo de riesgo que tiene dicha zona, y en la parte de arriba el tipo de zona.

Cuando se realizan los carteles de señalización con los tréboles, es importante que cada uno se diferencie del otro mediante algunas diferencias:

- cuando hay riesgo de contaminación, el trébol incluye en su parte posterior puntos sobre el fondo blanco.
- cuando el riesgo que hay es de irradiación externa, el trébol utilizado acaba en puntas como si fueran pinchos.
- Cuando hay riesgo de sufrir contaminación y también irradiación externa, el trébol contiene las dos cosas, tanto pinchos en sus lados como puntos en el fondo blanco.

Las diferentes zonas en un servicio de radiodiagnóstico son:

La zona controlada con el trébol verde sobre un fondo blanco. En esta zona no es improbable recibir dosis mayores a 3/10 de los límites anuales en cristalino, piel y extremidades, pero sí se pueden recibir dosis efectivas que sean mayores a seis miliSieverts/año. En esta zona los dosímetros utilizados son personales.

La zona de permanencia reglamentada con un trébol naranja sobre un fondo blanco. En esta zona se pueden recibir dosis muy altas en muy poco tiempo.

La zona con límite de permanencia utiliza el símbolo en amarillo sobre un fondo blanco. En esta zona se pueden dar dosis que superan los límites anuales en largos periodos de tiempo.

La zona con vigilancia utiliza un trébol gris azulado sobre un fondo blanco. En esta se pueden recibir dosis que superan las dosis límite anuales establecidas para cristalino, piel o extremidades y las dosis efectivas recibidas sean de entre 1 y 6 milisieverts por año.

Por último, la zona con acceso prohibido utiliza un trébol rojo llamativo sobre un fondo también blanco. El trébol es llamativo, ya que es una zona en la que se pueden superar los límites de dosis anuales en una sola exposición a la radiación.

Las zonas en las que se divide un servicio de un hospital se clasifican, según el artículo 17 RD 783/2001, del 6 de julio, por la persona responsable de los ejercicios con riesgo de irradiación, en función de estos riesgos de exposición susceptibles de ser recibidos por sus trabajadores, pensando en las cantidades de radiación que habrá en cada zona y los riesgos que esto conlleve en cada una.

5 Discusión-Conclusión

El Área de protección radiológica colaborará con las áreas del Servicio de prevención y medio ambiente y sus técnicos trabajarán de forma coordinada, sobre todo

teniendo en cuenta la identificación y la evaluación de los riesgos que conllevan el uso de las radiaciones ionizantes y en la gestión de los residuos.

En las instalaciones radiactivas es muy importante que todos los trabajadores que formen parte de ellas estén cualificados y formados para ello, teniendo cada uno su correspondiente licencia de operador de equipos radiactivos o supervisor, la cual es entregada por el Consejo de Seguridad Nuclear.

Aparte del servicio, es el propio trabajador el encargado de velar por su seguridad y de llevar a cabo sus funciones sin que estas supongan un riesgo para nuestra salud.

6 Bibliografía

1. Alcaraz M. TEMA 9 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA OPERACIONAL [Internet]. Webs.um.es. [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://webs.um.es/mab/miwiki/lib/exe/fetch.php?media=t9.pdf>
2. Cica.es. [citado el 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://thales.cica.es/rd/Recursos/rd99/ed99-0504-01/clasificacion.html>
3. de Enfermería RM y. Clasificación de Zonas en un Servicio de Radiodiagnóstico. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2020 [citado el 6 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://revistamedica.com/clasificacion-zonas-servicio-radiodiagnostico/>

Capítulo 396

EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO SOBRE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y LOS TIPOS DE CONTRASTE

NEREA ALVAREZ PICOS

SILVIA DEL CAMPO ÁLVAREZ

1 Introducción

La tomografía computarizada (en adelante TC) del cuerpo usa una sofisticada tecnología de rayos X que permite ayudar a detectar una gran variedad de condiciones y enfermedades. La exploración por Tomografía Computarizada es indolora, rápida, precisa, indolora y no es invasiva. En algunos casos de emergencia, puede identificar incluso hemorragias y lesiones internas a una gran velocidad que puede hasta salvar las vidas de los y las pacientes. El profesional de técnico de radiodiagnóstico debe de saber cómo funciona y los tipos de contraste que existen (sobre todo el contraste, el tomográfico y el radiológico). Si la paciente está embarazada o cree que está embarazada, debe comentarse al profesional médico y también de cualquier enfermedad que haya tenido recientemente, medicamentos que esté tomando, alergias que tenga y las condiciones médicas. Todo lo anterior, si lo comenta el paciente puede el médico saberlo y así, por ejemplo, si tiene alergia al material del contraste utilizado, su médico puede prescribirle medicamentos que permitan reducir el riesgo de una mala reacción alérgica. A la hora de tomarse el contraste y antes de hacerse una tomografía computarizada no debe

comer ni beber nada. El contraste radiológico y tomográfico tiene diferencias que hay que tener muy en cuenta para que el profesional no se equivoque en su actuación el o la paciente del centro sanitario u hospital.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influye el técnico de radiodiagnóstico sobre la tomografía computarizada y los tipos de contraste. Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el técnico de radiodiagnóstico sobre la tomografía computarizada y los tipos de contraste.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La tomografía computarizada, más conocida como exploración por TAC o TC, es un examen médico de diagnóstico por realización de imágenes. Produce multitud de fotografías o imágenes del interior del cuerpo humano, al igual que los rayos X tradicionales que conocemos. Las imágenes transversales que se generan durante una exploración tomográfica computarizada pueden reformatearse en multitud de planos. Además pueden generarse hasta imágenes tridimensionales. Estas imágenes se pueden ver en un monitor de una computadora, que son imprimidas en una impresora 3D o bien en imágenes del interior del cuerpo humano.

Mediante el uso de un equipo especializado y el conocimiento para poder interpretar y realizar las exploraciones por tomografía computarizada del cuerpo, los técnicos especialistas de radiodiagnóstico pueden diagnosticar propiamente dichas afecciones con mucha más facilidad, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades infecciosas y traumatismos. En cuanto a los tipos de medios de contraste que existen tenemos 2 tipos:

- Los contrastes positivos (son radioopacos, absorben más cantidad de radiación).

- Los contrastes negativos (son radiotransparentes, absorben menos cantidad de radiación).

La tomografía computarizada se utiliza para examinar pacientes que tienen heridas debidas a traumas, como por ejemplo en un accidente de coche. Además se utiliza en pacientes con síntomas muy agudos, tales como dolor abdominal o de pecho, o dificultad para respirar bien. La tomografía computarizada es el mejor método para la detección de cánceres en el abdomen, en el tórax, en la pelvis, en el pulmón, riñón, hígado, páncreas y ovarios. La tomografía computarizada se utiliza comúnmente para explorar la existencia del émbolo pulmonar (un coágulo de sangre alojado en los vasos pulmonares) así como para los aneurismas aórticos del corazón. En los pacientes pediátricos (en los niños), la exploración por tomografía computarizada se utiliza con frecuencia para evaluar: neuroblastoma, linfoma, tumores del riñón, fibrosis quística, complicaciones de la apendicitis aguda y malformaciones congénitas de los riñones, de los vasos sanguíneos y del corazón.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este capítulo de libro podemos decir que el diagnóstico por imágenes por tomografía computarizada es, sin duda, una de las herramientas más precisas y rápidas para examinar el abdomen, el tórax, y la pelvis, ya que provee imágenes transversales muy detalladas de todo tipo de tejido humano existente. Es considerado por todos los profesionales sanitarios el mejor método debido a que la imagen permite al médico confirmar la presencia de un tumor, medir el tamaño de ese tumor, identificar cuál es su ubicación exacta y determinar el alcance que tiene este tumor sobre otros tejidos que estén cercanos. El TAC, como bien se ha visto, es un examen importantísimo para detectar, diagnosticar y tratar enfermedades vasculares que pueden llevar a provocar derrames cerebrales, insuficiencias renales e incluso la muerte.

6 Bibliografía

Noval Fernández, S. (2020, 25 junio). Tipos de contraste radiológico y tomográfico. TER. Ocronos, III(2). <https://revistamedica.com/tipos-contrasteradiologicotomografico-ter/>
Carrasco Muñoz, S., Calles Blanco, C., Marcin, J., Fernández Álvarez, C., & Lafuente Martínez, J.(2014, julio). Contrastes basados en gadolinio utilizados en resonancia magnética. ScienceDirect, 56(1). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833814000988>

Buzzia, A. E., & Suárez, M. V. (2013, septiembre).
Tomografía lineal: nacimiento, gloria y ocaso de un método. Elsevier,
77(3). <https://www.elsevier.es/esrevistarevista-argentina-radiologia--articulo-tomografia-lineal-nacimientogloriaocaso-X0048761913242514>
Mayoclinic. (2020, 28 febrero). Tomografía computarizada. www.mayoclinic.org.

Capítulo 397

TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

ALBA GRUESO PEREZ

GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN

FÁTIMA MORO PULIDO

1 Introducción

El órgano más importante del sistema nervioso central es el cerebro. El SN se encuentra compuesto por encéfalo, cerebro y la medula espinal y su principal función es controlar las funciones motoras y cognitivas del cuerpo humano.

El cerebro contiene millones de células que conectadas entre sí forman una compleja red de comunicación. Las principales son las neuronas que junto con las células de glía proporcionan sustento y apoyo a las neuronas. Estas últimas, las células de glía, forman la barrera sanguínea cerebral entre los vasos sanguíneos y la sustancia del cerebro.

Se entiende por accidente cerebrovascular la pérdida de las funciones cerebrales causada por una alteración vascular. Los accidentes cerebrovasculares los podemos clasificar en dos grandes grupos:

Accidente cerebrovascular isquémico: causado por un coágulo de sangre que bloquea un vaso sanguíneo. Es el tipo de accidente cerebrovascular más común. También es el llamado infarto cerebral.

Accidente cerebrovascular hemorrágico: es causado por un vaso sanguíneo que se rompe y sangra.

En la actualidad los accidentes cerebrovasculares son unas de las principales causas de muerte a nivel mundial, por lo que un rápido diagnóstico y tratamiento son clave para el desarrollo de estos. La discapacidad que provoca este tipo de patologías es mayor que las muertes provocadas.

2 Objetivos

Exponer las principales diferencias entre accidente cerebrovascular isquémico y accidente cerebrovascular hemorrágico.

Explicar las principales técnicas de imagen para el diagnóstico de los accidentes cerebrovasculares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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 accidente cerebrovascular ocurre cuando se detiene el flujo sanguíneo a una parte del cerebro. Al no recibir el aporte de oxígeno necesario las células empiezan a morir lo que puede provocar daños severos, discapacidad o incluso la muerte.

Existen principalmente dos tipos de accidente cerebrovascular, entre los que encontramos:

Accidente cerebrovascular isquémico: es el más común, también llamado infarto cerebral, es el que es causado por un coágulo de sangre que se desprende y bloquea un vaso sanguíneo.

Accidente cerebrovascular hemorrágico: es el causado cuando un vaso sanguíneo se rompe y sangra.

Hay diferentes factores de riesgo que aumentan las probabilidades de sufrir un ACV como bien pueden ser:

- Tensión alta, es uno de los principales factores de riesgo.
- Diabetes.
- Enfermedades cardíacas.
- Si la persona es fumadora o no.

Los síntomas más frecuentes que presentan las personas que están sufriendo un ACV son: entumecimiento o debilidad junto con parestesias de cara, brazos y piernas, dificultad para hablar, caminar o mareos entre otros.

El principal diagnóstico que se lleva a cabo es una exploración neurológica utilizando una escala para medir los déficits neurológicos del paciente, así como las pruebas de imagen que juegan un papel fundamental en el diagnóstico. Algunas de las técnicas son:

- TAC: puede mostrar si el paciente ha tenido un accidente cerebrovascular e identificar el tipo: isquémico o hemorrágico.
- RMN: los protocolos y la calidad de imagen frente al TAC nos puede revelar la presencia, ubicación y tamaño de un aneurisma, malformación o venas que puede producir un accidente cerebrovascular hemorrágico.
- Electroencefalograma: proporciona un registro a través de los impulsos generados por el cerebro.
- Angiografía.
- Doppler: estudio de flujo sanguíneo de las carótidas.
- Analítica sanguínea.

Una vez realizadas las pruebas de imagen es importante un tratamiento immedi-

ato para el ACV isquémico como la administración de fármacos para disolver el coagulo. Es de vital importancia la rápida actuación frente a un ACV, lo que es considerado una urgencia médica.

5 Discusión-Conclusión

El accidente cerebrovascular es el resultado entre la sintomatología que presenta cuando se inicia y la sintomatología y daños provocados una vez termina, así como la predisposición genética y los hábitos del paciente.

La mayor parte de las veces la sintomatología acaba de empezar, pero es importante un buen conocimiento de estos para así poder trabajarlos a tiempo, ya que un accidente cerebrovascular isquémico puede terminar presentando sangrado y convertirse en uno hemorrágico. Por ese motivo el personal médico con sus exploraciones neurológicas y las técnicas de imagen juegan un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de los accidentes cerebrovasculares.

6 Bibliografía

1. Mendo PZ. Accidentes cerebrovasculares [Internet]. Monografias.com. 2013 [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos95/accidentes-cerebrovasculares/accidentes-cerebrovasculares>
2. Hathaway LR. Accidente cerebrovascular. Nursing [Internet]. 2006 [citado el 22 de septiembre de 2022];24(10):39. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>
3. Que es un derrame cerebral o accidente cerebrovascular [Internet]. Geosalud.com. [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.geosalud.com/enfermedades-cardiovasculares/accidente-cerebrovascular.htm>
4. Accidente cerebrovascular [Internet]. Mayoclinic.org. 2022 [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113>

Capítulo 398

LA COARTACIÓN DE LA AORTA

GEMA CARLA TUDANCA CAPÓN

FÁTIMA MORO PULIDO

ALBA GRUESO PEREZ

1 Introducción

La coartación aórtica es una enfermedad congénita que ocasiona una interrupción en el flujo sanguíneo de la aorta, de forma parcial o completa. Mediante estudios previos, se demostró que la coartación aórtica es una patología con una considerable mortalidad. Supone una alarma radiológica de vital importancia, sobre la que dar aviso en el momento de visualización de la imagen, debido a la relevancia de las consecuencias que trae consigo dicha patología.

Tiene una incidencia de 1/2500 nacidos vivos. En la niñez no suele dar síntomas, siendo más frecuente su diagnóstico en la edad previa a los 40 años.

Actualmente, con el avance las nuevas tecnologías en imagen para el diagnóstico, es posible una mejor obtención de imagen diagnóstica para la valoración de la patología, su localización, planificación quirúrgica, repercusiones debido a ella y el seguimiento de la evolución.

Ante un paciente neonatal o adulto con sospecha de coartación aórtica, se le realizará diversas pruebas diagnósticas basadas en radiografía, ecocardiografía Doppler, TC y RM.

En el presente capítulo se realizará una breve introducción acerca de la patología y se hablará con mayor detenimiento sobre las pruebas radiografías realizadas para su diagnóstico, indicando la información aportada por cada una de estas pruebas.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de visualización diagnóstica primaria, respecto al técnico de imagen en radiodiagnóstico, sobre patologías de cierta gravedad y actuación inmediata.
- Documentar al profesional encargado de realizar dicho estudio sobre una de las enfermedades más importantes a las que puede enfrentarse en su ámbito laboral.

3 Metodología

Para la presentación del siguiente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación comparativa basada en literatura científica y apoyada en artículos científicos como SCIELO, ELSEVIER, MEDLINE; y una investigación a través de vídeos donde se detallan ciertos puntos a lo largo del capítulo

4 Resultados

La arteria aorta es una de las arterias más importantes del organismo y la encargada de suministrar sangre oxigenada desde el corazón hasta todos los órganos de nuestro cuerpo. Esta arteria está formada por cuatro regiones:

- Arteria ascendente
- Arco aórtico
- Arteria torácica
- Arteria abdominal

Cuando la aorta se estrecha, impidiendo el paso del flujo sanguíneo de forma libre, se conoce como coartación de la aorta.

La coartación aórtica es una de las afecciones cardíacas congénitas más comunes en pacientes neonatos. Se diagnostica con mayor frecuencia en niños o adultos menores de 40 años.

Este estrechamiento de la aorta puede perjudicar cualquier parte de la arteria; sin embargo, suele estar localizada alrededor de un vaso sanguíneo denominado conducto arterial, el cual conecta la arteria pulmonar izquierda a la aorta.

Debido a la coartación aórtica, el ventrículo izquierdo trabaja de forma más forzada para bombear sangre por medio de la aorta estrechada. De modo que, la presión arterial se incrementa en el ventrículo izquierdo, al igual que se engrosa la pared de dicho ventrículo (hipertrofia).

1. Causas

Hoy en día se desconoce cuál es la causa exacta de esta afectación, pero puede relacionarse este defecto con una lesión traumática, arteroesclerosis (endurecimiento grave de las arterias) o arteritis de Takayasu (inflamación de las arterias).

2. Síntomas

Los síntomas varían en función del grado de estrechez de la aorta. La mayoría de los pacientes no padecen sintomatología, por lo que si se trata de una estrechez leve, es posible que no se diagnostique hasta la edad adulta.

En el caso de neonatos con coartación de la aorta grave, la sintomatología a presentar será:

- Dificultad para respirar
- Dificultad para alimentarse
- Sudoración intensa
- Irritabilidad
- Piel pálida

Los síntomas después de la infancia, suelen ser:

- Dolor de pecho
- Dolor de cabeza
- Según donde se encuentre la afectación arterial, presión alta en brazos, y baja en piernas y tobillos.
- Calambres en piernas / pies fríos
- Debilidad muscular
- Sangrado nasal

3. Factores de riesgo

- Sexo: la coartación aórtica es más común en hombres que en mujeres
- Afecciones genéticas, como el síndrome de Turner

La coartación suele ir acompañada de otros defectos cardíacos congénitos como:

- Válvula aórtica bicúspide: la válvula aórtica posee dos cúspides en lugar de tres como es habitual.

- Estenosis subaórtica: el estrechamiento se produce debajo de la válvula aórtica, obstruyendo el flujo de sangre del ventrículo izquierdo a la aorta.
- Conducto arterioso persistente: es un conducto arterial que conecta la arteria pulmonar con la aorta, presente en los bebés antes de su nacimiento y presente de forma posterior a ello. Durante los primeros días de vida, de forma habitual,

este conducto se cierra. En el caso de permanecer abierto, causa un aumento de flujo sanguíneo hacia los pulmones.

- Orificios en el tabique cardíaco: Comunicación interauricular: cuando dichos orificios están presentes entre las cavidades superiores del corazón o Comunicación interventricular: cuando dichos orificios están presentes entre las cavidades inferiores del corazón
- Estenosis mitral congénita: la válvula mitral se estrecha produciendo una reducción de flujo sanguíneo

4. Diagnóstico

El diagnóstico se sugiere en primera estancia con la determinación de la tensión arterial en los cuatro miembros y la palpación de los pulsos femorales. Este primer diagnóstico es respaldado por la radiografía torácica y el ECG, y confirmado gracias a la ecocardiografía con estudio de flujo Doppler, o mediante angiografía por TC o RM en el caso de pacientes mayores.

4.1 Radiografía de tórax

Aunque no nos permite dar un diagnóstico de certeza, si podremos encontrar signos radiológicos que nos deriven a esa sospecha diagnóstica, como muescas costales en la cara inferior de los arcos costales posteriores, comprendidas entre las costillas tres y ocho, producidas por el aumento de flujo colateral y una dilatación pre y post-estenótica produciendo el símbolo “3”.

4.2 Ecocardiograma

El ecocardiograma se considera una prueba diagnóstica muy útil y básica para el diagnóstico y seguimiento de la coartación torácica.

- Ecocardiografía bidimensional: permite determinar imágenes anatómicas sobre la coartación a estudiar, determinar malformaciones cardíacas asociadas a esta alteración y valorar la funcionalidad e hipertrofia del ventrículo izquierdo. En el caso de pacientes pediátricos nos permitirá realizar la medición del diámetro de la región preestenosis y de la región postestenosis de la aorta; pero en el caso de los pacientes adultos, las limitaciones de la ventana ecogénica hace más difícil el valorar la anatomía del arco aórtico, sobre todo en los casos de coartación compleja o postoperada.
- Doppler color: permite valorar el gradiente de flujo transcoartación y valorar la presencia de otras malformaciones asociadas como el conducto arterioso persistente o comunicaciones anómalas entre cavidades.

4.3 Resonancia magnética

A día de hoy, la resonancia se ha convertido en la prueba más frecuente a la hora de realizar el seguimiento a un paciente en periodo postratamiento. Permite obtener la información necesaria para planificar la cirugía reparadora, y

cuantificar el diámetro arterial pre y postcoartación.

4.3.1 Ventajas

- Obtención de imágenes para el estudio anatómico y funcional completo.
- Realización de múltiples exploraciones a lo largo de la vida del paciente al no utilizar radiaciones ionizantes.
- Realización de estudios angiográficos y exploraciones dinámicas de los flujos de la aorta.
- Aportación de datos precisos del grado de hipertrofia y fibrosis miocárdica.

4.3.2 Desventajas

- Elevado coste económico
- Escasa disponibilidad al no disponer de equipamiento y profesionales especializados en su realización e interpretación
- Prueba no apta para pacientes con marcapasos o con implantes metálicos en el interior del cuerpo.

4.3.3 Información recogida

- Anatómica: se obtienen imágenes válidas para la localización de la estenosis y la cuantificación del porcentaje de luz arterial obstruida. Si dicho porcentaje es menor al 10% podría decirse que hay ausencia de estenosis. Si el porcentaje está comprendido entre 50 – 70% podría establecerse como una estenosis de grado moderado, y se hablaría de estenosis severa cuando la obstrucción de la luz arterial superase el 70%.
- Hemodinámica: para la determinación del gradiente transcoartación. El resultado se considera significativo si es >20 mmHg

4.4 Tomografía computerizada

Es la primera elección de imagen para el diagnóstico de la enfermedad en adultos, y una técnica alternativa para aquellos niños en los que resulte poco óptimo obtener imágenes con suficiente resolución para su diagnóstico.

Se emplea para la obtención de imágenes del arco aórtico y de los grandes vasos para su posterior evaluación quirúrgica, y para la detección de complicaciones postratamiento. Actualmente, se considera una prueba casi indispensable en el diagnóstico y en el manejo de la coartación aórtica.

4.4.1 Ventajas

- Evaluación de la vía aérea, parénquima pulmonar y caja torácica al mismo tiempo
- Bajos tiempos de sedación
- Mayor resolución espacial y menor sensibilidad a artefactos metálicos
- Prueba permitida para pacientes con marcapasos o claustrofobia.
- Mejor estudio de las arterias coronarias

- Mayor rapidez de realización de estudio
- Estudio de anomalías primarias del sistema respiratorio
- Análisis de las consecuencias de las alteraciones cardiovasculares en el sistema respiratorio
- Menor coste económico respecto a la RM o a la angio-RM

4.4.2 Desventajas

- Utilización de radiación
- El contraste yodado utilizado en TC presenta con mayor frecuencia efectos adversos

4.4.3 Información recogida

- Diagnóstico anatómico en la coartación nativa: análisis de la zona de coartación y su extensión de forma precisa, descripción de la presencia de la válvula bicúspide y la posibilidad de realizar reconstrucciones tridimensionales de la aorta. El angio-TC permite realizar el estudio de la circulación colateral cuya importancia es relevante para la reparación.
- Valoración de complicaciones de la pared arterial en coartación aórtica reparada: se recoge información de las imágenes obtenidas en el TC útiles para evaluar las complicaciones originadas posteriormente a la colocación de stents para la corrección de la coartación aórtica, como el desarrollo de fracturas o movilización del implante, formación de aneurismas...
- Sospecha de enfermedad coronaria adquirida mediante la obtención de imágenes de las arterias coronarias.
- Sospecha de anomalías congénitas coronarias presentes en aproximadamente el 1% de la población, y asociada en ciertas ocasiones a la coartación de la aorta.

5 Discusión-Conclusión

La coartación de la aorta supone una patología de suma importancia por la que deberemos dar aviso al médico correspondiente del hallazgo radiológico que nos pueda dar sospecha de esta lesión.

La resonancia se emplea para una valoración completa de la aorta, posibles malformaciones asociadas a ella y de la patología vascular de otras regiones. Es útil para valorar la gravedad de la lesión, la planificación del tratamiento y su posterior seguimiento, y la visualización de una posible fibrosis miocárdica u otras alteraciones del ventrículo.

El tac, por otro lado, es útil a la hora de valorar la lesión junto con malformaciones asociadas a ella y patología vascular en otras regiones, al igual que la resonancia, pero, además, es útil para valorar la anatomía de las arterias coronarias y la

existencia de lesiones congénitas o adquiridas, y posibles complicaciones tras la intervención.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la arteria aorta? (s/f). Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de <https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/cartera-servicios/cirugia-cardiaca/principales-patologias/cirugia-aorta/arteria-aorta>
2. Coartación de la aorta. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000191.htm>
3. Coartación aórtica. (2022, junio 25). Mayoclinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coarctation-of-the-aorta/symptoms-causes/syc-20352529>
4. Conducto arterioso persistente (CAP). (s/f). Kidshealth.org. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de [https://kidshealth.org/es/parents/patent-ductus-arteriosus.html#:text=Un%20conducto%20arterioso%20persistente%20\(CAP, los%20primeros%20d%C3%ADas%20de%20vida](https://kidshealth.org/es/parents/patent-ductus-arteriosus.html#:text=Un%20conducto%20arterioso%20persistente%20(CAP, los%20primeros%20d%C3%ADas%20de%20vida)
5. Beerman, L. B. (s/f). Coartación de aorta. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/coartaci%C3%B3n-de-aorta>
6. Puente García, N. M., Fernández Gómez, M. L., & Voces García, D. (2001). Coartación de aorta: diagnóstico de sospecha en la consulta de Atención Primaria. *Medifam*, 11(6), 77–85. <https://doi.org/10.4321/s1131-57682001000600008>
7. Rodríguez, L. L. [UC3MWedlFpyl6n9BrCZF16xw]. (2018, febrero 8). Coartación aórtica hallazgos radiológicos. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=xZXKzdu5gxE>
8. SEIC. (s/f). Cardio-TC en la coartación aórtica compleja. Interrupción del arco aórtico con ventrículo derecho de doble salida. Ecocardio.com. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de <https://ecocardio.com/documentos/retic-web/2579-cardio-tc-en-la-coartacion-aortica-compleja-interrupcion-del-arco-aortico-con-ventriculo-derecho-de-doble-salida.html>
9. Webcir.org. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/diciembre11/argentina/arg_espanol_a.pdf
10. Wals-Rodriguez, A., Rodriguez-Puras, M. J., & Gallego, P. (2020). Técnicas de imagen en la coartación de aorta. *Revista de ecocardiografía práctica y otras técnicas de imagen cardíaca*, 3(1), 7–13.

https://video.grupocto.com/videosEspecialidades/Revista_ecocardiografia/MAR_2020/Pdfs/RETIC_MAR_2020_Vol_3_1_AR_02.pdf

11. Pujadas, S., Subirana, M. T., & Carreras, F. (2001). Diagnóstico de coartación aórtica por resonancia magnética. *Revista española de cardiología*, 54(9), 1110. <https://www.revespcardiol.org/es-diagnostico-coartacion-aortica-por-resonancia-articulo-13017800#:text=El%20estudio%20de%20la%20coartaci%C3%B3n,por%20cateterismo%20card%C3%ADaco%20en%20la>

Capítulo 399

LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLÓGICA

BEATRIZ ESCUDERO TEJERA

JESUS ALARCON SERRANO

SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE

PATRICIA RAMOS MIRANDA

CRISTINA RAMIREZ ALONSO

1 Introducción

La citología es un estudio de células individuales, cuyo propósito es identificar anomalías morfológicas de las células analizadas, resultantes de la exfoliación de la superficie epitelial, fluidos corporales u obtenidas por aspiración con aguja. La citología ginecológica examina las células cervicales exfoliadas y ha sido durante muchos años el principal método de detección del cáncer de cuello uterino, ampliamente reconocido en los programas de control y prevención del cáncer como una prueba para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino. Una prueba de Papanicolaou, también conocida como prueba de Papanicolaou, es una prueba que se realiza durante un examen ginecológico anual. Esta es una prueba que todas las mujeres deben pasar para detectar y prevenir enfermedades. La citología es una prueba que se utiliza para diagnosticar lesiones precancerosas

o cancerosas del cuello uterino e identificar infecciones que pueden ser causadas por bacterias, hongos o virus como el virus del papiloma humano (VPH), una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. La citología es una prueba indolora y muy sencilla que dura 5 minutos y suele formar parte de un examen ginecológico. La citología ginecológica es una de las principales pruebas en la prevención del cáncer de cuello uterino porque permite detectar oportunamente anomalías del cuello uterino, diagnosticando así este tipo de cáncer en estadios tempranos.

2 Objetivos

- Exponer la importancia que tiene hoy en día, realizarse revisiones ginecológicas cada cierto tiempo.
- Explicar en que consiste el procedimiento que se lleva a cabo en el laboratorio de Anatomía Patológica, para llegar a tener el resultado de la citología ginecológica.

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

Después de que se realiza la prueba de frotis cervical durante la consulta con el ginecólogo, se aplicará un fijador llamado Citospray en el portaobjetos de muestra. Esto es para mantener los detalles morfológicos de las células lo más cerca posible de las células del tejido vivo. Esta muestra debe estar correctamente identificada con los datos del paciente.

(nombre, número de historial...) entonces el formulario debe ser enviado a laboratorio de patología. El laboratorio prepara la muestra y realiza la tinción citológica, que incluye los siguientes pasos:

- El primer paso es registrar la muestra, marcarla con el número correspondiente y sumergirla varias veces en alcohol al 96% antes de teñirla. - Sumergir en alcohol 80%, alcohol 70%, alcohol 50% y agua por turnos durante 1 minuto por cada

líquido. - Punto con solución de hematoxilina de Harris durante unos 5 minutos. - Sumergir en agua 6 veces en 1 segundo. - Sumergir en solución de ácido clorhídrico al 0,5% 8 veces durante 1 segundo. - Enjuagar con agua corriente durante 5 minutos y someter la muestra a alcohol de los siguientes grados: 50%, 70%, 80% y 96% durante 30 segundos cada uno. - Aplicar la solución de Papanicolaou OG 6 durante 1-1,5 minutos. - Lave el exceso de tinte en dos baños con etanol al 96%, remoje la composición dos veces, cada vez durante 3-4 segundos. - Puntear con Papanicolaou EA 50 durante 1,5-2 minutos. - Enjuague en 3 recipientes diferentes con etanol al 96% y remoje la preparación 2 veces en cada tanque durante unos 3-4 segundos. Enjuague en etanol absoluto durante 30 segundos. - Sumergir la preparación durante 4 minutos en un baño con xileno, una mezcla de isómeros y etanol absoluto (1:1). - Lavar con xileno, mezcla de isómeros, sumergir la preparación en el baño durante 3 minutos. - Montaje con medio de montaje. - Observación al microscopio

El resultado de la prueba de Papanicolaou mostrará uno de los siguientes resultados:

- Citología normal: las células analizadas son normales. No había signos de células atípicas. - ASCUS: existen células atípicas, pero no se ha determinado su significado. Te recomendamos completar la investigación y, si es necesario, aplicar el tratamiento, ya que estas células pueden ser secundarias a diferentes procesos. Esto sucede con afecciones infecciosas e inflamatorias del cuello uterino, virus del papiloma humano (VPH), lesiones precancerosas y más. Incluso si se resuelve solo o durante el tratamiento, se debe continuar con el control citológico. - CIN o displasia cervical: las células atípicas con lesiones precancerosas pueden ser de dos tipos:

Displasia CIN o LSIL de bajo grado: con menor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. Displasia CIN o HSIL de alto grado: existe un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cuello uterino sigue siendo uno de los cánceres más comunes en las mujeres. Este estudio proporciona información importante para la toma de decisiones y la implementación de nuevas medidas o estrategias que se están desarrollando para reducir la mortalidad por este tipo de cáncer. Actualmente, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido significativamente con el uso creciente de pruebas de citología cervical. Esta prueba puede detectar cambios en el cuello uterino antes de que se desarrolle el cáncer. También puede

detectar el cáncer de cuello uterino en forma temprana cuando es pequeño y más fácil de tratar. En los últimos años, la prueba del VPH ha sido aprobada como otra prueba de detección del cáncer de cuello uterino, ya que casi todos los casos son causados por el VPH (virus del papiloma humano). La prueba de VPH está diseñada para detectar infecciones con tipos de VPH de alto riesgo que tienen más probabilidades de convertirse en cáncer y afecciones precancerosas de cuello uterino. La prueba de VPH se puede usar sola (prueba primaria de VPH) o junto con la prueba de Papanicolaou (prueba general).

6 Bibliografía

- Schulte, E. K. W. (1 de febrero de 1991). «Standardization of biological dyes and stains: pitfalls and possibilities». *Histochemistry* (en inglés) 95 (4): 319-328. ISSN 1432-119X. doi:10.1007/BF00266958.
- Gill, Gary W. (2013). Gill, Gary W., ed. *Cytopreparation: Principles & Practice. Essentials in Cytopathology* (en inglés). Springer. pp. 143-189. ISBN 978-1-4614-4933-1. doi:10.1007/978-1-4614-4933-1_10.
- Chantziantoniou, Nikolaos; Donnelly, Amber D.; Mukherjee, Maheswari; Boon, Mathilde E.; Austin, R. Marshall (2017). «Inception and Development of the Papanicolaou Stain Method». *Acta Cytologica* (en inglés) 61 (4-5): 266-280. ISSN 0001-5547. PMID 28384641. doi:10.1159/000457827.
- Kumar, Vinay, 1944-; Abbas, Abul K.; Aster, Jon C.; Robbins, Stanley L. (Stanley Leonard), 1915-2003. (2013). *Robbins basic pathology* (9th ed edición). Elsevier/Saunders. p. 910. ISBN 1-4377-1781-0. OCLC 759916378.
- Carleton, H. M. (Harry Montgomerie); Wallington, E. A. (1980). *Carleton's Histological technique*. (5th ed. edición). Oxford University Press. p. 520. ISBN 0-19-261310-3. OCLC 6194502.

Capítulo 400

RESPUESTA CELULAR A LA LESIÓN ÁMBITO DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

BEATRIZ ESCUDERO TEJERA

JESUS ALARCON SERRANO

SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE

PATRICIA RAMOS MIRANDA

CRISTINA RAMIREZ ALONSO

1 Introducción

El entorno celular está constantemente cambiando y como consecuencia las células deben realizar continuos ajustes para acomodarse a estos cambios. La célula tiene una gran capacidad de adaptación a su entorno y es capaz de responder a los cambios en los entornos internos y externos con alteraciones tanto estructurales como de la función celular. Por ejemplo, las células del tejido adiposo responden a un aumento de la ingesta aumentando su síntesis de almacenamiento graso, esto se refleja en un aumento de tamaño de los adipocitos debido a la presencia de triglicéridos en el citoplasma. Otro ejemplo fisiológico de adaptación celular se ve en el epitelio uterino, bajo la influencia de las hormonas, este epitelio experimenta cambios cíclicos durante el ciclo menstrual, los cuales afectan tanto a los cambios morfológicos como de la función.

Otros ejemplos de adaptación son:

Las fibras musculares esqueléticas incrementan su tamaño como respuesta al aumento del trabajo, como se ve en los atletas, este sería un ejemplo de HIPERTROFIA FISIOLÓGICA. De manera parecida las fibras del músculo cardíaco sufren una hipertrofia como respuesta al aumento del trabajo producido cuando el orificio de la válvula aórtica está estrechado como resultado de una enfermedad, este sería un ejemplo de HIPERTROFIA PATOLÓGICA.

Estos procesos de adaptación incluyen:

ACTIVIDAD CELULAR AUMENTADA

- 1- Aumento de la célula - hipertrofia
- 2- Aumento del número celular - hiperplasia
- 3- Inducción enzimática o metabólica

DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD CELULAR

- 1- Disminución del tamaño celular - Atrofia celular.
- 2- Disminución del número celular - Atrofia tisular o del órgano.
- 3- Disminución de la función metabólica celular.

CAMBIO EN LA MORFOLOGÍA Y LA FUNCIÓN DE LA CÉLULA MADURA

- 1- La modificación y transformación de una célula tipo sigue a los cambios del medio.

2 Objetivos

Exponer como se produce la respuesta celular a la lesión y cómo afecta a los cambios del medio.

Diferenciar entre estímulos fisiológicos y patológicos.

Exponer las diferentes respuestas de adaptación.

Definir el fracaso de la adaptación celular.

Diferenciar entre inflamación aguda y crónica, posibles secuelas.

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

FRACASO DE LA ADAPTACIÓN CELULAR

Las células que son intrínsecamente incapaces de adaptarse o que han alcanzado su límite de adaptabilidad empiezan a mostrar cambios estructurales que indican el fracaso para soportar los cambios del medio. Por ejemplo las células susceptibles que se han expuesto a hipoxia prolongada empiezan a mostrar cambios citoplasmáticos como una manifestación del fracaso de sus organelas. Otras células pueden responder a la hipoxia o a la acumulación de toxinas con un fallo en el metabolismo normal de los ácidos grasos.

Las células hepáticas, musculares cardíacas y las del epitelio tubular renal son muy sensibles a estos cambios.

Si las condiciones adversas persisten o el estímulo patógeno fue severo, estos procesos pueden progresar y desencadenar la muerte celular o necrosis celular. Una de las consecuencias más precoces es una pérdida de la eficacia en la bomba de sodio, lo que permite un ingreso de iones de sodio y agua produciendo tumefacción celular.

INFLAMACIÓN AGUDA Y SECUELAS

La serie inicial de procesos que sigue a la causa de la lesión tisular se describe como Inflamación Aguda y está dirigida a neutralizar los agentes lesionantes y a la restauración de la función tisular útil.

Los hechos característicos de la Inflamación aguda son la formación de exudado inflamatorio que tiene 3 componentes:

- FIBRINA.
- SUERO.
- LEUCOCITOS, ESPECIALMENTE NEUTROFILOS.

La función del exudado inflamatorio afecta a 3 fenómenos vasculares.

1. Dilatación de los vasos sanguíneos locales, lo que conduce a una congestión sanguínea, hiperhemia.
2. Incremento de la permeabilidad capilar, lo que permite a las proteínas plasmáticas pasar a los tejidos.
3. Migración de los leucocitos desde los vasos sanguíneos del área del tejido lesionado.

INFLAMACIÓN CRÓNICA.

En ciertas ocasiones el agente lesionantes persiste durante un período prolongado produciendo una destrucción tisular continua, mientras que al mismo tiempo el cuerpo está intentando tratar la lesión tisular previa con los procesos de inflamación aguda, organización y reparación, en tal caso el área lesionada

puede presentar, necrosis tisular exudado inflamatorio agudo y tejido cicatricial fibroso concurrentemente lo que se conoce como Inflamación Crónica.

5 Discusión-Conclusión

El resultado de la inflamación aguda depende de 3 factores principales:

- 1- El grado de la lesión.
- 2- La naturaleza del agente lesionado.
- 3- El tipo de tejido afectado.

Dependiendo del tipo de lesión tisular pueden existir también diversos grados de regeneración del tejido origina, lo que depende de la capacidad de las células del tejido maduro para sufrir división.

La neoplasia puede ser considerada como una respuesta de la mala adaptación a los estímulos anormales del medio, aunque en muchos casos los estímulos precisos no pueden ser identificados.

Ya que las inflamaciones crónicas son generalmente de duración considerable, las respuestas inmunológicas juegan un papel considerable.

Cuando la célula presenta una lesión irreversible se produce necrosis celular.

6 Bibliografía

*Base celular a la respuesta inmunológica. E. Golub.

*Revistasbolivianas.org.

*Histopatología Básica. P.R. Wheeler.

*Laboratorio de Anatomía Patológica. Raimundo García del Moral

Capítulo 401

ANATOMÍA PATOLOGICA ANTE UNA METÁSTASIS CARDÍACA

BEATRIZ ESCUDERO TEJERA

JESUS ALARCON SERRANO

SAMUEL GÓMEZ DE LA TORRE

PATRICIA RAMOS MIRANDA

CRISTINA RAMIREZ ALONSO

1 Introducción

Los tumores metastásicos cardíacos, también denominados secundarios, son hasta 40 veces más frecuentes que los tumores primarios, afectan al corazón y/o al pericardio y se asocian prácticamente en todos los casos a mal pronóstico, hallándose entre un 10-20% de las autopsias. Los carcinomas presentan mayor tendencia a metastatizar en el corazón que los sarcomas, siendo el carcinoma broncogénico, el carcinoma de mama y los carcinomas de mediastino, los tres más importantes. Sin embargo, son el mesotelioma y el melanoma, con un porcentaje mayor del 50% según algunas series, los tumores malignos primarios que destacan por su capacidad de provocar metástasis cardíaca (MC).

La clínica de las MC es altamente variable y depende en gran medida de su localización: en pericardio puede manifestarse en forma de pericarditis, pero sobre todo con derrame pericárdico hemático o taponamiento; en el miocardio suele provocar arritmias, e incluso cuadros de angina por compresión coronaria de la

MC, o más raramente por embolización tumoral en las arterias coronarias; y en la aurícula derecha se presentan clínicamente como insuficiencia cardíaca derecha. El diagnóstico de una metástasis cardíaca de un carcinoma de pulmón de célula no pequeña resulta poco frecuente, especialmente al presentarse clínicamente en forma de isquemia arterial aguda, como en el caso clínico que presentamos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Repasar los tumores cardíacos metastásicos.

Objetivos secundarios:

- Exponer su posible presentación clínica.
- Estudiar el diagnóstico y posible tratamiento de esta patología, si existe alguna alternativa terapéutica.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 78 años, con antecedentes personales de no alergias medicamentosas conocidas, fumador actualmente de 6 cigarros/día, previamente 1,5 paquetes/año durante más de 45 años (Índice paquetes-año: 67), hipertenso, diabético, dislipémico, y con antecedente de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 pT3a, tratado con prostatectomía más radioterapia adyuvante en 2019. Además, fue diagnosticado, por clínica de tos y hemoptisis junto con aparición brusca de dolor en articulación glenohumeral derecha, de carcinoma de pulmón de célula no pequeña estadio IV (cT4N3M1b), en ápex del lóbulo pulmonar superior derecho, con metástasis en segunda y tercera costilla derechas y metástasis en pulmón ipsilateral, además de adenopatía supraclavicular derecha, con biomarcadores negativos. Se decidió tratamiento paliativo con inmunoterapia mediante pembrolizumab 200 miligramos cada 3 semanas, con estabilidad radiográfica según última consulta Oncología en abril de 2021.

Este paciente, con dichos antecedentes, acude a urgencias de nuestro hospital, por dolor agudo en miembro inferior izquierdo con sensación de frialdad, y ausencia de pulsos en la exploración física. Ante la sospecha de isquemia arterial aguda, se realiza AngioTAC que confirma la presencia de una obstrucción en arteria femoral superficial, por lo que se traslada a quirófano para realizar una embolectomía mediante catéter Fogarty, extrayendo material embólico y material de una consistencia rara, que se envía a anatomía patológica. Posteriormente,

en la planta de hospitalización evoluciona de forma favorable, con electrocardiograma (ECG) en ritmo sinusal, por lo que con el fin de descartar fuente embolígena cardíaca, se completa el estudio del paciente mediante una ecocardiografía transtorácica (ETT) en la que se visualiza una masa móvil pediculada, con base anclada en cara inferolateral de ventrículo izquierdo, de 16 x19 milímetros.

Tras los hallazgos de la ETT, se realiza una resonancia magnética cardíaca, en la que también se visualiza la masa, no pudiendo distinguir si se trata de un trombo o de un trombo tumoral. Repasando las pruebas complementarias de imagen del paciente, el servicio de radiología objetiva que en un PET-TAC de hace 5 meses, realizado en el seguimiento oncológico del paciente, se visualizaba un foco hipermetabólico con una alta intensidad de captación localizado en la cara lateral del ventrículo izquierdo, llegando hasta el músculo papilar adyacente, no siendo compatible con una captación fisiológica miocárdica.

Por otra parte, la anatomía patológica del material enviado en la intervención quirúrgica de la isquemia arterial, informa de la presencia de células atípicas con un fondo fibrinoleucocitario con abundante celularidad maligna.

Por todo lo mencionado anteriormente, se diagnostica al paciente con un alto índice de probabilidad de metástasis cardíaca secundaria a carcinoma de pulmón, siendo posible confirmarse con exactitud mediante la biopsia de la masa cardíaca. Sin embargo, esa biopsia no iba a cambiar la actitud terapéutica, ya que en este paciente ya se había optado por un enfoque paliativo por el avanzado estado de su enfermedad oncológica primaria.

4 Discusión-Conclusión

Los tumores cardíacos son entidades poco frecuentes, que se diagnosticaban prácticamente en las autopsias, pero que actualmente gracias a la mejoría tecnológica de los métodos diagnósticos, cada vez se detectan con más frecuencia. Dentro de los tumores cardíacos, los más frecuentes son los denominados metastásicos o secundarios. En la mayoría de los casos su aparición representa un avance importante de la patología primaria, por lo que no existen muchas opciones terapéuticas curativas, aunque en algunos casos determinados la radio y/o la quimioterapia pueden ser posibles opciones. Por su parte, la cirugía tiene más carácter paliativo, mediante ventana pericárdica o pericardiocentesis, que de resección, siendo en estos casos cirugías muy agresivas y con alto riesgo quirúrgico.

5 Bibliografía

1. Eva Cabrera César, M. Carmen Fernández Aguirre y M. Victoria Hidalgo San-juan. Metástasis cardíacas de una neoplasia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (2): 80-81.
2. Shinichi Taguchi. Comprehensive review of the epidemiology and treatments for malignant adult cardiac tumors. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2018; 66 (5): 257-262.
3. Jennifer M Sarjeant, Jagdish Butany, Robert J Cusimano. Cancer of the heart: epidemiology and management of primary tumors and metastases. Asc Drugs 2003; 3 (6): 407-21.
4. Cipriano Abad. Tumores cardíacos (II). Rev Esp Cardiol. 1998; 51: 103-114.

Capítulo 402

DETECCIÓN DE S.PYOGENES EN EL LABORATORIO MEDIANTE PRUEBAS RÁPIDAS

PAULA CANO SANCHEZ

KRASIMIRA PETKOVA SHISHKOVA

VANESSA PORTILLO MAESTRE

JUDIT ORTEGA MARTÍN

RAÚL ALAÑÓN VILLANUEVA

1 Introducción

El *Streptococcus pyogenes* es un coco grampositivo con especial relevancia clínica. El *S.pyogenes* se agrupa en forma de cadena de 4 a 10 células y es anaerobio facultativo, es decir, puede crecer en presencia de oxígeno, pero no lo necesita. El *S.pyogenes* se identifica de resto de estreptococos por el tipo de hemólisis que llevan a cabo cuando se produce crecimiento en agar sangre. De esta manera podemos clasificar esta bacteria como un estreptococo beta-hemolítico que realiza una hemólisis total que provoca la aparición de un halo transparente alrededor de las colonias. De esta manera, los estreptococos se agrupan mediante lo que se conoce como clasificación de Lancefield (grupos A-V), que se basa en la detección mediante serología de antígenos del glúcido carbohidrato C de su pared celular.

Streptococcus pyogenes en ocasiones se encuentra en la faringe sin producir ningún tipo de síntoma, pero es habitual que cause faringitis purulenta. Es más común que cause este tipo de enfermedad en niños. También puede provocar infecciones en la piel y partes blandas, glomerulonefritis o fiebre reumática. Para su detección rápida en el laboratorio se realiza un test de detección rápida de antígenos a partir de una muestra nasofaríngea obtenida del paciente.

2 Objetivos

Conocer las enfermedades producidas por el *S. pyogenes* en los individuos y la prueba que se utiliza para detectarlo 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 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. Además, de observación de vídeos y fotografías publicadas en prácticas de laboratorio y prácticas realizadas en el laboratorio.

4 Resultados

Las pruebas rápidas son un método utilizado en el laboratorio para el diagnóstico de enfermedades de manera rápida y poder establecer un tratamiento rápido y eficaz.

Son pruebas inmunológicas que usan anticuerpos que van a reaccionar contra los carbohidratos C específicos de cada grupo presentes en la pared de la célula bacteriana.

Existen otros métodos de detección como la aglutinación en partículas de látex, que ha quedado en desuso debido a su baja sensibilidad. Al contrario que el enzoinmunoanálisis (ELISA), inmunocromatografía e inmunoanálisis óptico que son pruebas con gran especificidad y gran sensibilidad.

El procedimiento en el laboratorio se podría describir de la siguiente manera:

En primer lugar, para la detección de *S. pyogenes* es importante una correcta toma de la muestra. La muestra se debe obtener de las amígdalas y la faringe posterior

con ayuda de un hisopo de Dacron o alginato cálcico, es importante evitar rozar la torunda con la mucosa bucal, labios, lengua tanto antes como después de la toma. Este proceso será realizado por una enfermera.

En según lugar, se identifica la muestra en el laboratorio acorde con el paciente y se procede a realizar el test rápido, siendo este test una inmunocromatografía. Las cantidades de reactivo a añadir variarán según la casa comercial, pero el procedimiento es el mismo. Se añaden las cantidades indicadas del reactivo A y reactivo B en un tubo de ensayo, y posteriormente se añade la torunda que contiene la muestra, dejando reposar un minuto en el interior y apretando la torunda al sacarla del tubo de ensayo. Se echan las gotas en la parte del test que se nos indique y tras 5-10 minutos podemos leer los resultados.

Si el resultado es positivo, en el test se observarán dos líneas rojas en la línea del control (C) que nos indica que la técnica se ha realizado correctamente, y en la línea del test (T) que nos indica la detección de antígenos en la muestra por la unión de los anticuerpos presentes en la muestra y los antígenos presentes en el test contra *S.pyogenes*. En este caso el paciente será diagnosticado de faringitis purulenta.

Sin embargo, si solo se aprecia una línea roja en la línea de control (C) el resultado será negativo. En algunos casos, si el resultado es negativo algunos expertos recomiendan realizar un cultivo para confirmar la ausencia de esta bacteria.

5 Discusión-Conclusión

Las pruebas rápidas son un método de diagnosticar patologías en un período muy corto de tiempos, de escasos minutos, y, por lo tanto, de poder tratar enfermedades en una mayor brevedad proporcionando al paciente una salud mejor. Además, para los técnicos de laboratorio son pruebas que se realizan de manera muy sencilla, ya que la mayoría vienen establecidas por un protocolo y el tiempo de realización es muy breve.

Estas pruebas proporcionan una información fundamental, pero también hay algunas pruebas rápidas cuya sensibilidad es muy baja y pueden dar muchos falsos negativos. Actualmente, como la faringitis purulenta hay muchas enfermedades que se pueden diagnosticar mediante pruebas rápidas lo que para el paciente ha supuesto un avance importante.

6 Bibliografía

- [1] <https://cobico.com.ar/streptococcus-pyogenes-o-streptococcus-b-hemolitico-del-grupo-a-sga/>
- [2] http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000100003

Capítulo 403

ZOONOSIS-SALMONELLA EN HUEVOS DE GRANJA CASEROS

MICAELA ELENA MANZAT VERINCA

CLAUDIA GARCÍA GARCÍA

DANIEL PEÓN MARTINEZ

1 Introducción

El consumo de huevo va en aumento ya que es considerado un alimento sano y de gran valor nutritivo. Su consumo es cada vez más significativo, dada la actual tendencia de los consumidores de adquirir productos "naturales" como los huevos producidos en granjas pequeñas o casas particulares. En este tipo de producción nos encontramos con el problema de la falta de higiene y de controles sanitarios.

En la Unión Europea, según informes de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) sobre Zoonosis y Brotes de Enfermedades de Transmisión Alimentaria, Salmonella aparece como la segunda causa más frecuente de enfermedad transmitida por alimentos.

En algunos pacientes la enfermedad invasiva puede producir lesiones en múltiples órganos y ser mortal (con una tasa de mortalidad estimada en el 2% de los casos, alrededor de 200 fallecimientos al año en EU) o manifestar secuelas a largo plazo, como artritis reactiva.

Se realizó determinación de Salmonella spp. en 186 muestras de huevos frescos procedentes de diferentes lugares de Asturias y León.

El estudio bacteriológico se realizó sobre la cáscara, siguiéndose un protocolo inicial de enriquecimiento selectivo, un posterior cultivo en un medio selectivo y diferencial y para la identificación final se utilizaron pruebas bioquímicas.

2 Objetivos

Nuestro estudio se realizó con el objetivo de identificar la presencia de *Salmonella* spp. en huevos de gallinas (*Gallus gallus*) criadas en granjas particulares y al aire libre.

Salmonella spp. es un patógeno primario de nivel 3 y de difícil aislamiento. Es una zoonosis. Causa intoxicación alimentaria y salmonelosis, que es transmitida al hombre por el consumo de alimentos contaminados, principalmente carne fresca y procesada, aves de corral, huevos y productos vegetales frescos.

La infección por *Salmonella* tiene un periodo de incubación de 6-48 horas y normalmente causa gastroenteritis con náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y fiebre. Las explotaciones avícolas deben incluir medidas de bioseguridad y todas aquellas que eviten o reduzcan la presencia de *Salmonella* spp. Las vacunas son un elemento crucial para controlar la infección sistémica y la contaminación de los huevos en las ponedoras, porque inducen una protección rápida que evita la colonización. La resistencia de los pollos a enfermedades intestinales y a la colonización del intestino aumenta con la edad, debido al rápido desarrollo de microflora intestinal por el contacto con animales adultos. En un primer paso, las vacunas puestas inhiben la colonización.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la normativa nacional, en publicaciones estatales como El Sistema de Información de Brotes de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), en estudios realizados en España por el Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación.

Se han realizado búsquedas en artículos científicos en Scielo, PubMed.

Se ha realizado trabajo de laboratorio a lo largo de tres meses desde noviembre 2018 hasta febrero 2019, procesando las muestras en el Laboratorio de Microbiología del Instituto Isla de la Deva en Piedras Blancas, Asturias.

Se ha realizado una encuesta a los propietarios de las aves para averiguar su procedencia.

4 Resultados

No se aisló *Salmonella* en ninguno de los 186 huevos analizados.

Para la toma de muestras utilizamos medio XLD de la casa Labkem, adquirido como medio deshidratado y preparado adaptando las instrucciones del fabricante a nuestras necesidades. Para nuestro estudio hemos modificado la cantidad de agua destilada, aumentando 2.5 veces la cantidad indicada. De esta forma se ha conseguido una consistencia semifluida.

Los hisopos para la toma de muestras y transporte los preparamos en tubos estériles y les añadimos, de forma aséptica, 3 ml del medio preparado según se ha descrito anteriormente y los conservamos en nevera a 4°C hasta su uso.

Para el aislamiento utilizamos medio Hektoen de la casa Cultimed adquirido como medio deshidratado, y lo preparamos en el laboratorio respetando las instrucciones del fabricante.

Las placas Petri con el medio se conservaron en nevera a 4°C hasta su uso.

Estos dos medios de cultivo utilizados, XLD y Hektoen son selectivos y enriquecidos para aislamiento de *Salmonella* spp.

La identificación definitiva se realizó empleando el sistema API de Biomerieux (galerías API

20E) e interpretando los resultados mediante el software Identax sobre las bases de datos de perfiles bacterianos de API 20E.

El criterio usado para confirmar o descartar la posible presencia de *Salmonella* spp. ha sido la capacidad para reducir sulfito a H₂S. La posible presencia de la bacteria se visualiza como colonias negras o con centro de color negro.

El aislamiento e identificación solamente se ha realizado a las muestras que por esta reacción han mostrado la aparición de precipitado negro.

Hemos tenido en cuenta que la característica de sulfito reductora, además de la *Salmonella* spp., la tienen también otros bacilos Gram negativos como *Citrobacter* spp. una bacteria intestinal.

La identificación final descarta presencia de *Salmonella* en las 186 muestras pero confirma la presencia de *Citrobacter* spp., bacteria intestinal.

5 Discusión-Conclusión

Según la investigación bibliográfica realizada, la normativa de Sanidad en cuanto a las vacunas contra *Salmonella* spp. es obligatoria en las cooperativas avícolas. En nuestro país, aunque en la propia granja no haya control sanitario específico para ponedoras, al existir la vacunación previa obligatoria contra *Salmonella* spp.

en pollos destinados a la crianza para carne y huevos, podemos afirmar, según nuestros resultados, que cumple con lo esperado de inmunizar a la ponedora contra cepas que afectan a humanos.

Según la encuesta realizada a los propietarios de las granjas, la procedencia de las aves es de las cooperativas avícolas mas cercanas a su domicilio donde acorde a la normativa sanitaria las aves jóvenes están vacunadas contra cepas de *Salmonella* spp. y tienen protección inmunológica adquirida como se ha demostrado en nuestro estudio.

Otro factor que posiblemente frene el crecimiento de las colonias de *Salmonella* spp. es la temperatura. Estudiando la bibliografía disponible, podemos afirmar que en los huevos almacenados a bajas temperaturas se reduce drásticamente la proliferación de la bacteria. Si la bacteria está presente, es difícil que se pueda multiplicar, quedando en un estado de letargo no reproducible siempre y cuando los huevos sean refrigerados a menos de 10°C y con poca humedad. Si hubiese alguna unidad de *Salmonella* spp. que pudiese proliferar, resultaría imposible su aislamiento en cultivo al estar inhibida por el crecimiento de las demás bacterias intestinales.

Llevamos a cabo nuestro estudio en los meses de invierno, con temperaturas que no han superado los 15°C, y en refrigeración, lo que ha influido en el resultado nulo de *Salmonella* spp. aislada en cáscara, ya que no ha existido el riesgo de que los huevos quedaran expuestos a temperaturas cálidas, propicias para el crecimiento bacteriano desde la ovoposición hasta su recogida del nido.

Nuestro estudio confirma los datos que tenemos disponibles en cuanto la prevalencia de *Salmonella* en huevos de gallina en nuestro país. Es posible que los métodos microbiológicos tradicionales usados no sean muy sensibles, ni muy específicos, por lo tanto, se necesitaría implementar métodos más fiables de detección a través de técnicas de biología molecular, por PCR o técnicas inmunológicas.

Es necesario realizar más estudios, con mayor amplitud geográfica y realizarlos en los meses de verano cuando la temperatura es más propicia para la proliferación bacteriana.

La conclusión a la que llegamos a través del presente estudio es que el consumo de éste tipo de huevos es seguro en cuanto la presencia de *Salmonella* spp. ya que el patógeno no ha sido aislado en nuestras muestras.

Por otro lado, no podemos afirmar la inocuidad total para otro tipo de patógenos del huevo de granja, porque hemos identificado otras bacterias intestinales de la familia Enterobacteriaceae, del grupo de los Coliformes como *Citrobacter* spp., que, aunque habitualmente son bacterias saprofitas, pueden causar gastroenteritis en pacientes en situación de riesgo.

Por otro lado, reducir al máximo el posible grado de contaminación por *Salmonella* spp. o de cualquier organismo patógeno del huevo presente tanto en cáscara como en interior, se puede lograr usando medidas preventivas básicas de manipulación e higiene. La adquisición de productos con garantías, una buena manipulación de los mismos, siempre refrigerados, evitar el uso de huevos agrietados o sucios, y utilizar tiempos de cocción largos, con altas temperaturas, aseguran la destrucción de los patógenos y reducen al máximo la probabilidad de infección con *Salmonella* spp.

6 Bibliografía

1. LARA VILLEGAS HH, AYALA NÚÑEZ NV, RODRÍGUEZ PADILLA C. Laboratorios de bioseguridad nivel 3 y 4: Investigación de patógenos peligrosos. *Patol. Clin.* 2007 Octubre- Diciembre; 54(1, pp 177-186).
 2. MOGOLLÓN D., M VZ, RODRÍGUEZ VE, M. VZ, VERJÁN, D. P. Prevalencia y factores de riesgo para la contaminación por *Salmonella* spp en huevos comercializados en Ibagué, Colombia. *Revista Colombiana de Ciencia Animal.* 2015; 8(1).
 3. Revista del Comité Científico de AESAN. Establecimiento de un criterio microbiológico para *Salmonella* en huevos destinados al consumo directo. Informe. Madrid: AESAN; 2007-2008. Report No.: 7.
 4. GONZÁLEZ PEDRAZA J, PEREIRA SANANDRES N, SOTO VARELA Z, HERNÁNDEZ AGUIRRE E, VILLAREAL CJ. Aislamiento microbiológico de *Salmonella* spp. y herramientas moleculares para su detección. *Salud Uninorte.* 2014 enero- abril; 30(2).
- Page 9 of 9
5. GUTIÉRREZ CASTILLO ADC, PAASCCH MARTÍNEZ H, CALDERÓN APODACA L. Salmonelosis y campilobacteriosis, las zoonosis emergentes de mayor expansión en el mundo. *Veterinaria México.* 2008 enero-marzo; 39(1).
 6. Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente. Informe de zoonosis y resistencias antimicrobianas. Madrid: Gobierno de España; 2016.
 7. PARRA, DURANGO J, SALÍM M. Microbiología, patogénesis, epidemiología, clínica y diagnóstico de las infecciones producidas por *Salmonella*. *MVZ Córdoba.* 2002; 7(2, 187-200).
 8. Immerseel PFV. Inmunidad que confieren en pollos las vacunas con cepas vivas de *Salmonella* y su modo de acción. *AviNews Avicultura.* 2018 noviembre;(26).

9. Centro Nacional de Epidemiología. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos España, 2004-2007(excluye brotes hídricos). Boletín Epidemiológico semanal. 2008 23/11-29/11; 16(21/241-252).
10. SÁNCHEZ MORA J. Determinación de la prevalencia de enterobacterias del género *Salmonella* spp. en huevos frescos de gallina de empresas avícolas de la provincia de Tungurahua. Trabajo Grado. Quito: Universidad Central de Ecuador, Medicina Veterinaria y Zootecnia; 2013.
11. RAMÍREZ Y, RINCÓN DP, VARGAS M. C. *Salmonella* enteritidis en huevos de gallina comercializados en Tunja (Colombia). Salud Soc. Uptc. 2014 Noviembre; 1(2).
12. European Food Safety Authority. Trends and sources of zoonoses and zoonotic agents in foodstuffs, animals and feedingstuffs. annual national report. Spain: Zoonoses Monitoring; 2016.
13. LOPARDO Á, PREDARI S, VAY C. *Salmonella*, *Edwardsiella*, *Citrobacter*. In Horacio A. Lopardo SCPCV, editor. Manual de microbiología de la Asociación Argentina de Microbiología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Libro digital, PDF; 2016. p. 231-235

Capítulo 404

IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE LA PROCALCITONINA

YANIRA SALINERO ESCOBAR

ANA LÓPEZ VELASCO

MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

SONIA GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

La procalcitonina es una proteína de 116 aminoácidos con una secuencia prácticamente igual a la prohormona de la calcitonina, sintetizada a partir del gen CALC-I.

En condiciones normales, esta proteína se sintetiza en la glándula tiroides, concretamente en sus células C y también en células del pulmón, concretamente en las neuroendocrinas.

Por determinadas circunstancias, cuando se dan situaciones de sepsis, esta proteína tiende a sintetizarse en tejidos y en algunos órganos como el bazo, hígado o incluso el cerebro, lo que provoca que sus niveles en sangre se eleven hasta niveles muy altos. Dicho aumento de estos niveles no están relacionados con un origen tiroideo.

Cuando existe un cáncer medular de tiroides pueden verse elevados los niveles de procalcitonina, aunque esta prueba no se utiliza para el diagnóstico de este tipo de cáncer.

En los últimos años la mayoría de los estudios realizados parecen indicar que esta proteína está relacionada con la respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), lo que en el laboratorio de urgencias es de gran utilidad a la hora de detectar una sepsis a los pacientes que llegan a esta unidad.

Como regla general, la determinación de procalcitonina se realiza a partir de una muestra de sangre venosa recogida en un tubo morado con el anticoagulante de EDTA sin que el paciente se vea sometido a preparación previa alguna.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la prueba para diagnosticar o descartar infecciones bacterianas y/o sepsis.
- Determinar la importancia de la determinación de procalcitonina en el laboratorio de urgencias para el diagnóstico de infecciones bacterianas y/o sepsis

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una investigación profunda en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica actual.

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos de casos clínicos y buscado en las bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Una vez realizada la determinación en el laboratorio de urgencias, lo normal sería que en un paciente sano no se detectase en sangre unos valores que fueran menores de 0,1 ng/ml, sin embargo cuando los pacientes desarrollan infecciones severas pueden verse reflejados unos valores de 1000 ng/ml y en líneas generales casi siempre serán mayores de 0,5 ng/ml.

Sin embargo, el resultado que arroje la determinación de nuestra prueba debe completarse con otras pruebas en las que se incluyen la exploración clínica y otras pruebas de laboratorio que estime oportuno el especialista.

En los pacientes recién nacidos, la procalcitonina en ocasiones tiende a verse aumentada por motivos que no son conocidos, sin embargo no han de tratarse como único método de referencia para determinar una infección de un bebé, ya que estos valores no se normalizan hasta el tercer día del neonato. Dicho esto, siempre que se haga esta determinación en un bebe, los rangos de referencia se deben de adaptar a la edad del paciente.

En ocasiones se ha observado que en los niños que padecen una infección de riñón o una neumonía se ha visto elevada la procalcitonina.

Cuando los valores de procalcitonina son inusualmente bajos, menos de 0,1, existe un riesgo de desarrollar una sepsis o incluso si el paciente ya lo refiere puede llegar a un shock séptico.

Por el contrario cuando hay unas concentraciones elevadas de procalcitonina indican la existencia de un alto riesgo de infección, que puede derivar a una sepsis severa o shock séptico. Dicha infección bacteriana puede venir acompañada por otros síntomas que podrían indicar una meningitis de origen bacteriano, inflamación sistémica, malaria, etc.

Es importante resaltar que los valores de procalcitonina no se ven alterados por infecciones virales, neoplasias o enfermedades autoinmunes o alérgicas.

La procalcitonina nos puede servir también como un indicador de que el tratamiento está funcionando si al poner un determinado tratamiento los niveles de procalcitonina vuelven a mantenerse a sus valores normales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la determinación de procalcitonina en el laboratorio de urgencias es una prueba que resulta rápida y económica a la par y es ampliamente utilizada como un marcador de infección bacteriana (ya que si la infección es de origen vírico no se detecta).

Como hemos dicho anteriormente, cuando las infecciones son víricas, la procalcitonina no se ve alterada en la determinación de la prueba, por lo que resulta eficaz para realizar un diagnóstico diferencial y por tanto así poder poner el tratamiento antibiótico en el paciente en caso de necesitarlo o por el contrario si no estuviera elevada determinar cuál sería el origen de la infección del paciente.

Tras una infección, si es bacteriana y los niveles de procalcitonina se ven aumentados, se relaciona con una disfunción orgánica o incluso también con trastornos metabólicos.

Por todo esto, consideramos de gran utilidad que esta prueba de la determinación de procalcitonina deba constar en todos los laboratorios de urgencias para que

se incluya dicha prueba como marcador para diferenciar una sepsis bacteriana.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-procalcitonina/#::text=La%20prueba%20ayuda%20a%20averiguar,pero%20no%20con%20las%20virales>.

<https://labtestsonline.es/tests/procalcitonina>

<https://pap.es/files/1116-261-pdf/268.pdf>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2009/ti094e.pdf>

Capítulo 405

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DE MICROPROTEINAS EN EL LCR

YANIRA SALINERO ESCOBAR

SONIA GARCÍA GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ

ANA LÓPEZ VELASCO

1 Introducción

El líquido cefalorraquídeo (LCR) consta de ser un líquido claro, acuoso y transparente que se distribuye por todo el contorno del cerebro y la médula espinal, rodeándolos y protegiéndolos.

En el organismo disponemos de un volumen total de entre unos 90 a 150 ml en adultos y de 10 a 60 ml en neonatos. El LCR de forma natural se produce y distribuye continuamente teniendo una producción diaria de unos 500 ml, esto quiere decir que cada pocas horas el volumen total es reemplazado.

Al laboratorio de urgencias habitualmente nos llegan muestras de análisis del LCR que es determinante para evaluar ciertas sustancias presentes en él y diagnosticar trastornos que podrían afectar al sistema nervioso central, siendo indicativo de determinadas patologías.

Las pruebas que suelen solicitar en el laboratorio de urgencias para este tipo de muestra son la de microproteínas, glucosa, entre otras la LDH, que son indicati-

vas para poder diagnosticar determinadas patologías como la meningitis, ciertos tumores cerebrales, de médula o incluso afecciones como la sífilis o esclerosis múltiple, en estos casos las proteínas suelen verse aumentadas.

De tal manera, si se realiza un examen exhaustivo midiendo la cantidad de proteínas en un líquido cefalorraquídeo será determinante, junto con otro tipo de pruebas, para diagnosticar cualquiera de estas patologías.

Si el resultado que obtenemos de la medición de proteínas es positivo, irá acompañado de otras pruebas como el LDH, electroforesis de proteínas, medición de inmunoglobulinas, ácido láctico y determinados marcadores tumorales.

Para la realización de estas pruebas, el paciente debe ser sometido a un tipo de preparación previa que consistiría en vaciar la vejiga completamente y los intestinos antes de realizarse la punción lumbar y sería necesario una muestra de entre 1 a 5 ml de LCR extraída por punción lumbar.

2 Objetivos

Diagnosticar enfermedades o trastornos que afectan al sistema nervioso central (SNC), tales como sífilis, meningitis, tumores cerebrales o de médula o esclerosis múltiple

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline y scielo, seleccionando algunos de los artículos científicos.

4 Resultados

Normalmente, los valores de concentración de proteínas en el LCR varía según la edad del paciente, en los recién nacidos su concentración es alta de entre unos 30 a 140 mg/dl y en una persona adulta temprana disminuye su concentración entre unos 15 a 45 mg/dl.

Un incremento de la concentración de proteínas en el LCR puede ser indicativo de varias patologías como:

- Tumores, infección, inflamación de los nervios, meningitis, vasculitis, sangre en el líquido cefalorraquídeo, esclerosis múltiple o sífilis.

Es de gran importancia señalar que la concentración de proteínas en el LCR hace un diagnóstico diferencial entre las meningitis bacterianas y las no bacterianas, por lo que esta prueba de medición de proteínas es muy concluyente y esencial, sobre todo para pacientes que presentan síntomas neurológicos agudos.

En algunas ocasiones, se produce una obstrucción, debido al alto nivel de proteínas en el LCR y puede ocasionar un líquido coagulado por esa alta concentración o también llamado síndrome de Froin.

Por el contrario cuando el resultado que arroja nuestra prueba tiene una concentración de proteínas situada por debajo de los 15 mg/dl puede deberse a un aumento de la presión intracraneal, a una fuga del LCR por el organismo o a una deficiencia de proteínas.

Cuando se produce un nivel de proteína anómalo en el LCR es indicativo de que se está teniendo un proceso anormal en el SNC.

La proteína se acumula en la parte inferior de la columna, donde se realiza la punción lumbar.

Algunos estudios indican que un número considerable de pacientes con trastornos degenerativos como el Alzheimer presentan unos niveles más elevados de proteínas en el LCR, al igual que en personas que padecen la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, aunque estos índices resultan más altos de forma más elevada.

5 Discusión-Conclusión

Esta prueba es esencial para realizar un diagnóstico exhaustivo entre enfermedades neurológicas o trastornos degenerativos, la medición de la concentración de proteína en el LCR es de gran utilidad, ya que de ello depende hacer una buena evaluación al paciente.

Por lo que las microproteínas en LCR, son de gran importancia detectarlas para realizar un buen diagnóstico, entre ellas la meningitis infecciosa o prevenir enfermedades neurodegenerativas, como la esclerosis múltiple.

También se ha comprobado que la edad y el sexo del paciente son esenciales en la prueba de esta analítica, ya que el resultado de los valores que obtengamos dependen de ello. Sin embargo, el rango de edad y el tipo de sexo son de mayor importancia en los pacientes que sean mayores de 50 años.

6 Bibliografía

<https://www.seqc.es/download/tema/13/4421/342333072/1405655/cms/tema-9-citologia-y-bioquimica-de-los-liquidos-biologicos.pdf/>

<https://labtestsonline.es/tests/analisis-del-liquido-cefalorraquideo>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003628.htm>

Capítulo 406

IMPORTANCIA DE LA DETERMINACIÓN DEL FÁRMACO DIGOXINA EN SANGRE

YANIRA SALINERO ESCOBAR

ANA LÓPEZ VELASCO

MARIA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GÓMEZ

SONIA GARCÍA GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

La digoxina es un glucósido que se utiliza para el tratamiento de las insuficiencias y de las arritmias cardíacas.

La insuficiencia cardíaca es una patología que produce que el corazón tenga dificultades para bombear la sangre, de tal manera que lo que provoca es un manifiesto en el individuo con una hinchazón en las extremidades y fatiga entre otras afecciones.

Para ayudar a paliar esta sintomatología habría que realizar una dieta, ejercicio y/o medicaciones que puede prescribir el facultativo, en este caso se suele recomendar el uso de digoxina.

El mecanismo de acción de digoxina se hace mediante dos principios:

- De manera directa, que inhibe la bomba $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPasa}$ en el corazón, de tal manera que se produce una disminución en la salida de Na^+ y se aumenta los niveles de Ca^{+2} intracelular, por lo que provoca un aumento en la fuerza de contracción del músculo cardíaco.
- De forma indirecta, que inhibe la bomba $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPasa}$ a nivel neural, por lo que crea una estimulación vagal capaz de bajar la frecuencia cardíaca y la estimulación del sistema simpático.

La concentración de digoxina en sangre se deberá medir entre las 2 a 3 semanas después de haber iniciado el tratamiento o se produzca un cambio de estos y también deberá medirse en caso de empezar con un nuevo medicamento para poder identificar cualquier tipo de interacción y así poder ajustar la dosis pautaada.

Es importante recalcar que la digoxina no cura la insuficiencia cardíaca ni las arritmias, pero es capaz de ayudar a la sintomatología que le produce aunque el paciente deberá de llevar un control exhaustivo de por vida.

2 Objetivos

Describir la determinación de medición de los valores de riesgos de dosis de digoxina en sangre, para así evitar toxicidades.

3 Metodología

La revisión específica de este informe se ha llevado a cabo a través de varios buscadores académicos que al final de este informe aparecerá reflejado en la bibliografía. En la base se ha buscado la importancia del fármaco digoxina en sangre en el laboratorio de urgencias, la actualidad de la digoxina y casos clínicos de pacientes.

4 Resultados

La determinación de la concentración plasmática de la digoxina es un procedimiento habitual en el laboratorio de urgencias a la hora de diagnosticar la toxicidad de la digoxina en pacientes tratados de insuficiencias o afecciones cardíacas. Aproximadamente el 28% de los pacientes que llegan a la unidad de Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera, utilizan digoxina como terapia para paliar los efectos de las insuficiencias cardíacas.

Para realizar un ajuste adecuado de la dosis ideal para cada paciente se tienen en cuenta las bases de exámenes clínicos, ya que el perfil de concentraciones plasmáticas de la digoxina es desconocida. El especialista en caso de que hubiera algo anormal en el examen, le indicaría una dieta baja en sodio y que además tome el paciente un suplemento de potasio.

Hay que resaltar que es importante informar al médico cuando se ha tomado la última dosis de digoxina, ya que habitualmente se realiza la extracción de la muestra de sangre a las 6 u 8 horas después de administrar la dosis, porque si la muestra se coge demasiado pronto después de administrarla, los resultados obtenidos podrían ser erróneos, ya que podrían ser elevados e indicar niveles tóxicos cuando no sería así en realidad.

También hay que tener en cuenta que cada paciente responde al tratamiento de manera diferente y que existen otras causas patológicas que pueden influir. Si el paciente presenta síntomas o aparecen efectos secundarios hay que informar al especialista para que reajuste de nuevo la dosis.

Por todo esto, la cuantificación de la digoxina en los pacientes que son solicitadas en el servicio de urgencias son totalmente necesarias, ya que es de vital importancia determinar si la dosis utilizada por el facultativo está dentro de los rangos para evitar la toxicidad.

5 Discusión-Conclusión

Hay que destacar que en caso de que el especialista recete digoxina, es importante tener que informar sobre si está tomando otra medicación, suplementos dietéticos o preparados de herbolario naturales, ya que estos compuestos podrían interferir en el resultado de la concentración de digoxina en sangre y finalmente su eficacia.

Finalmente si al paciente le están administrando el fármaco digoxina, el especialista tras todo tipo de pruebas realizadas consigue obtener una dosis ideal para el paciente, por lo que debe llevar un control habitual para asegurar que se mantiene la dosis terapéutica y observarse el paciente si tuviera algún síntoma que pudiera estar vinculado con su nivel de digoxina.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-digoxina-insuficiencia-cardiaca-reducida-ritmo-S0211139X1830043X>
<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682301-es.html>

https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol27_4digoxina.pdf

<https://www.redalyc.org/pdf/3659/365961316014.pdf>

<https://labtestsonline.es/tests/digoxina>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000100006

Capítulo 407

TINCIÓN DE ENDOESPORAS EN EL LABORATORIO DE MICRO; TÉCNICA DE SCHAEFFER-FULTON

ADRIANA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el laboratorio de microbiología se realizan múltiples tinciones de diferentes clases de muestra en busca de distintos tipos de patógenos.

En este caso vamos a hablar de una tinción muy específica y que se aplica en el procesamiento de muestras con sospecha de formas de resistencia o endosporas bacterianas.

Algunos géneros bacterianos, entre los que destacan *Clostridium* y *Bacillus*, producen en su interior formas de resistencia denominada endosporas. Estas se producen cuando las condiciones ambientales son desfavorables (falta de nutrientes, temperaturas extremas, radiaciones, compuestos tóxicos, etc.) formándose una espora por cada forma vegetativa.

Este proceso de creación de esporas en el interior del patógeno se denomina esporogénesis.

Al finalizar el proceso de esporogénesis, la célula vegetativa se lisa y libera la espora al exterior.

Cuando el ambiente vuelve a ser favorable y las condiciones del medio adecuadas para el desarrollo vegetativo del patógeno, la espora germina generando una nueva forma vegetativa. La capacidad de germinar manteniéndose en este estado puede perdurar mucho tiempo, incluso años.

Algunas de las bacterias productoras de endosporas son patógenas para el hombre y pueden causar distintos niveles de infección incluso tras acabar el tratamiento, por lo que su estudio y observación son de enorme interés.

2 Objetivos

- Saber cómo es y cómo funciona una endospora bacteriana dirigida a entender la importancia de su observación al microscopio para el diagnóstico y posterior tratamiento del paciente.
- Detallar el procedimiento completo del modelo de tinción de endosporas, en este caso la técnica de SCHAEFFER-FULTON.

3 Metodología

El presente capítulo ha sido confeccionada tras realizar múltiples búsquedas sistemáticas en bases de datos científicas acreditadas como pueden ser Medpub o Scielo. También he consultado varios artículos relacionados con revistas médicas oficiales que garantizan la veracidad de los datos aquí vertidos.

4 Resultados

La capa que recubre la endospora es más dura, compleja e impermeable que la cubierta de las células vegetativas en las que se forma. Solamente se puede teñir el contenido de la espora alterando su envuelta.

La impermeabilidad de las cubiertas dificulta que las endosporas se decoloren una vez teñidas, además, estas cubiertas hacen que las esporas aparezcan en el microscopio óptico como estructuras refringentes y de difícil tinción.

La tinción específica de esporas requiere dos colorantes: Verde malaquita, capaz de teñir las esporas en caliente y Safranina, colorante de contraste que tiñe las formas vegetativas.

El verde de malaquita es un colorante débilmente básico (tiene una carga positiva débil) y por tanto, se une débilmente a la bacteria. Penetra en las células vegetativas y cuando se calienta la preparación, también penetra en las endosporas.

Las endosporas, tras la primera tinción, no perderán el colorante en el lavado con agua, y sí lo harán las formas vegetativas, que quedarán teñidas con el segundo colorante.

1. Comenzaremos por realizar un frotis colocando una capa fina del cultivo sobre el portaobjeto, dejamos secar y procedemos a fijar la muestra en la placa calefactora con la mínima cantidad de calor nunca más del 15).
2. Cubriremos la preparación con solución al 5% de verde de malaquita y la recalentaremos con hisopo o sobre el mechero Bunsen hasta la emisión de vapores (nunca hervir la muestra ni dejar que se seque, si es necesario añadir más tinte mientras se calienta) y lo dejamos enfriar durante 5 min.
3. Lavado con agua abundante.
4. Aplicamos una solución acuosa de safranina al 0,5% durante un minuto.
5. Finalmente, lavamos de nuevo con agua, lo secamos con papel y observar con el objetivo de inmersión.

5 Discusión-Conclusión

Una vez observada la extensión teñida al microscopio óptico utilizando el objetivo de inmersión, podremos descubrir las endosporas teñidas de verde y las células vegetativas aparecerán teñidas de rosado (esto es lo que llamamos una tinción diferencial).

Además de esto, también se observan la forma que tiene la espora, el tamaño relativo de la endospora respecto al tamaño total de la célula vegetativa y la posición de la espora dentro de dicha célula vegetativa, con el fin de obtener toda la información posible respecto a la naturaleza y el comportamiento del patógeno y, sobre todo a la hora de determinar el enfoque del tratamiento.

6 Bibliografía

- <https://www.pacal.org/n/Datos/documentos/MEDLAB%202013%205-1.pdf>
- <https://www.ugr.es/~pomif/pom-bac/pb-iii/pb-iii-3-esporas.htm>
- <https://labdemicrobiologia.wixsite.com/scientist-site/blank-nzn6g>

Capítulo 408

BUENA PRAXIS EN EL LABORATORIO; CÓMO REALIZAR UN CORRECTO PIPETEO Y SU IMPORTANCIA

ADRIANA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Una de las prácticas más básicas y comunes dentro del laboratorio es el pipeteo. Para entender lo que es y la importancia de su correcto desempeño empezaremos explicando qué es una pipeta y qué tipos se manejan en el laboratorio clínico.

PIPETA: Tubo de vidrio o plástico que normalmente está graduado, más estrecho en los extremos y que se usa en los laboratorios para cambiar volúmenes concretos de líquido de un recipiente a otro. El tubo se llena de líquido por succión y se descarga al presionar o al romper el vacío del interior.

TIPOS DE PIPETAS: las pipetas se dividen normalmente en dos grupos, pipetas para medir y/o trasvasar grandes volúmenes y micropipetas, que se utilizan para trabajar con volúmenes muy inferiores y que requieren de una precisión especial. Dentro de las pipetas de grandes volúmenes podemos distinguir tres tipos principalmente:

- Pipeta clásica graduada. La pipeta se carga hasta enrasar en 0 ml y luego se deja escurrir el líquido en cuestión hasta el volumen que se quiera. Se usa para medir diferentes volúmenes de líquido.
- Pipeta volumétrica o aforada. Esta pipeta se enrasa en la parte de arriba, se carga hasta el volumen deseado y luego se descarga total o parcialmente. Su ventaja respecto a las pipetas graduadas es que son mucho más precisas, ya que no se

modifica el volumen si se deforma la punta. A este tipo de pipeta también se le llama "serológica".

- Pipeta Pasteur o de bulbo. Pueden ser de vidrio (necesita un chupete) o plástico (más común). Tiene un extremo más estrecho, en forma de cono por donde expulsa el líquido cargado y en la parte opuesta (superior) tiene una especie de depósito que expulsa el contenido de la pipeta cuando se aprieta. La pipeta Pasteur se usa con volúmenes entre 100 y 1000 μl aproximadamente y es una pipeta muy poco precisa.

Una micropipeta es un subtipo de pipetas, donde la diferencia fundamental es que el volumen de líquido que mide y transporta es muy pequeño. Normalmente, se trabaja en microlitros (μl). Las hay de diferentes volúmenes (hasta de 1000 μl). Estas pipetas requieren puntas específicas dependiendo del calibre de dicha pipeta, son desechables y pueden tener un filtro que evita cargar más volumen del tope.

2 Objetivos

- Conocer qué es la técnica del pipeteo dentro del laboratorio clínico y cómo se aplica dentro de él.
- Descubrir los distintos tipos de pipetas y para qué son adecuadas cada una.
- Entender la importancia de llevar una buena praxis en el pipeteo y cómo no hacerlo puede afectar negativamente a los resultados que se pretenden.

3 Metodología

La realización de este capítulo se ha llevado a cabo a través de una búsqueda exhaustiva y sistemática en las diferentes bases de datos científicas, artículos relacionados con la ciencia médica y en espacios avalados donde la información se garantiza fiable. (Medlab, Medicarama, etc.).

4 Resultados

Para obtener resultados óptimos en nuestro pipeteo utilizando las pipetas de gran volumen debemos tener en cuenta:

- El enrasado, que se mediría en la parte inferior de la superficie del líquido, no en las paredes de la pipeta.

- La ausencia de burbujas, debemos asegurarnos de que todo lo cargado en la pipeta es líquido y no haya aire por el medio.

Por otro lado, para la correcta utilización de las micropipetas tenemos algunas recomendaciones según los expertos:

- La profundidad inmersión es importante, ya que pipetear demasiado arriba puede causar el aspirado de aire o burbujas y el pipeteo muy profundo puede hacer que el volumen que se carga sea mayor del deseado. Hacer una inmersión adecuada puede mejorar la precisión hasta en un 5%.

- También es importante dosificar la muestra antes del trasvase para evitar que queden restos en el exterior de la punta o una gota al final que descuadraría el volumen que se pretende mover. Para esto deslizaremos la punta cargada por la pared del contenedor dejando allí cualquier exceso. Esto mejora el pipeteo en un 1%.

- El ángulo de ideal inmersión de la pipeta sería el recto (90 grados). A veces no es posible por ergonomía, así que lo suyo sería intentar acercarnos lo más posible al ángulo recto. Desviaciones muy marcadas pueden producir la carga de demasiado volumen. Esto mejoraría hasta un 2,5% nuestro pipeteo.

- El aspirado debe ser lento y a ritmo constante. Un aspirado muy rápido o a trompicones puede producir el aspirado de aire y por lo tanto la pérdida de volumen. El vaciado ha de ser igualmente lento y continuo para evitar salpicaduras y contaminación. Esto puede incrementar nuestra precisión en un 5%.

- A causa de la capilaridad nos puede quedar líquido dentro de la punta entre carga y carga. Para evitar añadir este volumen a la siguiente carga debemos prelavrar cargando y descargando unas tres veces. Esto ayuda en un 0,5%.

5 Discusión-Conclusión

Después de conocer y comprender qué es el pipeteo, cómo se desarrolla en la práctica y el instrumental con el que contamos los profesionales sanitarios en los laboratorios clínicos y biomédicos, queda más que patente la importancia de realizar estos procedimientos, que a priori podrían parecer superfluos o no muy a tener en cuenta, con la precisión y la calidad necesaria.

La presencia de errores sistemáticos en los procedimientos más habituales puede ser muy perjudicial respecto a la fiabilidad de los datos que se recaben, puesto que se puede ir acumulando error y que este sea un agente distorsionador para los resultados que se buscan.

Otra parte importante de la buena praxis es la ergonomía en el puesto de trabajo, algo muy necesario en tareas tan repetitivas y que se realizan con tanta

frecuencia a diario. Las buenas prácticas ayudan a prevenir dolencias específicas y permiten una mejor calidad de vida y salud en el ámbito laboral.

6 Bibliografía

- <https://www.mt.com/es/es/home/library/know-how/rainin-pipettes/rainin-pipetting-techniques-poster.html>
- <https://materialesdelaboratorio.info/pi>
- <https://www.vitlab.com/es/productos/conocimiento/pipetear/peta>
- <https://www.abynstek.com/errores-frecuentes-al-pipetear-y-como-evitarlos/>

Capítulo 409

TÉCNICAS DE DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

ADRIANA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los test rápidos de screening en orina de múltiples drogas de abuso van desde sencillas pruebas de inmunoensayo hasta procedimientos analíticos complejos. La rapidez y sensibilidad de los inmunoensayos han hecho de ellos el método más ampliamente aceptado para el screening de drogas múltiples de abuso en este tipo de muestra.

Permite la determinación de las siguientes drogas de abuso y de sus distintos metabolitos en una muestra de orina:

- Anfetaminas.
- Metanfetaminas.
- Barbitúricos.
- Metadona.
- Cocaína/escopolamina.
- Éxtasis (MDMA).
- Antidepresivos tricíclicos.
- Benzodiacepinas.
- Cannabis.
- Opiáceos.

Se detectarían diferentes rangos de sensibilidad para cada sustancia y cada uno de sus metabolitos correspondientes.

Mediante estos test se realiza la detección simultánea y cualitativa de múltiples drogas y de sus principales metabolitos en muestras de orina, mediante un método inmunocromatográfico de flujo lateral, basado en el principio de uniones competitivas.

Las drogas que pueden estar presentes en la muestra de orina compiten frente a los respectivos conjugados de las drogas por los puntos de unión al Ac.

Durante la realización de la prueba, la muestra migra por capilaridad a lo largo de la membrana. En presencia de una tasa de droga inferior al umbral de detección los puntos de unión de los Ac específicos no serán completamente saturados en el cartucho de la prueba. Las partículas recubiertas de Ac no serán capturadas por el conjugado inmovilizado de la droga específica y una línea visible de color aparecerá en la zona de la prueba.

Esta línea de color no aparecerá en la zona de la prueba si el nivel de la droga está por encima del cut-off, ya que saturará todos los puntos de unión de los Ac. Una muestra de orina positiva no generará una línea de color en la zona de la prueba debido a la competencia de la droga, mientras que una muestra de orina negativa o una muestra con una concentración inferior al cutoff generará una línea en la zona de la prueba.

2 Objetivos

- Conocer los procedimientos de detección de drogas de abuso que se llevan a cabo en el laboratorio de bioquímica.
- Entender los mecanismos de cada prueba y que se hace ante cada escenario posible.
- Descubrir métodos de confirmación y ampliación de información para la correcta emisión de resultados.
- Exponer más a fondo los equipos con los que trabajamos a diario.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha llevado a cabo una labor de documentación exhaustiva y transversal acudiendo a espacios de conocido prestigio, bases de datos acreditadas y diferentes artículos académicos científicamente avalados. Esa búsqueda sistemática de información e investigación y sus resultados se plasman en este capítulo.

4 Resultados

Tras el análisis inicial o screening de drogas de abuso por métodos de inmunoensayos y, tras haber obtenido un resultado POSITIVO en una o en varias de las sustancias detectables, es necesario realizar otro tipo de procedimiento más sofisticado que primero nos confirme el/los positivo/s y a continuación que nos de información más específica (concentración, metabolitos...) acerca de ese positivo. Debe, pues, de emplearse un segundo método analítico. La cromatografía de gases y la espectrometría de masas son los métodos analíticos más apropiados y más utilizados en la actualidad para la confirmación de drogas de abuso.

CROMATOGRAFÍA DE GASES Y ESPECTROGRAFÍA DE MASAS (GC-MS):

La cromatografía de gases es una técnica física de separación, la cual es una técnica basada en el principio de retención selectiva, que sirve para separar y cuantificar componentes distintos en mezclas complejas. Al acoplarla a un espectrómetro de masas se complementan entre sí, permitiendo la identificación de los componentes separados gracias a que estos producen un espectro de masas único y específico para cada uno de ellos. Su límite de detección es de ppm.

Estas técnicas acopladas son sensibles y selectivas para compuestos orgánicos, tanto en mezclas como en sustancias puras. Nos permiten detectar e identificar componentes desconocidos, cuantificar los conocidos y obtener información estructural.

EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA POR CROMATOGRAFÍA DE INTERCAMBIO CATIÓNICO:

Se requiere la extracción de la muestra mediante una columna Bond Elut Certify que son columnas para cromatografía de intercambio catiónico. El cartucho Bond Elut Certify utiliza un lecho empacado consistente en un sorbente C8 no polar y un sorbente de intercambio catiónico fuerte (SCX).

Es perfecto para extraer drogas básicas (catiónicas) de muestras de orina o sangre y de otro tipo de muestras siempre y cuando tengan una matriz acuosa.

5 Discusión-Conclusión

Las pruebas para la detección inicial o screening de drogas son pruebas "rápidas" que se suelen realizar en el laboratorio de Urgencias para dar una información inicial que pueda orientar al facultativo. Estos screenings no son siempre precisos.

Los análisis de orina pueden en ocasiones arrojar resultados incompletos e incorrectos. A veces, las pruebas no detectan una sustancia que se esté consumiendo

(falso negativo). Esto puede suceder si la prueba no está diseñada para detectar una droga en particular o tiene una sensibilidad limitada para dicha droga o también si la orina está muy diluida o alterada, de modo que la concentración de droga en la orina sea menor del umbral de sensibilidad de la prueba.

Por otro lado, las pruebas dan a veces resultados positivos cuando la persona no está consumiendo drogas (falso positivo).

Por todo ello es imprescindible aplicar al menos un segundo método de detección que confirme y amplíe la información inicial proporcionada por el test rápido.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/drogas-de-abuso-metodos-de-screening/>
- <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/8249/4/T5masas.pdf>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/drogas-de-abuso-en-el-laboratorio-de-bioquimica-de-urgencias/>
- <https://www.indulab.uy/shop/product/14102085-columnas-spe-agilent-bond-elute-certify-1421#attr=5479,5480,5474,5475,5476,5477,5478>

Capítulo 410

EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LAS FUENTES NO ENCAPSULADAS Y LOS RIESGOS ASOCIADOS

ISABEL ROMERO RODRIGUEZ

ANDREA ROMERO PARADA

CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO

MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ

BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE

1 Introducción

Los estudios realizados hasta ahora determinan que, cuando el ser humano es expuesto a niveles altos de radiación, los tejidos sufren daños clínicamente identificables.

Los tipos de exposición que podemos encontrarnos en la actualidad son: interna, que es aquella que es provocada por fuentes incorporadas en el cuerpo humano; y externa, que es la causada por fuentes que se encuentran fuera del cuerpo humano.

Es por esto que hay una necesidad de someter a una normativa el uso de dichas fuentes y materiales radioactivos, con el objeto de conseguir la identificación de los riesgos asociados a la exposición, para así, conseguir eliminarlos.

Al hablar de fuentes radiactivas no encapsuladas, conocemos que el origen del riesgo radiológico se encuentra en la irradiación externa y la contaminación. Dado que dicha exposición, además de tener lugar en pacientes, se da también en los trabajadores expuestos, familiares y otros miembros del público, se deben dar unos procedimientos específicos para dichos grupos. Los riesgos radiológicos a los que estamos sometidos son: irradiación, contaminación personal (externa o interna), superficial, por vías de incorporación de radionucleidos directas o indirectas, dispersión del material radioactivo por derrame, fuego y explosión, entre otros. Es por ello que, tanto pacientes como familiares y todo el personal asistencial, donde nos encontramos incluidos los Técnicos en Imagen para el Diagnóstico, deben estar debidamente informados.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos radiológicos asociados a uso de fuentes no encapsuladas.
- Elaborar normativa y aplicarla para evitar riesgos ante la exposición a las fuentes no encapsuladas.
- Informar a todos y cada uno de los grupos de riesgo de exposición a la radiación ionizante.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 medicina nuclear emplea radioisótopos, como fuentes encapsuladas y no encapsuladas, con una finalidad médica de diagnóstico o de terapia. Se usan "in vivo" en los servicios de medicina nuclear o "in vitro" en los laboratorios de radioinmunoanálisis.

Hablamos de fuentes encapsuladas cuando nos referimos a aquellos materiales radiactivos herméticamente cerrados y sellados, que se encuentran dentro de un

contenedor de material no radiactivo. Por el contrario, las fuentes no encapsuladas son aquellas en las que no se puede prevenir la dispersión de las sustancias radiactivas.

Todo el personal que pertenezca a un servicio de radiología y esté expuesto a radiaciones ionizantes debe portar un dosímetro, porque estas radiaciones, a pesar de ser silenciosas, invisibles e indetectables, producen daños en los tejidos humanos.

El dosímetro es un instrumento portátil que permite medir o evaluar la dosis absorbida, la exposición o cualquier otra magnitud radiológica utilizando distintos procedimientos para realizar las mediciones de dichas dosis. A diferencia de los detectores de radiación, que sirven para medir la exposición puntual, estos miden la dosis de radiación de periodos de tiempo más largos (semanales o mensuales). Cuando hablamos de dosímetros debemos ser conocedores de los diferentes tipos de dosímetros que existen hoy en día en función de su utilización: dosímetro de bolsillo, de solapa, de mano, tipo pluma, etc.

Para cuantificar los daños nocivos en el organismo se utilizan unas magnitudes y unidades conocidas por todos los profesionales a nivel mundial.

Dosis absorbida mide la energía depositada sobre el órgano y la unidad de dosis de radiación absorbida es el Gray, cuyo símbolo es Gy.

Dosis equivalente es la dosis absorbida en un tejido u órgano según el tipo y calidad de la radiación, es decir, que mide el daño producido. Su unidad es el Sievert (Sv).

Dosis efectiva es la suma de las dosis equivalentes ponderadas en todos los tejidos y órganos del cuerpo, también se mide en Sv.

Un material radiactivo es, según la legislación española, cualquier material que contiene sustancias que emiten radiaciones ionizantes. Por lo tanto, cuando hablamos de sustancias radiactivas debemos tomar las medidas de protección oportunas.

La legislación española considera miembros del público, a efectos exclusivamente de su protección radiológica y con independencia de su relación laboral, a los individuos de la población, a excepción de los trabajadores que son expuestos por su profesión y de aquellos estudiantes que realizan prácticas, mientras se encuentren en su formación.

Protección radiológica es el conjunto de medidas utilizadas para proteger la salud de aquellas personas que están expuestas a radiaciones ionizantes y atenuar o solucionar sus efectos.

Seguridad nuclear es el conjunto de normas y prácticas que garantizan el control y funcionamiento de instalaciones nucleares o radiactivas sin riesgo indebido,

y el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) es el único organismo competente en materia de seguridad nuclear y protección radiológica en España y se encarga de controlar las dosis de radiación de los trabajadores para que no superen los límites establecidos.

Aquellos Trabajadores profesionalmente expuestos son toda persona que trabaja en presencia de las radiaciones ionizantes y que puede recibir más de un décimo de los límites de dosis fijados para los trabajadores.

Las radiaciones ionizantes son utilizadas en medicina tanto para diagnosticar como para tratamientos y terapias, donde se utiliza esa radiación con fines curativos o paliativos (equipos de rayos X, aceleradores, fármacos radiactivos).

Los Técnicos estamos sometidos a estos tipos de riesgo: irradiación y contaminación.

Riesgo por irradiación lo tiene cualquier persona u objeto que tenga proximidad a las fuentes de radiación encapsuladas o no encapsuladas y el riesgo de contaminación se produce generalmente con fuentes no encapsuladas, dándose algún caso de fuentes encapsuladas que perdieron la hermeticidad.

Teniendo en cuenta que además pueden producirse incidentes y accidentes en el día a día, como derrames en el manejo de los viales de residuos radiactivos que producen la contaminación de la zona de trabajo (superficie, pavimentos, etc.), del material de laboratorio, de la propia ropa de trabajo, equipos de detección y de los diversos aparatos que tengamos próximos. También, existe el riesgo de inhalaciones o ingestiones de aquellos productos radiactivos con los que trabajemos a diario, con la consecuente contaminación interna. En cuanto al riesgo que puede conllevar un incendio en las instalaciones, tendría lugar la contaminación ambiental correspondiente o el robo del material radiactivo. Por todo ello, debemos respetar al máximo y cumplir las normas básicas en protección radiológica con fuentes radiactivas no encapsuladas de baja actividad que nos marca el CSN. Estas son: Cuidar que las fuentes radiactivas permanezcan siempre en su sitio y que estén señalizadas, manejarlas con guantes desechables, utilizar bandejas desechables para proteger las superficies de trabajo no pipeteando con la boca. Tampoco se debería comer, beber, fumar y utilizar productos cosméticos en las zonas con materiales radiactivos, utilizar vitrinas con ventilación forzada. Finalizando con el lavado de manos después del trabajo con materiales radiactivos y ante un derrame accidental de material radiactivo, cuidar mucho la limpieza y la eliminación del material utilizado, puesto que es residuo radioactivo y siempre que sea posible hacer controles de contaminación de la superficie de trabajo, manos y ropa al finalizar la manipulación de fuentes radiactivas no encapsuladas. Existe un reglamento que diferencia las zonas de trabajo según su riesgo:

Zona bajo control del explotador considerada de poca importancia radiactiva, es la zona que se establece alrededor de una instalación nuclear o radiactiva de importancia y que se encuentra bajo el control del explotador de la instalación.

Zona de libre acceso hay poca probabilidad de superar 1/10 de los límites anuales de dosis fijados para los trabajadores expuestos y no está sometida a reglamentación por razones de protección radiológica.

Zona vigilada, con acceso reglamentado, donde es posible superar 1/10 de los límites anuales de dosis, pero improbable alcanzar los 3/10 de esos valores.

Zona controlada, existe una fuente de radiación ionizante, se puede recibir más de 3/10 de los límites anuales de dosis fijados para los trabajadores profesionalmente expuestos. Dentro de esta zona se encuentra la zona de permanencia limitada, en la que existe el riesgo de superar los límites anuales de dosis, y la zona de acceso prohibido, en la que es posible superar, en una única exposición, los límites anuales de dosis.

Zona protegida bajo control del explotador y en la que se proveen medios para proteger a la población en caso de accidente en la instalación.

5 Discusión-Conclusión

Es sabido que las radiaciones ionizantes son invisibles, pero los Técnicos en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear debemos tener presente los riesgos que conlleva la presencia de fuentes radiactivas en nuestro día a día, en cuanto a radiación y contaminación se refiere, pues estas son capaces de emitir radiaciones contaminantes indetectables para el ser humano.

Los límites de dosis anuales fijados en España, iguales a los adoptados por la Unión Europea, son de 100 miliSieverts acumulados en cinco años consecutivos, con un máximo de 50 miliSieverts cada año para los trabajadores profesionalmente expuestos, y de 1 miliSieverts por año para los miembros del público.

El Técnico en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear debe hacer uso por tanto de los dosímetros, para controlar así la dosis de radiación externa recibida por las fuentes radiactivas no encapsuladas. Tampoco debe dejar de lado las normas para la adquisición del material radiactivo, la recepción y su almacenamiento y transporte

6 Bibliografía

<https://www.ipb.csic.es/>

<https://www.ucm.es/>

<https://www.csn.es/glosario>

<https://www.ipb.csic.es/pdf/ManualRadioproteccion.pdf>

Reglamento de Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes. <http://csn.ciemat.es/MDCSN/>

Decreto 783/2001, de 6 de julio. BOE de 26 de julio de 2001. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/>

<https://csn.ciemat.es/MDCSN/>

Capítulo 411

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LOS ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

ISABEL ROMERO RODRIGUEZ

ANDREA ROMERO PARADA

CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO

MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ

BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE

1 Introducción

Un estudio radiológico útil es aquel cuyo resultado sea positivo o negativo, coadyuva modificando la conducta diagnóstica o terapéutica del médico o confirmando su diagnóstico.

La Sociedad Española de Radiología Pediátrica (SERPE) está formada por radiólogos con un especial interés en el diagnóstico por imagen en pediatría. Y junto a la Asociación Española de Pediatría (AEP) fomentan buenos hábitos en este campo y comparten objetivos comunes para la buena praxis que abarca un gran periodo en la vida del niño, desde el feto hasta la adolescencia.

Las tecnologías han experimentado grandes avances y en concreto esos avances han tenido lugar en estos últimos 30 años. Ello ha dado como resultado un aumento de pruebas diagnósticas que usan la radiación ionizante tanto en adultos como en niños, la exposición es particularmente preocupante en los niños, con la consecuencia sobre ellos de los efectos secundarios. Efectos secundarios que no se detectan a corto plazo. Precisamente, para evitar estas consecuencias, todos los profesionales actúan de acuerdo al principio de seguridad radiológica ALARA, el cual previene tanto la exposición innecesaria como la sobreexposición a la radiación ionizante. La radiación es difícil de comprender, puesto que estamos hablando de algo que no podemos ver, pero no por ello deja de tener la precaución al utilizarla.

2 Objetivos

- Conseguir una buena imagen con la menor dosis de radiación posible para que el médico pueda obtener el diagnóstico.
- Exponer y aplicar el protocolo ALARA.

3 Metodología

En la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, la búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, se han encontrado una amplia variedad de artículos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, reporte de casos y estudios multicentros.

4 Resultados

Los niños son más sensibles que los adultos a los efectos de las radiaciones ionizantes. El riesgo de manifestar los efectos a las radiaciones es mayor que en los adultos, debido a la mayor esperanza de vida.

Siempre que realicemos un estudio con radiación debemos aplicar el protocolo ALARA (corresponde a las siglas inglesas “As Low As Reasonably y Achievable”), es decir, aplicaremos la dosis más baja que nos sea posible, sin alterar la calidad de la imagen para poder obtener un buen diagnóstico. Los técnicos de Radiología

debemos conocer los tres principios importantes trabajando con fuentes de radiación y no debemos obviarlos.

Las estrategias están destinadas a aspectos importantes sobre la protección radiológica: justificación y optimización. La justificación significa que el examen está indicado, cuando un examen está indicado, el examen debe optimizarse, y se deben utilizar varias técnicas y parámetros, siendo conscientes de la dosis. En el caso de los niños, estos incluyen ajustes apropiados para la edad, minimizar el número de proyecciones y el tiempo de fluoroscopia, dosis apropiadas de radionúclidos, y minimizar los exámenes multifase de tomografía computada. Las nuevas técnicas, incluyendo las estrategias para la reducción significativa del ruido, posiblemente proporcionarán más oportunidades de reducir la dosis de radiación en exámenes de TC.

La radiación en dosis elevadas a bebés puede causar quemaduras temporales en la piel y caída del pelo, aunque la probabilidad es baja. La Fluoroscopia, los RX y la Tomografía utilizan radiación que incide en los niños al ser expuestos en la realización de una prueba, pero hay otras pruebas que no la utilizan, como son el ultrasonido por medio de la ecografía y la resonancia magnética nuclear (RMN). Deben evitarse las principales causas de mal uso de los estudios radiológicos:

- Repetición innecesaria de exámenes efectuados recientemente, en otro hospital o servicio de urgencia.

- Controles innecesarios antes que la enfermedad evolucione o mejore.

- Petición de exámenes inadecuados para un problema clínico específico.

Ante la duda del clínico es conveniente la interconsulta al radiólogo.

- Solicitud de exámenes radiológicos por presión de los familiares o razones sociales, sin existir razón clínica que los avale.

Actualmente, la evidencia científica no confirma la existencia de enfermedades como el cáncer en pacientes sometidos a pequeñas cantidades de radiación.

5 Discusión-Conclusión

He llegado a la conclusión que los pediatras y los médicos de urgencias que intervienen directamente en la prescripción de pruebas de imágenes con radiación ionizante, deben valorar la relación existente entre el riesgo y el beneficio de la prescripción de las imágenes, para así poder evitar riesgos mayores, ya que los técnicos por su parte, aplicarán el protocolo ALARA. No podemos obviar que la radiación en los niños puede ocasionar consecuencias irreparables.

Con la aplicación de ALARA, el técnico puede minimizar las consecuencias sobre los niños ante la exposición a radiación ionizante al realizar las pruebas prescritas,

aplicando los principios cardinales de la protección radiológica: tiempo, distancia y blindaje y además conseguir una buena calidad de imagen que permita el diagnóstico.

Se deben hacer un uso racionalizado de los estudios radiológicos y optar por las alternativas que no emiten radiación.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-riesgos-radiacion-imaginologica-ninos>

https://gracemontessorischool.es/radiacion-electromagnetica_y_ninos/

<http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/309>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proteccion-radiologica-al-paciente-pediatrico/>

Guía de práctica clínica para la solicitud de estudios de diagnóstico por imagen en pediatría. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Materno-Infantil. Las Palmas, 2019

Delgado O. Elementos de radiobiología humana. Efectos biológicos de las radiaciones ionizantes. ISP, 2019 https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082006000100008

Informativo para padres. Exploraciones con Rayos X en pediatría. Beneficios y precauciones. PEHSU-VALENCIA.

Capítulo 412

BACTERIURIA ASOCIADA AL CATÉTER DE LA SONDA VESICAL

PATRICIA GARCIA MUÑOZ

NATALIA POZA ALVAREZ

NEREA GRANDA ÁLVAREZ

1 Introducción

Las sondas vesicales son aquellas que deben de ser colocadas para drenar y recoger la orina de la vejiga, posteriormente se deposita en una bolsa de drenaje. Los motivos por los cuales se requiere la colocación de una sonda, pueden ser los siguientes:

- Cirugías
- Incontinencia o retención urinaria
- Otras afecciones, demencia, lesiones...

La colocación de la sonda puede ser por algo momentáneo o de forma permanente, siendo estas últimas las más susceptibles de sufrir infecciones por bacterias. Para ello debe realizarse una limpieza exhaustiva y diaria, a base de agua y jabón e incluso después de cada deposición, para evitar futuras infecciones.

Aun así, los pacientes con sondas, y sobre todo las de tipo permanente, tienen una alta predisposición a padecer una bacteriuria (presencia de bacterias en orina) e infecciones urinarias. Estas infecciones pueden derivar en síntomas leves o llegar a sufrir sepsis. Cuando se sospecha de una infección se procederá a tomar una muestra de la orina depositada y se llevará al laboratorio, donde se realizará un análisis bioquímico (sistemático y sedimento) y posteriormente un análisis

microbiológico, mediante el cultivo de la muestra de la orina en los medios específicos.

Mediante el análisis microbiológico se determinará la bacteria causante de esa infección, para posteriormente poder tratar al paciente con el antibiótico adecuado, y evitar así que el paciente sufra una sepsis.

2 Objetivos

Determinar la frecuencia y que bacterias son causantes de una infección urinaria en pacientes a los que se ha colocado una sonda vesical.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado como descriptores las palabras clave siguientes: sondas vesicales, bacteriuria, infecciones urinarias...

Una vez finalizada la búsqueda, se recopila toda la información obtenida y se realiza un análisis de la misma.

4 Resultados

Son muchos los pacientes que a lo largo de su vida, le tuvieron que colocar una sonda vesical, bien debido a algún problema momentáneo, como fue una cirugía, o en casos más graves tener que colocarles una sonda vesical permanente.

En cualquier caso, según varios estudios consultados, la probabilidad de desarrollar una bacteriuria importante es del 3 al 10%, de los cuales entre un 10-25% presenta síntomas de infección urinaria, y solo unos pocos llegan a desarrollar sepsis. En muchos casos se llega a producir una infección por sonda vesical, asintomática, eso quiere decir que los urocultivos son positivos, pero el paciente no presenta síntomas

Por eso es importante llevar a cabo, además de un análisis de la orina para determinar si hay presencia o no de bacterias, un control del paciente, para ver si presenta o no sintomatología compatible con una infección de orina.

En el caso de urocultivos positivos y según distintas fuentes, se han identificado las siguientes bacterias causantes de una infección urinaria:

- E. Coli, es la más común y la menos agresiva, aunque en algunos casos puede llegar a provocar infecciones sistémicas graves.
- Infección micótica, producida por las especies del género *Cándida*, en muchos casos se puede deber a una contaminación de la muestra, pero también puede ser debido a una infección del tracto urinario alto o bajo.

La que se encuentran con mas frecuencia: o *Candida albicans*: con una frecuencia 50-70% o *Candida glabrata* y *tropicalis*: con frecuencia 10-35%

- Como menos frecuentes, pero si más graves serían: o *Proteus*, bacteria ureolítica (hidrolizan la urea produciendo CO₂ y amoníaco) que provoca infecciones más graves sobre todo a nivel vesical. o *Corynebacterium Urealiticum*, bacteria multiresistente, de gran poder ureolítico y de crecimiento muy lento, de ahí que en muchas ocasiones no se diagnosticase una infección por esta bacteria, e incluso se la clasificase como contaminante.

5 Discusión-Conclusión

El padecer una infección bacteriana debido a una colocación de una sonda vesical puede suponer un grave problema si no se diagnostica a tiempo.

Por eso es fundamental, en primer lugar que la zona esté bien limpia manteniendo una higiene adecuada diaria, y en segundo lugar, si se sospecha que el paciente tiene infección, se debe realizar un diagnóstico rápido de la infección, mediante el análisis de la muestra de orina. Para ello se debe de realizar una adecuada recogida de la muestra que será transportado al laboratorio y así poder determinar cuál es la bacteria causante de la infección y tratar al paciente con el antibiótico adecuado.

6 Bibliografía

La información obtenida ha sido a través de diferentes estudios realizados y relacionados con el tema expuesto, realizando siempre una búsqueda exhaustiva de artículos, libros, tesis..., con cierta base científica.

Capítulo 413

ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO Y CLÍNICO DEL CLOSTRIDIUM TETANI

PATRICIA GARCIA MUÑOZ

1 Introducción

El tétanos es una enfermedad muy grave, causada por el bacilo *Clostridium Tetani*, llegando a provocar la muerte del paciente. De ahí se deduce que sea muy importante un diagnóstico rápido de microorganismo.

El trismus es un problema que consiste en la dificultad de abrir totalmente la boca debido a una contracción de los músculos masticatorios.

Este problema es el síntoma principal de la fase inicial de la enfermedad del tétanos.

El *Clostridium Tetani* es un bacilo grampositivo, anaerobio estricto, largo, fino y móvil. Cuando se desarrolla en el medio de cultivo correspondiente, se puede observar, que adopta una morfología muy característica que se denomina “en palillos de tambor”.

Este tipo de bacterias se encuentran principalmente en el suelo, polvo y tracto gastrointestinal del hombre y animales.

La toxina liberada por este bacilo, es la responsable de la enfermedad del tétanos. El riesgo de contraer la enfermedad se ve incrementada en el caso de heridas quirúrgicas, inyecciones intramusculares o subcutáneas, heridas uterinas post-parto..., ya que se trata de zonas donde las tensiones locales de oxígeno son más bajas y, por lo tanto, facilitan la germinación de este microorganismo.

La forma de actuación de la toxina, una vez dentro del organismo, es que se fija en el Sistema Nervioso Central, llega a través de los troncos nerviosos en

dirección centrípeta, llegando a bloquear los neurotransmisores inhibidores que suelen actuar sobre la motoneurona.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las técnicas microbiológicas y moleculares que son utilizadas para el diagnóstico de bacilo objeto de este estudio.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo, se ha llevado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Realizándose una búsqueda sistémica de artículos y libros donde se tratase el tema del cual nos estamos ocupando en este capítulo. Para ello se utilizan palabras clave como son: Tétanos, trismus, Clostridium tétani, microbiología.

Una vez que se finaliza la búsqueda, se hace una recopilación de toda la información obtenida.

4 Resultados

Para el análisis y diagnóstico de la bacteria, se realizarán una serie de cultivos de las lesiones (hisopo, biopsia o aspirado), en medios de cultivo específicos y diferenciales para este microorganismo. Aunque en realidad, con este método, el aislamiento del microorganismo, para luego seguir con su estudio, solamente se obtienen en porcentajes bastantes bajos.

La técnica más eficaz, a día de hoy, sería emplear técnicas de biología molecular, lo que hacen es analizar ácidos nucleicos y detectar, e identificar tanto microorganismos, como diferentes genotipos dentro de una misma especie y genes de resistencia al tratamiento farmacológico.

El proceso principal sería la extracción del ADN, para luego mediante la técnica de la PCR (reacción en cadena de la polimerasa), amplificar ese ADN, para ello se utilizan unos primers o cebadores (secuencias de ADN que delimitan la zona de amplificación, que tienen una longitud de 15-30 nucleótidos y son complementarios a la región del ADN que se quiere amplificar)

Para el caso que nos afecta, esta técnica, detectar si hay presencia o no de cepas de Clostridium tétani toxigénicas. Empleando primers (cebadores) que van específicamente dirigidos al gen que porta esa toxina.

En la mayor parte de los casos el diagnóstico de la enfermedad, suele ser clínico, ya que los síntomas que manifiestan los pacientes suelen ser muy claros y específicos, como es el caso del trismus.

Debido a la existencia de vacuna para esta enfermedad, también existen unos test rápidos para determinar la presencia o no de anticuerpos antitoxina. Se trata de unos dispositivos inmunocromatográficos que detecta la presencia de anticuerpos específicos IgG antitetánicos en sangre total. Un resultado positivo indica que la concentración de anticuerpos está cerca del punto de corte de 0,1 UI/mL.

5 Discusión-Conclusión

Una infección por *Clostridium tetani* puede resultar muy grave e incluso mortal. Hoy en día existe vacuna para este microorganismo. Aun así, en el caso de que algún paciente manifieste la enfermedad, es importante poder realizar un diagnóstico lo más rápido posible.

En la mayor parte de los casos, un diagnóstico clínico es suficiente para identificar la enfermedad y el microorganismo que la está provocando, pero en caso de presentar una sintomatología más leve se pueden recurrir a otro tipo de técnicas microbiológicas, como es el caso del cultivo de las lesiones u otras más efectivas como es el caso de técnicas de biología molecular (PCR) específicas para el *clostridium tetani*.

6 Bibliografía

La información obtenida ha sido a través de diferentes estudios consultados, realizando siempre una búsqueda exhaustiva de artículos, libros, tesis..., con cierta base científica.

Capítulo 414

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA OSTEOPOROSIS

ISABEL ROMERO RODRIGUEZ

ANDREA ROMERO PARADA

CRISTINA MARTÍNEZ ESCUDERO

MIRIAM LÓPEZ MARTÍNEZ

BEGOÑA ZAPATERO DE LA FUENTE

1 Introducción

La densitometría ósea es una prueba diagnóstica radiológica que utiliza radiación ionizante en dosis muy pequeñas, obteniendo de esta forma imágenes del interior de nuestro cuerpo, las cuales nos permiten cuantificar la masa ósea de los pacientes. Esto es debido a que los huesos que se someten a estudio absorben los rayos X. Normalmente, se realiza para diagnosticar osteoporosis y evaluar el grado deficitario de masa ósea que sufre el hueso.

La osteoporosis es considerada una enfermedad silenciosa que se da tanto en hombres como en mujeres y que aumenta con la edad. Aunque la mujer es más susceptible de sufrirla, debido principalmente a la deficiencia de calcio que puede tener su organismo por los embarazos y lactancia.

Las fracturas por osteoporosis conllevan un consumo bastante importante de los recursos sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud a través de FRAX facilita de forma gratuita una herramienta de consulta on line capaz de cuantificar el riesgo de fracturas en los pacientes. Esta herramienta es muy útil en el tratamiento de la osteoporosis en la población femenina y su objetivo es conocer la capacidad de predicción en la detección de la osteoporosis. Ante pacientes osteopénicos leves y con el índice de fractura bajo según el FRAX, los pacientes deberían someterse a la densitometría en el periodo de 5- 10 años, pero si la osteopenia está en grado avanzado, se debería realizar el estudio en el periodo de 1-2 años. Aunque es la llamada epidemia silenciosa del siglo XX por su frecuencia extraordinaria, no tiene mucha repercusión clínica, pero no por esto dejan de ser importantes los costes que generan las fracturas.

2 Objetivos

Dar a conocer el diagnóstico de la osteoporosis por parte del técnico de imagen

3 Metodología

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

4 Resultados

La osteoporosis es una enfermedad silenciosa, pero no por ello menos importante que otras, con una prevalencia elevada que puede llegar a ocasionar grandes cargas económicas para los gobiernos y la sociedad en general.

La densitometría es una prueba no invasiva que, en el siglo XXI, ha conseguido ser la técnica de alta precisión que determina la densidad ósea; no obstante, ante una prueba diagnóstica se debe informar el médico o al radiólogo:

- Si existiese posibilidad alguna de estar embarazada.
- Si se ha realizado recientemente una prueba con Bario o un TAC con contraste o radioisótopos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2050 habrá unos 6 millones de fracturas de cadera en el mundo por año, ocasionando como consecuencia una mayor demanda hospitalaria.

En la actualidad, se puede realizar con equipos de alta tecnología SXA, DXA, QTC y QUS. Todos ellos utilizan radiaciones ionizantes excepto la ecografía cuantitativa (QUS), que utiliza ultrasonidos. El método más utilizado, simple y no invasivo es la DXA, que no requiere ningún tipo de preparación especial. Un estudio precoz puede evitar fracturas de cadera, aplastamiento de vértebras, etc.

En la técnica DXA se estudia la columna lumbar y cadera izquierda normalmente, pudiendo realizarse también estudios de antebrazo, cuerpo entero o hacer medición de masa corporal.

Para el estudio lumbar habrá que colocar al paciente en decúbito supino, paralelo al eje longitudinal, y se le colocará un cojín debajo de las piernas para corregir la lordosis lumbar. En AP marcaremos el punto de inicio y acabado del barrido, que va desde D12-L5, ayudados del láser para poder centrar. Hay que palpar el apéndice xifoides y, aproximadamente 2 cm por debajo, nos encontraremos la D12; mientras que, de 2 a 4 cm por debajo de las crestas ilíacas, en L5.

El estudio de cadera es técnicamente más complicado, pues cualquier movimiento haría variar el resultado de la densitometría. El paciente estará también en decúbito supino, pero una de las piernas estará rotada hacia el interior unos 30°, teniendo lugar así la alineación del cuello del fémur, quedando este paralelo a la mesa y perpendicular al haz de rayos X. Realizar el barrido, resultando ser de vital importancia para el técnico visualizar la cabeza, el cuello femoral y el trocánter en su totalidad.

El resultado de la densitometría permite realizar una comparativa con individuos según los valores T y Z (absolutos y relativos) y cuantificar el grado de pérdida de masa ósea en: normal, osteopenia u osteoporosis. Para que la imagen que obtenga el técnico de rayos sea perfecta, permita el diagnóstico y no exista en ella ninguna distorsión de los cuerpos vertebrales lumbares, es importante avisar al paciente que procure no moverse, toser, etc.

Esta investigación tiene entre sus objetivos la revisión de la importancia en los conocimientos del técnico en cuanto a manejo de protocolos y eliminación de artefactos, asegurando con ello buena calidad de imágenes para un buen diagnóstico precoz.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar, he llegado a la conclusión que el técnico en Imagen para el diagnóstico y Medicina Nuclear juega un papel importante en la detección de la osteoporosis del paciente, y es por todo esto que debe ser parte del equipo de tratamiento, realizando unas pruebas con profesionalidad y sin artefactos, para conseguir así que la intervención del médico permita detectar la pérdida ósea y se puedan prevenir las fracturas.

El diagnóstico precoz ayudará tanto en la disminución de la elevada prevalencia como en disminución de las fracturas (su causa más común), además de solucionar el problema de salud pública y social.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000600003
<https://www.clubensayos.com/Ciencia/TECNICAS-DE-MEDIDA-DENSIDAD-OSEA/441311.html>
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5841621>
<https://www.radiologyinfo.org/es/info/dexa>
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/densitometria-osea>
<https://www.osteomedical.com.ar/tecnicas-densitometricas/>
<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/densitometria-osea/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-interpretacion-densitometria-osea-S1138359309000069>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000200005

Capítulo 415

FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO. ECOGRAFÍA CERVICAL PARA LA OBSERVACIÓN DE LA GLÁNDULA TIROIDES

VERONICA MARTINEZ MARTINEZ

HERMINIA GOMEZ GOMEZ

MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO

ANA MARIA BIELSA SANCHEZ

1 Introducción

La ecografía de cuello o ecografía cervical es un estudio que se realiza generalmente para la observación del estado de la glándula tiroides. Se indica a pacientes que previamente han realizado un análisis de tiroides para determinar los niveles de las hormonas T3, T4, TSH y anticuerpos tiroideos, y presentan algún valor fuera del rango normal.

El hipertiroidismo y el hipotiroidismo son los problemas de tiroides que habitualmente afectan al metabolismo y mediante la ecografía se pueden obtener imágenes de la glándula tiroides y también de las glándulas salivales y ganglios linfáticos.

La ecografía produce imágenes utilizando ondas sonoras, ultrasonido, que no son audibles, pero que permiten que se puedan observar claramente los órganos

y tejidos, incluso en movimiento, a través de la pantalla del ordenador en tiempo real. A diferencia de la radiografía, el ultrasonido no utiliza radiación ionizante, ya que se trata de ondas sonoras que al rebotar generan una imagen de gran calidad.

El técnico podrá observar durante la realización de este estudio, por ejemplo, si existen nódulos, quistes o si hay un agrandamiento anómalo de la glándula llamado bocio. Mediante el uso del transductor de ultrasonidos se registran las imágenes necesarias para la evaluación de la glándula.

2 Objetivos

- Exponer los pasos que debe seguir el técnico en radiología para la realización de la ecografía cervical en la observación de la glándula tiroides.
- Describir algunas de las imágenes que llegan al monitor mediante el transductor para que puedan ser interpretadas para un 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 se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para la realización de la ecografía de tiroides no es necesaria una preparación previa del paciente, solo se le pedirá que no utilice joyas ni vestimentas en la zona del cuello. Permanecerá en posición decúbito supino, es decir, recostado boca arriba sobre la camilla que se encuentra cercana al equipo de monitorización, ya que el técnico deberá desplazar el transductor de ultrasonidos conectado al mismo, aplicando previamente gel en el área de examinación.

En lo posible, se recomienda hiperextensión del cuello. Mediante este estudio se podrá visualizar la glándula tiroides que está ubicada en la parte delantera del cuello justo sobre la tráquea. Se dice que tiene forma de mariposa porque tiene dos lóbulos, a cada lado del cuello, conectados por un puente de tejido llamado istmo.

El técnico radiólogo deberá identificar la estructura de la glándula y si presenta anomalías. Muchas veces a simple vista puede verse el bocio o palparse un nódulo que será examinado y evaluado mediante la ecografía. Uno de los datos que serán tenidos en cuenta durante el examen es la consistencia de los nódulos que se encontrasen, ya que pueden revelar resultados.

Los nódulos pueden ser sólidos, mixtos (sólido-quístico) o quísticos. Los tumores malignos en general son sólidos y las lesiones quísticas raramente son malignas. Las imágenes que recibe el equipo de monitorización son en escala de grises, por eso es importante la ecogenicidad, es decir, la interpretación del haz ultrasónico que se traduce en imágenes dependiendo del retorno de los ecos que devuelve el sonido al equipo con mayor o menor cantidad de brillo.

Los nódulos sólidos hipoecogénicos (grises oscuros) con respecto a la glándula tiroidea suelen asociarse con malignidad. La presencia de un halo hipoecogénico alrededor de un nódulo se relaciona generalmente con lesiones benignas, aunque la presencia de un borde bien delimitado y liso puede indicar malignidad.

Por otra parte, mediante la ecografía también pueden ser visualizadas las llamadas calcificaciones en cáscaras de huevo que suelen ser frecuentes en bocios multinodulares. En estos casos es importante detectar el tamaño y cantidad para que luego puedan ser evaluados.

La vascularización también indica signos malignos o benignos. Si observamos una vascularización central en un nódulo probablemente sea maligno, mientras que si su vascularización es baja o nula es difícil que lo sea.

5 Discusión-Conclusión

Mediante la ecografía cervical es posible observar el estado de la glándula tiroidea y detectar la presencia de nódulos que según sus características podrían ser calificados como malignos o benignos. Las imágenes proporcionan información sobre la morfología general de la glándula, su posición, tamaño, forma, bordes y ecogenicidad.

Por lo tanto el técnico radiólogo debe tomar mediciones de los lóbulos derecho e izquierdo y la extensión del istmo y realizar un informe de su estado. En el caso de que se visualicen nódulos, calcificaciones o quistes, se procederá del mismo modo debido a que su estructura podría revelar signos fundamentales para el diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Ecografía de cuello (Ecografía de tiroides). Sociedad Chilena de Radiología. [Internet] [citado el 5 de abril de 2021] Disponible en: [https://www.sochradi. 1079 cl/informacion-a-pacientes/neurorradiologia-cabeza-cuello/ecografia-cuelloecografia-tiroides/#::text=La%20ecograf%C3%ADa%20o%20ultrasonido%20de,los%20ganglios%20linf%C3%A1ticos%20\(adenopat%C3%ADa\).](https://www.sochradi.cl/informacion-a-pacientes/neurorradiologia-cabeza-cuello/ecografia-cuelloecografia-tiroides/#::text=La%20ecograf%C3%ADa%20o%20ultrasonido%20de,los%20ganglios%20linf%C3%A1ticos%20(adenopat%C3%ADa).)
2. Ecografía. Medline Plus. [Internet] [citado el 4 de abril de 2021] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/ecografia/>
3. Ecografía tiroidea y cervical. [Internet] [citado el 4 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.radiewcare.com/ecografia-tiroidea-y-cervical/>
4. Ultrasonidos de la tiroides. [Internet] [citado el 4 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=us-thyroid#::text=Ultrasonido%20de%20la%20tiroides,u%20otros%20ex%C3%A1menes%20por%20im%C3%A1genes>

Capítulo 416

REALIZACIÓN DE UNA ANGIO RESONANCIA DEL POLÍGONO DE WILLIS POR PARTE DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO

HERMINIA GOMEZ GOMEZ

VERONICA MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO

ANA MARIA BIELSA SANCHEZ

1 Introducción

Polígono de Willis o círculo arterial de la base del cerebro es una estructura con forma de heptágono que se encuentra en la base del cerebro.

Está formado:

- 2 arterias cerebrales posteriores.
- 2 arterias comunicantes posteriores.
- 2 arterias cerebrales anteriores.
- 1 arteria comunicante anterior.

Este polígono se encuentra en la fosa interpeduncular en la base del cerebro. Está formado por la unión entre dos arterias carótidas internas y dos arterias vertebrales.

Las funciones del polígono de Willis son importantes, ya que a través de este polígono fluye la sangre que irriga a un gran territorio cerebral. También permite el aporte de sangre a ambos hemisferios cerebrales. En ocasiones esta estructura vascular puede resultar dañada por un traumatismo o por un aneurisma privado del aporte sanguíneo al cerebro.

Se puede incluso perder funciones mentales como también la capacidad motora. La angio resonancia magnética del polígono de Willis permite obtener imágenes de las arterias cerebrales a través de ondas de radiofrecuencia.

Se utiliza principalmente para la valoración de la afectación de las arterias carótidas que irrigan al cerebro, patología vascular periférica, evaluación de las arterias que irrigan a un determinado tumor antes de una intervención quirúrgica, estudio de malformaciones congénitas en general.

2 Objetivos

Describir la angioresonancia magnética nuclear del polígono de Willis por parte del técnico especialista en 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

Cuando el paciente acude al servicio de radiodiagnóstico, se le debe de realizar un cuestionario de seguridad para conocer los antecedentes médicos previos. Una vez realizado este cuestionario, se le proporcionará una bata hospitalaria y deberá de retirar cualquier objeto radiopaco de la zona anatómica a estudio.

El paciente se colocará en decúbito supino de manera que la cabeza es la primera en entrar al gantry. El centraje se realizará desde la calota hasta el manubrio esternal. Se le podrá ofrecer al paciente protectores auditivos como también para los ojos. Debemos usar una antena de cráneo para la realización de este estudio.

Podemos usar almohadillas para la correcta inmovilización del paciente. Se pueden hacer dos tipos de localizadores de secuencia, uno es el Eco Gradiente, 864 donde se obtienen imágenes en los tres planos del espacio o una secuencia Phase Contrast donde vemos en escasos segundos los vasos, con sangre blanca. Si no disponemos de la secuencia Phase contrast, el técnico de rayos deberá de saber cuáles son los márgenes para colocar nuestros cortes. Se realiza una secuencia en 3D TOF, donde el límite superior lo marca la arteria peri callosa y por la parte inferior la arteria basilar.

El técnico especialista en radiodiagnóstico deberá de colocar una banda de saturación en la parte superior para evitar que se visualicen los vasos sanguíneos. Se suelen obtener una batería de imágenes del orden de 300 imágenes con las cuales se puede realizar un MIP (proyección de máxima intensidad) del polígono de Willis.

La duración de la prueba es aproximadamente de 20 a 60 minutos. Puede alargarse debido a artefactos cinéticos del paciente. También puede ser necesario la administración de un contraste yodado hidrosoluble para resaltar la zona anatómica.

5 Discusión-Conclusión

La angioresonancia magnética del polígono de Willis es una prueba diagnóstica con excelente calidad diagnóstica, con escaso riesgo para el paciente. Este tipo de prueba no utiliza radiación ionizante como el TAC, por lo tanto, el único riesgo es si el paciente porta algún objeto metálico.

Gracias a esta prueba se pueden obtener diagnósticos y tratamientos eficaces. El único inconveniente que tiene esta prueba es el tiempo que permanece inmóvil el paciente, ya que puede moverse y puede alargarse el estudio.

El estudio del polígono de Willis proporciona gran ayuda a los médicos radiólogos para el posterior tratamiento de la patología que presenta este paciente a nivel cerebral. Puede ser necesaria una cirugía reparadora una vez realizada la resonancia magnética.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%ADrculo_arterial_cerebral.
2. <http://protocolosresonanciamagnetica.org/2017/01/07/poligono-de-willis/>.
3. <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2015/arm153c.pdf>.

4. Rivas D, Huertas MA, Rodríguez H. Variantes anatómicas del Polígono de Willis, Estudio de 307 casos. Instituto de Ciencias Neurológicas del Perú. Rev Perú Neurología 2000;6:46-49.
5. De Silva KR, Silva R, Amaratunga D, et al. Types of the cerebral arterial circle (circle of Willis) in Sri Lanka Population. BMC Neurology 2011;11:5.
6. F. Martínez. Variaciones del sector anterior del polígono de Willis. Correlación anatómo-angiográfica y su implicancia en la cirugía de aneurismas intra craneanos. Neurocirugía Uruguay 2004;15:578-589.

Capítulo 417

REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE ARTERIAS PULMONARES POR PARTE DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO

MARÍA DOLORES COTILLAS NAVARRO

ANA MARIA BIELSA SANCHEZ

VERONICA MARTINEZ MARTINEZ

HERMINIA GOMEZ GOMEZ

1 Introducción

El TAC es una prueba diagnóstica que utiliza radiación ionizante para la obtención de imágenes del interior del cuerpo humano.

Este equipo permite obtener imágenes transversales o axiales pero también cabe destacar, que este equipo permite la obtención de imágenes en cortes sagitales y coronales. También permite usar reconstrucciones tridimensionales que ayudan al radiólogo visualizar de forma prácticamente real el alcance de la lesión o de la patología.

Gracias al avance de la tomografía axial computarizada (TC o TAC), se han podido realizar infinidad de estudios, como el TAC de arterias pulmonares. La arte-

ria pulmonar se divide en dos arterias que van una a cada pulmón. Es decir, el corazón envía sangre a los pulmones a través de estas arterias.

Un TAC de arterias pulmonares es una prueba diagnóstica que utiliza radiación ionizante para la visualización de estas arterias y además al paciente se le introduce un contraste yodado hidrosoluble para resaltar las arterias pulmonares.

Generalmente, los escáneres que se utilizan para este tipo de pruebas son de alta resolución, lo que significa que permite la realización de cortes más finos con unos intervalos de corte de 0,1 mm a 0,3 mm, lo cual proporcionan una alta calidad diagnóstica, con una dosis de radiación inferior.

2 Objetivos

- Examinar las arterias pulmonares para el diagnóstico de un tromboembolismo pulmonar (TEP).
- Describir las pruebas diagnósticas de las arterias en general en la unidad de radiología.

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 paciente acude al servicio de radiología donde se le practicará la prueba. Una vez que ha llegado, deberá facilitar sus datos. Una vez rellenados, el técnico especialista en radiodiagnóstico le proporcionará un cuestionario de seguridad donde se le preguntará si padece algún tipo de reacción a los medios de contraste, alteraciones renales como hipertensión renal, alergia al yodo.

Se le explicará qué riesgos tiene la prueba y en el caso de que se le introduzca un material de contraste, el técnico especialista en radiodiagnóstico le advertirá que podrá tener ganas de orinar, calor en la zona de inyección y sabor metálico, que todo esto es una sensación y no es ningún efecto adverso.

Hay que cerciorarse de que el paciente ha entendido y comprendido toda la información que le hemos explicado. En el caso de que el paciente sea una mujer en edad fértil se le preguntará si cabe la posibilidad de estar embarazada. Una vez que acceda a la sala del TAC, se le pedirá al paciente que se desvista y se le proporcionará una bata hospitalaria.

Todas las joyas, objetos metálicos deberán ser retirados debido a que una vez que realizamos el estudio la imagen aparecerá artefactada y no es válida y, por lo tanto, habría que repetir esa imagen. Una vez vestido con la bata hospitalaria, el personal de enfermería cogerá una vía al paciente, la cual será conectada a la bomba de inyección automática, la cual introduce el contraste.

El personal de enfermería deberá de colocar los electrodos para la monitorización del corazón. Este paso es fundamental para sincronizar la exploración con los latidos del corazón. El paciente se coloca en decúbito supino con los brazos por encima de la cabeza. El centraje del topograma que vamos a realizar se hace desde ápices pulmonares hasta el diafragma.

Es posible que, durante la prueba, el técnico especialista en radiodiagnóstico le mande al paciente llenar el pecho de aire y aguantarlo durante unos breves segundos. Se realizarán cortes de 10mmx10mm y en el caso de que sea un TAC helicoidal multicorte se harán cortes de 5 mm y para una reconstrucción de 1x5mm. Una vez realizada la prueba, el técnico especialista en radiodiagnóstico visualizará las imágenes para ver que se han obtenido correctamente.

Cabe destacar que la adquisición de imágenes se obtiene con ventanas mediastínicas y pulmonares. Una vez comprobadas las imágenes, se avisará al facultativo radiólogo para la visualización de las imágenes. El facultativo nos podrá pedir que le realicemos un estudio complementario con el TAC.

Una vez terminado todo el proceso de adquisición de imágenes, se le explicará al paciente que beba agua para eliminar todo el contraste.

5 Discusión-Conclusión

La angiotomografía es una prueba diagnóstica muy útil para la valoración y diagnóstico de enfermedades, con escasas reacciones adversas para el paciente. Gracias a estas pruebas los pacientes tienen una alta posibilidad de supervivencia.

El TAC es una prueba que dura pocos segundos y con poca radiación. Los pacientes sometidos a esta prueba, obtiene un diagnóstico fiable y gracias a ello un tratamiento eficaz para su patología.

Cabe mencionar que no todos los hospitales tienen un TAC de última generación, por lo tanto, este tipo de pruebas se deben de realizar en hospitales especializados

en los cuales se disponga de estos equipos de última generación.

6 Bibliografía

1. https://es.wikidia.org/wiki/Arteria_pulmonar.
2. RadiologyInfo.org.
3. <https://scielo.conicyt.cl>
4. Melero, M. J. (2009). Estado actual de la hipertensión arterial pulmonar. Insuficiencia cardíaca, 4(1), 23-26.
5. Grupo de trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial Pulmonar de la Sociedad Europea de Cardiología. (2005).
6. Matheus, M. C., Sandoval Zarate, J., Cortés, J. L. C., Guerra, M. L. M., Pulido, T., Lever, A. P., ... & Ramón, M. C. (2000).
7. Fava, M., Loyola, S.,
& Meneses, L. (2005). Tromboembolismo pulmonar con compromiso hemodinámico

Capítulo 418

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO ANTE LA RECOGIDA, TRANSPORTE Y PROCESAMIENTO GENERAL DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

GONZALO VÁZQUEZ QUILES

ANA MARIA PERTA HOGNOGIU

JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO

VERÓNICA OCAÑA PARADA

IRENE GIRÓN CANO

1 Introducción

En primer lugar, debemos saber que la tarea principal de la microbiología clínica es identificar los factores etiológicos de las infecciones y determinar la susceptibilidad a ciertos agentes antibacterianos; Por lo tanto, una estrecha colaboración y una comunicación abierta entre el médico y el técnico de laboratorio especialista (TEL) son fundamentales para obtener los mejores resultados clínicos.

Cualquier información de diagnóstico proporcionada por el servicio de microbiología depende de la muestra recibida, saber que la muestra fue recolectada, recolectada o enviada incorrectamente determinará la probabilidad de que un patógeno no se recupere, error en el diagnóstico e incluso tratamiento inadecuado. paciente. Por lo tanto, debe entenderse claramente que la parte más importante del análisis microbiológico es la recolección de una muestra apropiadamente representativa y el pronto envío de esa muestra al Servicio de Microbiología para su inspección inmediata o mantenimiento en buenas condiciones. Hoy en día, la automatización de los laboratorios y la gran cantidad de métodos de alta velocidad utilizados hacen que los diagnósticos microbiológicos se caractericen por la precisión y rapidez necesarias para obtener una información clínica consistente y de calidad, sin olvidar la información clínica relevante para la TEL, con el fin de aplicar métodos de diagnóstico más eficaces. Los pasos más importantes a considerar cuando se manipulan muestras microbiológicas son:

1. Muestreo:

Cada laboratorio de microbiología debe elaborar un manual claro y conciso sobre las normas de toma y transporte de muestras, que debe estar a disposición de todos los profesionales que puedan solicitar alguna muestra para análisis microbiológicos. El muestreo se puede diseñar para pruebas de rutina y automatizadas, o para pruebas rápidas. Los sistemas automatizados solo pueden cultivar muestras líquidas, ya sea directamente o a través de un líquido portador. Los recipientes que se utilicen para la recogida dependerán de la muestra que se tome y siempre se recomienda que el volumen sea el mayor posible y provenga de la zona más llena de pus. Los procedimientos de muestreo se realizarán de la forma más aséptica posible y, si es posible, antes de la administración de antibióticos. Al recolectar muestras para análisis, las pruebas más utilizadas, además de las pruebas frescas y de tinción, son: inmunocromatografía (ICT), inmunofluorescencia, aglutinación, inmunoensayo enzimático (ELISA) y método PCR en tiempo real. y PCR multiplex); Estos métodos pueden requerir requisitos especiales (transporte y almacenamiento de muestras) dependiendo de los métodos disponibles en cada laboratorio.

2 Objetivos

Conocer todas las fases desde la recogida de la muestra hasta su procesamiento dentro del laboratorio en este caso de Microbiología por el Técnico Especialista en Laboratorio, a fin de reducir lo máximo posible cualquier error causado en el procesamiento, manejo, transporte y toma de la muestra evitando con ello errores

en el diagnóstico de la enfermedad del paciente y evitando también incluso un tratamiento al enfermo inadecuado.

3 Metodología

Se consultaron las siguientes bases de datos y buscadores: Medline, Scielo, PubMed, Google Académico, Dialnet y Spanish Medical Index. Se utilizaron los siguientes descriptores: laboratorio de microbiología, manipulación, transporte y procesamiento de muestras biológicas:

- Criterios de inclusión: se utilizaron los siguientes documentos: artículos, textos que contengan información relacionada con el tema en cuestión y libros científicos, excluyendo cualquier documento que no contenga el texto completo o información desactualizada. - Criterios de exclusión: identificar aquellos documentos que no cumplen los requisitos de inclusión, aquellos cuyos documentos se encuentran duplicados y aquellos cuyo acceso a la información está vinculado a una suscripción o a una tarifa para acceder a ellos.

4 Resultados

Este capítulo es enfocado a proceso de los pasos que se siguen hasta que obtienen las muestras para poder analizar. Un buen conocimiento de todos los pasos y procedimientos que debe seguir un técnico de laboratorio calificado (TEL) en un laboratorio de microbiología al recolectar, almacenar, transportar, recibir y manipular muestras microbiológicas ayudará a garantizar que los resultados proporcionados por el servicio de microbiología sean significativos. , precisa y muy precisa. Esto requiere que todas las muestras microbiológicas que ingresan al laboratorio de microbiología se recolecten, transporten y recolecten adecuadamente para optimizar la interpretación y el análisis. No hay que olvidar que la interpretación y precisión de los resultados microbiológicos depende en gran medida de la calidad de las muestras y de su manipulación en el servicio de microbiología. Recientemente se han desarrollado dispositivos automatizados para el cultivo de especímenes, se ha incrementado el número de métodos de inmunodiagnóstico mostrados, se han profundizado métodos para la detección de antígenos bacterianos, virales, parasitarios y fúngicos, así como métodos de biología molecular y proteómica. La interpretación de los resultados microbiológicos depende en gran medida de la calidad de las muestras obtenidas en el laboratorio para su análisis, y el manejo adecuado de las muestras es fundamental para un buen diagnóstico microbiológico. El equipo clínico y los factores etiológicos pueden determinar el

tipo de muestra a enviar, el método de muestreo, transporte, almacenamiento y manipulación. No hay que olvidar que gracias a la información clínica del paciente, el laboratorio de microbiología y los técnicos de laboratorios pueden utilizar con mayor eficacia los métodos diagnósticos disponibles. Por lo tanto, es sumamente importante una estrecha relación entre los especialistas de laboratorio y los médicos responsables del paciente, quienes participan activamente en el proceso de diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

5 Discusión-Conclusión

Una buena información y formación al personal Técnico Especialista en el Laboratorio (TEL) y al resto de personal sanitario implicado en esta acción y una buena y fluida comunicación entre ellos es la clave dentro de la microbiología clínica para identificar el agente etiológico de una infección y determinar la susceptibilidad ante determinados antimicrobianos que servirá para realizar un buen diagnóstico de la enfermedad incluso un buen tratamiento al enfermo sin olvidar que la interpretación y el rigor de los resultados microbiológicos siguen dependiendo de la calidad de las muestras y el procesamiento de ellas dentro del servicio de microbiología.

6 Bibliografía

1. Seguridad en el laboratorio de Microbiología Clínica. Procedimientos en Microbiología Clínica, número 10, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, (2000).
2. Baker, R.G., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. JAMC, 170, 1678-86.
3. Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med, 324, 370-6.
4. E. Loza Fernández de Bobadilla, P. Alomar Cardell, A. Bernal Zamora, A. Harto Castaño, J.L. Pérez Sáenz, J.J. Picazo de la Garza, et al.
5. Gadea E, Guardino X, Rosell MG. NTP 500: Prevención del riesgo en el laboratorio: elementos de actuación y protección en casos de emergencia. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 1998.

Capítulo 419

TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS EN LABORATORIO DE LA INFERTILIDAD MASCULINA

GONZALO VÁZQUEZ QUILES

ANA MARIA PERTA HOGNOGIU

JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO

VERÓNICA OCAÑA PARADA

IRENE GIRÓN CANO

1 Introducción

Existen varias pruebas de laboratorio referentes a la fertilidad masculina que generalmente se realizan a un hombre cuando la pareja lleva un año o más buscando un embarazo.

El estudio más común es el seminograma o espermiograma que consiste en analizar la calidad del semen. Sin embargo, otros estudios como el test hormonal, el cariotipo y el análisis de hibridación “in situ” fluorescente (FISH, por sus siglas en inglés) ayudan a conocer las causas de la infertilidad y, como consecuencia, encontrar el tratamiento más adecuado.

Para la realización de estas pruebas se necesitará una muestra de semen, una extracción de sangre o, incluso, una biopsia testicular. En el caso del seminograma

es muy importante que la muestra sea tomada por el paciente siguiendo detalladamente las indicaciones para que sea válida para su análisis. En general, es imprescindible una abstinencia de entre 2 y 7 días, que se recoja la totalidad del volumen eyaculado en un recipiente estéril y que se lleve al laboratorio antes de que pase una hora de su intención. No se podrán analizar muestras que estén derramadas o incompletas.

En el caso de estudios que se llevan a cabo mediante análisis de sangre se tendrá en cuenta la historia clínica del paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Presentar algunos de los estudios que se pueden realizar en un laboratorio a varones por problemas de infertilidad.

Objetivo secundario:

- Explicar los parámetros de laboratorio en el seminograma como prueba frecuente de fertilidad masculina.

3 Metodología

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

4 Resultados

El seminograma es el análisis básico del eyaculado que debe realizarse con una muestra fresca y en el que se valorará su volumen, su pH, su densidad, el número de espermatozoides móviles y su morfología, y también la cantidad de leucocitos presentes.

En 2010, la Organización Mundial de la Salud publicó un manual donde se indican los valores normales en los parámetros básicos del semen. Según esos valores un seminograma normal debe tener un pH de entre 7,2 y 8; el volumen con valores por encima de 1,5 ml; una concentración superior a 15 millones de espermatozoides por cada ml de esperma; la cantidad de espermatozoides debe ser de

39 millones por eyaculación como mínimo; los espermatozoides móviles progresivos deben superar el 32%; el 4% de espermatozoides debe tener una morfología normal y el 58% deben estar vivos; y debe tener menos de un millón de leucocitos por cada mililitro de semen.

Las anomalías que pueden demostrarse mediante el seminograma son: hipospermia, cuando la cantidad de semen es menor a 1,5 ml; azoospermia, es decir, la ausencia de espermatozoides; oligozoospermia, menos de 39 millones de espermatozoides en el eyaculado; astenozoospermia, cuando los espermatozoides con movilidad progresiva son menos del 32%; teratozoospermia, con más de un 4 % de los espermatozoides morfológicamente anómalos; necrozoospermia, cuando más de un 42% de los espermatozoides no están vivos; y leucospermia, cuando se hallan más de un millón de leucocitos por mililitro, que suele indicar una infección.

Se recomienda que este análisis se realice más de una vez con una diferencia de aproximadamente dos meses para confirmar el diagnóstico, ya que la producción de espermatozoides puede ser alterada por diferentes factores como infecciones, tabaco, calor, entre otros.

El análisis hormonal suele indicarse ante un seminograma anómalo para determinar las causas de sus parámetros. La testosterona, la hormona folículo estimulante, la hormona luteinizante o la prolactina pueden alterar la calidad y cantidad de espermatozoides.

El estudio del cariotipo se realiza mediante análisis de sangre y consiste en analizar si existe alguna alteración, numérica o estructural, que pueda causar la infertilidad.

5 Discusión-Conclusión

Si bien existen diferentes estudios que se llevan a cabo en el laboratorio para definir el tratamiento que debe seguir el varón en caso de infertilidad, el seminograma es el primer estudio que se realiza. Se considera que un seminograma es normal cuando los parámetros coinciden con los valores definidos por la Organización Mundial de la Salud en 2010.

Respecto al seminograma, es fundamental que el paciente siga las instrucciones atentamente para la toma de la muestra y que la muestra sea analizada en tiempo y forma para que no pierda su calidad y, de esta manera, evitar resultados erróneos.

6 Bibliografía

1. Pruebas de fertilidad en el hombre: ¿cuáles son y en qué consisten? [Internet] [citado el 5 de mayo de 2021] Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/pruebas-en-la-infertilidad-masculina/>
2. ¿Qué es un seminograma y un espermiograma?

Capítulo 420

EL TÉCNICO DE LABORATORIO ANTE EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE ANEMIAS FERROPÉNICAS

GONZALO VÁZQUEZ QUILES

ANA MARIA PERTA HOGNOGIU

JUAN RAMON MARTÍNEZ NIETO

VERÓNICA OCAÑA PARADA

IRENE GIRÓN CANO

1 Introducción

Vamos a hablar de una de tantas funciones que tiene estos profesionales de la salud, y de los cuales si no fuera por ellos, no tendríamos la información que tenemos, sobre tantas enfermedades. Los técnicos de laboratorio analizan la sangre en los laboratorios clínicos para realizar diversas pruebas e identificar a los pacientes por diversos signos y síntomas clínicos. No siempre son fáciles de notar o identificar, pero el más evidente en los síndromes anémicos es una disminución de los valores de hemoglobina (Hb) o hematocrito (Hct) dos o más por debajo del promedio en un paciente correspondiente. Edad, sexo e incluso prioridad por condición. Además del cansancio que muchas veces acompaña las actividades diarias del paciente. Los laboratorios también destacan otros parámetros muy específicos, como la reducción de la masa de glóbulos rojos, donde el oxígeno no

puede llegar a las células de todo el cuerpo. Sin embargo, una fuerte caída en el hematocrito o la hemoglobina de su valor anterior puede indicar anemia. Se puede observar un aumento del volumen plasmático en casos como el embarazo y la insuficiencia cardíaca. En bebés y niños, por el contrario, los valores cambian con el tiempo, es decir, con la edad. Finalmente, la principal causa de anemia es la deficiencia de hierro.

2 Objetivos

Exponer las diferentes pruebas de laboratorio utilizadas para el diagnóstico de las anemias, en este caso, anemias ferropénicas y clasificar también los posibles resultados que dan lugar a la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos científicos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y verificadas.

4 Resultados

Diagnosticar el tipo de anemia es bastante importante, que estamos estudiando requiere análisis de sangre y evaluación de varios parámetros requeridos por un hematólogo. Las siguientes pruebas están disponibles en los laboratorios de diagnóstico clínico y es necesario para saber qué tipo de diagnóstico y tratamiento llevar a cabo:

- Tabla de sangre: Es una tabla de hemogramas que muestra la cantidad y variación de componentes en la sangre, marcando las siguientes pruebas:
- Hemoglobina y Hematocrito: recuento de glóbulos blancos. - Recuento de reticulocitos: análisis de sangre (MCV, ADE y CHCM). Recuento de plaquetas: morfología de los glóbulos rojos. Pruebas para evaluar el estado del hierro: Una batería de pruebas para evaluar el metabolismo del hierro y la presencia de este parámetro en los pacientes. Espacio funcional: Sangre de hierro. CSP. % de saturación de transferrina. Protoporfirina eritrocítica libre. Receptor de transferrina soluble. Depósitos de ferritina sérica. Hemosiderina en médula ósea. Ensayo terapéutico: en este ensayo, se administró sulfato

ferroso en dosis terapéuticas (3-6 mg/kg/día) para evaluar más la respuesta eritropoyética. Hematograma: un cuadro de conteo sanguíneo completo que muestra los conteos y cambios de los constituyentes de la sangre, centrándose en las siguientes pruebas: Hemoglobina y hematocrito: conteo de glóbulos blancos. Recuento de reticulocitos: parámetros hematológicos (MCV, ADE y MCHC). El hierro es un elemento químico esencial para todos los organismos vivos y se requiere para muchas funciones metabólicas importantes. Estudiar el metabolismo del hierro puede ser complicado en algunos casos, como en pacientes con enfermedades crónicas, ya que los biomarcadores responden a la inflamación. En los últimos años, los laboratorios clínicos han añadido nuevos biomarcadores a los biomarcadores utilizados tradicionalmente para mejorar su contribución al diagnóstico y seguimiento de la deficiencia de hierro.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con la importancia del buen diagnóstico de la enfermedad, que debe ser supervisado y facilitado a través del facultativo correspondiente, ya que la función del técnico de laboratorio se limita a analizar las muestras y proporcionar un resultado veraz tras realizar dichas pruebas correspondientes. Se emiten recomendaciones para estos biomarcadores en relación al diagnóstico y manejo del paciente ferropénico.

El contenido total de hierro de un individuo sano se mantiene entre 3,5 a 4 g en la mujer y de 4 a 5 g en el hombre. Puede considerarse que el hierro en el organismo se distribuye en tres grandes compartimentos: funcional, depósito y transporte del mismo.

6 Bibliografía

1. Bastos Oreiro M. Anemia ferropénica: Tratamiento [Internet]. Scielo.isciii.es. 2021 [cited 11 May 2021]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000100010
2. Anemia ferropénica – Hematología y oncología – Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2021 [cited 11 May 2021]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/anemias-causadas-por-deficiencia-de-la-eritropoyesis/anemia-ferrop%C3%A9nica>.

Capítulo 421

EL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN PROCEDIMIENTOS RADIOGRÁFICOS BUCODENTALES EN HOSPITALES

CAROLINA RUIZ CAMPALLO

NOELIA IGLESIAS SILVA

ELSA CHAIGNEAU TOMAS

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

ALEJANDRA SERRANO MOYA

1 Introducción

La radiología dental se basa en el uso de los rayos X (clasificada como radiación ionizante) emitidos por equipos específicos para el diagnóstico y seguimiento de los estudios odontológicos, donde se necesita valorar la pieza dental completa o su ausencia, sus posiciones con respecto al resto de piezas dentarias, así como el estudio y diagnóstico de quistes, tumores, asimetrías y la valoración del desarrollo del complejo maxilofacial. La elección del tipo de estudio más adecuado en radiología dental depende varios factores: cobertura y resolución de cada técnica, enfermedades detectables con cada examen y exposición relativa del paciente. Según dicta el Comité Científico de Naciones Unidas sobre los Efectos de la Radiación Atómica, las exposiciones médicas a radiaciones ionizantes comprenden

actualmente la mayor fuente artificial de irradiación a la población mundial. Los procedimientos de radiología dental son el tipo de estudio radiológico más frecuente, aunque las dosis individuales son pequeñas.

Sabemos que las radiaciones ionizantes pueden producir efectos adversos en la salud de los seres vivos. Estos efectos de las radiaciones ionizantes se clasifican en dos categorías principales, según el daño biológico: las reacciones tisulares o efectos deterministas que se producen como resultado de la muerte celular. Los correspondientes a la segunda categoría, se conocen como efectos estocásticos y son el resultado de mutaciones celulares.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán definir conceptos asociados a la protección radiológica en los procedimientos de radiología dental.

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.

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 físicas 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 propone 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

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.

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.

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

Hidalgo, A., Theodorakou, C., & Horner, K. (2013). Protección radiológica en tomografía computarizada Cone-Beam en odontología.
Pubmed

Capítulo 422

EL HIGIENE BUCODENTAL Y LOS PACIENTES CON SÍFILIS ORAL

CAROLINA RUIZ CAMPALLO

NOELIA IGLESIAS SILVA

ELSA CHAIGNEAU TOMAS

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

ALEJANDRA SERRANO MOYA

1 Introducción

La sífilis congénita suele ocurrir en los estadíos primarios de la infección en una gestante contagiada y/o debido a sífilis no tratada. Es la que se produce por el contagio de madre a hijo mediante la placenta o el canal del parto. Normalmente, el bebé no presenta síntomas, en alguna ocasión puede aparecer erupción cutánea en las palmas de las manos y de los pies. Posteriormente, es cuando puede aparecer sordera, deformidades en los dientes (dientes de Hutchinson) y en la nariz (en forma de "silla de montar").

El tratamiento de elección para la sífilis es la penicilina en todas sus fases y en alergias a la penicilina se usarán los betalactámicos (doxiciclina y ceftriaxona). Si se trata a tiempo, cura de forma sencilla sin dejar secuelas. Cuando no se trata a tiempo puede ocasionar patologías graves (problemas circulatorios, parálisis, ceguera, demencia, trastornos del sistema neurológico) e incluso la muerte.

Es fundamental el diagnóstico precoz para proceder a su tratamiento y así evitar daños irreparables.

El hecho de haber contraído sífilis y haberse curado no implica que se haya creado inmunidad porque se puede volver a contraer.

Se caracteriza por una llaga indolora que puede aparecer en los genitales, el recto, los labios o la boca. En los órganos sexuales aparecen unas úlceras llamadas "chancros" sifilíticos y en la piel del cuerpo unas manchas rojas. Puede llegar a causar lesiones en el sistema nervioso, en el aparato circulatorio y en el sistema neurológico. Las llagas aparecen por donde la sífilis entró en el cuerpo, duran 2-3 semanas y desaparecen, reciban tratamiento o no.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán destacar la importancia del diagnóstico en fases tempranas de un paciente con sífilis oral para evitar su progresión, su contagio y los efectos indeseados que puede producir en las fases tardías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 sífilis puede manifestarse en la boca como una úlcera solitaria en el labio y más raramente en la lengua o en el paladar. En hombres es más frecuente en el labio superior y en la mujer en el labio inferior. Se trata de úlceras eritematosas y profundas, color púrpura o marrón, con bordes sobre elevados e irregulares y acompañadas de adenopatías. Aunque, con menos frecuencia, también puede afectar a faringe y a amígdalas. Es necesario establecer un diagnóstico diferencial con otras lesiones ulcerosas orales.

A continuación se describe la descripción de las etapas de la sífilis a nivel oral:
-Periodo de incubación de 2-3 semanas tras el cual surge la sífilis primaria.

- Sífilis primaria. Se manifiesta como un chancro sifilítico oral, indurado y no purulento e indoloro y de curación espontánea. Puede haber presencia de adenopatías. En esta fase se produce la diseminación sistémica y si no se trata en esta fase se desarrolla la sífilis secundaria.
 - Sífilis secundaria. Surge a la 2-12 semanas tras el primer contacto con el organismo y/o 4-6 semanas tras aparecer la lesión primaria. En esta fase aparecen gran variedad de signos y síntomas que la hacen difícil de distinguir clínicamente de otras patologías. Las lesiones son más extensas y variadas. Predominan lesiones en el paladar duro, comisuras labiales, encías, mucosa yugal, amígdalas y faringe. Las lesiones son en forma de parches mucosos y lesiones maculopapulares. El diagnóstico en esta fase solo se puede llevar a cabo mediante pruebas serológicas. Después de esta fase se produce un periodo de latencia durante el cual el paciente no muestra ningún signo de infección.
 - Sífilis terciaria o tardía. Se desarrolla en pacientes no tratados después de alguna de las etapas anteriores y presenta complicaciones a largo plazo. Se puede manifestar desde un 1 año después de la infección inicial o hasta 25-3 años después. Las lesiones en esta fase son granulomatosas e indoloras, se conocen como "gomas sifilíticas" y pueden aparecer en piel, mucosas y sistema esquelético y/o visceral.
- A nivel oral se pueden encontrar:
- Goma sifilítica en paladar duro y lengua.
 - Leucoplasia sifilítica en dorso lengua.
 - Neurosífilis en forma de neuropatía trigeminal.
 - Parálisis facial.
 - Tabes dorsal por degeneración de las neuronas sensoriales.

5 Discusión-Conclusión

La sífilis es una enfermedad infecciosa bacteriana que cursa con buen pronóstico si se practica un diagnóstico temprano y se establece un tratamiento adecuado. En este caso, las lesiones se resolverán con éxito. Las lesiones orales más frecuentes de sífilis oral son las ulcerosas, principalmente en labios (sífilis primaria), placas mucosas en paladar (en sífilis secundaria), gomas sifilíticas y lesiones leucoplasias de la lengua (en sífilis terciaria) y Tríada de Hutchinson (por sífilis congénita). Es muy importante establecer un diagnóstico diferencial con otras lesiones orales que se presentan en forma de úlcera indurada y asintomática. Es fundamental la realización de una correcta historia clínica y recordar que se trata de una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO).

6 Bibliografía

www.scielo.org

Pubmed

Capítulo 423

EL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA HIGIENE EN LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA EN LOS HOSPITALES

CAROLINA RUIZ CAMPALLO

NOELIA IGLESIAS SILVA

ELSA CHAIGNEAU TOMAS

ESTEFANIA DÍAZ LOZANO

ALEJANDRA SERRANO MOYA

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

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer los cuidados bucodentales que necesitarán los pacientes de medicina intensiva, así como los factores a tener en cuenta.

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.

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 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 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.

5 Discusión-Conclusión

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.

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.

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

Capítulo 424

RADIOTERAPIA: GLIOBLASTOMA

ANA MOLAS MARCOS

MARIA FELIPE GOMEZ

1 Introducción

El glioblastoma es un cáncer generado en el cerebro, en las células de soporte del tejido cerebral. Estas células son denominadas astrocitos, encargadas de proporcionar soporte a las neuronas. Este tipo de cáncer es de rápido crecimiento y agresividad.

Este tipo de tumores pueden surgir a cualquier edad, pero son más frecuentes en edad adulta. Pueden ser tumores primarios, originados por las células que forman las diferentes estructuras del cerebro, o bien pueden surgir por metástasis, que ha diseminado de otra localización distinta al cerebro. Los más frecuentes suelen ser los glioblastomas metastásicos.

Los síntomas son variados, desde cefaleas persistentes, somnolencia, vómitos, pérdida de fuerza, dificultad para hablar, visión borrosa, convulsiones, hemorragias, entre otros.

Hasta el día de hoy no se conoce una causa concreta de la aparición de los glioblastomas, un pequeño porcentaje tiene antecedentes familiares. Existen enfermedades cerebrales que son predisponentes a padecer este tipo de cáncer.

Estos tumores se pueden clasificar de varias formas, ya sea por el grado de crecimiento o por el sistema de gradación utiliza una escala de I a IV.

Según el grado de crecimiento:

- Grado bajo: crecimiento lento.
- Grado medio: crecimiento moderado.
- Grado alto: crecimiento rápido.

Según la escala:

- Grado I: tumor benigno.
- Grado II: se designan como bajo grado.
- Grado III: tumor maligno anaplásico, de grado medio.
- Grado IV: glioma de grado alto.

El diagnóstico se realiza a través de diferentes técnicas:

- Pruebas de imagen: resonancia magnética, tomografía computarizada. Se puede añadir el PET con contraste para una mejor precisión del tipo de tumor.
- Biopsia.
- Análisis de plasma

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es conocer en profundidad un tratamiento con Radioterapia, en este caso del glioblastoma, así como conocer la incidencia, los primeros síntomas, su clasificación y diagnóstico, los factores de riesgo, las complicaciones, la prevención que han de tener, etc.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 usaron los siguientes descriptores que a continuación se enumeran: glioblastoma, radioterapia externa, tipo de tratamientos, síntomas y signos.

4 Resultados

El glioblastoma presenta dificultades a la hora del tratamiento, ya que a veces no puede curarse. Los tratamientos pueden reducir la velocidad de la evolución del cáncer y sus signos y síntomas.

Los tratamientos para este tipo de cáncer son diversos. Generalmente, la cirugía es el principal tratamiento cuyo objetivo es obtener tejido tumoral para su posterior diagnóstico y planificación del tratamiento, extirpando la mayor cantidad tu-

moral posible para tener menos síntomas por la masa tumoral. Para determinadas afecciones o localizaciones se realiza una biopsia en sustitución de la cirugía.

Tras la cirugía o biopsia, se administra Radioterapia externa cinco días a la semana, variando el número de sesiones en cada caso. Hay diferentes formas de radiación convencional, tratando de manera local el tumor y protegiendo las zonas sanas que lo rodean, las más utilizadas son las siguientes:

- Radioterapia de intensidad modulada (IMRT): los haces de radiación son moldeados con la forma y tamaño del tumor.
- Radioterapia guiada por imagen (IGRT): en el momento del tratamiento utiliza tecnología de imagen para comprobar la posición exacta de la lesión tumoral.
- Radiocirugía estereotáctica (SRS) y radiocirugía estereotáctica fraccionada (FSRS): administra dosis altas de radiación con gran precisión en un tumor localizado de pequeño tamaño, en una sola sesión o de manera fraccionada.

La Quimioterapia se administra para glioblastomas recién diagnosticados conjuntamente con la radiación externa. Muchos oncólogos radioterápicos aconsejan que tras administrar el ciclo de quimioterapia se traten seguidamente con radioterapia externa, minimizando el tiempo lo máximo posible entre un tratamiento y otro para reducir el efecto radiosensibilizador.

Los fármacos de quimioterapia utilizados para los tratamientos de glioblastomas son fármacos citotóxicos que destruyen las células tumorales, y los fármacos citostáticos usados para alterar el comportamiento del tumor, ya que cambian el tejido dentro y fuera de él.

5 Discusión-Conclusión

Tras el tratamiento de Radioterapia administrado al paciente se debe realizar un seguimiento para medir si ha sido eficaz y controlar la recidiva del glioblastoma. El seguimiento se realiza mediante una exploración de dos o a seis semanas tras la radioterapia en un primer momento, y se repite cada dos o tres meses durante el siguiente año. Después el médico establecerá el seguimiento más apropiado para cada paciente.

Las recidivas de los glioblastomas pueden ser tratados. Si el paciente presenta un buen estado de salud general y las características del tumor, lo permiten podría volver a pasar por una segunda cirugía. Si un ciclo de radioterapia convencional solo se puede administrar una vez, podría recibir radiación estereotáctica tras la radiación convencional.

6 Bibliografía

- CUN, Clínica Universidad de Navarra (www.cun.es).
- American Brain Tumor Association, ABTA (www.abta.org).

Capítulo 425

PRUEBA DEL DÍMERO D

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El dímero D es un fragmento de proteína que se produce a partir de un coágulo sanguíneo de fibrina.

Normalmente, los coágulos sanguíneos comienzan a descomponerse lentamente después de formarse, y este proceso libera el Dímero D en la sangre.

Al Dímero D se le conoce también como Fragmento Dímero D o Fragmento de Degradación de la Fibrina.

El tubo que utilizamos para determinar esta prueba es el del tapón azul, el del citrato de sodio (3,5 – 3,8). Se le añaden unas 9 partes de sangre por una de solución de citrato. Actúa por fijación del calcio. Este es el anticoagulante de elección para estudiar la VSG y la coagulación.

El orden de su extracción de sangre, es el tercer lugar, después de los hemocultivos, que es el primero y de los tubos sin aditivos (tapón rojo), en segundo lugar. El llenado del tubo debe ser con la cantidad que marca, porque un llenado inferior de sangre diluye la muestra respecto la muestra y, por tanto, el resultado es inválido; al contrario, si el llenado es superior, los valores son erróneos, por dilución del citrato respecto de la muestra.

Plaquetas: Pequeñísimas células de la sangre encargadas del proceso inicial de la coagulación, es decir, que sirven para taponar las venas o arterias cuando aparece un pequeño orificio.

Fibrina: Proteína que participa en la formación de coágulos de sangre en el cuerpo. Se elabora de la proteína fibrinógeno y ayuda a detener el sangrado y sanar las heridas. En algunas ocasiones, las sustancias del tipo de fibrina se pueden encontrar en cantidades más elevadas de lo normal en la sangre y la orina de los

pacientes con algún tipo de cáncer u otras afecciones. Podemos decir, que la fibrina es un tipo de marcador tumoral.

Coágulo de sangre: Masa de sangre que se forma cuando la fibrina, las plaquetas y otras células se pegan entre sí.

Trombo: Coágulo de sangre que se adhiere a la pared de un vaso sanguíneo.

Émbolo: Cuando se mueve por el torrente sanguíneo y bloquea el flujo de la sangre hacia la otra parte del cuerpo.

Trombosis Venosas Profunda (TPV): Coágulo sanguíneo que se forma en una vena profunda en el cuerpo. Cuando la vena se inflama se denomina tromboflebitis. Cuando una trombosis venosa profunda se desprende puede llegar a los pulmones, y originar una embolia pulmonar, un infarto o un derrame.

2 Objetivos

Dar a conocer la prueba del dímero D.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las principales bases de datos como son:

SciELO, Pubmed, Google Scholar, Medline, de las que he ido recopilando datos y artículos científicos relacionados con el tema del capítulo desarrollado.

4 Resultados

El resultado del Dímero D es específico para un producto particular de la degradación de la fibrina. El análisis positivo es indicativo de que el coágulo de fibrina se ha producido y está siendo degradado (fibrinólisis por plasmina).

Las técnicas de realización son:

1. Técnica de enzoinmunoensayo (ELISA). Técnica de muy alta sensibilidad y valor diagnóstico, pero no es recomendable para un laboratorio de urgencias porque no es rápida, ya que tarda horas en su determinación. Según los estudios tiene una sensibilidad del 96 – 100% y una especificidad del 40 – 45%.
2. Técnica ELISA con fluorescencia (ELISA rápido). Es una modificación del método ELISA que en su paso final añadimos detección de inmunofluorescen-

cia. El valor diagnóstico es parecido al método de ELISA, pero este es individual y más rápido (unos 15 minutos).

La necesidad de analizadores específicos es un pequeño inconveniente.

3. Inmunoturbidimetría (Aglutinación en Látex). Es una aglutinación entre el Dímero D presente en la muestra y las partículas de látex que están recubiertas de anticuerpos monoclonales. Es una técnica más empleada en la actualidad, porque tiene una gran sensibilidad y una alta correlación con las anteriores técnicas, y además tiene una serie de ventajas como su rapidez (de unos 7 – 10 minutos), la posibilidad de analizar muestras individualmente y la capacidad de su adaptación a los diferentes tipos de coagulómetros empleados diariamente en los laboratorios de urgencias. Los valores para esta técnica de sensibilidad son del 96 – 99,5% y de especificidad del 35 – 45%.

4. Técnica de Aglutinación en sangre total. Es una técnica que dan los resultados rápidos

(menos de 5 minutos), resultados cualitativos, los da a pie de cama, y solo precisa la obtención de una muestra de sangre capilar. Tienen una sensibilidad del 75 – 87% y una especificidad del 65 – 75%.

5 Discusión-Conclusión

Si los niveles de los resultados son bajos o normales, significa que el paciente probablemente no tiene ningún trastorno de la coagulación de la sangre.

Si los niveles de los resultados son elevados, significa que el paciente tiene un trastorno de la coagulación de la sangre, pero no señala donde tiene el coágulo ni qué tipo de trastorno de la coagulación tiene. Además, los niveles elevados del Dímero D no son siempre problemas de la coagulación. Otras causas de niveles elevados de Dímero D incluyen un embarazo, una enfermedad cardíaca o una operación reciente, o el covid - 19.

6 Bibliografía

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/fibrina> <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/coagulo-de-sangre> <https://medlineplus.gov/spanish/deepveinthrombosis.html>
https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/167,d_dimer_ES
<https://core.ac.uk/download/pdf/13312451.pdf>

Capítulo 426

LINFOMA DE HODGKIN

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

LINFOMA: Es un cáncer que se desarrolla en los glóbulos blancos, que son los neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos y linfocitos, del sistema linfático.

Los síntomas que pueden aparecer son:

- Aumento de los ganglios linfáticos en cuello, axilas e ingle.
- Pérdida inexplicable de peso.
- Fiebre.
- Sudoración nocturna.
- Fatiga.
- Pérdida del apetito.
- Tos o dificultad para respirar.
- Dolor en el abdomen, pecho o huesos.
- Abdomen hinchado.
- Dificultad para respirar o tos.

El sistema linfático incluye: una red de pequeños canales similares a los vasos sanguíneos que hacen circular un líquido (la linfa); y los órganos linfoides primarios (medula ósea) y los órganos linfoides secundarios (bazo y ganglios linfáticos).

Se diferencia dos tipos principales de linfomas:

- Linfoma de Hodgkin (HL).
- Linfoma de no Hodgkin (NHL).

Y cada uno de ellos tienen varios subtipos.

La enfermedad de Hodgkin es un tipo de linfoma.

Los linfomas difieren en la forma en que se comportan, su propagación y la respuesta al tratamiento. El tipo de linfoma se determina examinando algunas de

las células cancerosas bajo un microscopio. Cuando está presente unas células anormales que se denominan Célula de Reed – Sternberg y Células de Hodgkin, y el linfoma lo clasificamos como Linfoma o Enfermedad de Hodgkin.

Cuando no están presentes estas células, el cáncer lo denominados Linfoma de no Hodgkin.

La afectación de esta enfermedad suele afectar más a los adultos jóvenes que a las personas mayores de 55 años. También suelen afectar a personas con un síndrome de inmunodeficiencia adquirida, como es el SIDA, y estos pacientes necesitan tener un tratamiento especial. Los niños que padecen la Enfermedad de Hodgkin se trata de manera diferente que a los adultos.

2 Objetivos

Dar a conocer el linfoma de Hodgkin.

Exponer el tratamiento consistente en eliminar las células del Linfoma de Hodgkin como sea posible y alcanzar la remisión de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultados artículos en las principales bases de datos como son: Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline, seleccionando artículos científicos relacionados con el tema del capítulo que se está desarrollando.

4 Resultados

Los pacientes con la Enfermedad de Hodgkin suelen presentar un proceso localizado que se dividen posteriormente a estructuras linfoides contiguas; cuando se dividen los tejidos no linfoides puede provocar la muerte del paciente.

En primer lugar, los enfermos suelen comenzar con un conjunto de ganglios linfáticos aumentados de tamaño, duros, e indoloros.

Suelen aparecer en el cuello de los pacientes estas adenopatías; y más del 70% de los pacientes empiezan la enfermedad con otro tipo de adenopatías, que son linfadenopatías superficiales. Y esto es debido a que estas linfadenopatías no suelen

ser dolorosas, la detección del paciente suele llegar un poco tarde, hasta que los ganglios linfáticos tienen ya un tamaño muy grande.

El 50% de los pacientes suelen comenzar con otro tipo de adenopatía, que son adenopatías mediastínicas. Para la detección de estas adenopatías lo hacemos mediante una radiografía de tórax.

Los ganglios que afectan la enfermedad de Hodgkin suelen ser de tipo axilar y se diferencia de los del Linfoma de no Hodgkin en que sus ganglios son centrífugos y afectan a la zona epitroclear.

Los pacientes entre el 2 – 5% que presentan adenopatías o tejidos afectados por la Enfermedad de Hodgkin suelen ser dolorosas tras beber alcohol, o ser personas que consumen diariamente alcohol (personas alcohólicas).

Los ganglios linfáticos cuando aumentan de tamaño pueden ser muy variables. La mayor parte de los pacientes que comienzan con la Enfermedad de Hodgkin casi no presentan síntomas o tienen muy pocos síntomas relacionados con la Enfermedad.

Algunos pacientes puede que tengan fiebres nocturnas que van acompañadas de sudoración, y este cuadro clínico suele tener una duración de unas semanas y seguirse con intervalos sin fiebres.

Podemos destacar otro síntoma importante como la pérdida de peso superior al 10%.

Estos tres síntomas, la fiebre, la sudoración y la pérdida de peso los clasificamos como la sintomatología B.

También tenemos que destacar más síntomas como son: la fatiga, el malestar y la debilidad.

En el 10% de los pacientes suele aparecer un picor generalizado.

La sintomatología local es anormal. Algunos pacientes, a veces, comienzan como primer síntoma de la enfermedad la obstrucción de la vena cava superior.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico diferencial es semejante al que se explica en el Linfoma de no Hodgkin.

Las adenopatías que son persistentes durante 4 a 6 semanas y con un diámetro mayor a 1 centímetro se debe de hacer una biopsia.

Para un buen diagnóstico de la Enfermedad de Hodgkin se debe de realizar una biopsia que tenga gran cantidad de tejido y así poder hacer un buen examen macroscópico de la muestra que tenemos que analizar.

Las muestras para hacer las biopsias se toman de los ganglios linfáticos. La muestra la tiene que tomar el facultativo que está a cargo del paciente y la tiene que hacer en una sala totalmente estéril para evitar la contaminación, ya que son muestras muy delicadas. Antes de empezar a tomar la muestra hay que desinfectar el área de la zona donde va a hacer la punción con los antisépticos necesarios y dejar la zona totalmente limpia. La punción se hace con punción de aspiración de aguja fina.

Es muy importante destacar que el tratamiento y pronóstico de la Enfermedad de Hodgkin depende de diversos factores como: la edad, los marcadores bioquímicos y hematológicos, etcétera, mientras que en el Linfoma de no Hodgkin el tratamiento y el pronóstico depende principalmente del subtipo histológico.

6 Bibliografía

- http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822007000200008
- <https://www.radiologyinfo.org/es/info/lymphoma>
- <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-hodgkin/acerca/que-es-enfermedad-de-hodgkin.html>
- http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822011000100006

Capítulo 427

TINCIÓN KINYOUN

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Técnica de coloración que se usa para teñir los parásitos ácidos – alcohol resistente y las bacterias. A esta técnica la consideramos una modificación de la Tinción de Ziehl – Neelsen, pero tiene unas diferencias a la hora de su preparación, que son: en preparación del reactivo principal y no se usa calor.

COCCIDIOS INTESTINALES: Son parásitos del Phylum Apicomplexa y forman parte de los generos *Cryptosporidium*, *Cystoisospora* y *Cyclosporas*.

Las bacterias como micobacterias atípicas *Mycobacterium tuberculosis* y *leprae* y *Nocardias* sp, y los parasitos como *Cryptosporidium parvum*, *meleagridis*, *felis* y *muris* y *Cyclospora cayetanensis* usan la tinción de Kinyoun.

Cryptosporidium spp: Es un parásito intracelular, causante de diarreas que afecta a las células epiteliales del sistema respiratorio y sistema digestivo.

Se pueden detectar diferentes especies de este parásito, unas 13 especies, de las que destacamos *C hominis* y *C parvum* las más frecuentes que suelen infectar el ser humano.

Destacamos como principal síntoma la diarrea, y es de tipo acuosa, pero no presenta ni sangre ni mocos en las heces.

Tampoco suele venir acompañada de fiebre y la duración de esta diarrea suele ser larga. Se suele intensificar cuando comemos alimentos.

Alrededor del 50% de los pacientes que tienen VIH cuando presentan infecciones o síntomas intestinales tienen más probabilidad de morir.

Las estadísticas dicen que en el 2015 fueron causa de muerte en 1,8 millones de personas que padecían VIH, ya que se les complicó la enfermedad.

Alrededor del 55% de los cuadros clínicos de las diarreas graves se estima que es responsabilidad del *Cryptosporidium* spp.

El examen del *Cryptosporidium* se hace mediante la detección de los quistes en las heces. Se puede emplear las técnicas de Tinción de Kinyoun o la de PCR. En la Tinción de Kinyoun es la más rápida, económica y accesible comparada con las otras técnicas. Esta técnica tiene un 98% de especificidad y sensibilidad.

2 Objetivos

Dar a conocer los usos de la técnica Kinyoun para teñir parásitos ácido-alcohol resistentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline, seleccionando artículos científicos relacionados con el tema del capítulo desarrollado.

4 Resultados

La preparación de la Tinción es sencilla:

1. Se extiende la muestra en un portaobjeto, y se deja secar al aire para después fijarla con calor o metanol.
2. Después se cubre el porta durante 3 o 5 minutos con Fucsina, y se enjuaga con agua destilada.
3. Luego se decolora con Ácido Alcohol durante un minuto, y se le enjuaga con agua destilada.
4. Y, por último, se cubre con Azul de Metileno durante un minuto, y se le enjuaga con agua destilada.
5. Se le deja secar y se observa al microscopio óptico de campo claro a 10X para enfoque y a 100X para su análisis.
6. Se considera Positivo cuando existe presencia de estructuras quísticas de color escarlata.

Para la preparación de esta técnica la muestra que se necesitan son heces que estén bien conservadas al frigorífico o en formol – acetato y en un recipiente

adecuado para su análisis.

Este recipiente debe de ser de boca ancha, seco, estéril, limpio y con tapa hermética, para que la muestra no se contamine.

No se puede mezclar la muestra de heces con la orina, talcos, cremas o sustancias desinfectantes, así que hay que tener mucho cuidado al recogerla.

Coger una cantidad necesaria para su examen tanto macroscópico como microscópico.

En los bebés o personas que utilizan pañales, hay que ponerle el pañal al revés, y en la parte de la uretra le colocamos un poco de algodón; después se recoge la muestra de heces en un bote estéril, porque las muestras que vengan en pañales no son aceptadas.

Y por último, cuando se tenga recogida la muestra se lleva al laboratorio lo más rápido posible y si no se puede llevar en ese instante se guarda en el frigorífico y evitando la luz.

5 Discusión-Conclusión

El facultativo puede valorar la tinción de dos maneras, o bien que la tinción sea negativa, o bien que la tinción sea positiva.

- Cuando el facultativo la considera como NEGATIVA, es porque no hay presencia de quistes, pero no hay que considerarla totalmente NEGATIVA. Es recomendable que se vuelva a tomar tres muestras consecutivas del paciente para poder validar el resultado como NEGATIVO.

- Cuando el facultativo la considera como POSITIVA, es porque si hay presencia de quistes, y si además el paciente presenta sintomatología, el facultativo validaría que tiene el parásito.

Hay que destacar la experiencia en el ámbito laboral del facultativo a la hora de observar tinciones en el microscopio.

La Prueba del Antígeno Fecal es una prueba rápida de tipo ELISA, que sirve para diagnosticar el *Cryptosporidium*, y así ya tienes el resultado con más fiabilidad.

6 Bibliografía

- <https://www.lifeder.com/tincion-de-kinyoun/>
- https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000200179
- <http://www.gastrolabperu.com/userfiles/cms/examen/documento/coccidias.tincion.de.kinyoun.pdf>

Capítulo 428

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LAS LESIONES DE PARTES BLANDAS EN RADIOLOGÍA SIMPLE

PILAR CALLEJA BUZÓN

MERCEDES NAVARRO GARRIDO

ANA ROSA PALACIOS ROZALEN

MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ

MARÍA CEBRIÁN DÍAZ

1 Introducción

Las masas de tejidos blandos son entidades clínicas frecuentes; se dividen en lesiones benignas, malignas y no neoplásicas.

Los tumores benignos tienen un potencial de crecimiento limitado; no invaden estructuras adyacentes, aunque la fibromatosis agresiva suele ser localmente invasiva.

Los tumores malignos son localmente invasivos; invaden músculos, ligamentos, huesos y también tienen la capacidad de producir metástasis, generalmente pulmones o ganglios.

Las lesiones no neoplásicas incluyen fascitis nodular, hematoma y osificación heterotópica.

Los parámetros que se utilizan para intentar determinar el carácter benigno o maligno de la lesión son, en primer lugar, la localización, que no suele ser útil, salvo en el caso de los miomas elásticos situados entre la escápula y la pared torácica, y produce una respuesta de fricción más bien que la aparición del propio tumor.

Las lesiones de partes blandas son aquellas localizadas en piel, tejido celular subcutáneo, músculos, y tendones. Su estudio tiene que ser exhaustivo y sistemático. Consta de varios elementos: historia clínica, exploración física, pruebas de imagen y biopsia. Es fundamental conocer la edad, antecedentes familiares, personales, traumáticos, el tiempo de evolución de la lesión y su desarrollo, así como su localización.

Podemos clasificar las lesiones en: lesiones sin aparente agresividad y lesiones agresivas. Las lesiones sin aparente agresividad se caracterizan por estar bien definidas, encapsuladas, homogéneas, con ausencia de reacciones inflamatorias, ausencia neovascularización y las lesiones agresivas se caracterizan por ser irregulares, mal definido, profundos, heterogéneos y con presencia de reacción inflamatoria/neovascularización.

2 Objetivos

Conocer la semiología de las lesiones de partes blandas en radiografía simple y saber identificarlas mediante las pruebas a realizar por el técnico de radiología

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

Tras la búsqueda bibliográfica realizada, a la hora de diferenciar origen óseo o de partes blandas ante una lesión existen unas líneas generales, en las que podemos decir que casi siempre un tumor de partes blandas se iniciará en la periferia del hueso, teniendo su epicentro en la corteza externa, su dirección de expansión

será desde la cortical, no tendrán reacción perióstica y su tamaño será grande con pequeña lesión ósea.

En el caso de tumor óseo primario ocurrirá generalmente al contrario, el epicentro se situará en el centro del hueso, la cortical será divisible hacia tejidos blandos, la reacción perióstica estará presente y existirá destrucción ósea significativa con menor afectación de tejidos blandos. Hay que insistir en que esto solo son generalidades, dado que la línea entre un tipo de lesión y otra a veces puede ser muy estrecha.

En cuanto a la semiología radiológica de las lesiones de partes blandas, a la hora de valorar las lesiones en radiología simple debemos fijarnos en las variaciones de densidad y observar las simetrías y asimetrías fundamentalmente. En radiología simple, las variaciones de la densidad son las más comunes en las partes blandas, principalmente por aumento de la misma, ya sea por matriz o cuerpos extraños.

- Aumento matriz: Aumento de densidad- Matriz:

Es relativamente frecuente en las partes blandas, bien de forma parafisiológica, como son las calcificaciones vasculares de la ateromatosis, o como resultado de calcificaciones distróficas, calcinosis o metastásicas. Las calcificaciones de matriz condral serán puntiforme o en racimos (condrosarcoma) mientras que las de matriz ósea serán algodonosas den cavidad medular y partes blandas (osteosarcoma).

Por tanto, el aumento de matriz se produce mediante calcificación (pudiendo ser benignas o malignas) y osificación, que veremos más adelante.

Calcificación: Benignas (miositis, flebolitos, parasitosis) o malignas (matriz cartilaginosa):

- Calcinosis.

- Distrófica.

Osificación:

- Aumento de densidad por cuerpos extraños. Pueden generar pequeños focos de densidad variable en las partes blandas. Estos pueden ser de diferentes orígenes (madera, tejido, cristal, metal, etc.).

- Otras densidades: Las alteraciones por disminución de la densidad son consecuencia de la presencia de acúmulos grasos o de gas.

- Aire: cuando se producen accidentes quirúrgicos o intervenciones recientes, se pueden originar fistulas en la piel e infecciones causadas por microorganismos que generan gases en reacciones de degradación de proteínas.

- Grasa: Los acúmulos grasos, a su vez, pueden deberse a: infiltración, con presencia de grasa en el interior de otros tejidos, como ocurre en la atrofia muscular;

lipomatosis, o aumento exagerado y focal del contenido de grasa en zonas donde ya es habitual encontrarla; o tumores con contenido graso (lipomas, teratomas, liposarcomas).

- Valorar simetrías. Las variaciones del tamaño o la forma de las partes blandas se detectan mediante comparación contralateral en radiología simple, aunque no siempre es fácil. Tienen múltiples causas y no deben confundirse con los aumentos focales de volumen de origen tumoral, para no confundir con una hiperplasia de músculo por ejemplo, por lo que siempre se debe valorar presencia de atrofia e hipertrofia.

En cuanto a los tumores de partes blandas, según la bibliografía son relativamente infrecuentes, suponiendo una incidencia de 35 casos por millón de habitantes al año. A continuación voy a nombrar los más frecuentes y comentar alguna de sus características radiológicas más importantes.

- Lipomas. Son frecuentes. Zona bien delimitada. A veces calcificaciones en su interior.
- Liposarcomas. Aparecen de novo. Más frecuentes en retroperitoneo, zona media del muslo y hueso poplíteo. Pueden presentar calcificaciones.
- Rabdomyosarcomas. Bastante frecuentes pero difícil de identificar radiológicamente. Aparece como una masa indiferenciable de los tejidos adyacentes. Rara vez calcificaciones.
- Fibrosarcoma. No se diferencia de tejidos adyacentes y si está cerca de estructuras óseas suele producir erosión en la cortical frecuentemente asociada a reacción perióstica.
- Hemangiomas. Aumento de partes blandas, se pueden observar flebolitos.
- Sarcoma sinovial. Calcificaciones en un alto porcentaje.
- Osteosarcoma y condrosarcoma. Raros y malignos. Similares a tumores óseos en radiografía simple.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía simple aporta información en el estudio de las lesiones de partes blandas, a pesar de que no sea la prueba de imagen que más datos diagnósticos nos aporte sobre la lesión, especialmente en comparación con una ecografía o resonancia magnética nuclear, por su disponibilidad es una opción a valorar inicialmente, sobre todo para descartar patología ósea asociada.

En la evaluación de masas de tejidos blandos las imágenes son fundamentales, aunque no suelen permitir un diagnóstico determinado, darán respuesta a las preguntas básicas del cirujano.

El trabajo de un equipo multidisciplinario compuesto por radiólogos, médicos, cirujanos y patólogos es fundamental para lograr mejores resultados. Hay que ser muy cuidadoso con el paciente, pues es un proceso que causa mucho nerviosismo y alteración en ellos.

6 Bibliografía

1. Pedrosa: Diagnóstico por imagen. Compendio.
2. El estudio radiológico en la patología osteoarticular. J.D. Aquerreta.
3. Valoración radiológica de imágenes líticas óseas. G. Albi Rodríguez.
4. Principios radiológicos para el diagnóstico de tumores óseos con radiología convencional. Rafael Obregón Báez

Capítulo 429

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS CON EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

PILAR CALLEJA BUZÓN

MERCEDES NAVARRO GARRIDO

ANA ROSA PALACIOS ROZALEN

MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ

MARÍA CEBRIÁN DÍAZ

1 Introducción

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones de origen traumático en diversas áreas anatómicas, como consecuencia de un traumatismo biomecánico con peligro vital. Su causa incluye accidentes de tráfico, aplastamientos, explosiones. Todo técnico, debe estar habituado a este tipo de riesgos que conlleva la actuación en la sala de radiología con estos pacientes, ya que una mala praxis a la hora de realizar las proyecciones, puede provocar un agravamiento en sus lesiones.

El manejo del politraumatizado, conlleva el conocimiento y puesta en práctica de una acción muy concreta en cuanto a la forma de proceder. Ello provoca una de las situaciones que más inquietud produce al profesional, ya que debe de actuar

de forma rápida y con cuidado en el manejo del paciente, en el momento de la toma de las radiografías solicitadas por el médico de urgencias.

Por consiguiente, el profesional va a desempeñar un papel crucial en el uso multidisciplinar del paciente politraumatizado en la sala de radiología en cuanto a las proyecciones solicitadas y así llegar al correcto diagnóstico en las posibles lesiones.

Las pruebas radiológicas son una de las pruebas complementarias básicas en este tipo de pacientes, porque nos ofrecen información relevante y determinante. La planificación habitual incluye como protocolo, la radiografía de tórax, lateral de columna cervical, y anteroposterior (AP) de pelvis. Dependiendo de la exploración física y las radiografías básicas previas, se solicitarán de forma individualizada, otros estudios para completar el diagnóstico, como la tomografía axial computarizada (TAC), ecografía.

2 Objetivos

Conocer las diferentes maniobras de movilización del paciente politraumatizado para realizar las proyecciones necesarias en colaboración con los demás profesionales.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda activa en una serie de bases de datos, tales como: Google académico, Webcir, Elsevier, Scielo, Slideshare, etc. Usando como criterios de búsqueda palabras clave referidas al tema a tratar, como son: politraumatizado, radiografía, traumatismo.

4 Resultados

La manera que vamos a trabajar con este tipo de pacientes en la sala de radiología, se basa en unas pautas muy bien establecidas, tales como: valorar el estado del paciente a la entrada de la sala de radiología para saber qué técnica de movilización utilizar, y concretar que posicionamiento vamos a utilizar en cada proyección, para obtener un diagnóstico lo más exhaustivo posible.

En este tipo de pacientes, la rapidez es fundamental y en cuanto al número de desplazamientos es imprescindible realizarlos lo menos posible. En realidad,

aunque sea complicado por el estado del paciente, hay que llegar a obtener la imagen más concreta y detallada.

En cuanto a las salas de radiología deben estar dotadas de los mismos recursos de soporte vital básico que existen en las salas de críticos. Las radiografías de tórax, cervical y pelvis, siguen siendo las principales imágenes necesarias previas, en este tipo de pacientes. La dificultad que conlleva su realización, hace que se visualicen limitaciones en la técnica y calidad de las imágenes.

Pasos a seguir:

1. Recepción del paciente observando inicialmente el estado en el que se encuentra.
2. Controlamos junto con el celador los movimientos que no sean necesarios para evitar más lesiones.
3. No retirar collarín ni retirar la tabla de inmovilización.
4. Comenzamos con las proyecciones que nos han solicitado: Columna cervical lateral, Tórax anteroposterior y Pelvis anteroposterior.
5. Radiografía cervical lateral: debe incluir las 7 vértebras cervicales hasta la T1. Moveremos la camilla situándola en el bucky mural sin retirar el collarín cervical y por supuesto, no mover los hombros del paciente. Nuestro fin es lograr visualizar posibles fracturas y así determinar la lesión.
6. Radiografía tórax anteroposterior: trasladaremos al paciente con ayuda del celador, a la mesa de exploración arrastrándole lentamente con el transfer. Pediremos al paciente que realice inspiración y mantenga el aire si fuera posible. Observaremos si hay fracturas de costillas, o patología pulmonar, como neumotórax.
7. Radiografía pelvis anteroposterior: en la misma mesa de exploración, realizamos la proyección AP de pelvis. Esta proyección es muy útil para detectar la fractura mostrando con exactitud su ubicación en el hueso.
8. En todas las proyecciones, utilizaremos las técnicas de imagen adecuadas en cada caso.
9. Después de finalizar las proyecciones, volver a posicionar al paciente con el transfer a su camilla y comprobar su estado.
10. Enviar al PACKS todas las imágenes al médico solicitante para que continúe con el estudio de las posibles lesiones y valorar si va a necesitar otras pruebas complementarias.

5 Discusión-Conclusión

En el siglo XXI se considera al traumatismo como la primera causa de mortalidad en menores de 45 años y la tercera después de esta edad, ello conlleva al aumento

de un gran número de discapacitados y pérdidas millonarias debido a que incide enormemente en jóvenes económicamente activos.

Una de las causas de traumatizados son los accidentes de tráfico, que se colocan en primer lugar, siendo otros motivos, las caídas fortuitas, accidentes laborales, domésticos, agresiones, etc. Hay que diferenciar hasta seis tipos de situaciones en los pacientes politraumatizados: estado de shock, traumatismo craneoencefálico, torácico, raquimedular, de extremidades y abdominal.

La mayoría de las lesiones traumáticas, son probablemente tratables, y por ello, es necesario un diagnóstico preciso y rápido, y así llegar a un correcto abordaje médico.

El técnico radiólogo debe conocer el procedimiento del manejo de este tipo de pacientes, para realizar de la mejor forma posible las radiografías para el reconocimiento exhaustivo de una lesión, también participar activamente, tanto con el médico radiólogo como con el médico de urgencias y así facilitar una atención rápida y precisa. Asimismo, necesitamos aumentar la seguridad al paciente para facilitar la movilización del paciente de una manera que les reduzca el dolor.

6 Bibliografía

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

Capítulo 430

EL TÉCNICO DE RAYOS Y SARCOIDOSIS EN RADIOLOGÍA SIMPLE

PILAR CALLEJA BUZÓN

MERCEDES NAVARRO GARRIDO

ANA ROSA PALACIOS ROZALEN

MARIA ISABEL DELGADO RODRIGUEZ

MARÍA CEBRIÁN DÍAZ

1 Introducción

Vamos a explicar que es La sarcoidosis, dentro de la unidad de radiología, es una enfermedad sistémica de causa desconocida, con agregación familiar, caracterizada por la presencia de granulomas no caseificantes que pueden afectar a cualquier órgano, siendo el pulmón generalmente el más afectado. Afecta predominantemente a la tercera década de la vida y sensiblemente más a mujeres. Tiene una prevalencia de 1-40 casos en la población general, afectando hasta 3 veces más a la población de raza negra.

Los síntomas clásicos son disnea, tos, pérdida de peso y sudoración nocturna, aunque hasta en un 50% de los casos es asintomática. Suelen aparecer síntomas generales (fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso) y respiratorios. En cuanto a las pruebas complementarias para su diagnóstico, la radiografía de tórax es

patológica en más del 90% de pacientes con sarcoidosis. En las pruebas de función pulmonar encontraremos un patrón restrictivo excepto en los casos en los que haya granulomas ocupando la vía aérea, que será obstructivo.

El diagnóstico de sarcoidosis se basa en la Historia clínica, sospecha clínica, datos radiológicos compatibles y se confirma con la demostración histológica de granulomas no caseificantes, y exclusión de otras enfermedades. Tiene un pronóstico muy variable, aunque en general bueno.

2 Objetivos

- Determinar y dictaminar los patrones radiológicos característicos de la sarcoidosis.
- Explicar cómo realizar un diagnóstico diferencial con base en la radiografía de tórax.

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

Tras la búsqueda bibliográfica realizada, los resultados indican que la sarcoidosis tiene un patrón radiológico típico que se divide en cuatro estadios, siendo características generales las adenopatías hiliares simétricas bilaterales, adenopatías paratraqueales, infiltrados simétricos, bilaterales y distribución parcheada perilinfática de predominio en lóbulos superiores. Suelen ser de un patrón intersticial: reticulares, reticulonodulares o alveolares difusos. Es más rara la lesión en panal de abeja y patrón difuso miliar o de vidrio esmerilado.

En cuanto a los diferentes estadios, las características radiológicas de cada uno de ellos se definen a continuación:

- Estadío 0: Radiografía normal. Resolución del 50%.
- Estadío I: Consiste en adenopatías hiliares bilaterales, frecuentemente con un

nodo paratraqueal, sin alteración del parénquima pulmonar. En cuanto al pronóstico, en el estadio I existe la probabilidad de remisión espontánea en un 40-70%.

- Estadío II: Pacientes con adenopatías hiliares bilaterales e infiltración difusa parenquimatosa la cual es usualmente intersticial pero ocasionalmente puede ser nodular o miliar. 10-20% en el estadio II.

- Estadío III: Infiltrado parenquimatoso difuso, sin adenopatías pulmonares o con ellas. Remisión en: 0-5%.

- Estadío IV: Indican fibrosis pulmonar irreversible. Remisión menor al 5%.

El diagnóstico diferencial con otras enfermedades se puede realizar con base en los diferentes estadios radiográficos característicos de la sarcoidosis.

- Estadío I: El diagnóstico diferencial se realiza sobre todo con enfermedades granulomatosas, como tuberculosis, enfermedades linfoproliferativas o infecciosas (mononucleosis, estreptocócicas).

- Estadío II: Tuberculosis, infecciones atípicas (micobacterias, hongos) o víricas, enfermedades neoplasias (cáncer microcítico de pulmón, metástasis, linfoma, carcinomatosis linfangítica), silicosis.

- Estadío III: En este caso se realiza el diagnóstico con enfermedades pulmonares intersticiales de características retículo nodular, diferenciando entre localizaciones. Lóbulos superiores: Micobacterias u hongos, silicosis, sarcoidosis, Histiocitosis de células de Langerhans. Lóbulos Inferiores: Asbestosis, Fibrosis idiopática pulmonar, Colagenopatías. Periferia: Bronquiolitis obliterante, Neumonía eosinofílica.

- Estadío IV: Tuberculosis, enfermedades profesionales: neumoconiosis, enfermedades medicamentosas, por quimioterapia, enfermedades idiopáticas.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo actual, por parte del equipo de técnicos de rayos recalando que la sarcoidosis es una enfermedad sistémica difícil de diagnosticar en un principio en la que la radiografía de tórax y una correcta interpretación de la misma teniendo en cuenta la clínica del paciente aporta mucha información, si bien es cierto que otras muchas enfermedades comparten signos radiológicos por lo que hay que tenerlas en cuenta a la hora de la realización del diagnóstico diferencial dependiendo del estadio radiológico en el que nos encontremos.

La comunicación con el paciente es una clave muy importante para poder detectar esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. M. Tobeña Rué, F. Coll Usandizaga, A. Moreno Galdo, A. Carrascosa. 'Sarcoidosis: forma sistémica en un niño de 4 años'. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España,
2. García Padilla, Paola. Sarcoidosis pulmonar.
3. Luis Gorospe Sarasúaa, Almudena Ureña-Vacasa, Paola Arrietab, Astrid Lucía Santos-Carreñoc, Enrique Navas-Elorzad y Carlos de la Puente-Bujidose. Sarcoidosis pulmonar simulando una tuberculosis: importancia del signo de la galaxia en TC de tórax. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.
4. Pedro Luis Carrillo Alascio. Protocolo de seguimiento para pacientes con sarcoidosis. Hospital La Inmaculada, Huércal Overa, España.
5. J. Vargas Romero. Radiología de tórax.

Capítulo 431

ESTUDIO DEL PAPEL DEL MIR-71 EN EL DESARROLLO TEMPRANO IN VITRO DE ECHINOCOCCUS MULTILOCULARIS

FADWA DAKI BOUJNANE

CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS

PILAR COBO MORA

SUSANA MELLADO VALERO

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

1 Introducción

La equinococosis representa un importante problema económico y de salud pública en muchos países y la Organización Mundial de la Salud la considera una enfermedad tropical desatendida. Es una enfermedad zoonótica provocada por tenias parásitas del género *Echinococcus*. Las dos formas más importantes de la enfermedad en el ser humano son la equinococosis quística causada por *Echinococcus granulosus sensu lato* y la equinococosis alveolar causada por *Echinococcus multilocularis*.

Los agentes etiológicos son las tenias *Echinococcus*, estas muestran rasgos de desarrollo elaborados que implican a su vez un control complejo de la expresión génica.

Los microRNA son una clase de pequeños ARN reguladores, encargados de la regulación de muchos procesos biológicos como son el desarrollo y el metabolismo. Actúan a través de la represión de los RNA mensajeros uniéndose a la región no traducida 3' (3'UTR) de los genes diana. Una vez realizada la unión de los miRNA a la 3'UTR, los RNAm objetivo se desestabilizan o se reprimen traducionalmente.

En el siguiente capítulo desarrollaremos una metodología para el análisis funcional de microRNA en tenias realizando experimentos de eliminación de microRNA en cultivos de células primarias de *Echinococcus multilocularis*, que imitan el desarrollo de vesículas de metacestodos a partir de células madre de parásitos in vitro.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es determinar el papel de miR-71-5p en el desarrollo de metacestodos de *Echinococcus multilocularis* en cultivos de células primarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 desarrollar una metodología para el análisis funcional de miRNA en tenias se han realizado experimentos de eliminación de miRNA en cultivos de células primarias de *E. multilocularis* que imitan el desarrollo de vesículas de metacestodos a partir de células madre de parásitos in vitro.

Para ello, primero se ha analizado el repertorio de miRNA de *E. multilocularis* de células primarias por RNA-seq, encontrándose miRNA-71 que es uno de los cinco más expresados y a su vez, ausente en vertebrados.

Una vez realizado el cultivo celular primario de *E. multilocularis*, se realiza un aislamiento de RNA pequeño, una construcción de bibliotecas y secuenciación de tres réplicas biológicas de cultivos celulares primarios de 48 horas, posteriormente una homogenización mecánica en Trizol durante 10 segundos y finalmente una agregación de 200 μ l de cloroformo.

Posteriormente, se ha realizado una identificación de miRNA y perfil de expresión del cultivo celular primario de *E. multilocularis*, aislamiento de RNA total después de los experimentos de eliminación y final análisis RT-qPCR de miR-71 en cultivo celular primario.

Una vez analizado el repertorio de miRNA de *E. multilocularis* a partir de células primarias por RNA-seq se encontró miR-71, un miRNA bilateral ausente en huéspedes vertebrados, pero uno de los cinco miRNAs más expresados. Usando información genómica y algoritmos bioinformáticos para la predicción de la unión de miRNA se hayan una gran cantidad de objetivos potenciales de miR-71, concluyendo que la inhibición de los mRNA se puede lograr mediante la transfección de oligonucleótidos antisentido que bloquean la función de los miRNA. Teniendo en cuenta la presencia de anti-miR se ha realizado la electroporación de células primarias con anti-miR-71 modificaco con 2'-O-metilo obteniendo como resultado una reducción significativa de los niveles anteriores de miR-71.

Los análisis transcriptómicos mostraron que diversos objetivos predichos de miR-71 se encuentran regulados al alza en células primarias tratadas anteriormente con anti-miR, incluyendo genes potencialmente involucrados en el desarrollo de parásitos, aunque la interacción del parásito huésped y varios genes aún se desconoce. En definitiva, los cultivos de células primarias silenciadas con miR- mostraron un fenotipo diferente de las células de control y no se convierten en metacestodos completamente maduros.

Los análisis de correlación entre pares de réplicas biológicas indicaron una alta reproducibilidad técnica y una baja variación biológica ($r > 0,95$). El miR- regula objetivos relevantes al comienzo del desarrollo de metacestodos de *E. multilocularis* in vitro mostrando que 1292 genes cambiaros significativamente los niveles de transcripción con un valor de p ajustado $< 0,1$ tras eliminar el miR-71. De estos genes 744 se encuentran significativamente regulados con un valor de p ajustado $< 0,1$ y 372 de ellos mostraron una expresión aumentada de más de 40%. A pesar de que la expresión de miR-71 se reguló a la baja con la electroporación de LNA anti-miR-71 en comparación con el LNA de control, no se ha observado ninguna expresión génica diferencial entre las muestras.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los objetivos de miRNA predichos bioinformáticamente que no mostraron una regulación positiva en la caída de miRNA pueden considerarse falsos positivos. Sin embargo, no se debe descartar a todos como dianas de miR-71, ya que en las condiciones ensayadas, el sitio de reconocimiento de miRNA podría estar unido a otras moléculas posiblemente reguladoras o la 3'UTR, dicha podría adoptar una estructura que no permita la unión de miRNA. Sin embargo, en otras condiciones o etapas del ciclo de vida, estos genes podrían ser el objetivo de miR-71.

Por otro lado, la variación en los niveles de expresión de los genes que no eran objetivos de miR-71 previstos puede explicarse como efectos indirectos de la caída de miR-71. Otra posibilidad es que algunos de estos genes sean objetivos reales, pero no se predijeron como consecuencia de la rigurosidad de los parámetros utilizados para la predicción de objetivos.

6 Bibliografía

:Macchiaroli N, Preza M, Pérez MG, Kamenetzky L, Cucher M, Koziol U, et al. (2021) Perfilado de expresión de *Echinococcus multilocularis* miRNAs a lo largo del desarrollo del metacestodo in vitro. *PLoS Negl Trop Dis*15(3): e0009297.<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009297>

Kanehisa M, Sato Y, Morishima K. BlastKOALA y GhostKOALA: herramientas KEGG para la caracterización funcional de secuencias de genoma y metagenoma. *J Mol Biol.* 2016; 428: 726–731.<https://doi.org/10.1016/j.jmb.2015.11.006> IDPM:26585406

Capítulo 432

CONTROL DE LA PLACA DENTAL E IMPLICACIÓN DEL HIGIENISTA BUCODENTAL

SHEILA PADILLA NUÑEZ

ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ

PATRICIA PADILLA MUÑOZ

ALICIA DELGADO VALLEJO

1 Introducción

La cavidad oral está llena de microorganismos que a lo largo de la vida van cambiando. Es lo que conocemos como la microflora oral. Cuando nacemos, la boca es estéril, pero poco después del parto aparece la primera bacteria colonizadora, el *S. Salivarius*. A lo largo de nuestra vida vamos adquiriendo diferentes tipos de bacterias: con la primera dentición temporal, con los diferentes hábitos, nuestro estilo de vida e incluso por el uso de medicamentos o prótesis dentales.

Según un estudio de *Journal of Bacteriology* podemos llegar a albergar en nuestra cavidad oral más de 700 especies de bacterias. La mayoría de estas bacterias se encuentran en forma de biopelículas. Es importante entender que la microflora oral es esencial para la salud bucal y que las bacterias y las biopelículas nos ayudan a mantener en equilibrio el ecosistema de nuestra boca.

El equilibrio de esta flora microbiana puede verse afectada por diferentes aspectos, como un mal control de la placa, una dieta alta en carbohidratos, medicación, etc.

Esto nos lleva, en consecuencia, a una disbiosis y a la colonización de microorganismos mucho más nocivos.

Entender la composición de nuestra flora microbiana y las consecuencias de un mal control de la misma será imprescindible en nuestra consulta de atención primaria.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de un buen control de la placa dental, mediante los medios a nuestro alcance, con el fin de preservar una buena salud oral.
- Dar a conocer las labores de educación sanitaria llevadas a cabo por el técnico superior en higiene bucodental.

3 Metodología

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

4 Resultados

La educación es clave para que el paciente entienda la importancia de la remoción de la placa dental. Será labor del técnico superior en higiene bucodental conocer los diferentes métodos de remoción de placa, al igual que las diferentes técnicas, ya que no todos los pacientes son iguales y la educación tiene que ser totalmente individualizada y adaptada a sus condiciones.

Si un paciente tiene buena técnica, el profesional no cambiará nada de su rutina, solo evaluará si hay puntos claves que mejorar y mantendrá su motivación. Si, por el contrario, nuestro paciente no domina la técnica del cepillado, deberemos sentarnos con él enfrente de un espejo y explicarle, paso a paso, como debería proceder.

La elección del cepillo, tanto si es manual o eléctrico, no es tan importante como la técnica o el tiempo de cepillado. Según la revisión sistemática de Slot et al. hay una relación directa entre el cepillado y el tiempo empleado, siendo lo más recomendable el cepillado alrededor de los dos minutos, siempre acompañado

de una pasta fluorada. Para controlar el tiempo, sobre todo en niños, podemos aconsejarles medirlo con relojes de arena o diferentes juguetes creados para tal fin.

Para una mejor visión de las zonas de la boca que no se consigue cepillar bien, nos podemos ayudar de reveladores de placa. Son muy útiles y muy visuales.

Los más usados son en forma de tabletas o soluciones en la clínica dental. Si es con comprimidos el paciente las masticará un minuto, se aclarará con agua y ya podremos ver el resultado. Si escogemos el uso de soluciones, se aplicarán un par de gotas en la lengua del paciente, que tendrán que pasar por toda la boca.

Es importante recordar que estos métodos deben hacerse después del cepillado para ver dónde nuestro paciente no consigue llegar bien con su cepillo.

La higiene interproximal merece la misma atención que la del resto de nuestra boca, y son una minoría de pacientes los que usan hilo o cinta dental. No hay un consenso que nos diga si deberemos pasar el hilo dental antes o después del cepillado, lo que sí podemos comprobar es que su uso nos ayuda a reducir la placa, si bien es cierto que será así si lo usamos con una buena técnica. Recomendaríamos el hilo a todos los pacientes con una buena salud bucodental que su papila relene el espacio interdental. Para pacientes con pérdida de encía por problemas periodontales deberemos valorar el uso de otros métodos, como los cepillos interdetales.

Aunque la mejor forma de eliminar la placa sea el control mecánico podemos apoyarnos en el control químico para complementar y ayudar, sobre todo en ciertos casos y pacientes determinados. De todos los agentes antimicrobianos destaca la clorhexidina por su alta sustantividad, su acción antiplaca y antimicrobiana. Y aunque tiene de efectos adversos (las llamativas tinciones), usada en diferentes concentraciones tiene muy buenos resultados.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de las diferentes técnicas de cepillado, además de los de los diferentes dispositivos de higiene bucodental, hará que el personal de la clínica dental pueda valorar en mejor medida a cada uno de los pacientes, ofreciéndoles una mejor educación bucodental y unas guías individualizadas, claras y sencillas, enfocadas a ayudarles en su día a día.

El técnico superior en higiene bucodental deberá establecer unos protocolos, tiempos y citas para la educación sanitaria, dando igual valor a las citas de prevención como a las de tratamientos, ya que la prevención es la base de nuestra salud. La importancia de un equipo dental bien formado y actualizado es la base

para ofrecer buenos consejos y establecer correctos hábitos en la población.

6 Bibliografía

1. Ahnerich JM. Hábitos y costumbres higiénicas de la población. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:53-66.
2. Blanco J, Batalla P, Villaverde G. Eficacia de los cepillos eléctricos en la prevención primaria bucodental. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:193-20
3. Herrera D, Roldán S. Control de placa interdental. Evidencia de su importancia en el mantenimiento de la salud bucodental. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:117-58
4. Legido B, Casas A. Educación y motivación para el control de placa mecánico. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:277-3
5. Sicilia A, Gallego M, Cabezas B. Eficacia de los cepillos eléctricos en la reducción de gingivitis durante la terapéutica de soporte gingival. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:207-2
6. Emili Cuenca Sala y Pilar Baca García. Odontología preventiva y comunitaria. 4ª edición (2013). Barcelona. p. 219 – 231
7. Costa MR, da Silva VC, Miqui MN, Colombo AP, Cirelli JA. Effects of ultrasonic, electric, and manual toothbrushes on subgingival plaque composition in orthodontically banded molars. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2010; 137: 229-

Capítulo 433

DEFICIT DE CALCIO EN LA POBLACIÓN

FADWA DAKI BOUJNANE

PILAR COBO MORA

CRISTINA GÓMEZ ESTELLÉS

SUSANA MELLADO VALERO

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

1 Introducción

El calcio es uno de los minerales más importantes para el cuerpo humano, es el mineral más frecuente en nuestro organismo, el 99% se ubica en los huesos y dientes, mientras que el otro 1% se distribuye en nuestro organismo en forma de plasma sanguíneo, líquidos intersticiales, líquido cefalorraquídeo y el interior de las células.

Las principales funciones del calcio son la mineralización ósea, la estabilización de las membranas celulares, cofactor enzimático e interviene en el metabolismo del glucógeno, la contracción muscular y en la coagulación y proceso de cicatrización.

La reserva de este mineral en el cuerpo es debido a factores exógenos y genéticos. Sin embargo, la absorción de calcio en mayor o menor medida se encuentra regulada por factores individuales como son la edad, estado fisiológico, niveles

estrogénicos, funcionamiento gastrointestinal, niveles de vitamina D, actividad física, estado hormonal, genotipo y otros como son el de alcohol y tabaco.

La ingesta adecuada de calcio es primordial para prevenir la osteoporosis y el mantenimiento adecuado de la masa ósea.

También hay que tener en cuenta la vitamina D debido a su función reguladora de calcio y mantenimiento de la fuerza muscular. Ambos son importantes para la prevención y el tratamiento de la fractura y osteoporosis.

La incorporación de calcio en nuestra dieta para mantener el nivel adecuado de calcio en sangre nos obliga a establecer un equilibrio entre el calcio plasmático y el calcio del hueso regulado por el sistema endocrino a través de las glándulas paratiroides y tiroideas.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es la realización de un estudio específico acerca de la ingesta de calcio en la población con el objetivo de evaluar la influencia del consumo deficitario del calcio en patologías asociadas como son la osteoporosis y la fractura osteoporótica en adultos.

3 Metodología

Para el siguiente estudio se han empleado datos proporcionados por la revista española Rev Esp Nutr Hum Diet de los datos nutricionales de la ENCV2010-2011. El siguiente estudio se ha realizado con un total de 1206 individuos escogidos todos al azar de una población de los cuales 49,5% son hombres y el 50,5% restante son mujeres. A su vez también se ha realizado una distribución en 4 grupos en función de la edad de nuestros individuos. El primer grupo corresponde al 15,9% con una edad que varía desde los 19 a 30 años, el segundo grupo corresponde al 38,1% de 31-50 años, el tercero 32,8% de 51-70 años y finalmente el cuarto con el 13,2% restante para mayores de 70 años.

El estudio fue representativo para nuestra población total estudiada proporcionando un error muestral del 2,82%, un 95% de intervalo de confianza y teniendo en cuenta el sexo obtenemos que los hombres 4,01% y mujeres 3,97%. Al fragmentar la muestra en estudio en función de los 4 grupos de edad podemos observar que aquellos grupos de cuya edad oscila entre los 19-30 años y mayores de 70 años tienen un error mayor del 5%.

Por otra parte, el análisis estadístico se realizó empleando un paquete estadístico específico el SPSS plus v.17.0. Y el análisis descriptivo por su parte nos demostró

como nuestra variable estudiada “calcio” consiste en una variable continua cuantitativa, caracterizada por el consumo medio, la desviación estándar y los rangos. Los percentiles obtenidos fueron los siguientes 3, 5, 10, 15, 25, 50, 75, 85, 90, 95 y 97 teniendo en cuenta los cuatro grupos de edad y los dos grupos en función del sexo. A la hora de comparar las medias obtenidas se emplearon los test de ANOVA y T-Student , teniendo en cuenta aquellas pruebas estadísticas con un p-valor inferior de 0,05.

Finalmente, nuestra variable “mala ingesta” se empleó como una variable dicotómica cualitativa para calcular las prevalencias de un consumo inadecuado teniendo en cuenta los intervalos de confianza y el método binomial exacto. Para comprender las diferencias obtenidas entre las distintas proporciones de los grupos de edad y sexo se ha utilizado Chi-Cuadrado.

4 Resultados

Los resultados obtenidos según el sexo fueron los siguientes:

Para los hombres la ingesta mínima fue de 62,8 mg por persona al día y un valor máximo de 2.410,1mg por persona al día, obteniendo una media de calcio de 758 mg por persona al día.

En las mujeres el consumo mínimo fue 50,1mg por persona al día y un máximo de 2.830,2mg por persona al día, siendo la media de 725,4mg por persona al día. En definitiva, no existe una gran diferencia a nivel estadístico en función del sexo, un p-valor de 0,09, ni en los 4 grupos de edad, en el cuál observamos un p-valor de 0,91.En el grupo de 31-50 años se consiguió estimar una mayor media del consumo del mineral calcio en las mujeres respecto a los hombres con un p-valor de 0,04.

Por otro lado, los valores de percentil de la población estudiada en función del consumo de calcio manifestaron que en los grupos de edad y sexo, la mediana es menor que la media, estimándose de esta forma la máxima diferencia entre ellas para los hombres de 19 a 30 años y la mínima entre las mujeres de 70 y más años. En todos los grupos el valor del percentil fue de 85, es decir, por encima de los 1.000 mg de calcio al día, excepto el grupo de 70 años en hombres y el grupo de mujeres de 19 a 30 años, obtuvieron un valor de percentil de 90.Por otro lado, el grupo de 19 a 30 años en hombres obtuvo un percentil de 75.

Finalmente, se obtuvo que en aquellos grupos de edad de 31-50 tienen una mayor prevalencia de ingesta insuficiente según RDA conforme aumenta la edad. Aquellos que superan los 70 años manifiestan una mayor prevalencia con un 94,3%.

En función del sexo los hombres realizan una ingesta insuficiente entorno al 73% en el grupo de 19-30 años hasta alcanzar la máxima prevalencia en el grupo de hombres con más de 70 años con aproximadamente un 95% .Las mujeres, tienen la mínima prevalencia en el grupo de 31-50 años con un 82% y una máxima de prevalencia en el grupo de más de 70 años con un 94% . Ambos sexos obtuvieron un p-valor inferior de 0,05.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los valores obtenidos de ingesta media de calcio en nuestra población estudiada se encuentran por debajo del rango de la ingesta recomendada de EAR y RDA presentadas por el IOM, lo que conlleva a pensar que existe una posible elevada prevalencia del consumo insuficiente de dicho mineral. También se han encontrado valores de consumo medio con un valor inferior a los estimados por otros estudios realizados a nivel nutricional nacional.

Los resultados de este estudio confirman que al menos un 71% de la población realiza una ingesta inadecuada de calcio según los EAR y más de un 80% según las RDA, pero en ambos casos se confirma una menor ingesta en mujeres que en hombres y en los grupos de edad más avanzada.

6 Bibliografía

Jiménez Talamantes, Raquel, Rizk Hernández, Jennifer, & Quiles i Izquierdo, Joan. (2017). Ingesta insuficiente de calcio en la población adulta de la Comunitat Valenciana. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética* , 21 (3), 263-270. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.21.3.372>

IOM (Institute of Medicine). *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington, DC: The National Academies Press. 2011. [Editores: Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56070/>

Olza J, Aranceta-Bartrina J, González-Gross M, Ortega RM, Serra-Majem L, Varela-Moreiras G, et al. Reported Dietary Intake, Disparity between the Reported Consumption and the Level Needed for Adequacy and Food Sources of Calcium, Phosphorus, Magnesium and Vitamin D in the Spanish Population: Findings from the ANIBES Study. *Nutrients*. 2017; 9(2): 168.

Capítulo 434

LA TÉCNICA ELISA

DANIEL PEÓN MARTINEZ

CLAUDIA GARCÍA GARCÍA

MICAELA ELENA MANZAT VERINCA

1 Introducción

El ELISA es una técnica de detección de antígenos utilizando enzimas, anticuerpos y el sustrato de la encima. Su nombre completo es ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas. Es una técnica muy utilizada tanto en laboratorios de investigación como en el ámbito sanitario, ya que nos permite detectar y cuantificar en una muestra la presencia de cierta molécula a la que se denomina de forma general antígeno. La mayor parte de los anticuerpos tienen una alta especificidad por lo que generando el anticuerpo monoclonal correcto podemos buscar casi cualquier antígeno. Los anticuerpos monoclonales son fabricados en laboratorios por linfocitos B. una estirpe de linfocitos b creará un solo tipo de anticuerpo frente a lo que se ha activado. En la actualidad estos anticuerpos ya se pueden comprar a empresas especializadas, aunque en algunos casos los deberemos fabricar nosotros mismos. La forma más común de fabricarlos es inoculándole a un animal el antígeno frente al que queremos crear el anticuerpo. El animal desarrollará los linfocitos b que generan los anticuerpos deseados. Cuando se creó la técnica de ELISA esta sustituyó a técnicas que eran mucho más peligrosas como los RIA (radio inmunoanálisis) aunque este se sigue teniendo que utilizar para algunas técnicas muy precisas como a detección de algunas hormonas.

2 Objetivos

Recopilar información sobre la elaboración, uso y utilidad de la técnica ELISA, así como ver las diferentes variantes que existen al realizar esta técnica.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo se realizó una búsqueda en bases de datos online como pubmed o Google académico, donde se recopiló la información de varias publicaciones citadas en la bibliografía. También se recogió información de libros como el “Elisa” escrita por Hnasko.

4 Resultados

El ELISA es un inmunoensayo y como todos los inmunoensayos se necesitan anticuerpos para realizarlo. Esta técnica se realiza para detectar antígenos los cuales pueden ser cualquier cosa: una molécula de la pared de una bacteria, un compuesto de un alimento o incluso otro anticuerpo diferente. El anticuerpo utilizado en la detección está unido a una encima, a la que si se le añade su sustrato generará un compuesto coloreado. Este color es cuantificable mediante espectrofotometría por lo que la cantidad de color será proporcional a la cantidad de antígeno presente en la muestra.

En sus inicios esta técnica se realizaba en tubos de vidrio, aunque en la actualidad se realiza en placas de plástico con pocillos. Las más comunes son las de 96 pocillos, aunque ya existen placas de 384 y de 1536.

Para realizar un ELISA en primer lugar se debe unir los antígenos o los anticuerpos a los pocillos. La elección de unir un antígeno o un anticuerpo será dependiendo de que queramos detectar. En caso de querer detectar un antígeno uniremos al pocillo un anticuerpo. Si, en cambio, queremos detectar un anticuerpo podremos unir el antígeno al pocillo. Para que estos se puedan unir, el plástico del que están formados tiene un tratamiento para tener una alta afinidad por las proteínas. Por esta afinidad después de añadir el antígeno o el anticuerpo que se ha unido a la placa, lo debemos lavar muy bien para que no queden restos y añadir una proteína que se una a las zonas del plástico en los que no se ha unido el anticuerpo deseado. Si no hacemos esto lo que puede ocurrir es que cuando se añade el suero problema o el anticuerpo con la enzima, estos se unan modificando los resultados de la prueba.

En segundo lugar, cuando el pocillo ya tiene unida la sustancia deseada añadiremos el suero problema. En el caso de que lo que busquemos sea un antígeno, este se unirá a los anticuerpos del pocillo. Si, por el contrario, es un anticuerpo existen dos posibilidades: La primera es que tratemos este anticuerpo como un antígeno normal y, por lo tanto, la prueba será idéntica a lo explicado cuando la búsqueda es un antígeno. La segunda opción es que lo que hemos unido al pocillo sea el antígeno a ese anticuerpo y por lo tanto este se unirá a los antígenos.

En tercer lugar, lavaremos todos los pocillos. Posteriormente añadiremos un anticuerpo anti lo que estemos buscando unido a una enzima. Lo lavamos de nuevo y añadimos el sustrato. El pocillo entonces cambiará de color y este cambio será medible mediante espectrofotometría, sabiendo según la intensidad del color la concentración de la sustancia problema en el suero. En la actualidad existen máquinas especializadas en medir las placas de ELISA. Estas máquinas son En resumen un espectrofotómetro, pero que es capaz de medir en los pocillos de las placas.

Existen varios tipos de ELISA que son:

ELISA directo: es el más simple y es el explicado en anteriormente.

ELISA indirecto: es casi igual que el ELISA directo, pero en este se intenta amplificar la señal usando dos anticuerpos, uno contra el antígeno que se busca y el otro contra el anticuerpo que se une al antígeno. Este segundo anticuerpo es el que estará marcado y generarán una mayor señal, ya que por cada anticuerpo que se una al antígeno varios anticuerpos secundarios se unirán a él. Esta técnica se suele usar en el análisis Del VIH.

ELISA competitivo o inhibidor: en este método se utilizarán dos antígenos. Uno de referencia del que conocemos su concentración y el antígeno problema. El antígeno de referencia se fija en la placa. Por otro lado, se le añade al suelo problema el anticuerpo sin marcar y en una cantidad muy elevada punta, generándose complejos antígeno-anticuerpo. Añadimos el suero problema a la placa donde está el antígeno de referencia por lo que comenzarán los dos a competir por unirse con el anticuerpo. Lavamos la placa y añadimos otro anticuerpo marcado contra el anticuerpo que añadimos antes. Este nuevo anticuerpo se unirá a los anticuerpos unidos al antígeno de la placa por lo que si añadimos el sustrato podemos determinar cuántos anticuerpos hay. Al conocer la cantidad de anticuerpos que añadimos inicialmente al suero problema y los que hay unidos al antígeno problema podemos saber cuántos de ellos se unieron al antígeno presente en la muestra

problema y así saber su concentración.

ELISpot: se utiliza para diferenciar células según que citoquina produzcan. Las células son introducidas en una placa que está recubierta de un anticuerpo anti la citoquina de la célula deseada. En esa placa las células son estimuladas para que produzcan la citoquina que se une al anticuerpo. Posteriormente se lava y gracia a un sustrato cromogénico vemos en que zonas los anticuerpos se han unido a una citoquina y así visualizamos en que zonas estaban las células deseadas. En esta técnica ya se crearon variaciones como la de células dendríticas CD-ELISpot.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad sería inimaginable trabajar sin la técnica ELISA en un hospital o en muchos centros de investigación. Gracias a ella podemos cuantificar la mayor parte de sustancias con una sensibilidad muy alta. Un ejemplo de una aplicación de esta técnica es que era la utilizada para saber si una persona había pasado por la enfermedad covid-19. Esto se realizaba buscando en su suero sanguíneo anticuerpos anticovid-19. Si en su sangre había igG y igM es que esa persona había sufrido recientemente la enfermedad. En cambio, si solo tenían su sangre igG era que ya había sufrido la enfermedad hace un tiempo.

6 Bibliografía

Hnasko, R. (2015, 10 julio). Elisa: Methods and Protocols: 1318 (2015 ed.). Humana.

Lin A. V. (2015). Direct ELISA. Methods in molecular biology (Clifton, N.J.), 1318. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2742-5_6

Barnett, C. B. (2019, 20 junio). ELISA Applications. News-Medical.net. Recuperado 2 de octubre de 2022, de <https://www.news-medical.net/life-sciences/ELISA-Applications.aspx>

Navarrete M. A. (2015). ELISpot and DC-ELISpot Assay to Measure Frequency of Antigen-Specific IFN γ -Secreting Cells. Methods in molecular biology (Clifton, N.J.), 1318. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2742-5_8

Capítulo 435

LOS CONTRAS DEL PUESTO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

ELVIRA CASTRO MENÉNDEZ

1 Introducción

En los puestos de auxiliares administrativos, cada trabajador, pasa de media, más de seis horas seguidas sentados. Y si lo miramos bien, si tenemos que elegir entre trabajar de pie o sentados, sería muy difícil. Estar sentado todo el tiempo, aunque suene extraño, también cansa y, bastante.

Llega un momento, y más a final de la semana, en que nuestro cuerpo y mente empieza a tener cierta fatiga. Y no es solo la visual, sino que la corporal y mental son cada vez más frecuentes y molestas.

Los dolores de espalda y piernas son los más comunes, pero los de las cervicales, implicando grandes dolores de cabeza, están a la orden del día. Y son muy molestos para poder continuar realizando sus funciones correctamente.

Así que, deberíamos hacer todo lo posible para nuestro rendimiento, y lo que es más importante, nuestra salud, no se vea afectada por nuestro trabajo sedentario. En caso de que nuestro puesto de trabajo no esté adecuado a nuestras necesidades para que nuestro trabajo sea realizado lo más satisfactoriamente, sin implicar problemas de salud, y sin que baje el rendimiento por no estar adecuadamente, se debería poner en conocimiento de las personas encargadas de prevención en riesgos laborales.

2 Objetivos

- Conocer cómo afecta a nuestra salud el estar siempre en sentados.
- Mencionar qué debemos hacer y qué no para que en un futuro nuestros malos hábitos pasen factura

3 Metodología

Para la preparación de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que se trata de en una búsqueda exhaustiva en las diferentes páginas webs; destacando la consulta de varios artículos en las bases de datos, como son: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

En todos los puestos sedentarios, en este caso, los de auxiliar administrativo, por norma general, pasan toda la jornada laboral en la misma postura; es decir, sentados.

A primera vista, y comparándolos con otros puestos de trabajo, donde el esfuerzo físico es mucho más acentuado, no podemos dejar de lado y vigilar nuestra higiene postural. Porque sí, estar sentado, también cansa. Y a la inversa que los trabajos de estar de pie, sería conveniente sentarse; en los trabajos donde hay que estar sentados, es recomendable levantarse y estar de pie de vez en cuando. Pero además de todo esto, una vez que abandonamos nuestros puestos, seguimos con una vida sedentaria, hará que salud, en un futuro cercano, se vea afectada gravemente.

Nuestra posición de estar sentados, y encima si es ininterrumpidamente, hará que todo nuestro cuerpo se fatigue y aparezcan las temidas contracturas. Llegando a influir de forma negativa en nuestro día a día.

Los daños que pueden ocasionarnos debido a ese sedentarismo en nuestro puesto de trabajo son numerosos, pero los más a tener en cuenta son:

- Problemas circulatorios en las piernas por escasa o nulo movimiento de las mismas.
- Dolores musculares.
- Contracturas.
- Dolores de cabeza

Afortunadamente, para mejorar y prevenir todos estos daños, debemos seguir unos consejos:

- Tratar de cambiar la posición al estar sentado.
- Asegurarse de que nuestra silla adecuada.
- Intentar no cruzar las piernas.
- Hacer estiramientos suaves con cierta frecuencia.
- Aprovechar los descansos para dar un paseo corto.

Aunque hay que matizar que, a pesar de todas estas recomendaciones, no debemos olvidar que, una vez que salgamos de nuestros centros de trabajo, tenemos que hacer el esfuerzo de realizar alguna actividad física. El simple hecho de caminar media hora diaria, sería suficiente para que nuestro cuerpo (y también) se siente relajado.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier tipo de trabajo en sí, de pie, doblado, de rodillas, y como es en este caso, sentado... si no se siguen unas pautas para mejorar nuestra postura corporal y hacer que nuestra postura para trabajar no implique, problemas de salud más adelante, debemos ser constantes y hacer todo lo posible para mitigar los inconvenientes de trabajar muchas horas en la misma postura.

Y ya no es que el trabajador esté dispuesto a cumplir esos consejos; sino que las administraciones públicas, en este caso la de sanidad, adapte las medidas necesarias para facilitar al trabajador todo lo necesario para que esté cómodo en su puesto.

6 Bibliografía

- 1°. <https://revistamedica.com/sedentarismo-personal-funciones-administrativas/>
- 2°. <https://www.sciello.org/es/>
- 3°. <https://www.insst.es>
- 4°. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 5°. <https://medlineplus.gov/spanish/>
- 6°. El Real Decreto 1561/1995 de 21 de septiembre
- 7°. La Ley 31/1995 de 8 de noviembre

Capítulo 436

INTOLERANCIA A LA LACTOSA MUESTRA POR EL PINCHE EN COCINA

LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ

AGUSTIN PULIDO RINCÓN

SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ

CRISTINA TOMILLO BENITA

MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA

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 y derivados lácteos que podemos encontrarnos de origen vegetal.

Las leches consideradas como vegetales, para su producción y fabricación vendrán ejecutadas y elaboradas a partir de un origen vegetal, como pueden ser los cereales, las legumbres, los frutos secos 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 sucesos 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

- Dar a conocer las alternativas a la leche de origen animal.
- Exponer las ventajas frente a la leche de vaca, como por ejemplo la ausencia de colesterol y lactosa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los individuos que son intolerantes a la lactosa , por lo que este proceso o patología ocurre es porque en su intestino delgado no se efectúa 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 individuos que no son intolerantes consumen habitualmente.

La leche sin lactosa es un modo de leche que los individuos 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 ejecuta en la leche y no en el intestino de la persona intolerante.

El resultado va a ser una leche sin lactosa que los individuos que son intolerantes a la lactosa sí verán posible y sin molestias derivadas de la intolerancia y logran 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 nutrientes requeridos y precisos, 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 los individuos 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 ocasionar en referencia a las consecuencias negativas para su organismo. Para estas individuos 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. Martínez-Alvarez JR, García-Alcon R, Villarino-Marín A, et al. Encuesta nacional sobre comedores escolares y demanda de dietas especiales. *Nutr Hosp.* 2012;27:252-5.
2. EFSA. Opinion of the Scientific Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies on a request from the Commission relating to the evaluation of allergenic foods for labelling purposes. *EFSA Journal.* 2004;32:1-197.
3. Europrevall WP. 1.1 Birth Cohort Update. En: 3rd Quarter 2008. Berlin, Germany: Charite University Medical Centre; 2008.
4. Fernández RM. Food allergy in *Alergologica* - 2005. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2009;19(Suppl 2):37-44.
5. Arroyo Villarino M, Alcedo González J. Intolerancia a la lactosa: diagnóstico y tratamiento. *JANO.* 2004;66:46-50.
6. Mustalahti K, Catassi C, Reunanen A, et al. The prevalence of celiac disease in Europe: results of a centralized, international mass screening project. *Ann Med.*

2010;42:587-95.

7. Ley de seguridad alimentaria y nutrición. No 17/2011 (5 Julio 2011).

8. Rodríguez Martínez D., Pérez Méndez L. F.. Intolerancia a la lactosa. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2006 Feb [citado 2022 Ago 18] ; 98(2): 143-143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000200009&lng=es.

Capítulo 437

PREVENCIÓN EN SANIDAD DEL LEVANTAMIENTO DE CARGAS POR EL PINCHE DE COCINA

CRISTINA TOMILLO BENITA

AGUSTIN PULIDO RINCÓN

SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ

LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ

MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA

1 Introducción

Como ayudantes y pinches de cocina uno de nuestras funciones es la de la colocación y organización del producto lo que deriva en la manipulación de las cargas que tenemos que coger en el trabajo y que deben ser ejecutadas manualmente es esencial para dominar y prevenir los problemas derivados de su mal uso o desconocimiento en cuanto a su manipulación los principios ergonómicos en una empresa, puede incurrir en problemas y lesiones leves o incluso graves, desde los trastornos acumulativos, consecuencia del paulatino deterioro del sistema muscular y esquelético (dolores dorso-lumbares) hasta la ocurrencia de traumatismos más agudos como los cortes o las fracturas ocurridas a través de los accidentes. La manipulación de cargas manual es la responsable, en demasiados casos, de la manifestación de una fatiga física, o de la incurrencia en lesiones, que se pueden

realizar de un modo inmediato o a través de la producción y acumulo de pequeños traumatismos que en principio y en apariencia son sin importancia. La manipulación manual es una de las causas más recurrentes de los accidentes laborales. El dolor o molestias de espalda es uno de los principales riesgos de salud asociados con el trabajo, por ello es tan relevante que los trabajadores que tienen que manipular una carga manualmente sean consecuentes, tanto de los riesgos que deriva una mala manipulación, como de las directrices para prevenir las lesiones que se pueden producir de un incorrecto manejo de las cargas.

2 Objetivos

Exponer la mejor prevención de las lesiones en la salud de las personas.
Describir las técnicas y métodos correctos de la manipulación manual de las cargas.

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 cuanto a la manipulación de cargas manualmente es la culpable en la mayoría de las ocasiones de la aparición y manifestación de la fatiga física o de la incurrancia en lesiones que pueden originarse de forma inmediatamente o por la acumulación en el tiempo de pequeñas lesiones o microrroturas, normalmente sin importancia.

Las incurrancias en cuanto a las lesiones que más incidencia tienen originarias de las malas posturas o del peso de la carga que se ha cogido incorrectamente son:

Heridas, cortes, fracturas, contusiones y lesiones musculares y esqueléticas. Se pueden dar en cualquier área o parte del cuerpo, siendo la espalda y los miembros superiores, en especial la zona dorso lumbar las áreas más afectadas.

Las lesiones en las áreas de la zona dorso lumbar pueden ir en cuanto a lesión y gravedad desde un lumbago a lesiones de los discos intervertebrales como pueden ser las hernias discales o incluso producirse determinadas fracturas vertebrales. Las hernias umbilicales e inguinales también pueden ser producidas o derivadas de un sobre esfuerzo o por un levantamiento de cargas realizado en una mala postura.

Asimismo se pueden establecer y provocar lesiones en las áreas de los miembros superiores, como podrían ser las partes los brazos, los hombros y las manos, en las zonas descritas se pueden ocasionar y nos podemos encontrar con ; quemaduras ocasionadas por estar las cargas a temperaturas altas, arañazos o heridas procedentes por la existencia de esquinas afiladas, astillamientos que se encuentren en la carga, la existencia de clavos, entre otros muchos. Los golpes y contusiones por las caídas con la carga o la que es provocada por suelos resbaladizos, si esa carga se derramo o cayo como los aceites, grasas u otros productos; problemas circulatorios o las hernias inguinales, y otras lesiones.

Los daños musculares y - esqueléticos derivados por el levantamiento y el transporte de las manipulaciones manuales de las cargas se pueden prevenir si se llevan a cabo de manera adecuada y realizando los procedimientos de levantamiento y transporte de cargas correctamente.

5 Discusión-Conclusión

De lo descrito anteriormente, se llega a la conclusión de que son prevenibles las incurrencias de las lesiones musculares y esqueléticas derivadas por el levantamiento y el transporte de cargas y que pueden ser evitables si se ponen en práctica y se es conocedor de la manera correcta los protocolos y pautas de levantamiento y del transporte de cargas.

Se destacan los siguientes puntos:

Estudiar y ejecutar un plan del levantamiento, confirmar si lo podemos hacer sin ayuda y donde queremos posicionar la carga.

Si el levantamiento, va a ser largo de la carga, establecer un descanso en la mitad del camino.

La carga siempre cerca del cuerpo tanto como sea posible mientras se esté realizando el levantamiento.

Posicionar los pies separados con una de las piernas un poco adelantada para el mantenimiento del equilibrio.

Nunca flexionar la espalda cuando se esté levantando una carga.

Los hombros deberán estar al mismo nivel y direccionados en la misma posición que las caderas.

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es/documents/94886/328579/907w.pdf/f36a3acb-9e8f-4140-9e95-574e3eb6077c>
2. <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Intervenci%C3%B3n+Ergon%C3%B3mica/a3c01f3a-f04f-4294-a9bc-8879e932e565>
3. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5476839.pdf>
4. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2932/1/Ayala%20Martinez,%20Eduardo%20TFM.pdf>
5. https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HPALENCIA_PRL_MOVILIZACION_MANUAL_PACIENTES.pdf

Capítulo 438

EL ACOSO PSICOLÓGICO (MOBBING) DESCRITO POR EL PINCHE EN LA ESFERA SANITARIA

MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA

AGUSTIN PULIDO RINCÓN

SANDRA DE LA TORRE MARTÍNEZ

LAURA NAVARRO HERNÁNDEZ

CRISTINA TOMILLO BENITA

1 Introducción

Se demuestra una gran incidencia demostrada de los riesgos psicosociales que tienen sobre la salud mental y física de los profesionales de la salud o de cualquier otro ámbito laboral, el acoso laboral o comúnmente llamado y conocido con su denominación en inglés como Mobbing, la cual se enclava en que, es toda situación, actuación o conducta que, por su reiteración y repetición en el tiempo, por su carácter de mala fe, degradante de los condicionantes de trabajo y por la intimidación y hostilidad del ambiente de trabajo que se crea, tiene por objetivo o como resultado y finalidad la de atentar o la de poner en peligro o riesgo la integridad del del profesional y trabajador. En referencia a la víctima este, no es un enfermo mental, sino que, es un profesional, que es dañado con dolo y de forma injusta, vulnerable y en exposición periódicamente a una violencia, durante un periodo

de tiempo prolongado no menor de seis meses, lo cual puede derivarle en una patología mental.

Los llamados acosadores suelen ser los compañeros mismos del su trabajo, pero, además, puede darse por parte de los jefes o incluso de los subordinados y sus actuaciones tienen la mayoría de las veces la finalidad de hacer que el trabajador víctima del acoso deje y proceda por el mismo a abandonar su puesto, menoscabar su autoestima o aumentar la de los acosadores.

2 Objetivos

Exponer las tácticas de acoso y se intentara exponer y clasificar las conductas que con más frecuencias son manejadas por los acosadores.

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

La ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, obliga a todos los empresarios, comprendiendo también dentro de este contexto a las Administraciones Públicas, el deber de mejorar y de la vigilancia de las condiciones de trabajo laboral de su personal empleado, haciendo que se eliminen los riesgos o reduciéndolos al mínimo posible, aquellos que no se eliminen del todo. Se debe realizar la protección, no sólo en contra a los riesgos de contexto físico, sino, además, sobre aquellos peligros que pudieran causar un psíquico deterioro en la salud mental de los trabajadores y trabajadoras. En consideración de lo referido anteriormente, las empresas deben estar comprometidas a poner en funcionamiento procedimientos que vayan a permitir la prevención, la detección y la eliminación de los riesgos psicosociales del personal trabajador, en especial el procedimiento de acciones ante comportamientos que supongan un acoso laboral.

Varios de los condicionantes de riesgo que pueden ser originarios, así como permitir, o desencadenantes de la manifestación del acoso pueden ser:

- Con medidas en la organización, ataques indirectos a la víctima.
- Aplicar restricciones a las expresiones o derecho del trabajador de hablar y expresarse por parte de los superiores por parte de los superiores.
- Separación de los compañeros, a través de un cambio de ubicación en el puesto.
- Prohibiciones de comunicarse con una persona en particular
- En contra de la conciencia del trabajador, la obligatoriedad de ejecutar tareas.
- Ofensa al trabajador al realizar juicios ofensivos.
- En cuanto al trabajador cuestionar las decisiones que toma.
- Designarle tareas denigrantes, tanto por encima como por debajo de sus capacidades u ofrecerle datos erróneos.
- Inmiscuirse o criticar su vida personal y privada, incluyendo el acoso telemático, redes sociales o telefónico.
- Instaurar bulos.
- Amenazas físicas y verbales, como gritos, insultos faltas de respeto-
- Fomentar el hacerle el vacío. Etc...

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral o el Mobbing es un riesgo laboral muy importante y significativo a considerar, que debe ser gestionado con una especial atención, debe estudiarse su eliminación desde todos los lugares de trabajo. Cada vez son más las herramientas de prueba a las que puede acceder la víctima, para probar y dar crédito, a la existencia de ese acoso laboral. También, se tiene distintos procesos judiciales para dar finalidad a dicha situación. Aunque, los trabajadores continúan enfrentándose a la dificultad que supone ofrecer pruebas fehacientes de las actuaciones de hostigamiento y la relación causal entre la misma y su actual estado de salud, por lo que la víctima acosada debe pedir ayuda tanto en lo personal como en lo profesional, debe afrontar el problema desde su inicio para prevenir que vaya a más y derive en el problema que hemos expuesto, que es el acoso laboral o el Mobbing.

6 Bibliografía

1. <https://www.aycelaborytax.com/blog/requisitos-para-considerar-acoso-laboral/>

2. <https://www.publico.es/psicologia-y-mente/como-detectar-mobbing-o-acoso-laboral/>
3. <https://psicologiaymente.com/organizaciones/tipos-de-mobbing-acoso-laboral>
4. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/acoso-laboral-que-es.html>

Capítulo 439

MUESTRA EN HIGIENE POSTURAL HACIA LOS PACIENTES Y EL PROFESIONAL CELADOR

CRISTINA ALONSO GUTIERREZ

PABLO DÍAZ DE GRACIA

JULIO ARÉVALO CANO

MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA

LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO

1 Introducción

En los traslados y movilizaciones de los pacientes se hacen movimientos sobre la misma superficie ejecutando cambios de posición. Debemos movilizarlos correctamente en la cama, camilla, silla de ruedas o el transporte en el que se encuentran.

En la ubicación donde hay más adversidades es en las unidades de vigilancia intensiva. Es el sitio donde más se alarga en tiempo, la permanencia en cama del paciente, en lo referente a esa estancia está va a derivar en más contracturas, atrofia muscular además de posibles úlceras por presión que se les puede originar. Según las evidencias la fisioterapia es una acción en las Unidades de vigilancia intensiva muy beneficiosa y saludable para mantener el tono muscular y la movilidad en los pacientes de las articulaciones. El comienzo de la actividad física temprana es un aporte para pacientes que están ingresados en las citadas unidades, la

movilización pasiva, después activa y progresivamente es una parte esencial para la curación y también para el apoyo y ayuda en la conservación del tono muscular y la movilidad. Otra adversidad que se nos puede presentar en una estancia prolongada en cama ya sea en las unidades descritas o en plantas de hospitalización, es la incurrancia de úlceras por presión, por eso los cambios posturales entre dos o cuatro horas según prescripción del facultativo, son de vital importancia, para que no se manifiesten estas úlceras por presión. El personal celador tiene que conocer la manipulación del paciente y las técnicas de movilización para poder aplicarlas con mayor seguridad y menor riesgo.

2 Objetivos

- Conocer la manera de efectuar los cambios de posicionamiento y movilizaciones del paciente para evitar contracturas y la formación de úlceras por presión.
- Aprender a mejorar la estancia en la cama el tiempo que este en 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 efectuado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado, artículos en las principales bases de datos: Scielo, PubMed. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas como Evangelina Pérez de la Plaza.

4 Resultados

Los pacientes en las instituciones sanitaria suelen pasar tiempo prolongado, en cama unos se podrán mover, pero otros tienen que depender del personal sanitario o no sanitario para efectuarles los movimientos pasivos, para que no tengan que padecer la presión y prevenir posibles úlceras o atrofia muscular. Existen dos tipos de movilización: la activa, que la va a efectuar el propio paciente o con ayuda del profesional y la pasiva que la efectúan por completo los profesionales y directamente sin la ayuda del paciente.

Recordemos el gran beneficio para el personal trabajador de la salud, de una postura adecuada en la movilización y traslado de los pacientes, así la espalda no se forzará, se resentirá menos y el trabajo y cansancio se verá disminuido,

también se vera aumentada la seguridad del paciente al practicarlo correctamente. Se puede llevar a cabo la movilización de pacientes de manera segura y movilizar de diferentes maneras. Nos encontramos con los traslados en camilla, traslados en cama, traslados en silla de ruedas, traslados con andadores o bastones, traslados en grúa, etc.

Las movilizaciones incorrectas de pacientes suponen un riesgo, y pueden ser el motivo de padecer trastornos musculo-esqueléticos ya que son uno de los problemas principales del personal de la salud, siendo la lesión más recurrente debido al esfuerzo de la movilización.

Por eso debemos, no adoptar posturas incorrectas, no manejar equipamientos ya obsoletos, no levantar cargas pesadas y contar con un adecuado número de profesionales para laborar en espacios reducidos. Estas lesiones se pueden afectar a cualquier área del cuerpo, pero son las más predispuestas, los miembros superiores y la espalda, zona dorsolumbar provocando lumbalgias, hernias discales e incluso fracturas vertebrales por el sobreesfuerzo.

Por eso la definición de la mecánica corporal, se referirá al uso adecuado de nuestro cuerpo cuando trabajamos.

La buena higiene postural es de especial relevancia, para los pacientes y los profesionales de la salud. Con una buena higiene postural se pueden evitar lesiones o fatigas que se pueden producir de nuestro trabajo. Está la formara tres elementos:

- La postura, cuerpo bien alineado y equilibrado. Pensando la postura cuidamos, los músculos y los tendones.
- El equilibrio, se consigue con una posición estable y cuerpo bien alineado.

Debemos saber las posiciones en cuanto a los pacientes según sus requerimientos y prescripciones en higiene postural. No olvidarnos de ellas, cuando tenemos que desplazar o sujetar objetos.

- El movimiento coordinado del cuerpo, deberán trabajar conjuntamente los sistemas músculo esquelético y sistema nervioso, así como la movilidad de las articulaciones.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que la movilización de pacientes es, la culpable de la aparición de la fatiga física así como de lesiones que se pueden producir o derivar de forma inmediata o por la acumulación de pequeños traumatismos, tras la efectuación de la movilización de pacientes en periodos cortos y de manera repetitiva.

Estas movilizaciones requieren de un sobreesfuerzo físico en la zona lumbar que en la mayoría de los casos puede estar cerca del límite de la localización de las vértebras, L5-S1, destacando los discos intervertebrales, al tener que levantar completamente al paciente o parte de su cuerpo. El papel del celador tiene una labor de vital importancia a la hora de la movilización y de la esencial coordinación de la técnica que se esté aplicando en ese momento.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org
2. www.fundacion signo.com
3. <https://blog.opositatest.com>
4. Fernández González Manuel, Fernández Valencia Mónica, Manso Huerta María Ángeles, Gómez Rodríguez M.^a Paz, Jiménez Recio M.^a Carmen, Coz Díaz Faustino del. Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón - C.P.R.P.M. Mixta. Gerokomos [Internet]. 2014 Mar [citado 2022 Ago 02] ; 25(1): 17-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100005&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100005>.

Capítulo 440

EL CELADOR Y LA UTILIZACIÓN DEL APARATAJE AUXILIAR

MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA

PABLO DÍAZ DE GRACIA

JULIO ARÉVALO CANO

CRISTINA ALONSO GUTIERREZ

LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO

1 Introducción

Se designa como dispositivo o módulo auxiliar a aquel del que dispone el personal sanitario y no sanitario para la movilización o el traslado de un enfermo/paciente dependiente con la mayor seguridad y así disminuyendo las posibles lesiones tanto para el enfermo como para el propio personal.

Por otro lado, concretamos los accesorios hospitalarios como todos aquellos elementos (incluido el colchón) que pueden ubicarse en la cama para facilitar o ayudar la estancia, la higiene, la comodidad y el bienestar del enfermo.

Los accesorios que forman parte de la atención asistencial de los pacientes o enfermos suelen variar si se trata de unidades especiales como son las unidades especiales de UVI, UCI, quirófanos, diálisis y partos, o de unidades y plantas de hospitalización general como son las plantas de traumatología, medicina interna o cirugía general.

Cada estancia y cada cama tiene sus accesorios concretos, adaptados al tipo de patologías que nos podemos encontrar en cada enfermo, pudiendo trasladar a estos de una estancia a otra según sean requeridos.

Una de las estancias en las cuales es fundamental el uso de dispositivos auxiliares para la movilización es en el servicio de rehabilitación hospitalaria, ya que los enfermos que frecuentan estas zonas, en términos generales, precisan de mucha ayuda porque tienen limitada su movilidad como consecuencia de una patología o un traumatismo.

2 Objetivos

Identificar los diferentes módulos auxiliares disponibles para la movilización de enfermos, ya sea para traslados, cambios posturales o intervenciones quirúrgicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha ejecutado 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 ejecución de la revisión.

4 Resultados

1. Transfer:

El transfer es uno de los dispositivos más esgrimidos a nivel hospitalario para la transferencia de camilla-cama, camilla-mesa quirúrgica.

Se define como el sistema de transferencia del enfermo de un plano a otro.

Dentro de los diferentes transferes podemos encontrar:

Transfer fijos y eléctricos, utilizados principalmente en quirófanos.

Ralón o técnicamente rollbord, formado por un núcleo interior de espuma especial, recubierto de tela deslizante, que hace las veces de cinta sin fin, incorporando dos asas para su transporte. Se utiliza principalmente en radiología, quirófanos y UVI.

Tabla rígida, está formada por material de plástico, manejada para la transferencia lateral horizontal del enfermo.

2. Muletas:

Dispositivo monopolizado para ayudar técnicamente al enfermo para la deambulación tras sufrir una lesión, una operación quirúrgica, una atrofia, etc.

Las muletas solamente están indicadas para lesiones bilaterales. Dentro de las diferentes marchas con muletas podemos distinguir:

- 4 puntos: muleta derecha, pie izquierdo, muleta izquierda, pie derecho
- 3 puntos: primero ambas muletas y la pierna afectada, luego pierna sana soportando el peso sobre ambas muletas.
- 2 puntos: muleta derecha, pie izquierdo, muleta izquierda, pie derecho.

Podemos encontrar varios tipos de muletas:

- Aluminio o madera: exige fuerza de la mitad superior del cuerpo y de las extremidades superiores.
- Lofstrand o más conocidas como muletas para antebrazo: tienen una anilla que se adecúa al antebrazo.

Se utilizan para personas que no tienen fuerza en la parte inferior del cuerpo. Se suelen utilizar para enfermos paraplégicos.

- Plataforma: se utilizan en enfermos que no pueden soportar la descarga del peso corporal sobre sus muñecas.

3. Bastones:

Una ayuda técnica, esgrimida para la deambulación de los enfermos que ostentan problemas de pérdida de equilibrio o con alguna tipología de origen inflamatorio en las extremidades inferiores, al igual que las muletas, suministra apoyo y seguridad.

Su uso está indicado para enfermos con lesiones unilaterales. Lo primero en avanzar es el bastón, seguido de la pierna afectada, a continuación, avanza la pierna sana por delante del bastón.

La longitud del bastón debe adaptarse con la medida desde el trocánter mayor hasta el suelo. El bastón se agarrará por norma general por el lado sano.

4. Andadores:

Están indicados en aquellos enfermos que tienen inestabilidad, proporcionando apoyo y seguridad. Dentro de los andadores nos encontramos con:

- Andadores con ruedas, facilitan la movilidad, pero son menos seguros.
- Andadores sin ruedas, consta de 4 puntos de apoyo, primero avanza el andador y luego las piernas.

5. Grúas:

Dispositivo auxiliar utilizado para la movilización y traslados de enfermos dependientes, que no hacen pie o si lo ejecutan, es con mucha dificultad.

Utilizando esta tipología de dispositivos auxiliares se movilizará con una mayor seguridad y por supuesto con menor riesgo en cuanto a lesiones, tanto para el enfermo como para el profesional de celador.

Encontramos 3 tipologías de grúas: mecánica, hidráulica y eléctrica.

- A la hora de instalar las correspondientes bandas del arnés en los enganches de la grúa: se enganchará en primero lugar la zona del tronco o cuerpo y posteriormente los enganches de las piernas.

- Para movilizar con grúa a un enfermo sentado: Se ubicará el arnés de arriba a abajo, por detrás y por debajo de una sábana entremetida, hasta la altura de la cintura.

Dependiendo del movimiento o de la transferencia a ejecutar se esgrimirá un tipo de arnés u otro, ubicándolo debajo del enfermo (El cuerpo del enfermo siempre quedará en unión con la sabana entremetida, nunca con el material del arnés).

6. Cinturón de traslado:

Suele utilizarse en la movilización de silla a sillón. No se debe manejar en aquellos enfermos con lesiones lumbares o de espalda y nunca deben ponerse directamente sobre la piel del enfermo, siempre por encima de la ropa.

7. Dispositivos para levantar al enfermo del suelo:

- Sillas de levantamiento, se coloca al ras del suelo facilitando la tarea de ubicar al enfermo, se eleva por mecanismo eléctrico a la altura deseada.

- Sistemas de evacuación, camillas semiflexibles que permiten recoger a una persona tumbada en el suelo, arrastrándola hasta el lugar deseado.

- Colchones de aire auto - hinchables, se coloca el colchón deshinchado bajo el enfermo, hinchando este dispositivo se permite sentar al enfermo que se ha caído.

Por otro lado, separadamente de todos los dispositivos auxiliares, nos podemos encontrar dispositivos auxiliares de apoyo:

- Planos inclinados y bipedestadores.

- Barras paralelas que son regulables pueden ser de base móvil o también fijas.

- Rueda de hombro (se instala fija en la pared).

- Espejo de reeducación (luna cuadrículada).

- Saquitos de arena (pesas en rehabilitación).

- Poleas de pared (musculación de miembros superiores).

- Mesa de mano universal o mesa de kanavel: extremidades superiores.

- Banco de cuádriceps o de Colson.

- Bicicleta cinética.

- Tablas o discos de Bohler o Freeman: tablas para ejercicios propioceptivos de madera.
- Jaula de Rocher: 2x2 metros.
- Rollo trocántereo: desde el trocánter mayor del fémur hasta el borde inferior del espacio poplíteo.
- Collarín cervical: 2 personas instruidas para su colocación.
- Férula de acero o arco de cama.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de los diferentes dispositivos auxiliares son un punto clave para prevenir lesiones al personal que efectúa las movilizaciones del enfermo por una mala práctica o por un exceso de peso, como para el propio celador.

Cada dispositivo auxiliar tiene sus ventajas e inconvenientes, sus indicaciones y sus contraindicaciones, manejando un tipo u otro según la dolencia del enfermo. Es fundamental identificar los casos en los que nunca se podría utilizar un dispositivo auxiliar. La formación en este punto es fundamental, ya que se podrían causar lesiones graves. El mantenimiento de todos estos dispositivos también es fundamental para el correcto funcionamiento y evitar posibles complicaciones que surjan en el proceso de movilización.

6 Bibliografía

1. El celador en el servicio de salud del Principado de Asturias (2018). Temario general. La editorial del opositor. Mad: Sevilla.
2. Movilización del enfermo, Editorial Vértice, 2011.
3. Técnicas de movilización de enfermos para trabajadores del SAS. Prevención de RRL. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
4. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y transferencias. Manual para el cuidador.

Capítulo 441

ENFOQUE DEL CELADOR EN LA EFICACIA Y NECESIDAD DE LA BIOÉTICA

LAURA FALCÓN DÍAZ- TENDERO

PABLO DÍAZ DE GRACIA

JULIO ARÉVALO CANO

CRISTINA ALONSO GUTIERREZ

MARIA VICTORIA DIAZ TENDERO GARCIA

1 Introducción

Para poder referenciar y hablar sobre la Bioética debemos conocer su enunciación que nos dice que: La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud.

Según los antecedentes en la historia fue en el año 1970, cuando el oncólogo Van Rensselaer Potter, en el escrito del artículo “The Science of Survival” fijo el término bioética (1).

Desde ese año de 1970, se han visto incrementados los límites en el pensamiento y el gran crecimiento de centros de estudio, autores y a su vez de libros ya publicados que contemplan y nos exponen una mayor elevación en las diferencias de los enfoques filosóficos y de las propuestas, aunque a veces discrepen y estén en contradicción.

Esta visión de la conducta humana, al igual que el vocablo de la Bioética, hizo su manifestación en los Estados Unidos. Potter rastreo en sus escritos el gran peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por la rotura entre los dos ámbitos del conocimiento: el científico y el ámbito humanístico. El único camino de solución que se veía posible ante la catástrofe imperiosa fue instaurar un puente entre las dos culturas, la científica y la humanística - moral. La Bioética debe hacerse cargo de unir la ética y la biología. La bioética tiene por función enseñar cómo manejar el conocimiento, es una ciencia de la supervivencia (2).

2 Objetivos

- Definir según Van Rensselaer Potter la Bioética.
- Describir al detalle los principios de establecimiento y de fundamentación de la Bioética.

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, scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El epicentro conceptual en el que se establece el concepto de la bioética es el requerimiento de que la ciencia biológica se plantee múltiples preguntas éticas, quiere decir, que el hombre se cuestione sobre la importancia y lo transcendental en cuanto a la moral de sus actos. La aplicación de cualquier estudio científico puede tener adversidades no calculadas para toda la humanidad, aunque sólo sea la limitación del poder biotecnológico en manos de unos cuantos.

En la exposición de Potter, la Bioética nace de una situación de alarma por consecuencia de los avances científicos.

Como referimos anteriormente la Bioética es el estudio sistemático de las conductas humanas en el entorno de aplicación de las ciencias de la vida y de la salud, vistos con los ojos de los valores y los principios morales, la Bioética tiene por

objetivo el estudio racional de los problemas de la moral unidos a la biomedicina y de su adhesión con el ámbito de derecho y de las ciencias humanas.

La fundamentación de la bioética y su establecimiento se aplica en cuatro principios el Principio de Autonomía, Beneficencia, no maleficencia y el de justicia.

Los cuatro principios:

- Autonomía, respeto hacia los individuos, asegurar la autonomía que necesiten para que los realicen por sí solas, es decir, como únicos propietarios de sus actos y decisiones, aunque sean individuos enfermos. En el campo de la medicina, el profesional de salud de la medicina deberá, respetar los valores y preferencias del paciente ya que se trata de su propia vida y salud.
- De beneficencia en este, el facultativo, tiene el deber de que sus actos siempre sean en beneficio de otros.
- No Maleficencia, el profesional de la salud, tiene la imposición y obligación moral de no hacer daño intencionadamente, este principio se establece en una tradición de la máxima clásica que es (*primum no nocere* “lo primero no dañar”).
- Justicia se establecerá en la evitación de las desigualdades en la sociedad y dar el mismo trato a todos por igual.

5 Discusión-Conclusión

Lo que nos dice esta fundamentación y estos principios y que, además, recoge su conjunto con la gran variabilidad de aspectos que abarca la bioética, es que la dignidad de la individuo está por encima de todo lo que nosotros pensemos y que si nos guiamos en estos principios estrictamente y sistemáticamente daremos al usuario/paciente una asistencia y una atención mucho más eficaz.

La finalidad y funciones que persigue la aplicación de estos principios es, además de prevenir problemas sociales, psicológicos, espirituales o físicos, se conseguirá o por lo menos se pondrá todo el empeño en que así sea, y de dar una calidad de vida al enfermo muy beneficiosa a la hora de su cuidado y recuperación y velando siempre su autonomía desde la información y la comunicación adecuada.

6 Bibliografía

1. <https://es.catholic.net/op/articulos/10755/cat/469/definicion-de-bioetica.html>
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009
3. Azulay Tapiero A.. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2001 Dic [citado 2022

Ago 02] ; 18(12): 650-654. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009&lng=es.

4. Espinosa CV, Menoret V, Puchulu MB, Selios MJ. Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta* [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Ago 02] ; 27(128): 31-36. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000300005&lng=es.

Capítulo 442

LAVADO Y CUIDADO DE LAS MANOS EN EL TRABAJO DE CELADOR.

REBECA CANTELI RIVERA

1 Introducción

El lavado y cuidado de manos, en el ámbito laboral del celador, evita considerablemente la propagación de gérmenes siendo una de las medidas más efectivas, y a su vez reduce el riesgo de transmitir/adquirir la infección del COVID-19.

Varios organismos internacionales (la OMS, el ECDC y el CDC) nos aconsejan lavar las manos con agua y jabón de forma frecuente, o bien utilizar un preparado de contenido alcohólico formulado adecuado para las manos.

Centrándose en el trabajo de celador, que nos ocupa, le implica en numerosas ocasiones el contacto con pacientes, así como el consabido lavado de manos como medida de prevención de infecciones nosocomiales. En este capítulo enunciaré cuales son los momentos imprescindibles del lavado de manos, así como precisos consejos para el cuidado de las mismas. Explicaré, en definitiva, la importancia de que los celadores realicen una adecuada HM.

En el entorno sanitario, el principal modo de prevenir y controlar infecciones, comenzará siempre con la higiene de manos, debido a que la propagación de microorganismos se puede producir mediante las mismas manos del celador si no se realiza el lavado de forma adecuada.

En este capítulo veremos los tres tipos de lavado de manos, aunque el higiénico sea el más utilizado por los celadores, ya que debido a la mayoría de sus funciones es el que más precisan usar. Los otros dos son el asistencial y el quirúrgico.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Saber cómo debe realizar el celador el lavado y cuidado de sus manos en el día a día dentro del ámbito sanitario.

Objetivos secundarios:

-Exponer y enumerar los tipos de higiene en las manos del celador.

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 “higiene manos” y “lavado manos celadores”.

4 Resultados

Al lavado de manos con agua y jabón, hay que añadir la desinfección por el uso de hidroalcoholes (soluciones habitualmente de isopropanol y/o etanol), puestos muy de moda debido al terrible virus COVID-19 que se encuentra asolando nuestro planeta.

Estos hidroalcoholes son casi de uso obligatorio en nuestro quehacer diario cuando entramos a cualquier local cerrado donde tenemos tendencia a tocar objetos que han podido estar contaminados por el continuado contacto de humanos. Sin embargo, el uso de estas soluciones alcohólicas, añadidas al continuo lavado de manos puede generar irritación de la piel, causando dermatitis irritativa, así como heridas superficiales en las mismas.

Las manos actúan como transmisores de patógenos, por eso su higiene es la medida fundamental para disminuir la incidencia y propagación de estos microorganismos, siendo una pieza clave para el control de infecciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define de manera clara cuales son los 5 momentos imprescindibles para el lavado de manos.

Por lo tanto, para el caso de un celador, la medida más simple y efectiva, como no podía ser de otra manera, es el lavado de manos al comenzar y finalizar la jornada, siempre antes y después de entrar del contacto con un paciente, objeto, entorno sanitario o fuente de microorganismos y después de quitarse los guantes.

Pautas y procedimientos para el correcto lavado de manos:

Lavado higiénico:

1. Prelavado con agua y jabón durante 30 segundos.
2. Abundante aclarado.
3. Lavado con agua y jabón durante 30 segundos.
4. Aclarado y secado con toalla de papel desechable.
5. Frotado de manos entre palmas, espacios interdigitales, dorsos y muñecas durante 10 minutos.

Lavado antiséptico:

1. Eliminar suciedad, materia orgánica y la flora residente de las manos, consiguiendo actividad microbiana.
2. Jabón con antiséptico.
3. Antes de llevar a cabo procedimientos invasivos (inserción de catéteres, sondas vesicales).

Lavado quirúrgico:

1. Eliminar la flora transitoria y la flora residente de las manos.
2. Jabón líquido con antiséptico aplicado con un cepillo de uñas desechable y toalla o compresa estéril.
3. Antes de una intervención quirúrgica.
4. Antes de cualquier maniobra invasiva que requiera asepsia.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, debemos conseguir que para que los celadores disminuyamos la contaminación y evitemos la transmisión de microorganismos, la sencilla tarea del lavado de las manos de una forma correcta y en los momentos adecuados es una medida que nosotros, los celadores debemos realizar por la seguridad del entorno sanitario y para prevenir una infección en el paciente, con todo ello

conseguimos eliminar la suciedad, la materia orgánica y la flora transitoria de las manos.

El lavado higiénico es el más utilizado por celadores y también por el resto del personal sanitario ya que es imprescindible para mantener una higiene y evitar cualquier tipo de contagio.

6 Bibliografía

- Curso logos (el celador ante el paciente contagioso)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados (Adela A.L., Guillermo F.O. Joaquín P.H)
- Importancia de la Higiene de las Manos en el Sector Salud (Lucio G.M. César S.H. Jesús Manuel C.P. Nadia Luz L.E.)
- Una buena higiene de las manos por parte de los profesionales de la salud protege a los pacientes de las infecciones farmacorresistentes (OMS)
- Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario (Alba S.M, Lucía S.M, Gema N.S. Rebeca G.S, Javier S.C.)
- Higiene de manos: estrategia imprescindible en el control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (Cristina H. C.)

Capítulo 443

LOS CELADORES Y RIESGO BIOLÓGICO EN CENTROS SANITARIOS

MARIA BELEN GRANDA ROSAL

1 Introducción

En el entorno de trabajo, dentro del ámbito sanitario, uno de los riesgos de más importancia, es la exposición a agentes biológicos de transmisión sanguínea, y son los celadores que por su trabajo y por ser los que más cercanos están a los pacientes, el colectivo que está especialmente expuesto y tiene mayor riesgo a accidente laboral ya que desempeñan un trabajo que es complejo y que lleva implícito múltiples tareas con riesgos muy diversos y también muy específicos. En el Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, que trata sobre la protección de los trabajadores en riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el desarrollo del trabajo, se establece las normas mínimas que deben tener los trabajadores que estén o puedan estar según su puesto de trabajo, expuestos a agentes biológicos.

Es un hecho, que sigue habiendo accidentes laborales, por exposición a agentes biológicos en el desarrollo del trabajo, se establece las normas mínimas que deben tener los trabajadores que estén o puedan estar según su puesto de trabajo, expuestos a agentes biológicos.

Es un hecho, que sigue habiendo accidentes laborales, por exposición a material biológico, aunque se hayan implantado medidas y políticas de protección.

Los centros sanitarios, cuentan con trabajadores que desempeñan múltiples funciones dentro del centro y que habitualmente debido a su trabajo están expuestos

a diario a productos (el más normal, la sangre) o materiales contaminados por organismos patógenos de transmisión sanguínea (VHB, VHC y VIH). Por lo que se deben tomar medidas de prevención para en lo posible aminorar o evitar tanto el accidente biológico como sus consecuencias ya que se consideran como urgencias médicas que conllevan administrar agentes antirretrovirales y asegurar la actuación de profilaxis postexposición.

2 Objetivos

Reconocer por parte de los trabajadores las medidas de prevención para evitar en lo posible aminorar o evitar la transmisión del agente biológico y conocer a qué agentes puedes estar expuestos

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en buscadores científicos (PubMed, SCIELO) utilizando palabras claves como fluido, residuos, agente biológico, celador, riesgos biológicos .. Y además se realiza una búsqueda en bibliografía especializada en este campo

4 Resultados

Los trabajadores de centros sanitarios, entre ellos l@s celador@s están expuestos a agentes biológicos en el desempeño de su trabajo, sufren el riesgo de infección pero además pueden a su vez transmitirla a los pacientes o a personas de su entorno. La vías más comunes de entrada de un agente biológico son:

- *agentes biológicos transmisibles por vía aérea (inhalación o gotas respiratorias) como la tuberculosis, el sarampión, la varicela, la gripe, covi. tosferina, meningococo

- * por contacto directo o indirecto con objetos contaminados

- *a través del tubo digestivo por contacto, generalmente mano-boca (hepatitis A, poliovirus)

- * la penetración del agente en las capas profundas de la piel, a través de pinchazos, cortes, arañazos con material contaminado [mucosas con sangre o fluidos corporales (hepatitis B) (VHB), Hepatitis C (VHC) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El tipo de gravedad va a depender de:

*Exposición masiva con sangre del paciente con serología positiva

*Que la herida se produzca con instrumento contaminado

*Contaminación de piel o mucosas

*Profundidad del pinchazo

Entre las medidas preventivas a tener en cuenta por el trabajador para impedir la transmisión del agente biológico, están las siguientes:

*Obligación por parte del trabajador de estar vacunado, tanto de la hepatitis B, como de otras vacunas (tétanos, varicela, triple vírica, rubeola...).

*En el lugar de trabajo no se puede comer, beber, ni fumar

*Seguir normas de higiene personal, como lavado de manos, cubrir heridas y lesiones de las manos con apósito impermeable

*Utilizar los equipos de protección adecuados, guantes, mascarillas, bata... así como conocer su colocación y retirada adecuadamente

*Conocer las medidas que se deben adoptar si existe algún incidente

*Al utilizar objetos cortantes y punzantes tener mucho cuidado

*Desinfectar y esterilizar correctamente aquellos instrumentos que se usen.

5 Discusión-Conclusión

La mayor parte de los accidentes que se producen y la más frecuente es durante la manipulación del material corto-punzante.

Es necesario la utilización y sobre todo el conocimiento de los EPIS necesarios para evitar la mayoría de los accidentes ya que no se tienen en cuenta estas medidas que provocan continuamente accidentes en el desempeño del trabajo. En la mayoría de los casos se reconoce una falta importante de identificación de riesgos, conocimientos inadecuados de las enfermedades que se pueden transmitir por contacto con material biológico.

Hay que tener en cuenta que hay resistencia a la utilización de equipos de protección individual, se subestima el riesgo de infectarse ante estos accidentes.

Los trabajadores de los centros sanitarios se enfrentan con situaciones inadecuadas, sin percibir las como tales, para ello, es necesario que se realicen programas de intervención con el fin de modificar los grados de cumplimiento. Se demuestra claramente que una acción formativa sostenida en el tiempo, mejoraría de manera notable el nivel de conocimientos del personal sanitario sobre las precauciones a tomar y que implicaría un cambio de actitud hacia la prevención de los riesgos en el trabajo.

6 Bibliografía

- 1.Libros CDC: Transmission of HIV possibly associated with exposure of mucous membrane to contaminated blood
 - 2.Robert LM, Chamberland ME, Cleveland JL, Marcus R, Gooch BF,Srivastava PU et al. Investigatios of patients of health care workers infected with HIV. The Centers for Disease Control and Prevention database
 3. 10.Updated U.S.Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxix MMWR Recomm Rep. 2001;50:1-52
 4. Artículo de Revistas:A NMTAS. Procedimiento de Actuación ante accidentes de trabajo por exposición a material biológico en trabajadores de centros sanitarios. Documento interno. ANMTAS. 2008
 5. MMWR 1997; 46:620-3
- *Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de Mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario

Capítulo 444

GESTIONES ADMINISTRATIVAS INFORMATIZADAS EN FARMACIA HOSPITALARIA

SONIA MARTÍN MORERA

1 Introducción

Uno de los objetivos principales dentro de los hospitales es lograr el mayor nivel de calidad posible, lo que no podría ser menos si se trata de la Oficina de Farmacia, donde se tiene que realizar un mayor esfuerzo, dada la complejidad de sus formulas, y la gran precisión con que tienen que desarrollar todos los procesos de trabajo: facturación, aprovisionamiento de productos, control de albaranes, balances cierres de cuentas, gestión de pagos, devolución de abonos etc.

El sector socio-sanitario debido a las reestructuraciones que se están viviendo en el Sistema Sanitario Español y el déficit de profesionales sanitarios es uno de los sectores que cuentan con el mayor potencial de crecimiento del empleo y que se incrementará en los próximos años. En la actualidad se están creando nuevos centros sanitarios equipados de Oficinas de Farmacia propias.

El área farmacéutica al pasar por una constante y rápida evolución necesita de auxiliares administrativos capacitados, con conocimientos referidos a la función específica de farmacia que por lo complicado de su nomenclatura en cuanto a los principios básicos de la farmacología, necesitan de una formación específica. Bien sea para colaborar con la tarea del farmacéutico en su rutina cotidiana, o bien sea desde la organización administrativa, hasta la categorización de los medicamentos.

2 Objetivos

- Definir las funciones que tienen los auxiliares administrativos dentro de las oficinas de farmacia instaladas en los hospitales
- Aplicar la organización de los aspectos administrativos dentro de la unidad de farmacia
- Aplicar los procedimientos de control de existencias

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Academy introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. También se han consultado guías relacionadas con la materia a estudio. Finalmente se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información establecida

4 Resultados

Para optimizar el trabajo diario y asegurar un estándar de buena calidad, y bien organizado de la Oficina de Farmacia, se prioriza la importancia de la formación y orientación laboral para que el auxiliar administrativo disponga de los conocimientos exigidos para protocolizar el trabajo con una estructura de base de datos.

Como auxiliar administrativo de farmacia hospitalaria se realizarán las siguientes funciones:

- Se llevará la contabilidad informática diaria de los medicamentos dispensados
- Se organizará un control diario del stock de medicamentos para controlar su caducidad y lugar de almacenamiento
- Conocer las características principales y requisitos para colaborar con obras sociales
- Controlar y actualizar la base de datos de los pacientes
- Realizar pedidos a la droguería, controlarlos y ordenarlos según su orden de prioridad.
- Aplicar los procedimientos resultantes del control de existencias y de organización de los aspectos administrativos de una unidad de farmacia
- Aplicar los procedimientos necesarios para atender las demandas de servicios y productos formuladas por el facultativo de una unidad o servicio de farmacia.

Otras tareas administrativas que pueden desarrollarse en la farmacia hospitalaria, bien a través de un técnico o de un profesional dedicado exclusivamente a las cuestiones administrativas son las siguientes:

- Gestión los ingresos con la entidad bancaria que corresponda
- Proveer de todo el material a la farmacia hospitalaria
- Controlar las facturas y abonos.
- Comprobar y realizar balance de las recetas prescritas por el médico y facturadas.
- Tomas nota de las incidencias de las recetas y controlarlas
- Llevar control de roturas y stocks.
- Controlar el fichaje de los trabajadores, tanto del horario único del personal, como del establecimiento de turnos.

Está claro que dentro del contexto de farmacia hospitalaria, vemos que todos los miembros del equipo que lo forman son fundamentales para la buena coordinación y marcha de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que dentro de la unidad de Farmacia hospitalaria la figura del personal administrativo es imprescindible. Ya que será el encargado de controlar entre otras cosas:

La supervisión del estado de cuentas, la gestión de compras, comunicar pérdidas y ganancias o tramitar los impuestos.

Además deberá facilitar periódicamente a su asesoría la documentación requerida.

Al auxiliar de farmacias hospitalarias, no se le exige de entrada una formación específica en farmacología, su perfil se corresponde al de un auxiliar administrativo de cualquier otra dependencia dentro de servicio de salud, pero como en cualquier otro departamento, o más si cabe por la terminología médica que se utiliza, se requiere de una persona disciplinada y con grandes dotes organizativas en su práctica laboral diaria.

.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432017000300401&script=sci_arttext&tlng=es <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP0405.pdf>

<https://essaeformacion.com/el-auxiliar-de-farmacia-hospitalaria>
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-4205

Capítulo 445

EL PLANCHADOR/A DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA MAQUINARIA DE PLANCHADO

MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO

SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ

MILAGROS TEBAR PALACIOS

DOLORES LÓPEZ NAVARRETE

MARTA NAVARRO PÉREZ

1 Introducción

En la zona de área de planchado encontraremos multitud de máquinas o aparatos que el planchador tendrá que utilizar para poder realizar sus funciones de la mejor manera posible. Estas máquinas nos facilitarán mucho la faena diaria de planchado y harán que dicha faena sea más rápida y efectiva con mejores y mayores resultados.

Estas máquinas son fundamentales para el desarrollo diario en esta área, debido a las grandes cantidades de ropa a planchar y para que su tratamiento sea el correcto e idóneo y el resultado final sea el esperado.

Algunos aparatos con los que el planchador tendría que trabajar diariamente serían:

- Mesas de planchado: Contiene sencillas mesas de planchar plegables, junto con una gran variedad de mesas más completas y funcionales.
- Maniquís de planchado: se utilizan para grandes producciones de prendas específicas
- Prensas de planchado: Permiten modificar la presión del planchado según la prenda a tratar, con un mayor rendimiento y facilidad de uso para el operario.
- Generadores de vapor: Desde básicos calderines para alimentar una mesa de plancha estándar hasta generadores de vapor capaz de producir más de 50 kg. de vapor a la hora.
- Accesorios de planchado: Desde Planchas, Pistolas y Cepillos Vaporizantes hasta Mesa Plegables con Aspiración.

Más adelante explicaremos los riesgos que el planchador puede sufrir en los túneles de planchado e instrucciones para su prevención.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos que el trabajador podría sufrir en la utilización de máquinas de planchado.
- Conocer las instrucciones para prevenir accidentes en dicha utilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

A continuación veremos cuáles podrían ser (entre otros) los riesgos que el planchador podría sufrir en los túneles de planchado y las instrucciones para su prevención:

- Posibles quemaduras mediante vapor, no introducir la mano en el túnel dado que el spray del vapor está colocado justo al otro lado de la entrada.

- Posible riesgo de descargas eléctricas, antes de entrar en el túnel aislar el panel de control, apretar botón paro de emergencia y retener llave
- Existe riesgo potencial de quemarse al limpiar los serpentines del calefactor, verificar que el suministro de vapor está desconectado y proceder con cautela.
- Y el riesgo más común y más a tener en cuenta debido a que se trabaja a unas altas temperaturas será el de riesgo de incendios, para evitar este riesgo habrá que tener muy claro diversas instrucciones:
- Nunca hacer funcionar el túnel de planchado por encima de 155 grados cuando se trata de prendas mojadas
- No dejar extendida la máquina con prendas todavía en el túnel
- Nunca hacer funcionar el túnel a más de 130 grados cuando se trata de prendas de limpieza en seco
- Siempre utilizar velocidades de transporte correctas para evitar un sobre secado
- Siempre inspeccionar los bolsillos de las prendas para que no queden objetos inflamables en los mismos
- Las instrucciones de limpieza han de seguirse cuidadosamente para evitar la formación de pelusas. Ello puede ser un riesgo potencial de incendios. Todo el personal deberá saber donde se encuentra el extintor de incendio más cercano.
- Si el túnel está equipado con un rociador automático el personal debe saber:
 - * Donde se encuentra el botón de control de activación manual
 - * Como funciona manualmente la válvula de incendios, debido al no funcionamiento o bien pronta detención del fuego.

5 Discusión-Conclusión

Tan importante es el uso de las máquinas por parte del planchador, como también es conocer los riesgos que tienen los túneles de planchado y conocer las instrucciones para poder prevenir cualquier tipo de accidente.

Según la ley de prevención de riesgos laborales, esta obliga al empresario a adoptar medidas adecuadas a los trabajadores para que estos reciban todas las informaciones necesarias sobre los riesgos para la seguridad y la salud derivados de su actividad, en este caso el área de planchado, así como las medidas y actividades de protección aplicables, para poder evitar cualquier tipo de riesgo o accidente laboral.

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/a

2. <https://www.macrun.es>
3. <https://www.lavanderiasanclas.es>

Capítulo 446

EL PLANCHADOR/A EN SERVICIOS SANITARIOS Y LOS PROBLEMAS MAS FRECUENTES QUE SE PRODUCEN EN LA FASE DE PLANCHADO

MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO

SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ

MILAGROS TEBAR PALACIOS

DOLORES LÓPEZ NAVARRETE

MARTA NAVARRO PÉREZ

1 Introducción

Si bien la mayoría de las planchas están diseñadas para el control ambidiestro, lo que elimina el riesgo de obtener planchas, todavía hay algunas planchas más antiguas que carecen de esta función de estabilización.

Los operadores de estaciones de planchado corren el riesgo de lesionarse el hombro, el cuello y la espalda. Soy alto, siempre estoy de pie y, a menudo, tengo que pedalear con los pies. Si bien es posible trabajar con máquinas más automatizadas y con mejores posturas para los trabajadores, las máquinas actuales simplemente no pueden eliminar las altas tensiones causadas por el proceso. Los operadores de planchas a menudo se paran y trabajan en una posición fija, aunque tengan

sillas, bancos o taburetes. El área del escritorio debe poder adaptarse al nivel adecuado de cada operador, permitiéndole trabajar con mayor comodidad. El diseño inteligente y los bordes acolchados de la mesa reducen en gran medida la tensión en las manos, las muñecas y los brazos. • Planchado a mano: use una placa caliente en telas y prendas para estirar las telas, eliminar las arrugas y mantener las tallas equilibradas. Los paneles se utilizan manualmente. • Planchado automático: aplica una placa caliente a la tela, estira la tela y equilibra el tamaño. Las telas y la ropa se pueden colocar en áreas o formas cubiertas.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes riesgos que puede sufrir el planchador en el desempeño de su función.
- Conocer las diferentes medidas preventivas para evitar dichos riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 hablar sobre los riesgos más importantes encontrados en los centros hospitalarios en la parte de lavandería y lavado de ropa sanitaria dando incumplimiento durante esta etapa de planchado y las precauciones a tomar se pueden resumir de la siguiente manera:

Contramedidas de riesgo

1. Fatiga postural por posturas incorrectas repetitivas prolongadas durante el trabajo. - Capacitar a los operadores en la mejor postura para trabajar, usar zapatos cómodos durante las horas de trabajo y establecer pautas de descanso o cambio de turno en caso contrario. sus. Fatiga visual debido a la mala iluminación en ciertas áreas: asegúrese de que su estación de trabajo esté bien iluminada.
3. Si toca la parte caliente de la plancha, se quemará. - Cubrir con aislante las zonas que alcancen la temperatura de la plancha. cuatro Quemaduras causadas

por exposición a vapor a alta presión y temperatura. - Instale protecciones para evitar el acceso a las líneas de vapor. La instalación de un suministro de vapor está sujeta a la normativa vigente.

Cinco. Exposición excesiva al alto calor del vapor generado durante el planchado.

- Instalación de sistemas de ventilación, recogida y extracción del vapor generado.

6. CONTACTO ELÉCTRICO DIRECTO E INDIRECTO CON PARTES VIVAS DEL EQUIPO Y CONEXIÓN INDIRECTA A PARTES VIVAS SIN PROTECCIÓN POR FALLAS DE AISLAMIENTO - Se instalará un sistema de separación de

fuentes de energía claramente visible e identificable y se desconectará la fuente

de alimentación.

7. Riesgos de incendio y explosión: está estrictamente prohibido fumar y se debe proporcionar el equipo adecuado para combatir incendios y se

debe capacitar al personal para este fin.

8. Riesgo de interferencia con los elementos de transmisión de la placa - Instale resguardos permanentes en todos los

elementos de transmisión sin protección.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos ergonómicos son un problema para los trabajadores que alquilan, etiquetan, planchan, empacan y distribuyen ropa. Tienden a realizar tareas bastante repetitivas, a menudo requiriendo que muevan las manos y los brazos en posiciones difíciles e imprecisas. El bulldozer debe estar equipado con las defensas necesarias, preferiblemente estacionarias y las manos deben mantenerse fuera de la zona de riesgo.

Por esta razón, debe modificarse para evitar que esto suceda y solo debe usarse con las dos manos. Todas las planchas y los sistemas de suministro de vapor y aire comprimido deben revisarse periódicamente para mantenerlos en buen estado de funcionamiento. Condiciones malas o anormales pueden tener consecuencias fatales.

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/a
2. Google <http://www.atexga.com>

Capítulo 447

LAS FUNCIONES GENERALES EN EL TRABAJO DEL PINCHE EN UNA COCINA HOSPITALARIA

BELEN TERCERO DOCON

MIRIAM BARBERO NAVARRO

CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA

1 Introducción

Como en todos los servicios y áreas del hospital existe una distribución de trabajo en este caso explicaremos de una forma muy general cuáles serían las funciones de pinche en un complejo hospitalario sin olvidar que el pinche trabaja de forma sistemática y en equipo puesto que este área se divide en :jefe de servicio, gobernantas/es ,cocineros y cocineras ,pinches y nutricinistas.

En cuanto a la distribución de las tareas se encarga el o la gobernante de turno que se encarga de realizar grupos para desempeñar las funciones con el mayor éxito posible estableciendo un orden y reparto de funciones equilibradas y rotatorios durante la jornada laboral.

Explicaremos las tareas relacionadas con pinche que es del profesional que estamos analizando e investigando en este momento. Estos turnos se dividen en:personal de cocina turnos de mañanas

Personal de cocina turnos de tardes

Personal de planta turno de mañanas

Personal de planta turno tardes

En este orden se estipula que todas las pinches pasen a una rotación tanto en el grupo 1 como en el grupo 2 que generalmente se realiza por semanas encontrándose lo corregirlos que irán ocupando según indique el gobernante los puestos que quedan libres y sea necesario cubrir.

2 Objetivos

Establecer un orden de organización de los componentes de una cocina hospitalaria repartimiento las tareas de forma igual entre unos y otros

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 son ayudante de cocina-educación. Como y libro de oposiciones editorial(mad)y se han consultado articulos en las principales base de datos scielo científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las pinches también conocidas como ayudantes de cocina sirven como apoyo tanto para la limpieza eficaz como para la elaboración y preparación de todos los platos para los enfermos es una pieza clave para el cocinero ya que realiza variedad de tareas entre ellas:

Repartiéndose en turnos las personas de las mañanas:

- *preparan los carros y platos con sal, recogen la zona de la cinta y repaso de baño maría.

- *Ponen la leche ,preparan los desayunos

- *Se encargan de emplatar la comida

- *Enfundan y reparten los cubos de basura de cocina

- *Conectan los baños maria para mantener los productos claientes a la hora de ser servidos

- *preparan los bocadillos

- *SE encargan de la limpieza y tirada de basura .

Personas de turno de tarde:

- *reparten la primera merienda

*se encargan de repartir y emplatar la cena

*Del friegue y de la recogida final sin olvidar los cubos de basura.

PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN PLANTA : turno de mañanas

*se encargan de repartir el desayuno en planta de la colocación y preparación de las bandejas que se van a utilizar del tipo de dieta reflejada en una tarjeta que colocaremos en la bandeja

*prepararán los cubiertos, servilletas, vasos de plástico todo individual y plastificado.

Turnos de tardes.

*Preparación de ensaladas, postres y panes

*Son las encargadas de subir la bandeja a planta si surgiera un ingreso de última hora

Una vez todo lo explicado en ambos turnos se da por terminado todos los componentes de ese día ya estén en turno de mañana o de tardes se encuentren en cocina o no se encargan de realizar la limpieza tanto de superficies como de túnel y utensilios utilizados para elaborar el menú y se procederá a apagar todas las cámaras que no vayan a ser utilizadas.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina se suele encargar de las tareas más sencillas y rutinarias de una cocina pero también ha de contar con algunas capacidades como ser una persona activa y organizada esencialmente porque es el ayudante necesario para que todo funcione correctamente otras funciones que no podemos dejar de nombrar son apoyo a elaborar platos específicos de pacientes, pelar y cortar alimentos como verduras, carne y pescado, mezclar ingredientes, preparado de bandejas y empletado del paciente, triturado de pures, subida y recogida de carros y por último las encargadas de repartir alimentos al personal facultativo donde se encuentran los residentes, celadores, médicos, anestesiistas, enfermeros que pasan turnos de 24 horas en el hospital.

6 Bibliografía

[Https://www.turijobs.com](https://www.turijobs.com)

[Blog.editorialcep.com](https://blog.editorialcep.com) (cep)

[Https://es.scribd.com/document/43660317/distribución-del-trabajo-en-la-cocina-del-hospital.](https://es.scribd.com/document/43660317/distribucion-del-trabajo-en-la-cocina-del-hospital)

Capítulo 448

EL CELADOR EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA

ANTONIA TORRES FLORES

JUAN TRUJILLO PINTADO

EMILIA MORA TORRALBA

MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ

CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ

1 Introducción

Se entiende por psiquiatría la parte de la medicina que estudia el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y trastornos mentales, que junto a la psicología estudia como controlar o modificar las conductas dañinas o perjudiciales para el enfermo y la sociedad.

Esta disciplina trata trastornos desadaptativos de la personalidad y la conducta como pueden ser los pacientes psiquiátricos con rasgos psicóticos, Neuróticos, depresivos, etc.

La salud mental es un estado de bienestar en el que las personas tiene un control adecuado sobre sus emociones y es capaz de afrontar de una manera coherente las situaciones de tensión de la vida diaria, trabajando y relacionándose en sociedad siendo un miembro de la misma.

La Organización Mundial de salud, OMS, define salud mental como el estado completo de bienestar físico, mental y social además de ausencia de traumas y

enfermedades mentales, considerando la salud mental un bien al que tienen derecho todos los ciudadanos, ya que la pérdida de este tipo de salud, no es óvise para que se reconozcan pérdidas de otros derechos fundamentales.

La protección de la salud mental incluye el derecho a recibir asistencia pública para su adecuado tratamiento por especialistas formados entre los que se encuentran los Celadores del área de Psiquiatría. Estos pacientes tienen derecho a no ser discriminados por su patología. Y tienen derecho a llevar una vida normal o que desde las administraciones públicas se les ayuden a llevarla a cabo dentro lo posible y de su respuesta al tratamiento.

En 1986 España, a través de la Ley General de Sanidad equipara el enfermo mental y lo incluye en el sistema general sanitario con el resto de enfermos y patologías. Con esta ley se desarrollaron servicios de tratamientos y reinserción social para realizar una atención del enfermo con patologías mentales con especial incidencia en la psiquiatría infantil y la de ancianos.

Los servicios de salud mental del sistema sanitario público están coordinados con los servicios sociales para atender problemas sobrevenidos por la patología que padezca el enfermo y atender así, los problemas que puedan padecer su entorno y él mismo.

2 Objetivos

Cuidar el bienestar de los enfermos psiquiátricos.

Prestar atención en la Unidad Psiquiátrica para evitar agresiones entre pacientes o autolesiones.

Obedecer las instrucciones y órdenes del médico psiquiatra.

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 la Unidad de psiquiatría, el Celador tiene múltiples funciones que se exponen a continuación:

Tiene que vigilar las puertas de acceso para evitar que entren o salgan personas no autorizadas, evitando la entrada en la Unidad de objetos que pudieran ser peligrosos para los pacientes.

Debe colaborar con el resto de personal de la Unidad para que los enfermos no hagan uso inadecuado de los enseres de la Unidad evitando así que los rompan o deterioren.

Es obligación suya trasladar los documentos y objetos que les indiquen los médicos o enfermeros.

Realizará traslados de camas y enseres de la Unidad si es necesario para el buen funcionamiento de la unidad psiquiátrica.

Debe cuidar el medio hospitalario para que exista un buen ambiente, subiendo las persianas de día y bajándolas por la noche.

Prestará atención y pondrá orden si los pacientes tienen algún desencuentro.

Cuidará que exista el mayor silencio posible dentro de la Unidad durante las horas de sueño.

Controlará la entrada de familiares de los pacientes indicándoles las instrucciones que deban conocer para no romper la armonía de la Unidad.

Ayudará a asear a los pacientes que tengan dificultades.

Controlará que los pacientes se vistan de forma coherente y vayan aseados.

Será el encargado de recoger los medicamentos en el servicio de farmacia.

Acompañará a los pacientes junto a los sanitarios, a los paseos alrededor del recinto.

Estimulará el ejercicio físico en los residentes.

Controlará los lugares donde los pacientes fumen, exigiéndoles que lo hagan en los lugares habilitados.

No debe hacer ningún comentario sobre diagnósticos y tratamientos a los familiares de los enfermos, es preferible emplazarlos a que hablen con su médico.

Será parte activa en la contención de pacientes agitados y o violentos.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas de ayuda empleadas por el Celador, encaminadas a afrontar una situación de hostilidad en un paciente psiquiátrico las realiza escuchando al paciente, debe empatizar con su problema y entender sus inquietudes y dejarle que

expresen sus sentimientos. El celador está formado para afrontar esas situaciones intentando que la actitud agitada del paciente psiquiátrico derive a finalizarla sin problemas añadidos.

El Celador hospitalario es un profesional no sanitario que trabaja en apoyo de Médicos y Enfermeras y uno de los principales valedores en el equipo de la Unidad de Psiquiatría de cualquier hospital, realizando trabajos más físicos en su día a día y se encuentra en contacto directo con los enfermos psiquiátricos.

Se caracteriza por ser un profesional capacitado y al servicio de todas las funciones que se le encomienden, encontrándose preparado para realizar todo lo necesario para el normal desarrollo de la Unidad psiquiátrica.

6 Bibliografía

<https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html>

Capítulo 449

EL CELADOR: CAMAS, USO Y TRASLADO

JUAN TRUJILLO PINTADO

EMILIA MORA TORRALBA

MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ

CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ

ANTONIA TORRES FLORES

1 Introducción

Las camas de hospital son los objetos que dan bienestar a los pacientes mediante su descanso, ya que van a pasar gran parte de su estancia en la institución sanitaria acostados en ella. Es misión exclusiva del Celador Hospitalario realizar servicio de traslado de la persona encamada cuando se lo reclame el servicio médico en caso de necesitar pruebas complementarias para el tratamiento de las patologías que padezcan.

Son indispensables en cualquier habitación de centro sanitario, y su misión es mejorar la calidad del bienestar de la persona encamada y los no encamados en sus horas de descanso necesario. También tienen unas características muy concretas que las hace exclusivas para los hospitales para acostar, levantar o realizar cambios posturales a los pacientes, además de evitar en los profesionales lesiones con motivo del esfuerzo que deben realizar.

Las camas que se usan en los centros sanitarios y hospitales pueden ser de diversos tipos dependiendo de las necesidades del enfermo: articuladas, ortopédicas, de somier fijo, etc.,

La cama hospitalaria, ha de tener ruedas para realizar cambios de posición de la cama, traslados entre habitaciones y a quirófanos, para realización de pruebas diagnósticas. Además de poder modificar su altura, deben disponer de barandas ajustables, todo para colocar al paciente en la mejor de las posiciones por su seguridad, la de los Celadores y para el resto de personal, pudiendo sentarle, acostarle, levantarlo o recostarlo con la finalidad de darle las mejores atenciones en los tratamientos y en su descanso.

La cama que existe en los hospitales facilitan la movilidad del enfermo ingresado y con la inestimable ayuda del celador puede realizar los movimientos para el aseo, para tratamientos, y movimientos posturales.

2 Objetivos

Conocer el tipo de cama que se emplee y usarla con pericia.

Realizar traslados en cama a los pacientes que necesitan pruebas diagnósticas.

Usar los dispositivos eléctricos y electrónicos de la cama y enseñar a los pacientes a manejarlos sin riesgos.

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

El Celador hospitalario colocará la cama en la habitación y allí en el lugar adecuado que le informe el personal sanitario de más responsabilidad, Personal médico, Enfermería y Auxiliares de Enfermería intentando que quede accesible al enfermo por tres de los cuatro lados.

En la habitación, el Celador pondrá el freno de las ruedas de la cama para evitar que se desplace innecesariamente, enchufará los cables eléctricos a la red com-

probando que funciona correctamente cada una de sus funciones, para que la movilidad de la cama en todas sus fases sea total e informará al enfermo y sus familiares, si están presentes, de su forma de uso.

Existen diversos tamaños de camas que el celador manejará correctamente gracias a su formación y su aprendizaje cuando ya se encuentre prestando los servicios. Cada cama será adecuada al peso, al tamaño, y a las circunstancias patológicas del enfermo, e incluso adaptará los accesorios y complementos que necesiten los encamados para su mejor posición y tratamiento, ya que la carencia de material pudiera derivar en una atención deficitaria al paciente durante su estancia en el hospital.

El Celador por el conocimiento de las camas, realizará una inspección básica del uso de las barandas, por si el enfermo las necesitara activadas y así evitar caídas por falta de movilidad del enfermo.

Si el Celador observa que alguna de las camas tiene alguna deficiencia, ruedas en mal estado, freno de ruedas que no realiza sus funciones, etc., debe ponerlo en conocimiento del servicio técnico o al personal de reparaciones del hospital para que procedan en consecuencia.

En cuanto al traslado de los pacientes a realizar pruebas accesorias y diagnósticas de cualquier tipo que sea pautado por el servicio médico, lo realizará prioritariamente con otro compañero, empleando la mayor rapidez y pericia posible, ya que en ocasiones ha de circular del interior de la habitación hasta la salida con la consiguiente habilidad para esquivar y maniobrar ante la presencia de otras camas y resto de mobiliario. Debe de circular por los pasillos del hospital sin correr pero sin entretenerse hasta llegar al servicio donde van a realizar la prueba, en ocasiones entre personas, debe hacer uso de ascensores, hasta su llegada y una vez finalizada la prueba regresar a su punto de origen o donde se disponga por el médico encargado.

5 Discusión-Conclusión

Los Celadores hospitalarios, bajo la supervisión de las enfermeras y auxiliares de enfermería, se encargan de prestar a los pacientes la atención básica de movilidad y cuidados no sanitarios. Sus funciones son muchas y de gran valor para el resto de personal hospitalario.

Son profesionales imprescindibles y es necesario que se sometan a formación adecuada y especializada para en ocasiones asumir responsabilidades adicionales que sean necesarias ante acontecimientos imprevistos y urgentes.

El Celador debe conocer otras facetas de su formación y responsabilidades, es-

tando preparados ante la llamada de los servicios sanitarios para realizar movilizaciones y traslados a enfermos siempre con la mayor de la profesionalidad y siempre mirando por el paciente en cualquier caso.

Se trata de una profesión muy cercana al paciente encamado, la delicadeza hacia él debe ser parte de su responsabilidad ya que como los profesionales sanitarios su misión se desarrolla para su bienestar.

6 Bibliografía

<http://www.ingesa.mscbs.gob.es/>

Orden de 5 de julio de 1971, Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. <http://celadoresonline.blogspot.com/>

Capítulo 450

LAS NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS APLICADAS A UNA COCINA HOSPITALARIA EN LA TAREA DEL PINCHE DE COCINA

CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA

BELEN TERCERO DOCON

MIRIAM BARBERO NAVARRO

1 Introducción

La higiene es fundamental en cualquier ámbito o trabajo, pero más si cabe cuando hablamos de una cocina hospitalaria como es nuestro caso, un lugar donde la manipulación de alimentos es diaria y se realiza durante los 365 días del año sin ninguna excepción, por ello existe un reglamento higiénico-sanitario que se debe seguir de forma estricta para evitar sanciones por tanto este reglamento afecta a todos los que desempeñen alguna función en ella, tanto a pinches como a cocineros/as. Este tiene como objetivo definir a efectos legales y dar a conocer de forma específica las "características con las que debe contar cualquier cocina hospitalaria", orden del 24 de octubre de 1978 y clasificar los distintos productos alimenticios fijando con carácter obligatorio las normas de su elaboración que se debe seguir y también contempla la forma de envasado y manipulación. Consta de 20 artículos de los cuales el 4º habla de forma específica de las cocinas donde se destaca el local o el área como debe ser en cuanto a sus dimensiones, características y accesos fáciles al igual que las salidas de emergencias, etc... a continuación

trataremos de desarrollar de una en una todas las necesidades que entraña el funcionamiento de hospitales dedicados al consumo colectivo de alimentos .

2 Objetivos

Dar a conocer punto por punto las características necesarias para realizar un trabajo competente acatando todas las normas impuestas en el reglamento higiénico-sanitaria.

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 en libros como oposiciones del sescam únicamente y artículos como el boe y se ha consultado artículos en las principales base de datos como Google académico seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación detallaremos lo criterios y requisitos a cubrir:

*PRIMERO los suelos deben ser impermeables, antideslizantes y no pueden presentar grietas para evitar accidentes, que sean fáciles de limpiar y desinfectar y además deben de tener una ligera inclinación del 2% hacia un sumidero y varios desagües para evitar charcos.

*SEGUNDO cubiertas o techos donde no se acumulen los vapores y que sean de fácil limpieza y como característica deben ser redondeados.

*TERCERO las superficies de las paredes deben ser totalmente lisas, impermeables, de color claro que de luz y por supuesto de fácil limpieza.

*CUARTO todas las ventanas y sus aperturas tendrán mallas mosquiteras o dotadas de rejillas que puedan ser desmontables.

*QUINTO la iluminación natural o artificial no debe alterar las características del alimento y deben estar protegidas en el caso de que puedan romperse no desempeñe un peligro para nosotros.

*SEXTO la ventilación natural o forzada debe ser suficiente, la dirección del que debe ir de la zona limpia hacia la zona sucia nunca al contrario, contruidos de forma que se pueda acceder a los filtros en cualquier momento.

*SÉPTIMO un lavamanos con agua fría y caliente con accionamiento de pedal para evidentemente no tocarlo y con jabón líquido cepillo de uñas y papel desechable.

*OCTAVO debe existir zonas perfectamente diferenciadas de manipulación para manipular productos crudos y elaborados, y sino fuera posible se debe proceder a la limpieza y desinfección al pasar de un producto a otro.

*NOVENA los cubos de basura serán de accionamiento no manual, cierre hermético y bolsas de in solo uso, en número suficiente.

*DÉCIMA los establecimientos pequeños que solo dispongan de plancha pequeña o cocina pequeña deberán de independizarla en la medida de lo posible del resto de las demás zonas.

5 Discusión-Conclusión

Estas normas higiénico-sanitarias deben de estar dotadas de medidas estratégicamente para evitar riesgos y accidentes laborales y para garantizar el mejor servicio y rendimiento, por último debemos destacar también que es necesario establecer un plan de gestión y control de alérgenos alimentarios para ello se deberá formar al personal empleado e implantar una serie de medidas dirigidas a prevenir contaminaciones cruzadas y posibles intoxicaciones para ello lo más recomendable es cumplir toda la normativa considerando de igual interés unos puntos que en otros.

Este reglamento también se contempla las maquinarias y utillajes, la superficies de las mesas, bandejas, vajillas y la prohibición de personas apenas a este trabajo.

6 Bibliografía

[Https://www.manipular-de-alimentos.es](https://www.manipular-de-alimentos.es)

[Https://boe.es\(pdf\)](https://boe.es(pdf))

Real decreto 22/2006 de 7/03/2006

BOE-A-1977-6174 ORDEN DEL 21 DE FEBRERO DE 1977

Capítulo 451

FUNCIONES DEL CELADOR EN CENTRO HOSPITALARIO ESPECIALIZADO EN COVID-19

MARIA BELEN GRANDA ROSAL

1 Introducción

El Covid-19 es una enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-COV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019 al ser informada de un grupo de casos de "neumonía vírica" que se había declarado en Wuhan (República Popular China). Los síntomas de la enfermedad aparecen entre 2 y 5 días desde contagio y pueden variar de muy leves a graves, incluso puede haber personas que no presenten ningún síntoma, algunos de estos síntomas son tos, fiebre, dificultad para respirar.

Cuando una persona desarrolla síntomas graves que requiera hospitalización, como dificultad respiratoria aguda, septicemia tromboembolia y/o insuficiencia multiorgánica debe acudir al hospital, para ser tratado .

Los profesionales sanitarios serán los que les atiendan, el celador es la figura que recepciona en primer lugar al paciente por lo que el celador que trabaja en un centro COVID, debe de saber llevar a cabo todo tipo de atención a este tipo de pacientes y tener las precauciones sanitarias necesarias para evitar contagiarse y a su vez contagiar a otros pacientes.

El celador cuando comienza a trabajar en una unidad de hospitalización de este tipo, lo primero que debe hacer es presentarse al supervisor@ de enfermería, ya que es el/la responsable principal del funcionamiento de la planta y quien le indicará el trabajo a realizar

2 Objetivos

Saber cuáles son las funciones y precauciones a seguir para que el buen funcionamiento de este tipo de enfermedad llegue a buen fin

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha recopilado información tanto de libro y artículos especializados en la materia, como el resultado de la búsqueda en páginas webs utilizando palabras clave como, covid, celador, virus, seleccionando la información que considero más adecuada al tema expuesto

4 Resultados

El celador que presta sus servicios en una unidad o centro especializado en COVID-19 debe conocer las siguientes funciones para llevar a cabo su trabajo son:

- Tramitará o conducirá comunicaciones verbales, documentos y objetos.
- Trasladarán:
 - >carros de las comidas de los pacientes
 - >aparatos o mobiliario
 - >enfermos (tanto dentro del centro hospitalario como en el servicio de ambulancias.
 - >trasladar a la sala correspondiente los éxitus.
- Ayudarán al personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en:
 - > aseo de los enfermos encamados que no puedan realizarlo por sí mismos.
 - >hacer camas de los enfermos que por sus condiciones y dolencias lo requieran.
 - >movimiento y traslado del enfermo encamados, que por su dolencia requieran trato especial.
 - >colocación y retirada de las cuñas cuando el enfermo no puede ser movido por TCAE.
 - >al personal de enfermería (DUE) o TCAE a colocar el sudario al fallecido previa certificación del médico
- Si los compañeros estuvieran ocupados contestarán las llamadas de teléfono a la mayor celeridad posible.
- realizarán excepcionalmente labores de limpieza cuando no sea posible hacerlo el personal destinado a ello.

- cuidarán los enseres y ropas de la unidad o centro instruyendo a los enfermos en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles en general.
- se abstendrán de hacer comentario sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos a los familiares.
- vigilarán:
 - >las entradas de la unidad permitiendo solo el acceso a personas autorizadas.
 - >el acceso y estancia de familiares en el acompañamiento de fin de la vida.
 - >el comportamiento del enfermo (no fumar...).
- Velarán por conseguir el mayor orden y silencio en la institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores sobre desperfectos o anomalías en limpieza y conservación del edificio o material y lo dejarán anotado en el libro de incidencia.
- Control de bombonas de oxígeno
- Control de incidencias ocurridos en el turno

5 Discusión-Conclusión

Ante un enfermo Covid interaccionan diversos profesionales de la salud, uno de ellos es el celador.

Se insiste en que se debe formar de manera específica en esta enfermedad, ya que el conocimiento en esta materia, sirve de ayuda para que el enfermo y su familia tengan un trato correcto y profesional.

La formación continua y la práctica es imprescindible en el trabajo del celador, se debe de hacer incapie en esta formación, ya que en la mayoría de las ocasiones cuando un paciente acude a un hospital debido a su enfermedad , su movilidad está mermada y necesitará la ayuda profesional del celador.

Es importante incidir que la profesión de celador en el ámbito sanitario debe considerarse como eslabón esencial sobre todo, en esta pandemia, y el trato que deben de recibir es como elemento esencial y no como un sector de segunda ya que está en la primera fila de acción ya que realizan una gran labor humana con el paciente y sus familias.

6 Bibliografía

- 1.Gómez, J.F., &Suárez, L.F.R . Posiciones anatómicas. Técnico Auxiliar de Geri-
atría.
- ,2.Romero. P.D.A, León, S.G Atienza J.F.M &Jimenez C.S (2013) Técnicas cuidados
de enfermería

3. Saturno, P.J (2009) Estrategias para la participación del paciente en la mejora continúa de la seguridad clínica . Revista de calidad Asistencias, 24 (3), 124-130
4. revistamédica.com/funciones-celador-hospital-pandemia
5. www.mcbs.gob.es/profesionales/salud pública/ccayes/alertas-actual/ncov/documentos/protección_trabajadores_-SARS_cov-2.pdf

Capítulo 452

EL CELADOR Y LA CLASIFICACIÓN: TRIAJE DE URGENCIAS

GEMA ANTÓN GARRIDO

NATALIA SÁNCHEZ RICO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ

JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

Distinguir entre emergencias y urgencias es fundamental para identificar a las personas que han llegado a requerir servicios de asistencia médica de emergencia por diversas razones.

Una urgencia es una situación grave que pone en peligro la vida y requiere atención inmediata; una urgencia es una situación que representa un peligro potencial para el paciente sin demora por más de 24 a 48 horas.

- Según la OMS, una emergencia puede ocurrir en cualquier lugar o actividad de que se trate (inesperada o imprevista) por diversas causas o por inestabilidad de la gravedad, requiriendo que el sujeto busque atención urgente, es para provocar el conocimiento de la necesidad. familia”. También lo detalla como una enfermedad de lenta e imprecisa fatalidad, pero cuya administración no debe demorarse más de seis horas.

Los servicios de emergencia intervienen 24/7 en cuidados intensivos y atención primaria. Después de que el paciente llega al departamento de emergencias del hospital y recopila datos del paciente en el departamento de emergencias, el personal médico o de enfermería estima estos datos para estimar la gravedad de la enfermedad. Niveles de prioridad llamados triaje.

Los servicios de urgencias se diseñan de acuerdo con el nivel de atención de cada hospital y deben estar bien comunicados con las unidades de cuidados intensivos, quirófanos, laboratorios, etc. a través de espacios que reciban, accedan y clasifiquen a los usuarios. La zona de no atención y el área de atención están claramente delimitadas.

2 Objetivos

Puntualizar las tareas del celador en el Servicio de Urgencias tanto en el centro de salud como en el hospital para conocer el trabajo que realizan los celadores, además de presentar las características del servicio, así como las formas de acceso y la estructura de esta área.

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 servicio de urgencias forma parte del hospital y centro médico, junto a la puerta de entrada, quizás un área auxiliar del hospital, con una entrada independiente que se distingue fácilmente del resto del hospital, creando condiciones favorables para el paciente. El paciente necesita atención urgente.

Un servicio de urgencias es un espacio que forma parte de un hospital y centro médico, junto a la entrada, puede ser un compartimento del hospital, y tiene un acceso rápido para que se pueda distinguir fácilmente de otras áreas. El resto de la parte del hospital de agiliza la llegada. El paciente necesita atención urgente.

Cada servicio de urgencias hospitalario se asigna en función de su función y capacidad funcional. No se debe olvidar que un lugar al que ingresan los pacientes con frecuencia es el departamento de emergencias. Requiere áreas delimitadas. Preciso, sin demoras en el apoyo. Atención al paciente o pacientes desorganizados. Una vez dentro de la habitación, hay unas cajas específicas que requieren una atención especial. Entre ellos se encuentran el quirófano (donde se realizan operaciones menores, suturas y limpieza de heridas), sala de yeso (donde se aplican vendajes y apósitos), box de supervivencia o CPR (box de aire acondicionado) para reanimación y cuidados críticos de emergencia).

El triaje es un protocolo para dar la bienvenida, dar la bienvenida y clasificar a los usuarios en el departamento de emergencias. Los cuidadores siempre recogen a las personas, incluso si llegan en ambulancia o en su propio automóvil.

Los cuidadores deben asignar y dirigir a los pacientes a las unidades de admisión o dirigirlos a las áreas de triaje, los miembros de la familia deben proporcionar los datos administrativos y colocar a los pacientes en sillas de ruedas, camas, camillas o sus camas cuando las circunstancias lo permitan. Avisar al personal médico si es necesario. Mantienen una salida de emergencia repleta de sillas de ruedas y camillas. Se aseguran de que los familiares y visitantes no permanezcan en los pasillos o salas del departamento de emergencias más tiempo del necesario, sino que vayan a los lugares designados de manera limitada y los indiquen dónde deben estar. Siempre avisarán a los familiares del paciente que estarán en la sala de espera al momento de trasladar al paciente, o realizar pruebas fuera de urgencias, o en el ingreso formal. No deben observar a los familiares del paciente con respecto a los diagnósticos, exámenes y tratamientos que se le realicen al paciente, no deben informar sobre el pronóstico del paciente y siempre deben orientar su consulta con el médico a cargo de su atención. .

Bajo las leyes anteriores de trabajadores no médicos, los padres

“Son los encargados de trasladar a los pacientes, tanto dentro del establecimiento como a través del servicio de ambulancias”. Este punto también incluye el traslado del paciente de la camilla del hospital a la camilla de la ambulancia (esta operación debe ser realizada por varios profesionales al mismo tiempo). Al mismo tiempo, levante la sábana mientras transfiere al paciente a otra camilla.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que recepta a los pacientes y su aptitud y predisposición es elemental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En el servicio de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores, ya que re-

aliza tareas diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes y sus familiares sea de calidad y la actividad se desenvuelva en el servicio de forma adecuada.

En esta pandemia ha sido muy complicada esta labor por parte del celador, pues al ser el profesional en recibir al paciente se hacía difícil.

6 Bibliografía

1. <http://www.celadoresonline.blogspot.com/> Actuación del celador en el Servicio de Urgencias.
2. Jiménez, M. R. O., Velencoso, G. J., López, M. D. R., García, M. V. R., Paños.
3. M. R. T., López, E. G., & Berbegal, J. P. Organización y funcionamiento del sistema de triaje y circuitos asistenciales del servicio de urgencias del Chua.
4. Suárez, L. V., Castellano, C. H., & Montesdeoca, O. D. (2019). Triage, historia y perspectiva actual. *Egle*, 6(13), 39-52.
5. Déniz Montesdeoca, O., Verona Suárez, L., & Hernández-Castellano, C. J. (2019). Triage en Atención Primaria ¿Mito o realidad?.

Capítulo 453

EL CELADOR EN LA PARTE DE EMBARAZADAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

GEMA ANTÓN GARRIDO

NATALIA SÁNCHEZ RICO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ

JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La atención hospitalaria del parto gira en torno al bloque obstetricia. En la mayoría de los hospitales españoles, las unidades obstétricas están dispuestas en las instalaciones (sala de extensión, sala de partos, Quirófano y sala de hospitalización obstétrica), de los cuales cuida las diferentes etapas del parto. Provisión de sala de partos En 2008 había 742 hospitales en España (1,6 ‰).

El hospital cuenta con una unidad de atención al parto multidisciplinar que considera este comportamiento de manera integral. Cada servicio participante está compuesto por profesionales que trabajan en conjunto en el área del parto y cuentan con los medios y técnicas necesarios para brindar el mayor grado de seguridad y atención profesional y cercana a recién nacidos y madres.

El embarazo es una etapa muy importante y beneficiosa en la vida de la mujer, que conducirá a la llegada de una nueva vida. Este transcurso tiene un tiempo de nueve meses y producirá varios cambios físicos y psicológicos a mujer.

Para que una mujer llegue al final del embarazo en las mejores condiciones, no solo necesita la ayuda de un sanitario, también es necesario el apoyo de su familia durante todo el procedimiento, por lo que el entorno debe ser tranquilo y cooperativo.

El embarazo termina con el parto, podemos definir el parto como el proceso por el cual el feto abandona el organismo materno. El parto es el momento más esperado y también el más estresante para las mujeres, que ocurre alrededor de las

40 semanas de embarazo.

2 Objetivos

El objetivo es expresar la función que realiza el celador en esta unidad, y la importancia de la comprensión y ayuda emocional que tiene que desprender el celador, desde la entrada a la unidad hasta, prácticamente, salida de ella.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de un celador en esta unidad son:

- Cuando se informa a la embarazada de la necesidad, se la traslada a la sala de partos.
- El traslado generalmente se realiza en la cama del paciente, asegúrese de traernos su historial médico.
- Por ser momentos tensos, este traslado debe realizarse aprovechando el viaje para intentar tranquilizarla.
- Llevará varios archivos, registros médicos, solicitudes de pruebas , etc.

- Transferir muestras (orina, sangre, heces, etc.) al laboratorio.
- El transporte de mobiliario y equipo puede necesitar la unidad.
- Controlar el tiempo de familiares y seguir las normas de la unidad.
- Informará a sus superiores de cualquier defecto o anomalía que encuentre en la unidad e intentará solucionarlos lo antes posible.
- La transferencia de medicamentos pesados, como kits de suero, se entregará a los trabajadores de salud materna asistidos.
- Realizará las tareas requeridas por el personal médico y dentro de sus capacidades.

En urgencias obstétricas, el celador representa el primer contacto entre una mujer embarazada y el hospital. Por ello es importante tratar bien y amigablemente, porque las mujeres gestantes tienen grandes síntomas de tensión o dolor.

Una vez que la embarazada de sus datos al servicio de admisión, el celador cederá a la embarazada una silla de ruedas y la llevará a la unidad de ginecología para su reconocimiento. Luego de la inspección, si creen que es necesario aceptar a la paciente, el celador la trasladará al piso correspondiente en silla de ruedas o cama según su situación. Si no es necesario ingresar, pero si realizar una prueba, el celador lo transferirá en su debido tiempo.

Según la situación de urgencia en ese momento, el celador podrá trasladar directamente a la paciente al servicio de ginecología sin pasar por el hospital, y posteriormente informar al personal de enfermería del problema. La sala de partos es la unidad donde las madres reciben asistencia durante el parto y las embarazadas controlan a sus bebés durante las últimas semanas de gestación. Lo importante del celador en la sala de partos es llevar a los pacientes dentro y fuera de la sala de partos. Si el estado del paciente lo requiere, el traslado a la sala de partos será acompañado por un personal de enfermería. Una vez finalizado el proceso de parto, se le pedirá al personal de enfermería que traslade a la madre de la mesa de parto a la cama, luego la traslade a la caja (reanimación), y permanecerá allí el tiempo que el personal considere necesario.

Se debe tener mucho cuidado y evitando movimientos bruscos.

Cuando la madre y el niño puedan regresar a la sala de partos, notificarán al director para que se transfieran. El celador y la auxiliar de enfermería será responsable del traslado del bebé y de su historial médico.

5 Discusión-Conclusión

Desde el momento del parto, el cuidado, seguimiento y cuidado de las madres y recién nacidos debe ser realizado por un equipo multidisciplinario de profe-

sionales de la salud incluyendo personal de enfermería. El celador se encargará de realizar las acciones oportunas de manera coordinada con los auxiliares y enfermeras, actuando como apoyo. Esta atención debe ser integral y continua. El objetivo principal es hacer que los bebés vengan a este mundo en algo satisfactorio, gratificante y feliz.

Antes de dar a luz, la ansiedad de la mujer es muy importante, además del dolor interno causado por las contracciones o el parto. Por ello, cuando una mujer es trasladada a una unidad de parto o sala de partos, el apoyo mental que le brinde el cuidador ayudará a reducir su ansiedad y así facilitar el proceso.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>.
2. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>.
3. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/.com>

Capítulo 454

EL CELADOR ANTE LOS PACIENTES TERMINALES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

GEMA ANTÓN GARRIDO

NATALIA SÁNCHEZ RICO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

JOSÉ ENRIQUE TORREJÓN NÚÑEZ

JULIÁN SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define al paciente terminal con aquel con una enfermedad progresiva, incurable y sin una respuesta razonable a un tratamiento concreto, con una esperanza de vida de seis a un año.

En situaciones de enfermedad terminal, el objetivo del celador y todo el equipo de profesionales no es la recuperación del paciente, es vigilar los síntomas, la atención completa, aliviar el dolor y el apoyo familiar.

Los principales criterios que definen la etapa final son:

Presencia de enfermedad progresiva e incurable.

Tiene un fuerte impacto emocional en los pacientes y sus familias con respecto al proceso de sufrimiento y muerte.

Hay poca o ninguna respuesta al tratamiento agresivo específico del trastorno subyacente.

Severo, multifactorial, multifactorial y la presencia de varios problemas o síntomas: dolor, estreñimiento, náuseas y vómitos, enfermedades e infecciones bucales, pérdida de apetito, insomnio, dificultad para respirar, micción, incontinencia urinaria, cambios en el tejido corneal, anuria y mantenimiento etc. ..

Los cuidados paliativos pueden reducir la carga sobre las familias, reducir la probabilidad de que la familia experimente un duelo complejo y prepararse para la muerte de un ser querido. Los cuidados paliativos también permiten que los pacientes reciban atención médica en las instalaciones durante un período de tiempo, no porque la necesiten, sino porque sus familiares cuidadores necesitan un descanso. A esto se le llama cuidado de relevo para brindar alivio a la familia. Es importante que los celadores se comuniquen de manera precisa y verbal mediante un diálogo comprensible y honesto , con gestos , comportamientos y actitudes no verbales altamente sensibles hacia estos pacientes con esta situación tan delicada al igual que hacia sus familiares.

2 Objetivos

Exponer e indicar las particularidades del paciente en cuidados paliativos y el papel del celador con este tipo 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

Es fundamental la función del celador ante un paciente miembros del equipo (médicos, enfermeras, celadores, psicólogos, etc.), un apoyo muy grande para el paciente, por lo que deben ser muy cuidadosos y profesionales en su trabajo.

El comportamiento del celador es continuo tanto para mejorar la calidad de vida del paciente, para asegurar la continuidad y asistencia personalizada, para man-

tener la dignidad del paciente, para ayudar ,junto otros compañeros, a mantener la higiene diaria y una correcta postura para intentar que tenga la mayor comodidad posible.

Actuar al extremo frente a la familia y estar atento a sus comentarios. El celador debe desarrollar empatía (la capacidad de estar en el lugar de alguien y comprender lo que está sintiendo o pensando), escuchando y hablando sobre las necesidades psicológicas del paciente y con los familiares.

Hay cinco etapas por las que puede atravesar una persona con una enfermedad terminal antes de aceptar la muerte, pero no todas, pero al menos dos.

-Negación: Es la protección del paciente contra la enfermedad de

-Ira: Fases de desacuerdo, enfado, disgusto, insatisfacción ...

-Negociaciones: (De acuerdo) El paciente acepta la idea de que va a morir, pero trata de retrasar o retrasar el resultado tanto como sea posible.

-depresión: El período de depresión y desánimo. Respuesta

-Aceptación: el paciente esta preparado para el desenlace

La gente llora de diferentes formas el celador siempre deben respetar sus creencias y necesidades religiosas y tratar a cada persona por separado y de manera diferente.

Un equipo de cuidados paliativos generalmente consta de

, médicos. El tratamiento es supervisado por un médico de cabecera y un profesional de la salud o un director médico. Cada paciente puede elegir un médico de familia. Este podría ser su antiguo médico o un buen proveedor de atención médica.

Personal de enfermería. La enfermera irá a su casa, su familia o cualquier otro lugar para brindar asistencia. También es responsable de la coordinación del equipo de cuidados paliativos. asistentes a domicilio. Los asistentes de atención domiciliaria pueden brindar apoyo adicional para las actividades diarias, como cambiarse de ropa, bañarse y comer. consejeros espirituales. El pastor, sacerdote, pastor de la iglesia u otro consejero espiritual puede brindar ayuda y consejo espiritual para toda la familia.

Trabajador social. Los trabajadores sociales brindan asesoramiento y apoyo. También puede proporcionar referencias a otros sistemas de apoyo. farmacéuticos. El farmacéutico proporcionará un seguimiento de la dosis y sugerencias sobre las formas más eficaces de aliviar los síntomas. voluntarios. Los voluntarios capacitados brindan una variedad de servicios. Por ejemplo, compañía de pacientes, asistencia de profesionales de la salud, transporte y otras necesidades prácticas de asistencia.

Otros expertos. Los terapeutas del habla, fisioterapeutas y terapeutas ocupa-

cionales pueden brindar el tratamiento necesario. consultores funerarios. Un asesor en dolor capacitado brindará apoyo y orientación después de la muerte de un ser querido en un hospicio.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de este análisis, llegamos a la conclusión de que los celadores juegan un papel muy importante para quienes se especializan en la atención de enfermedades terminales

El bienestar de un paciente debe ser el objetivo principal del personal sanitario. La formación específica en cuidados paliativos es de gran ayuda para la adecuada atención profesional de la enfermedad terminal. Cuando esta llegando el final de la vida del paciente, hay que tomar las medidas necesarias para lograr la comodidad del paciente y todo el personal sanitario de la unidad nos esforzamos por reducir el malestar del paciente tanto como sea posible. En estos casos, la familia es parte de este proceso y el celador debe empatizar con ellos y mostrar respeto y mucho cariño

El celador tiene que tener en cuenta la comunicación verbal y la no verbal que sea correcta y tiene que ser paciente en todo momento con su actitud.

Debe ser respetuoso, empático y colaborador siempre. Sus cuidados al igual que su actitud han de ser óptimos y prevenidos ante la situación tan difícil como la de un paciente terminal

6 Bibliografía

1-<https://revistamedica.com>

2-<https://www.logoss.net/file>

3-<https://congresosicepa.com>

Capítulo 455

ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA ADECUADA PARA PACIENTES CON COLESTEROL

PATRICIA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para poder crear unos adecuados menús en el entorno de la cocina de un hospital es necesario conocer los alimentos más adecuados para la creación de comidas adaptadas a las diferentes necesidades de los pacientes, en este caso nos vamos a centrar en los pacientes que tienen un colesterol elevado y por ello saber cuáles son los productos que no deben faltar en la lista de compras de la cocina de un hospital.

El 50,5% de las personas mayores de edad que habitan en España tiene hipercolesterolemia, lo que quiere decir que los niveles de su colesterol se encuentran en valores superiores a 200 mg/dl. Este porcentaje lo ha aportado el estudio ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular de España), en el cual también refleja que el 46,4% de las personas que lo tienen elevado ni siquiera son conscientes de ello.

En vista del alto número de población con esta patología se entiende la necesidad de crear menús hospitalarios pensando especialmente en los pacientes ingresados que tienen esta condición, y que también mejorará a los pacientes que la tienen pero no han sido todavía debidamente diagnosticados. No sirve con realizar menús confeccionados con alimentos con bajo índice de colesterol, hay que limitar el consumo de grasa total y saturada, y realizar las elaboraciones con unos tipos de cocinado adecuados para lograr el fin deseado.

2 Objetivos

- Explicar brevemente qué es el colesterol y sus índices adecuados
- Conocer los alimentos bajos en colesterol para poder confeccionar los menús adecuados en la cocina hospitalaria.
- Enumerar los tipos más adecuados de cocinado de estos alimentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión libros que se adecúan al tema tratado.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de páginas web y se han consultado artículos en las principales bases de datos, como Google Academy, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es necesario saber ¿qué es el colesterol?, si desde nuestro ámbito en la cocina del hospital queremos colaborar a conseguir mejorar sus valores en los pacientes ingresados.

El colesterol es un tipo de sustancia que es similar a la grasa y que está en todas las células del cuerpo, es necesario para que se produzcan hormonas, vitamina D y sustancias necesarias para la digestión.

En cuanto a los valores adecuados de colesterol, los estudios realizados sobre este tema han dado como resultado que la concentración en sangre de colesterol total superiores a 200 mg/dl están relacionadas con que se incrementen las enfermedades cardíacas y circulatorias. Esta medida será que utilicemos como referencia para medir la hipercolesterolemia.

En pacientes como los diabéticos tipo 2 o los que ya han padecido una enfermedad cardiovascular, al ser pacientes con mayor riesgo de morir a causa de ello, los niveles de colesterol se recomienda que no supere los 70 mg/dl.

Para elegir los alimentos necesarios a la hora de crear menús adecuados, debemos de fijarnos en el tipo de grasas que poseen.

Existen distintos tipos de grasas:

Grasas saturadas: que elevan el índice de colesterol LDL, proceden de alimentos productos de animales como productos lácteos, mantequilla, etc. También se encuentran en algunos aceites vegetales como el de coco o el de palma.

Grasas insaturadas: pueden ayudarnos a controlar los niveles adecuados. A su vez se dividen en:

- Grasas Monoinsaturadas: como por ejemplo el aceite de oliva.
- Grasas Poliinsaturadas: como aceite de girasol o de soja.

Lo adecuado sería bajar el consumo de grasas poliinsaturadas y sustituirlas en lo posible por las monoinsaturadas.

En la elección para consumo de carne, siempre elegiremos la carne blanca como puede ser el pollo, el pavo, el cerdo y la antepondremos a las carnes rojas como son por ejemplo las de buey, ternera o cordero. Evitaremos el consumo de embutidos con más de un 20% de materia grasa.

En el pescado elegiremos pescados blancos; como la merluza, el lenguado, la lubina evitando los pescados azules como el atún, la sardina o el salmón.

En los lácteos podemos cambiar la leche entera por la desnatada y el queso fresco en lugar de quesos más grasos.

Las legumbres son una buena opción, por ejemplo las alubias, los garbanzos, las lentejas o los guisantes.

Las frutas y verduras serán la base fundamental en la elaboración de cualquier menú, especialmente las verduras de hoja verde y las frutas cítricas, manzanas o fresas.

Para la elaboración de las comidas se puede elegir entre los distintos métodos de cocción que existen y entre ellos las técnicas que más se ajusten a nuestro propósito. Los métodos pueden ser:

- Cocción en seco: se ajusta muy bien a nuestras necesidades y entre las técnicas que podemos utilizar estarán el cocinado al horno, a la parrilla o a la plancha.
- Cocción en líquido: una opción muy adecuada también, podremos hervir o cocinar al vapor los alimentos.
- Cocción en medio graso: aunque no sea nuestra mejor opción, se puede adaptar dando prioridad a la técnica del salteado y evitando las frituras.
- Cocción mixta: se pueden cocinar los alimentos en forma de guisados o estofados.

5 Discusión-Conclusión

Un gran porcentaje de la población española tiene unos altos índices de los niveles de colesterol, y desde nuestra área, en la cocina de un hospital, podemos llegar a influir en la mejora de los niveles de las personas que se encuentran ingresadas.

Tanto de los que son conscientes que poseen hipercolesterolemia como de los pacientes que lo desconocen.

Para conseguir nuestro objetivo, a la hora de realizar elección de los alimentos que formarán parte de nuestra compra elegiremos productos que tengan pocas grasas poliinsaturadas y se dará prioridad a la compra de alimentos con grasas monoinsaturadas.

Las frutas, verduras y legumbres siempre estarán presentes en la confección de nuestros menús y como formas de cocinado tenemos varias opciones saludables, entre ellas la cocción al vapor, al horno, el estofado o la plancha.

Cambiando unas pocas cosas en la elaboración de los menús hospitalarios se pueden conseguir mejoras en la salud de nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. Salud por los alimentos. Dr. Jorge D. Pamplona Roger. ISBN 84-7208-149-4
2. Cocina sana para reducir el colesterol. Dr. Peter Schwandt / Dr. W.O. Richter. ISBN 84-241-2380-8
3. 8 Semanas para vencer el colesterol. Robert E. Kowalski. ISBN 84-7640-417-4
4. Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. María Matilde Socarrás Suárez; Miriam Bolet Astoviza. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. Versión impresa ISSN 0864-0300 Versión On-line ISSN 1561-3011.
5. Comprender el colesterol. Dr. Luis Masana Marín. ISBN 978-84-9735-279-6
6. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 octubre 2020]. Colesterol; [actualizado 27 octubre 2020; consulta 9 ago. 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/cholesterol.html>

Capítulo 456

TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS EN LA COCINA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

PATRICIA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cuando ingerimos alimentos existe la posibilidad de que se encuentren alterados por microorganismos patógenos y sus toxinas, y aunque su apariencia indique que se encuentran en buenas condiciones, podemos llegar a desarrollar una enfermedad de transmisión alimentaria. No todas las enfermedades están producidas por el mismo agente causante, dependiendo de eso, estas pueden ser: intoxicaciones alimentarias, si los causantes son los tóxicos que poseen los alimentos; infecciones alimentarias, cuando los responsables son los gérmenes que están en los alimentos infectados y por último; las toxiinfecciones alimentarias, estas son propiciadas por gérmenes patógenos que producen toxinas.

Para poder valorar la gravedad que pueda llegar a desencadenar una toxiinfección alimentaria en un paciente que se encuentre hospitalizado hemos de tener en cuenta diversos factores como son: el tipo de gérmenes o tóxicos que lo causan; ya que no todos se comportan igual; la dosis que se ha ingerido del alimento contaminado, pues a mayores niveles de ingesta más concentración de toxinas y también; dependiendo de la condición de cada paciente, ya que al ser pacientes hospitalarios tendrán una patología previa que puede aumentar la gravedad.

En un gran número de ocasiones las enfermedades alimentarias se pueden llegar a evitar siguiendo un adecuado protocolo de prevención y control durante los procesos de la obtención, la elaboración y el almacenamiento de las comidas destinadas a nuestros pacientes.

2 Objetivos

- Mostrar cuales son las intoxicaciones alimentarias más comunes y sus principales síntomas.
- Explicar cómo debemos de proceder al realizar las elaboraciones para minimizar la posibilidad de intoxicaciones alimentarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en los temarios de ayudante de servicio. Se ha realizado una búsqueda sistemática de páginas web y se han consultado artículos en las principales bases de datos, como Google Academy, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como ya se ha mencionado anteriormente existen distintas causas que hacen aparecer las toxiinfecciones alimentarias, y en su mayor parte aparecen porque no hemos tratado de manera correcta los alimentos.

Vamos a mencionar las más comunes, en dónde se encuentran y sus principales síntomas.

La Salmonella: se suele encontrar en el tracto intestinal de animales y personas, en los huevos y en las verduras que han sido regadas con aguas residuales. Los síntomas más comunes son: náuseas, vómitos, calambres abdominales, diarrea y fiebre alta. Éstos suelen aparecer a las 24 horas de la ingesta del alimento contaminado. Se tendrá especial cuidado en las preparaciones con huevo, con una cocción superior a 70 grados la salmonella desaparece.

Listeria: suele aparecer al ingerir verduras o carnes crudas y productos lácteos no pasteurizados ya que esa bacteria suele estar en la tierra, en aguas no potables o en algunos animales. Suele presentarse con: fiebre, dolores musculares, cefalea intensa y en algunas ocasiones meningitis.

Norovirus: se transmite de manera rápida en lugares con escasa ventilación y mucha gente, vienen de manera habitual por verduras de hoja verde, frutas y moluscos. Su sintomatología es leve: diarrea, vómitos, náuseas, fiebre baja o dolor de cabeza.

Estafilococos: algunas personas los tienen en la nariz, la piel o la garganta y pueden aparecer en cortes y heridas. Tiene síntomas como: náuseas, fiebre, vómitos o deshidratación causada por la pérdida de líquidos.

Clostridium botulinum: esta bacteria puede entrar en el organismo después de haber ingerido productos que no estaban bien enlatados o envasados. Los síntomas se empiezan a notar entre 18 a 36 horas después de haber consumido la toxina y pueden ser: dificultad para hablar, tragar o respirar, debilidad, vértigo o doble visión.

Escherichia coli: es una bacteria que habita en el sistema digestivo y en el agua estancada. Se debe tener especial cuidado con las frutas y verduras que no están bien lavadas, los productos lácteos sin pasteurizar, carnes crudas o pescados ahumados. Los síntomas empiezan de 24 a 72 horas tras la ingesta y son vómitos, diarreas, gases o inapetencia.

Para poder evitar las toxiinfecciones alimentarias hay determinados procedimientos de prevención que podremos llevar a cabo.

La limpieza es siempre un apartado importante a la hora de reducir microorganismos y bacterias, como personal trabajador en una cocina debemos de tener una buena higiene personal y lavarnos las manos correctamente con frecuencia. Nuestro entorno de trabajo debe ser lo más aséptico posible y para ello limpiaremos bien todas las superficies y material utilizado, prestando especial cuidado de que no se de la contaminación cruzada.

Se cocinarán los alimentos a la temperatura adecuada ya que a una temperatura superior a 65 grados nos garantizamos que muchas bacterias tiendan a morir, evitaremos servir las carnes y pescados poco hechos.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver en este capítulo, las bacterias y toxinas que pueden llegar a causar enfermedades alimentarias se encuentran en nuestro entorno, nuestro deber es estar atentos en cada etapa desde que recibimos la mercancía con el que elaboraremos los platos hasta que salen de la cocina para ser consumidos por los pacientes.

Tenemos que tener una adecuada y regular higiene de manos, si durante nuestra jornada nos realizamos un corte debemos asegurarnos de taparlo completamente. Los alimentos deben estar bien almacenados para que no se les acerquen ni insectos ni roedores.

Las frutas y verduras deberán ser lavadas en profundidad con agua potable. Se tendrá cuidado con evitar la contaminación cruzada, con descongelar correcta-

mente los productos y con garantizar que el punto de cocción haga que se superen los 65 grados centígrados.

Con este protocolo de actuación disminuirémos la posibilidad de que de nuestras cocinas salgan enfermedades alimentarias que puedan conllevar unas graves consecuencias a los enfermos ingresados en el hospital.

6 Bibliografía

1. Guía de Higiene y autocontrol del Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en: <https://tematico8.asturias.es/export/sites/default/consumo/seguridadAlimentaria/seguridad-alimentaria-documentos/basico02.pdf>
2. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 26 octubre 2021]. Intoxicación alimentaria; [actualizado 26 octubre 2021; consulta 18 ago. 2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19606.htm
3. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 26 octubre 2021]. Seguridad alimentaria; [actualizado 1 julio 2020; consulta 18 ago. 2022]. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002434.htm>
4. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 26 octubre 2021]. Enfermedades transmitidas por los alimentos; [actualizado 17 noviembre 2021; consulta 18 ago. 2022]. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/foodborneillness.html>
5. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 26 octubre 2021]. Botulismo; [actualizado 9 enero 2021; consulta 18 ago. 2022]. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000598.htm>
6. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 26 octubre 2021]. Shigelosis; [actualizado 3 octubre 2022; consulta 18 ago. 2022]. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000295.htm>

Capítulo 457

EL CELADOR EN EL CONOCIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y LOS ELEMENTOS INTERVINIENTES

JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ

CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ

MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES

MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ

ANA BELÉN VILLA MARTÍN

1 Introducción

Consiste en todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes.

Comunicación verbal.

Utiliza signos en el mensaje. Puede ser:

1. Oral. A través de palabras habladas de forma gestual.
2. Escrita, por papel o mensajes.

Aristóteles, en su obra “La Retórica”, analiza el proceso y los elementos que configuran la comunicación, considerando tres componentes: el orador, el discurso y el auditorio, indicando que estos son los elementos fundamentales y que traducidos al lenguaje coloquial se podría identificar como:

1. El individuo que habla (emisor).

2. El discurso que se pronuncia (mensaje).

3. El individuo que escucha (receptor).

Modelos y análisis posteriores de la teoría de la comunicación van a desarrollar y ampliar este modelo, así Shannon-Weaver van a desarrollar los elementos anteriores en: fuente, transmisor, señal, receptor y destino.

Aunque inicialmente este modelo de comunicación va a aplicarse a la comunicación electrónica, en trabajos llevados a cabo por otros autores se utiliza el mismo tipo de estructura aplicándolo a la comunicación humana.

Básicamente, la comunicación es la transmisión de una información compartiendo un mismo significado dos individuos, o dos grupos de individuos. Es importante distinguir, inicialmente dos conceptos:

1. Significante. Es la palabra o término con que se designa un objeto físico o un concepto.

2. Significado. Idea u opinión que se tiene de una cosa.

Normalmente cuando el significante evoca un objeto físico y conocido no suele haber problema en la comunicación, pero cuando se hace referencia a conceptos abstractos, la evocación que esos términos sugieren al sujeto, pueden variar notablemente.

Así, si se piensa en la palabra “mesa”, los individuos pensarán y le asignarán el contenido más cercano a su realidad. El ama de casa pensará en la del salón o la cocina, el niño en el pupitre, el cirujano en el quirófano, el oficinista en el despacho y el empleado de un salón de juegos recreativos en la de billar.

Al término “mesa” (significante) le corresponden todas las realidades antes indicadas (significados), pero normalmente cuando se habla de la mesa no se suelen dar los diferentes tipos de contenido, sino que se le asigna uno concreto.

Para que exista una comunicación entre dos individuos es forzoso que el significado que se asigna a los signos, sea el mismo para los interlocutores.

Para comprender la comunicación es preciso tener en cuenta todas las fases por la que pasa, los elementos que la constituyen y las relaciones entre ellos.

Para que la comunicación sea efectiva, no basta transmitir un mensaje: es preciso que éste sea recibido y que tenga para el receptor el mismo significado que para el emisor. En caso contrario no existe comunicación.

2 Objetivos

- Describir en este artículo la comunicación verbal y los elementos que deben interferir para que esta comunicación sea correcta y eficaz

3 Metodología

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

4 Resultados

Elementos de la comunicación.

- Emisor.

El emisor o individuo que desea transmitir un mensaje a otro, se denomina a veces emisor del código. Este término incluye el concepto de que el individuo que emite el mensaje debe:

- Tener una idea de la razón para la comunicación. (informar, persuadir, expresarse) Pero también tiene un contexto interpersonal que va a definir y completar el contenido del mensaje (posición social, papel que desempeña, características de la personalidad de cada persona).
- Codificar. El emisor opta por unos signos o símbolos específicos (códigos) para notificar el mensaje, como pueden ser las palabras, las uniones específicas de las mismas, el tono de voz y los gestos.

En el caso de una comunicación oral, fuente y emisor coinciden en el mismo sujeto, siendo el emisor la laringe que emite sonidos traducidos a un lenguaje, el castellano en nuestro caso, comprensible para el sujeto al que va encaminado el mensaje.

- Mensaje.

Es el conjunto de símbolos en los que el emisor codifica los significados que quiere transmitir. Los signos o símbolos para comunicar el mensaje forman el código. Hay varios tipos de mensajes:

- Mensaje pensado por el emisor y que sólo él conoce.
- Mensaje transmitido. Es perceptible por el emisor, receptor y terceros individuos.
- Mensaje recibido. Es el que comprende y decodifica el receptor y que sólo él conoce, ya que está en su mente.

En la práctica, cuanto más se identifiquen los tres tipos de mensaje, mayor será la fidelidad de la comunicación.

Entre el mensaje pensado por el emisor y el recibido por el receptor, se produce un desfase debido a que el mensaje comprende más cosas que las meras palabras, junto a la información verbal se transmite información emocional y del entorno, por lo que los mensajes pueden ser a su vez:

- Primarios. Contienen la información intencionada.
- Secundarios. Proporcionan una información adicional relativa al aspecto emocional del emisor y del entorno
- Canal.

El mensaje, una vez codificado, se transmite a través de un medio, el canal, que es el soporte físico de la información. Puede ser la voz en la comunicación presencial, el teléfono o el telégrafo.

Los estudiosos de la comunicación han determinado tres canales en la comunicación: canal verbal (la palabra), comunicación escrita (registros, cartas) y canal no verbal (lenguaje del cuerpo).

- Receptor.

Es el sujeto final al que va encaminado el mensaje y del que se espera una respuesta.

El receptor debe percibir lo que el emisor envía (sensación), y luego analizar dicha información (interpretación); la percepción indica el uso de todos los sentidos para conocer los mensajes verbales y no verbales. También debe descifrar el código, es decir, relacionar los datos recibidos con sus conocimientos y experiencias y buscar el significado de los mismos.

- Respuesta.

Es la información que el emisor recibe del receptor, sobre la recepción del mensaje. Se denomina retroalimentación o feed-back, e implica:

- Interpretar las reacciones, tanto visibles (gestos) como audibles (respuestas) del receptor sobre la forma en que se está recibiendo el mensaje.
- Reajustar las fases de la comunicación, de acuerdo a las reacciones del receptor. Permite al emisor corregir o readaptar el mensaje.

Es uno de los elementos más importantes de la comunicación y uno de los que con más frecuencia se ignora en este proceso. La mayoría de los individuos consideran que una vez emitido el mensaje y recibido por el receptor, la comunicación ha terminado, sin pararse a pensar que lo que el receptor ha recibido posiblemente no sea lo que el emisor quiso comunicar.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos de la descripción de este artículo que trata de la comunicación la cual se puede aplicar a cualquier situación y en especial al ámbito sanitario y que consiste en todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes.

En los cuales interviene los siguientes elementos tan importantes y en ocasiones dependientes unos de otros para la correcta comunicación si esto lo trasladamos a la esfera sanitaria y al personal de salud en especial al celador hacia la comunicación con el paciente y se realiza todo adecuadamente se establecerá una comunicación fluida sin malos entendimientos y mejorara en la asistencia y atención al paciente.

Y que de realizarse correctamente, esta comunicación ayudara a la hora de interrelacionarse y comunicarse los individuos.

6 Bibliografía

1. <https://opomania.net/wp-content/uploads/2021/05/Examen-teorico-practico-Auxiliar-de-Enfermeria-Andalucia-ano-2008.pdf>
2. López-Ibor J.J.. Aprender a comunicarse con el paciente y con su entorno. Educ. méd. [Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Ago 25] ; 11(Suppl 1): 53-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000500011&lng=es.
3. <https://books.google.com/books?id=0YukDwAAQBAJ>
4. Castañeda Hernández María del Carmen. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación sanitario-paciente. Rev. cuba. inf. cienc. salud [Internet]. 2013 Sep [citado 2022 Ago 25] ; 24(3): 343-353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000300010&lng=es.
5. <https://books.google.com/books?id=V52SDwAAQBAJ>

Capítulo 458

REDUCCIÓN Y CONTENCIÓN EN BROTOS PSICÓTICOS POR EL CELADOR

MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ

CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ

MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES

JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ

ANA BELÉN VILLA MARTÍN

1 Introducción

Hoy en día la Salud Mental se trata desde la Atención Primaria y también de la Atención Especializada. Para ello se profesan distintos medios de asistencia y atención sanitaria en Salud Mental. Como lo son los centros establecidos como rehabilitadores, que tendrán como objetivo y fin principal la rehabilitación del enfermo para su posterior reintegración a la sociedad de nuevo. Cabe subrayar que están los centros de día, centros media y larga estancia, inclusive talleres y pisos tutelados.

Por otro lado, se encuentran las áreas o zonas de hospitalización y los hospitales de día y, son unidades especializadas de hospitalización con su ubicación en organismos de los Hospitales Generales y dinámicos las 24 horas del día y donde se hallan enfermos que requieren de atención por las diversas causas de

su patología mental, como pueden ser que por el trastorno que sufre suponga un riesgo para sí mismo y para su entorno, los tratamientos y las recomendaciones que se le ejecutaron anteriormente en otras instituciones no le dieron resultados y no fueron nada efectivos, su entorno y su familia no alcanzan a prestarle las necesidades y requerimientos que precisa y que son derivadas de su enfermedad por necesitar demanda de ayuda profesional, o para su evaluación del estado con fines diagnósticos, desintoxicación, enfermedad física y psíquica.

El área de hospitalización psiquiátrica está compuesta por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios y que a su vez asimismo incluye al personal no sanitario tan necesario, como los celadores, y que todos ellos actúan de manera coordinada y conjunta sobre todo a la hora de tener que actuar en cuanto a los enfermos que requieren de contención.

2 Objetivos

- Aprender normas de actuación frente a enfermos agitados y agresivos.
- exponer como colaborar con el equipo multidisciplinar actual en el área de psiquiatría conociendo las medidas a adoptar frente a determinados pacientes y casos, en el deber de desempeñar nuestras funciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay que tener en consideración que el plan de actuación para con el enfermo psiquiátrico agitado debe ser llevado a cabo en equipo y siempre teniendo en cuenta los informes facultativos referentes a cada paciente y caso en concreto, dependiendo de su estado.

A veces puede ocurrir que el enfermo mental esté en un estado de agitación elevado, tan grande y desmesurado, que para contenerlo se tenga que manejar la

reducción de este.

Existen 3 tipos de reducción del enfermo:

1. Reducción verbal. Se ambiciona tranquilizar al enfermo mediante una serie de refuerzos positivos, cuidándonos de no mantener una postura que denote amenaza.

2. Reducción farmacológica. Se manejarán medicamentos farmacológicos para suavizar al enfermo y lograr así someter su voluntad.

El celador ayudará al personal de enfermería cuando los enfermos no estén dispuestos a colaborar en el suministro de estos. Seguiremos en todo momento las directrices que se nos den y cuidaremos de nuestra integridad física y la del equipo sanitario.

3. Reducción física. Siempre será el facultativo encargado en ese momento, quien concluya tomar esta medida, menos en casos de urgencia, que se adoptarán las actuaciones que se crean convenientes y correctas sin embargo, se informará lo más pronto posible que se pueda al personal encargado médico. La contención o reducción física se aplicará para evitar aquellas situaciones en las que el enfermo se pone agresivo y puede dañarse a sí mismo o a las demás personas.

- Para ello se requerirá un equipo entre 4 o 5 personas, entre las que se incluye al celador, que debe colaborar y auxiliar en la sujeción del enfermo.

- Debemos tener en consideración en cuanto al enfermo siempre de respetar su privacidad, se deberá efectuar sin público, lo más discretamente posible y siempre respetando su integridad física y sus derechos.

- No debemos olvidar que algunos enfermos mentales que se encuentran en este estado no son para nada conscientes de sus actos, siempre se debe estar pendientes de no tener enseres y objetos que puedan ser manejados para originar daño físico a el mismo o al personal que le atiende.

Para la reducción física se monopoliza aparataje de sujeción o contención para la inmovilización del enfermo, mental como, correas homologadas y con las cuales debemos estar familiarizados. Dichas sujeciones están desarrolladas por un cinturón abdominal, arnés de hombros y de tórax, tiras para cambios posturales, tobilleras y muñequeras, llaves magnéticas y botones.

El celador siempre ejecutará tareas de ayuda al equipo sanitario, nunca actuará bajo ningún motivo, ni tomará decisiones por su cuenta.

Debemos hacer mención del respecto de aquellos enfermos ingresados en la Unidad mental de Psiquiatría en situación de riesgo de intento de autolisis o suicidio, el personal celador se encargará de su vigilancia y de su observación, y en el suceso de que mostraran y nosotros notáramos algún cambio en su actitud, o que tuvieran algún objeto que puedan manejar para dañarse a sí mismos

deberíamos informar a la mayor brevedad posible.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la observación y conclusión que llegamos de la descripción de las contenciones y reducciones, en las cuales participara todo el equipo de las unidades de psiquiatría incluyendo al celador como parte muy importante ya que será el encargado de ayudar y prestar auxilio en las situaciones de urgencia , como podrían ser los enfermos que por su patología psiquiátrica mentalmente desestabilizada se puedan poner agresivos y que esto derive en producirse daño a ellos mismos o al personal que le atiende, se encargara además de la vigilancia en cuanto a enfermos con tentativas anteriores de autolisis y riesgo de suicidio.

6 Bibliografía

1. Urgencias Psiquiátricas. Gac Méd Caracas [Internet]. 2004 Jul [citado 2022 Ago 26] ; 112(3): 204-211. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622004000300006&lng=es.
2. <https://www.astursalud.es/documents/31867/234596/ContencionEnfermos.pdf/aff3e9b1-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1>
3. Gallego-Gómez JI, Fernández-García N, Simonelli-Muñoz AJ, Rivera-Caravaca JM. Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Ago 26] ; 44(1): 71-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272021000100007&lng=es. Epub 21-Jun-2021. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0939>.
4. https://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf
5. 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 26] ; 53(208): 29-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es.

Capítulo 459

EXPOSICIÓN EN PRECAUCIONES ESTÁNDAR DIRIGIDO A LA PREVENCIÓN DE TRASMISSION DE ENFERMEDADES POR EL CELADOR

ANA BELÉN VILLA MARTÍN

CLARABEL JIMENEZ RODRIGUEZ

MARÍA ALEJANDRA GÓMEZ TORRES

JOSÉ MANUEL VILLACAÑAS RUIZ

MARÍA ALMUDENA ARENAS PÉREZ

1 Introducción

La aparición de microorganismos multirresistentes en enfermos hospitalizados tiene especial importancia por su potencial transmisión a otros enfermos y la dificultad de su tratamiento. La definición de organismos multirresistentes requiere la confirmación por el Servicio de Microbiología. Puede producirse infección (enfermo con cultivo positivo y diagnóstico clínico de infección) o colonización (enfermo con cultivo positivo sin diagnóstico clínico de infección). Destacan:

- SARM (staphilococo aureus resistente a meticilina).

Bacteria resistente a muchos antibióticos. Su principal reservorio es el enfermo infectado o colonizado (frotis nasales, orofaríngeo y perineal), siendo el mecanismo principal de transmisión las manos de los profesionales sanitarios.

- *Acinetobacter baumannii*.

Su reservorio principal es el enfermo, siendo el tracto digestivo el foco más importante de colonización, encontrándose también en pliegues cutáneos, orofaringe y zona perianal. Es un bacilo Gram – contaminando frecuentemente el mobiliario hospitalario (fregaderos, suelos, camas, mesas, colchones, almohadas, teléfonos, manivelas de las puertas, carpetas de historias, palos de suero, monitores, etc), que se convierte en reservorio intermedio, facilitándose la transmisión mediante las manos de los profesionales. La vía aérea no es un mecanismo de transmisión. La colonización previa es un condicionante de riesgo de infección, aunque para originar infecciones demanda procedimientos invasores, que le faciliten el paso de la barrera cutáneo-mucosa.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las pautas y procedimientos estándar a seguir para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales

Objetivo secundario:

- Exponer y ver las precauciones y limpieza de las habitaciones de los enfermos infectados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para evitar y prevenir la transmisión de infecciones nosocomiales es fundamental y obligatorio el seguimiento de las precauciones estándar con todos los enfermos y en todas y cada una de las situaciones y el seguimiento de las precauciones adicionales en las enfermedades de transferencia aérea, por gotas o por contacto en las situaciones particulares de cada caso. Para todos los enfermos colonizados o

que están infectados por bacterias multirresistentes deben establecerse, al menos, las protocolizadas precauciones de contacto.

- El lavado de manos se ejecuta con jabón antiséptico. Una vez lavadas las manos se evitará el contacto con superficies y objetos que estén presentes en la habitación.
 - La habitación será, individual si es que esto es posible. Señalización de la habitación, que permanecerá cerrada, con las recomendaciones de aislamiento a la entrada de la habitación.
 - Se debe reducir al mínimo el número de personas que entren en contacto con el enfermo. pasar siempre con bata y se lavarán las manos precedentemente y posteriormente con jabón antiséptico.
 - No se suspenderá el aislamiento hasta haber logrado tres cultivos consecutivos negativos.
 - El material contaminado se limpiará y se enviará a esterilización. Si no es posible remitir a esterilización se utilizarán desinfectantes de alto grado.
 - El material clínico como termómetros, estetoscopios, esfigmomanómetros, etc. serán de uso exclusivo de estos enfermos, persistiendo dentro de la habitación, desinfectándose al alta del enfermo.
 - El personal sanitario manejará bata y guantes (no estériles) si se toca material que está infectado o se va a ejecutar alguna maniobra al enfermo. La mascarilla sólo se utilizará por las personas que entren en contacto con enfermos con infecciones por gérmenes multirresistentes en vías respiratorias o en grandes superficies cutáneas.
 - El aseo diario del enfermo en aislamiento será con jabón antiséptico, con especial atención a la higiene de axilas, inglés y área perineal. El lavado del cabello se ejecutará al menos una vez a la semana, con jabón de clorhexidina.
 - El traslado de estos enfermos se debe limitar y restringir todo lo posible dentro del centro hospitalario.
- En la unidad de origen se debe preparar al enfermo. Baño y lavado del pelo con jabón antiséptico; se colocará y pondrá ropa limpia al enfermo; las lesiones deben ser cubiertas con apósitos impermeables; mascarilla quirúrgica durante el transporte en caso de infección respiratoria; cama limpia y con ropa limpia.
- En la unidad de destino. El personal se dotará de la vestimenta de bata, guantes y mascarilla si esto procede, ejecutando posteriormente el lavado de manos antiséptico. Tanto el personal como el equipo serán los mínimos imprescindibles. Una vez remitido a la unidad de origen se ejecutará la limpieza y desinfección.
- La limpieza de las habitaciones se establecerá por turno de las superficies y suelos con desinfectantes de superficie habituales, con especial atención a las

manillas de puertas, mesillas, sillas y resto de enseres y mobiliario. El material de limpieza será exclusivo de cada habitación manteniéndose siempre separado del resto de material de limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver de la descripción de las pautas y protocolos estándar a seguir por el personal sanitario y no sanitario en especial del celador se llega a la conclusión y en opinión de que una buena higiene de manos va a dominar el riesgo de contraer infecciones derivadas de la atención sanitaria. Esta acción sigue siendo la medida prioritaria para someter la propagación y la incidencia de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos. Al ofrecer cuidados con las manos limpias estas estarán seguras y se ofrece un servicio de calidad que protege la seguridad del enfermo en todos los ámbitos, lo que contribuye a minimizar la morbilidad, el sufrimiento y alargar la estancia hospitalaria del enfermo y familiares, disminuyendo el costo que genera en las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. <http://congreso enfermeria.es/libros/2016/sala2/5196.pdf>
2. Pérez Catalina, Peluffo Gabriel, Giachetto Gustavo, Menchaca Amanda, Pérez Walter, Machado Karina et al . Medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Ago 26] ; 91(Supl 1): 60-61. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700060&lng=es. Epub 01-Dic-2020. <https://doi.org/10.31134/ap.91.s1.11>.
3. <https://revistamedica.com/aislamiento-de-contacto-precauciones-patologia-infecciosa/#::text=alta%20este%20aspecto.,CONCLUSI%C3%93N,como%20portador%20al%20enfermo%20aislado>.
4. Mendoza-García, José L. et al. Impacto de la transmisión nosocomial del virus de la gripe en un hospital de agudos. Revista Española de Salud Pública. v. 92, e20180814. Disponible en: <>. ISSN 2173-9110.
5. <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informaciongeneral/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa>
6. Yagui Moscoso Martin, Vidal-Anzardo Margot, Rojas Mezarina Leonardo, Sanabria Rojas Hernán. Prevención de infecciones asociadas a la atención de salud: conocimientos y prácticas en médicos residentes. An. Fac. med. [Internet].

2021 Abr [citado 2022 Ago 26] ; 82(2): 131-139. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832021000200131&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v82i2.19839>.

Capítulo 460

EXPOSICIÓN POR EL CELADOR DE LA HIGIENE DEL SUEÑO EN ADULTOS Y NIÑOS

MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

KENIA MARTÍN GÓMEZ

NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA

MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ

1 Introducción

El diccionario académico, nos expone, que el sueño es un fase y estado de reposo y descanso en la que se incluye a todos los seres y sujetos vivos en especial a los individuos, que están durmiendo, como asimismo nos dice que es como un gran deseo o necesidad de dormir.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, la enunciación será: que el sueño es un período de reposo fisiológico que consentirá al cuerpo y a la mente descansar, recuperarse y reponerse. En la ejecución de este acto el ser humano aplicara un tercio de su vida total y es, al mismo tiempo, una de las actuaciones que más repetirá a lo largo de ella, noche tras noche y día a día (1).

El sueño lo podemos referir como una actuación que todos los seres vivos sin excepción ninguna efectúan y que tiene una finalidad y objetivos principalmente reparadores.

Si esta finalidad que se quiere adquirir de sueño reparador no se originase, tiene unos efectos negativos que, repercutirá muy negativamente en los seres vivos y en el organismo en lo más vital y básico como pueden ser las diversificaciones en el estado de ánimo como los cambios repentinos y las alteraciones del humor, alta tasa de irascibilidad, menoscabo de la capacidad de concentración y de la atención y vigilia con lo cual estamos poco alerta, gran acrecentamiento de visión negativa, fatiga general tanto corporal y mental, crecimiento de la ansiedad y estrés, toda esta sintomatología llega a ser patológica nos va a llevar a un menoscabo en nuestra mejora, avance y calidad de vida que nos trasladara a ser candidatos de enfermedades y alteraciones del sueño y nos veremos dañados en nuestra vida diaria.

2 Objetivos

Ver y exponer las recomendaciones y las directrices en los adultos y en la población infantil para crear hábitos saludables y aumentar beneficiosamente la calidad reparadora del sueño

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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, Scielo, elmedicointeractivo.com, Google academic, www.Sociedad Mundial del Sueño, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para que, toda esta sintomatología patológica no consiga llegar a revelarse se debe seguir una serie de directrices y recomendaciones de la concretada como “higiene en el sueño” ya que nos pasamos durmiendo más de la tercera parte de nuestras vidas.

Las recomendaciones para un buen sueño reparador y saludable y las actuaciones que se pueden llevar a cabo en adultos son:

- Al igual que al irse acostarse, o a la hora de levantarse, acordar un horario fijo

- El descanso considerado postprandial, no deberá superar nunca más de la media hora.
- Evitar la toma de los considerados tóxicos como pueden ser el tabaco y las bebidas alcohólicas.
- Sortear la toma de bebidas estimulantes, así como la cafeína o refrescos, seis horas antes de acostarse.
- Las cenas deben ser de muy poca cantidad y sin grasas ni hidratos de carbono consideradas ligeras.
- Se procurará no efectuar ejercicio a última hora de la tarde y antes de irse a acostarse ya que el horario perfecto es por las mañanas y al aire libre.
- No llevar ropa de cama apretada, esta debe ser cómoda.
- Mantener y conservar la aireación de la habitación en idóneas condiciones de renovación de aire y a una temperatura que nos agrade.
- Evitar tener demasiada iluminación luz y aislar los ruidos (2).

Las encomiendas de sueño en la población infantil no tienen muchas diferencia o variaciones con las de los adultos:

- Procurar un horario fijo para la hora de despertarse y dormir. Lo idóneo sería anteriormente de las 9 de la noche.
- Horario de la siesta fijo y acorde para cada una de las etapas infantiles y no deben ser largas.
- Crear momentos agradables para la asimilación y adaptación de la rutina a la hora de dormir.
- La habitación del niño será, una zona agradable para dormir: como temperatura, oscura y sin ruido y con ausencia de distracciones.
- A la hora de acostarse y durante la noche, impedir iluminación de pantallas. Al contrario que por la mañana que sí, es beneficiosa
- No proporcionarle unas cenas o almuerzos pesados a la hora de dormir no efectuar el ejercicio.
- Y evitar los hidratos de carbono y grasas saturadas como dulces en especial el chocolate horas antes de irse a la cama (2).

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en la exposición de este capítulo y en nuestra opinión son variables y múltiples las directrices a seguir y las pautas de conseguir obtener un buen sueño y que además nos reponga para todo el día y estemos en un estado de alerta, aunque perteneciendo a una cultura occidental como puede ser la

española, las costumbres de vida en ocasiones no nos permite llevar a cabo esta serie de pautas y hábitos, pero no nos tenemos que empeñar en cumplirlas todas, sino mucho mejor en las que a cada persona le venga mejor en lo relativo al descanso nocturno, porque nadie se conoce más a si mismo que la propia persona para conocer lo que debe hacer o evitar y sobre todo lo que a cada persona le perjudica o le es beneficioso.

6 Bibliografía

1. <https://www.semalt.org/es/prensa-tv/la-importancia-de-dormir-para-presentar-un-buen-estado-de-salud-y-bienestar-emocional>
2. <https://psicopedia.org/2748/higiene-del-sueno-12-pautas-para-un-sueno-reparador/>
3. Carrillo-Mora Paul, Barajas-Martínez Karina Gabriela, Sánchez-Vázquez Itzel, Rangel-Caballero María Fernanda. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias?. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Feb [citado 2022 Jul 20] ; 61(1): 6-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es.

Capítulo 461

FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS DE LAS CAÍDAS EN LA POBLACIÓN MAYOR POR EL CELADOR

NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

KENIA MARTÍN GÓMEZ

MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL

MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ

1 Introducción

Desde la Organización Mundial de la Salud, nos expresan que las caídas son hechos y sucesos involuntarios que hacen llegar a perder la estabilidad y como consecuencia dar con el cuerpo en el piso u otra superficie dura que lo pare. Esta problemática atañe y afecta a la población mayor a sufrir y soportar incapacidades, discapacidad y/o dependencia, además, de una gran variabilidad de enfermedades y patologías pudiendo ser estimado como uno de los principales problemas en lo que a la geriatría se refiere y que según las cifras derivadas y extraídas de las estadísticas nos lleva a evidenciar que entra en el segundo puesto en acontecimientos de exitus en lo que a lesiones no intencionales o accidentales se reseña en la población de sujetos mayores, globalmente.

En cuanto a los sujetos mayores que padece de caídas anualmente en la población global sería una tercera parte, suelen pasar el rango de los 65 años, etapa de edad que se ve acrecentada, en residentes internos de centros de geriatría. Los sucesos de caídas se han visto elevados exponencialmente 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 designadas como caídas recurrentes, que son las que se ocasionan en más de dos o tres caídas en el mismo año, son las que acarrearán a las enfermedades crónicas o a las limitaciones funcionales, en los sujetos 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 elementos de riesgo que provocan 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 expuesto la población anciana se fraccionan en intrínsecos y extrínsecos.

-CONDICIONANTES INTRÍNSECOS.

Puede verse degradada o alterada, la percepción sensorial. El mayor debe tener y estar un lugar con ausencia de obstáculos y una correcta iluminación. Llevar al corriente las revisiones de la vista con el oftalmólogo y el optometrista. Además, deben de hacer uso de sus gafas o aparatos auditivos, en el caso de que las tuviera, ayudaran a la percepción sensorial.

Se verá suplementario el peligro de caídas con la ingestión de la polifarmacia. Por ello se deberá estar muy al tanto de su medicación y de las dosis correctas y que sean las pautadas. Se tendrá que evitar la automedicación que es muy habitual y recurrente en los sujetos mayores.

Entre los ancianos y el peligro de caídas otro nivel a valorar será la pluripatología

-CONDICIONANTES EXTRÍNSECOS

Entre estos condicionantes extrínsecos se deberá ver como esta y de que esta dotado el lugar donde habitan los sujetos mayores, tiene que estar adecuado y adaptado a sus patologías y limitaciones, evitando cualquier obstáculos o barreras arquitectónicas, que los suponga un peligro de caída, como alcanzan a ser, suelos que patinan, luminosidad inadecuada, moquetas, muebles o enseres de casa poco seguros entre otros muchos. Las habitaciones deben ser grandes para que no se vea interrumpida su movilidad. Los cuartos de aseo con un suficiente espacio y dotado de asideros para un mayor agarre y seguridad del anciano mayor.

La cama si dispone de freno, siempre frenada y en situación y posición lo más baja posible, la colocación de barandillas en la cama estará expuesto a valoración en dependencia del anciano. Los trabajadores y profesionales del personal celador podemos colaborar con el resto del equipo para valorar las mejores expectativas y elecciones.

El calzado debe ser con un poco tacón, pero bajo y disponer de suela antideslizante.

El impacto emocional, se debe tener en consideración en la intervención psicológica del peligro de las caídas por las consecuencias mentales que originan.

En un análisis de 2016, evidenciaron, Meléndez-Moral y cols, que se puede elevar la seguridad y así aliviar el miedo a poder caerse de los ancianos a través de un programa de educación para trabajar 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 él lo puede lograr.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos descrito se llega a la conclusión y opinión 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 prontos-

tud en saber los condicionantes, elemento y factores así como el grado de riesgo y peligro.

Por la gran prevalencia del peligro y riesgo de caídas en la población mayor y anciana, se cree adecuado la continuada 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 sujetos 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 puede incurrir en miedo y ansiedad y llevar a un menoscabo de la calidad de vida que llevaba anterior a caerse.

6 Bibliografía

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Caídas.
2. Biblioteca virtual SciELO
3. Del Rocío Almazán-Castillo M, Jiménez-Sánchez J. Escala de valoración de peligro de caídas en pacientes hospitalizados.
4. Rodríguez Martín Marta. La soledad en el anciano. Gerokomos [Internet]. 2009 Dic [citado 2022 Ago 30] ; 20(4): 159-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es.
5. Aliaga-Díaz Elizabeth, Cuba-Fuentes Sofía, Mar-Meza Marcela. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 Abr [citado 2022 Ago 30] ; 33(2): 311-320. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200017&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2143>.
6. Manrique-Espinoza Betty, Salinas-Rodríguez Aarón, Moreno-Tamayo Karla Margarita, Acosta-Castillo Isaac, Sosa-Ortiz Ana Luisa, Gutiérrez-Robledo Luis Miguel et al . Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2022 Ago 30] ; 55(Suppl 2): S323-S331. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es.

Capítulo 462

EL RIESGO PSICOSOCIAL DEL TRABAJO EN SANIDAD POR EL CELADOR

MARÍA CRISTINA MORENO GUTIERREZ

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

KENIA MARTÍN GÓMEZ

MARÍA DEL PRADO PINO ORTEGA DEL

NOELIA GARCÍA GARCÍA-OCHOA

1 Introducción

Actualmente en la sociedad y comunidad de hoy en día con respecto del trabajo, el concepto de vida que tenemos referente a ello y conciencia del trabajo, asimismo como los derechos de los trabajadores, y el ritmo al que el trabajador se ve obligado en la mayoría de las ocasiones a la hora de ejecutar su labor, nos encontramos con muchísimos y variables estresores en nuestra vida diaria que se verán repercutidas en nuestro modo y ámbito de vida.

El tener que acatar ciertas circunstancias, condiciones ambientales, exigencias en cuanto al cumplimiento de plazos, condiciones adversas en cuanto a temperaturas, iluminación, compañeros, entre muchas otras, se relacionan y juntan con las circunstancias personales de cada individuo, como podrían ser la presión en

el domicilio, circunstancias personales que todo esto se convertirá en un cúmulo de características que harán que se vea reflejado en un mal estado mental y social ya que la mayoría de estas peculiaridades en conjunto se escapan la gran mayoría de nuestro control, reflejando en el trabajador un estrés psicológico y ansiedad en ocasiones difícil de sobrellevar, lo relatado y expuesto lo trasladamos a la esfera sanitaria en la cual el trabajo, a veces leve pero la mayoría de las ocasiones con una gran carga emocional derivada del trabajo con personas, individuos o pacientes enfermos, enfrentándose a su vez a la situación de los exitus, va minando la mente del trabajador.

Expondremos los condicionantes a los cuales el riesgo social y psicológico este ligado y van de la mano.

2 Objetivos

Conocer y clasificar los elementos y condicionantes psicosociales, sus características, orígenes y consecuencias en la esfera sanitaria para los diversos trabajadores/as.

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 la higiene de manos y prácticas de higiene. 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

Categorización de los condicionantes y elementos de riesgo del trabajador referente a lo psicosocial.

Comenzamos con las labores o desempeños a ejecutar y que afectaran al trabajador negativamente:

No tener bien estipulado o protocolizado el desempeño a ejecutar y las ocupaciones claras o asimismo no disponer de cierta autonomía específica para poder

desenvolverlas esto va a incidir e inducir a la aparición de una gran intranquilidad, ansiedad y con lo consecuencia de estrés en el trabajador.

Tener un ritmo o carga en el trabajo o los desempeños a los que tenga que enfrentarse excesiva, alta presión, apremio o imposición, esto suele ocurrir en demasiadas ocasiones en los trabajos considerados de temporalidad, en los cuales se deben de cumplir unos plazos de terminación y por supuesto un cumplimiento con urgencia, se encuentran asimismo empleos y puestos que muestran demasiada monotonía así mismo como repetitividad, concurre una cierta relación entre trabajo considerado monótono y a su vez demasiado repetitivo con la insatisfacción profesional de los individuos que lo están realizando, si a esto le sumamos que no existe un control en su autonomía, tienen nula intervención, participación o contribución a la hora de poder por ellos mismos decidir y gestionar alguna decisiones, no poder hacer nada respecto al control en cuanto a la carga de trabajo y otros condicionantes en cuanto al trabajo que se está efectuando.

Influyen demasiado las circunstancias individuales, en cuanto a las particularidades personales, como puedes ser la personalidad de cada uno, así como la edad y la ciencia o enseñanzas de trabajo que tenga y uno elemento importante el sexo, la experiencia en cuanto a las labores desempeñadas, la capacidad de aprendizaje o experiencias de anteriores trabajos, un papel importante lo cumple la formación a la que ha podido acceder o recibir, y que va relacionado con las destrezas o por supuesto con las habilidades personales y la práctica laboral, un punto a tener muy en cuenta son si el trabajador está en situación de tener responsabilidades familiares, como podría ser tener hijos a cargo, o que en el núcleo familiar exista algún miembro con alguna enfermedad o requerimientos especiales, o familiares mayores a cargo.

En la esfera y contexto, ya del puesto de trabajo se hallan los detonantes que van a ir menoscabando la mente y la voluntad del trabajador las cuales generaran una insatisfacción, una reducción en cuanto al confort y poder estar trabajando en condiciones adecuadas en esto entran en juego la iluminación la cual el trabajador no podrá en la mayoría de los puestos controlarla por el mismo, dependiendo de la época del año las temperaturas forjan un elemento a tener en cuenta en muchos trabajos estas sistematizadas, con lo cual entra el exceso de temperatura o la bajada en ella, que derivara en un discomfort a la hora de realizar su trabajo, pasamos a otro punto importante que es el espacio en el que se desempeñan las tareas, si existiera un gran aislamiento o en el lado contrario demasiada aglomeración de trabajadores, esto producirá un menor rendimiento, insatisfacción e irritabilidad

5 Discusión-Conclusión

Para concluir con el estudio de los diferentes y principales riesgos psicosociales el ámbito de trabajo, debemos de tener en cuenta que fomentándolo e instaurando ciertas medidas preventivas muchas de las circunstancias expuestas se podrían cambiar para el bien del trabajador y que con cambios incluso simples al igual que el establecimiento de protocolos a la hora de la organización y estructuración del trabajo repercutirá muy beneficiosamente en la salud psicosocial del individuo que trabaja ya que si su trabajo se me mejorado y con unas condiciones idóneas se eliminara la irritabilidad que produce, el estrés o la ansiedad, si esto lo llevamos a la esfera sanitaria en las cuales se tiene que cumplir unos turnos que menoscaban nuestro ritmo y calidad de vida, establecer unos beneficios en el trabajo ayudara a llegar a casa y a tus circunstancias personales mucho mas relajado, ya que no es nada fácil el trabajo de los profesionales de la salud ya que la carga tanto psicológica como de trabajo es demasiado alta.

6 Bibliografía

1. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo.
2. Bustillo-Guzmán, M., Rojas-Meriño, J., Sánchez-Camacho, A., Sánchez-Puello, L., Montalvo-Prieto, A., & Rojas-López, M. (2015). Riesgo psicosocial en el personal de enfermería. Servicio de urgencias en hospital universitario de Cartagena. *Duazary*, 12(1), 32-40.
3. Ceballos-Vásquez Paula, Cancino-Grillo Manuel, González-Palacios Yanni, Paravic Klijn Tatiana. Perfil de riesgos psicosociales en trabajadores sanitarios: una herramienta elemental para su intervención. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2020 [citado 2022 Ago 26] ; 29(4): 323-329. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000400323&lng=es. Epub 08-Feb-2021.
4. Acevedo Gabriel Esteban, Sánchez Julieta, Fariás María Alejandra, Fernández Alicia Ruth. Riesgos Psicosociales en el Equipo de Salud de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Cien Trab*. [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Ago 26] ; 15 (48): 140-147. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492013000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492013000300006>.

Capítulo 463

FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN EL ALMACEN DE LOGÍSTICA HOSPITALARIA

ARACELI SANCHEZ CALLEJAS

ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA

MARGARITA MANZANEDO ROBLES

AGUSTINA GARCIA GARCIA

ISABEL SANCHEZ JUAN

1 Introducción

Pudiera parecer que a raíz del título del presente capítulo, se esté alejando del contexto de las instituciones sanitarias. Nada más lejos, y para ello hay que explicar a qué se refiere el término de “logística hospitalaria”. Para ello comenzar enunciando que los centros hospitalarios cuentan con un almacén desde donde se reparten y envían los productos y artículos necesarios a las distintas unidades del hospital.

Esta mercancía que llega a los diferentes almacenes hospitalarios provienen de un almacén general, más grande y donde el término logística acoge su significado. Por tanto se trataría del almacén general que nutre de productos y mercancías a los almacenes hospitalarios, exceptuando los medicamentos. Generalmente cada gerencia hospitalaria, es decir, el hospital de referencia y los centros de salud que

la integran, se encarga de la provisión, gestión y repartición de estos productos desde el almacén general hasta los almacenes concretos hospitalarios o de los centros de salud.

Se estaría hablando de una gran estructura física, almacenes, donde desarrollan su labor, desde celadores, hasta auxiliares administrativos, un jefe de almacén y los repartidores.

Los celadores destinados en logística desempeñan las labores de recepción, clasificación y preparación de la mercancía que entra y de la mercancía que sale de la misma, llevando una detallada relación de las mismas.

2 Objetivos

- Describir el servicio de logística de la gerencia hospitalaria.
- Conocer y explicar las funciones del celador destinado en logística hospitalaria.

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

Los celadores que desempeñan su labor en el almacén de logística de la gerencia correspondiente, están repartidos según los cuadrantes de los turnos de mañana, ya que el almacén funciona solamente por las mañanas. De este modo, existe:

- el celador en muelle de recepción. Es el encargado de recepcionar toda la mercancía que entra a los almacenes generales, provenientes y transportados por las distintas agencias contratadas por la gerencia. Es el encargado de comprobar todas las referencias que aparecen en los albaranes que los transportistas le entregan y que coincidan con el tipo de mercancía y cantidad de la misma, la cual va colocando en distintas zonas del muelle para su retirada y entrada en los distintos almacenes (material fungible, material sanitario y otros).
- el celador en los almacenes de clasificación de la mercancía. Es el encargado de clasificar las diferentes mercancías en las estanterías correspondientes, en uno u

otro almacén, indistintamente, según el tipo de material, como se ha dicho anteriormente. La clasificación y ordenación se realiza por número de estantería, en cuya cabeza de misma, va colocada una relación de los productos que se encuentran en la misma y el número de balda que ocupa.

-el celador en la preparación de los pedidos. Es el encargado de preparar, paletizar y envolver, los diferentes pedidos que se realizan desde el hospital, los centros de salud, las residencias, los consultorios, etc, pertenecientes a la gerencia. Con el petitorio, es decir, con la petición de material, coloca ordenadamente en un palet la mercancía demandada, subrayando aquella que está baja de stock, para su futura reposición. También firma cada petitorio, en caso de anomalías en el lugar de acogida de la mercancía.

-el celador en la carga del transporte de la mercancía. Es el encargado en el muelle de salida de colaborar con el transportista contratado en cargar la furgoneta o camión de los diferentes palets preparados y reseñados con el lugar de entrega.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha comprobado en el desarrollo del capítulo, el celador destinado en el almacén de logística hospitalaria desempeña unas funciones concretas que posiblemente estén alejadas o no tengan nada que ver con las mencionadas en la Orden de 5 de Julio de 1971 y sean más específicas del servicio.

El celador de logística tiene una gran responsabilidad en sus funciones, debido a que los materiales sanitarios son caros y en ocasiones sensibles, por lo que tiene que estar siempre alerta y manejarlos con precaución.

Otra circunstancia que hace especial el servicio, es que los celadores destinados en logística, tienen que ser poseedores de los carnets de carretillero y tener una amplia formación en la prevención de riesgos laborales, pues en ocasiones se manejan elementos y mercancías muy pesadas.

6 Bibliografía

1. La logística hospitalaria. Disponible en <https://hospitecnia.com>
2. La gestión del almacén. Disponible en <https://www.husc.es>
3. El celador en las áreas de logística. Disponible en <https://www.todostuslibros.com>

Capítulo 464

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA

ARACELI SANCHEZ CALLEJAS

AGUSTINA GARCIA GARCIA

MARGARITA MANZANEDO ROBLES

ISABEL SANCHEZ JUAN

ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA

1 Introducción

No hay que confundir los términos de lavandería y lencería de un centro hospitalario, aunque ambos sean complementarios. El servicio de lavandería de los centros sanitarios está destinado a todo lo concerniente con los términos de la limpieza de ropas, textiles, pijamas, uniformes, etc., mientras que la lencería clasifica y reparte todo el material textil ya lavado y limpio.

La ropa sucia, de 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, es llevada a la lavandería centralizada del centro hospitalario, donde es lavada en las calandras, que son unas lavadoras de uso industrial, que pueden lavar una gran cantidad de ropa. 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 lavandería que gestiona el propio hospital, cuya jefatura de servicio, suele encargarse también del servicio de limpieza y del servicio de cocina y de la lencería.

En el servicio de lavandería se pueden encontrar profesionales, tales, como lavanderas y celadores y la jefa de la unidad, la gobernanta, que como se ha dicho más arriba, también está al tanto de las limpiadoras, de los pinches, cocineros, modistas y costureras.

El celador destinado en el servicio de lavandería depende funcionalmente, en estos casos, de la gobernanta.

2 Objetivos

- Describir y conocer el servicio de lavandería 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

El celador destinado en el servicio de lavandería, desarrolla una gran variedad de funciones.

- recibe las sacas procedentes del hospital de ropa sucia, previamente colocadas en jaulas metálicas, procediendo a pesarlas en una báscula. En un registro diario, anota los pesajes de cada viaje de ropa sucia.
- colabora con las lavanderas a clasificar y colocar la ropa sucia en las calandras, que son unas lavadoras tipo industrial, ayudándose generalmente de una plataforma metálica y de una pequeña grúa de techo.
- colabora en la puesta en marcha de las calandras, añadiendo las cantidades de productos necesarios en las mismas.

- vigila continuamente el proceso de lavado, la presión de las calandras y el desagüe de las aguas, así como el centralizado que realiza la maquinaria.
 - coloca todos los envases de los productos químicos utilizados en las calandras en los diferentes espacios habilitados para ello, señalando con los distintos indicadores el grado de toxicidad de los mismos, siempre bajo las indicaciones de la gobernanta del servicio.
 - ayuda al resto del equipo del servicio a sacar la ropa, ya lavada, y colocarla en los diferentes carros para su secado en los secaderos, y colocación en las planchas, para luego posteriormente, colocarlas y ordenarlas en los diferentes carros.
 - clasifica las distintas ropas, según sean ropas de planta, pijamas de pacientes o uniformes del personal, colocándolos en perchas o estanterías de carros, que luego serán destinados y repartidos por los celadores de lencería una vez llegue hasta el hospital.
 - ayuda a cargar los cargos al personal del transporte, colocando los mismos en orden dentro de la caja del camión o furgoneta.
- Además de estas funciones, realizará todas aquellas que la gobernanta le indique, siempre bajo la potestad de sus competencias.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha señalado en el desarrollo del capítulo, el celador destinado en el servicio de lavandería, desempeña una gran variedad de funciones y labores, muy cualificadas, pues debe conocer el manejo de una gran variedad de maquinaria industrial. Hay que destacar que cada vez son menos los centros hospitalarios que gestionan propiamente el servicio de lavandería, dejando este servicio a empresas externas que se llevan la ropa sucia y luego la entregan limpia. Además el celador tiene que tener una formación amplia en riesgos laborales, puesto que maneja a diario gran cantidad de productos químicos con una alta toxicidad.

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-enfermeria.com>

Capítulo 465

FUNCIONES DE LOS CELADORES DE URGENCIAS EN EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN Y MATERIAL SANITARIO

ARACELI SANCHEZ CALLEJAS

AGUSTINA GARCIA GARCIA

ANA BELEN GARCIA GARCIA DE LA PLAZA

MARGARITA MANZANEDO ROBLES

ISABEL SANCHEZ JUAN

1 Introducción

En el presente capítulo se va a dar a conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el traslado de documentación sanitaria y cómo llevan a cabo el reparto, colocación y traslado de material sanitario dentro del centro sanitario. Para ello, se ha de tener en cuenta la Orden de 5 de julio de 1971. Teniendo en cuenta dicha orden, se observa, además, que, en el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario, queda enunciada en su función número 1 que los celadores son el personal no sanitario encargado de llevar a cabo el traslado de documentación y correspondencia de objetos que haya sido confiado por sus superiores.

Por tanto, se afirma que el celador es el encargado de realizar el traslado de documentación, llevando a cabo dicha tramitación por diferentes medios como, por ejemplo, comunicaciones verbales, traslado de documentos personales y encriptados, sillas de ruedas, camillas, es decir, objetos y mobiliarios, muestras biológicas, hemocultivos a laboratorio, etc.

En definitiva, teniendo en cuenta lo expuesto en esta introducción, se observa que el celador ha de ser una persona conocedora de los espacios y ubicaciones del centro sanitario, permitiendo así el traslado de material, documentación y objetos sanitarios al área o servicio del centro sanitario correcto.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que desempeña el celador en el traslado de documentación y de material y objetos sanitarios.

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

A continuación, se exponen las funciones que desempeñan los celadores de urgencias en el traslado de documentación y material sanitario. Así, se va a desarrollar las funciones que cumplen cada uno de los celadores en las distintas áreas de urgencias.

El celador de puerta de urgencias es el encargado de tramitar la documentación a triaje de los pacientes que acuden al servicio hospitalario. Cuando un paciente acude a urgencias, debe proporcionar sus datos al equipo de admisión. Posteriormente, admisión otorga al celador una pequeña carpeta con los datos del paciente, que han de ser llevados a triaje por parte del celador.

Cuando el paciente acaba triaje, el enfermero vuelve a proporcionar el informe del paciente al celador de puerta, que debe llevar dicho informe a una de las áreas de urgencias, en función de las explicaciones enunciadas por el enfermero.

El celador de puerta, debe velar que no se produzca un desabastecimiento de sillas de ruedas en la puerta principal, puesto que muchos pacientes que acuden a urgencias pueden presentar lesiones o incapacidad móvil, por lo que prestar una silla de ruedas para su movilidad es vital.

El celador en el área de boxes desempeña numerosas acciones, tanto en el traslado de documentación como material. Los celadores del área de boxes realizan traslados con el paciente en camilla, silla de ruedas, andando, con palo ,etc. a las pruebas pertinentes que se les destinan. Estas pruebas de los pacientes, vienen acompañadas de un volante, que el celador debe llevar y presentar al servicio donde acuden los pacientes.

Además, el celador de boxes acude con frecuencia al laboratorio, donde traslada, en una caja opaca, diferentes pruebas que han sido realizadas a los pacientes: pruebas de orina, pruebas de sangre, pruebas PCR, etc.

Por otro lado, se destaca la labor que lleva a cabo el celador de especialidades y el celador en el área de observación, cuyas funciones en el traslado de material y documentación son similares a las realizadas por el celador de boxes.

5 Discusión-Conclusión

Sintetizando lo expuesto en este trabajo donde se han desarrollado las funciones que lleva a cabo el celador en el traslado de material y documentación sanitaria, se destaca el papel que desempeñan los celadores.

Gracias al traslado de estos enseres sanitarios, el centro sanitario puede funcionar con agilidad, ofreciendo una sanidad eficaz y de calidad a los pacientes y enfermos que acuden al servicio sanitario.

De este modo, el celador es una persona ágil y con predisposición, actuando con rapidez ante las órdenes del personal sanitario. Por tanto, se afirma que el celador es una persona responsable, puesto que se le encomienda labores de gran relevancia, cuyo destino final no puede concluirse satisfactoriamente si no existiese el papel del celador.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador. Transporte de documentación sanitaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador y el traslado de material sanitario. Disponible en: <https://fiostar.com>
3. Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, según la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971

Capítulo 466

EL CELADOR Y EL PROCESO DE CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

FERNANDO INFANTES ACEDO

MARIA JESUS FLORES MORAGA

JOSE CARLOS LOSA SERNA

PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS

BEATRIZ RIGOTE MORENO

1 Introducción

El alumbramiento es una de las situaciones más frecuentes en la atención sanitaria, por ello hay que estar bien preparado para evitar intervenciones innecesarias y dañinas para el recién nacido.

Un recién nacido sano, aunque haya nacido a término (entre 37 y 42 semanas de gestación) y su historia haya sido favorable, requiere de una valoración exhaustiva para cerciorarse de que todo está correctamente. La atención inmediata del recién nacido será primordial, donde el celador trabaja de manera coordinada con el resto de sanitarios.

Así pues, en el feto se deben producir una serie de cambios con el fin de que se adapten adecuadamente a la vida fuera del útero, tales como: se inicia la respiración y circulación pulmonar, el funcionamiento hepático y renal y la alimentación gastrointestinal intermitente. Es importante resaltar, también, que el

periodo neonatal abarca una etapa importantísima que dura los primeros veintiocho días de vida del recién nacido. Esta etapa es especialmente relevante puesto que en ella se completan diversos ajustes fisiológicos ineludibles para vivir de manera extrauterina.

No hay que olvidar que no solo nace un bebé sino, también, una madre, por lo que el apoyo emocional por el equipo sanitario será vital para una mayor adaptación a la nueva vida.

2 Objetivos

Conocer los cuidados y procedimientos de pesada y tallado, con el fin de poder proporcionarle una atención adecuada a sus necesidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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

Un recién nacido sano ha de presentar las características que, a continuación, se mencionan:

Gestación a término.

Color de piel rosada (puede presentar lanugo).

Tórax: su perímetro oscila entre los 30 y 33 centímetros.

Perímetro craneal: entre 33 y 36 centímetros.

Cabeza: se buscarán las fontanelas.

Longitud entre 48 y 53 centímetros.

Peso entre 2,500 y 4,000 kilogramos.

Frecuencia respiratoria: 30-60 respiraciones/minuto.

Frecuencia cardiaca: 36-37°C.

Sistema nervioso: reflejos que conforme crezcan irán desapareciendo, como el reflejo del Moro, de succión, de presión palmar y de búsqueda oral.

Por consiguiente, para una atención apropiada, se realizará una valoración inicial recabando información acerca los datos más importantes del embarazo y del trabajo del parto. Asimismo, se determinará el índice de Apgar y se llevará a cabo una inspección íntegra del recién nacido.

A continuación, se procederá a unos cuidados inmediatos antes de trasladarse a la planta de maternidad. Entre ellos, la identificación a través de un brazalete, las huellas dactilares, la profilaxis ocular, la realización de las pruebas metabólicas, la prevención de hemorragias a través de la vitamina K y un control de peso y talla.

Así, es importante aludir a los procedimientos de pesada y tallado. Por un lado, para la pesada del recién nacido se contará con materiales como: báscula, sábana desechable, guantes y hoja para apuntar los resultados. Para realizar este proceso hay que lavarse adecuadamente las manos y usar guantes, colocar al bebé completamente desnudo encima de la sábana que cubre la báscula. Tras ello, se anotará el peso. Por otro, para comprobar la talla se utilizará: el tallímetro, guantes, hoja y gráfico. Para ello, se actuará de la siguiente manera: hay que colocar al niño en decúbito supino, cuyas plantas de los pies estarán bien apoyadas al soporte (en punto cero). Después, hay que medir la distancia entre el talón y el vértice de la cabeza. Por último, rellenar la gráfica con los datos correspondientes.

Al hilo de este tema, es de grandísima importancia permitir que las madres estén con sus hijos todas las horas del día, así como, el contacto piel con piel lo antes posible en un ambiente tranquilo. Asimismo, animar a la lactancia a demanda, sin horarios. En el caso de la lactancia exclusiva materna, es mejor utilizar el chupete una vez que se haya instaurado correctamente dicha lactancia (eso suele suceder al mes de vida del bebé). Una vez que ha comido, hay que favorecer el eructo para expulsar los posibles gases. Asimismo, es esencial comprobar que el recién nacido expulsa, también, el meconio.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, hay que destacar que cuando nace un bebé, es vital comprobar que el recién nacido posee una serie de características, así como, recabar información sobre el embarazo y el parto para verificar que tiene un estado de salud óptimo. Para ello, los profesionales sanitarios han de realizar una minuciosa valoración y realizar los procedimientos de pesada y tallado, para lo que contarán con una serie de materiales esterilizados.

Actualmente, se alude mucho al tema de no separar a las madres de sus hijos nada más nacer, siempre y cuando sea posible, ya que los estudios avalan la peli2811

grosidad a largo plazo que puede tener esta práctica. Por ello, es imprescindible, el contacto piel a piel en cuanto pueda realizarse, así como, una alimentación a demanda

6 Bibliografía

- 1- <https://mejorconsalud.as.com>.
- 2- <https://www.euskadi.eus>.
- 3- <https://www.aeped.es>.
- 4- <https://www.who.int>.
- 5- Doménech E, Rodríguez-Alarcón J, González N. (2008): Cuidados generales del recién nacido a término sano. En De Guardia en Neonatología: Protocolos Y Procedimientos de los Cuidados Neonatales. M. Moro y M. Vento. 2ª edición ERGON. Madrid.
- 6- Keefer C.: (1999): Cuidados del recién nacido sano. JP. Cloherthy , AR. Stark (eds.). Manual de Cuidados Neonatales. Masson S.A. Barcelona

Capítulo 467

CÓMO DEBE ACTUAR EL CELADOR ANTE EL PACIENTE EN SUS ULTIMOS MOMENTOS DE VIDA

FERNANDO INFANTES ACEDO

MARIA JESUS FLORES MORAGA

JOSE CARLOS LOSA SERNA

PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS

BEATRIZ RIGOTE MORENO

1 Introducción

El celador, a lo largo de su jornada laboral, y dependiendo de la unidad donde le toque trabajar, se va a encontrar a pacientes con muy diferentes patologías. Por ello saber comportarse y comunicarse con cada uno de ellos es muy importante, ya que el paciente terminal se encuentra en un momento muy duro de su vida, y pasa por diferentes etapas hasta aceptar su muerte. Y saber como actuar, comunicarnos, puede ayudarlos a sentirse mejor en el tiempo que estemos con ellos, ya sea en los aseos, traslados, etc. En nuestro trabajo como celador nos encontramos momentos dulces y otros muy duros, donde pondremos a prueba nuestra profesionalidad y nuestros gestos más amables. Entender el sentimiento tanto el paciente terminal como de sus familias pueden ayudar mucho a pasar ese

tránsito de la vida tan importante. Para ello, tenemos que ser empáticos y ponernos en el lugar de cada persona sin llegar a que esos sentimientos nos afecten fuera y dentro de nuestra vida laboral y personal. Saber que cada persona es diferente y por ello merecen un trato diferente, saber que todo no son palabras si no también son muy valiosos los gestos. Para ello el celador tiene que estar preparado.

2 Objetivos

- Conocer como tratar y realizar los cuidados a un paciente terminal.
- Saber los diferentes estados en los que se puede encontrar el paciente, para mejorar dicha comunicación y entenderlos mejor.

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

Concepto de paciente terminal:

- Paciente terminal es aquel, que tiene un pronóstico de vida inferior a 6 meses.
- Que tiene una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Que tiene pocas o nulas posibilidades de respuesta a un tratamiento específico.
- Presenta numerosos problemas de síntomas intensos, cambiantes.

Estos pacientes, al igual que sus familiares, demandan una atención y apoyo mayor emocional.

Los paciente terminales no necesitan cuidados curativos, sino cuidado psicológico y físico. Es lo que se llama cuidados paliativos.

Antes de nada hay que conocer por las diferentes etapas por las que pasa un paciente ante la noticia de una enfermedad terminal. Es muy importante, ya que dependiendo en la fase en la que se encuentre va a ser más o menos comunicativo, y pasará por diferentes estados de ánimo.

Las cinco fases que identifica la doctora Kúbler-Ross son:

- Negación: en esta fase la gran mayoría rechazan la noticia, niegan que esto les esté pasando a ellos.

- Ira, cólera, rabia: el paciente se encuentra impotente ante su destino. Se muestra cabreado, en esta etapa el paciente puede mostrarse poco razonable y parecer arrogante y exigente.

- Negociación: esta fase se encuentra entre la ira y la depresión. Busca alternativas, nuevas cirugías...

- Depresión: el paciente en esta fase es consciente de que va a morir.

Pasa por dos tipos de depresión:

La reactiva, en la que el paciente se preocupa por lo que deja, familia, problemas sin resolver, etc.

Y la preparatoria, en la que hay una transición entre la lucha por la vida y la aceptación de la muerte. Aquí el paciente es menos comunicativo.

- Aceptación, el paciente está preparado para morir.

Los cuidados del paciente terminal:

- Se le dará una habitación individual, cuando sea posible.

- Ayudar a colocarlo en posiciones cómodas.

- Evitar que el paciente se encuentre solo.

- Mantener al paciente siempre aseado y cómodo.

La comunicación ante el enfermo terminal es muy importante, por ello cuando el celador se encuentre con los cuidados del paciente, ya sea en aseos, traslados, etc., debe tener una conducta madura ante la muerte. Debemos usar un lenguaje sencillo, respetuoso, sabemos que el paciente está pasando por diferentes fases y en cada una de ellas se mostrará de una manera diferente, por ello debemos respetar sus silencios cuando no quiera hablar. Ser empáticos y aceptar los sentimientos del paciente, tenemos que saber escuchar. Muchas veces la comunicación no verbal es más importante que las palabras. Debemos dejar que el paciente se exprese. Respetar sus creencias religiosas, sus valores de juicio, confidencias. El apoyo emocional a la familia del paciente también es importante.

5 Discusión-Conclusión

El celador a lo largo de su vida profesional, se va a encontrar situaciones duras, pacientes terminales en niños, personas mayores. Se va a encontrar momentos muy difíciles, donde pacientes y familiares necesiten de apoyo emocional y cuidados especiales. Aquí el celador, tiene que ser muy humano y cercano, pero tiene

que saber, que forma parte de la vida y no puede sobre implicarse para que no le afecte psicológicamente. Tenemos que tener claro, que estamos ahí para ayudar al paciente y no debemos sobre implicarnos para que no se produzca el Síndrome Burnout. También tiene que saber que un pequeño gesto muchas veces vale más que mil palabras.

6 Bibliografía

1. SECPAL.
2. Editorial Mad. Celador.
3. Cuidados paliativos en una enfermedad terminal (tuotromedico.com).

Capítulo 468

ADEMÁS DE LOS CAMBIOS POSTURALES ¿QUÉ PUEDE HACER EL CELADOR ANTE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN?

FERNANDO INFANTES ACEDO

MARIA JESUS FLORES MORAGA

JOSE CARLOS LOSA SERNA

PABLO ESPINOSA DE LOS MONTEROS OLIVAS

BEATRIZ RIGOTE MORENO

1 Introducción

Las causas mas principales de las úlceras por presión ("PU"), comúnmente denominadas "úlceras" o "escaldaduras" o escaras, es la presión ejercida y mantenida entre dos superficies duras y la tolerancia del tejido. Normalmente en las unidades hospitalarias donde mas las podemos ver en el uci. Por un lado, estamos tratando con el plano esquelético sólido y la proyección esquelética fisiológica o deformada del paciente, por otro lado, el plano rígido externo general, representado por camas, sillas e incluso zapatos u otros objetos, por ejemplo, dispositivos médicos. . En sus primeras etapas (conocidas como grado I), una úlcera péptica es un eritema no opaco en la piel intacta 30 minutos después de retirar la presión.

Tratar de inmediato y evitar que la enfermedad progrese a una etapa posterior, prestando más atención a las protuberancias óseas (sacro, talones, muslos) y las áreas expuestas a la humedad de la micción, la transpiración y el sudor o las secreciones. Si no se activan las medidas, la úlcera puede progresar a estadios más avanzados, con riesgos y deterioro de la salud del paciente. La principal actividad del cuidador ante la UP, evitando su aparición o progresión, son los cambios posturales, tema ya conocido y discutido, pero el cuidador también puede realizar otras acciones para frenar su deterioro.

2 Objetivos

Recaltar la importancia del celador como figura básica y fundamental del equipo multidisciplinar.

Recordar a éste su validez dentro de los roles del equipo, añadiendo habilidades quizás hasta ahora desconocidas, olvidadas, o a las que se le ha restado importancia.

Repasar conocimientos teóricos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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 Académico, Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En esta revisión teórica, veremos que los familiares son

Además de los cambios posturales, la UPP puede prevenir su aparición y/o prevenir su progresión si ya existe. Dividamos todas las acciones que un familiar puede tomar en relación al trauma en sistemas humanos y otros sistemas: piel y cuero. - Es necesario comprobar el estado de la piel al menos una vez al día para detectar rápidamente la aparición de daños. Esté atento al enrojecimiento de la piel. En ambos casos, debe informar inmediatamente al personal de enfermería. -

Es importante no masajear las protuberancias óseas, podemos protegerlas con almohadas específicas (por ejemplo: si ponemos al paciente de lado, ponemos una almohada entre las piernas para que no se toquen las rodillas y los tobillos)

- La piel del paciente debe mantenerse hidratada en todo momento, aplicar ligeramente una crema hidratante o, si es necesario, según prescripción médica,

Ácidos grasos hiperoxigenados, en zonas de riesgo de estrés, limpio y seco

(Sobre todo en la zona perianal para prevenir la incontinencia, prestar especial atención a las ingles, el pecho y los pliegues) y utilizar agua templada y jabón o un limpiador suave que no dañe la piel, evitar frotar al secar o tirar al tirar. Realizar actividades de movilización que reduzcan la fricción. - Los ácidos grasos peroxidados (AGHO) son mezclas de ácidos grasos peroxidados que tienen propiedades medicinales. Protegen la piel de las causas que provocan las úlceras por presión, previenen la deshidratación cutánea y restauran la película hidrolipídica, aumentan la resistencia al roce, mejoran la nutrición de la piel, favorecen el recambio celular, mejoran la microcirculación sanguínea y previenen la isquemia tisular. AGHO ha añadido extractos de plantas medicinales como *Hypericum perforatum* ("Hierba de San Juan"), que tiene propiedades cicatrizantes, calmantes, antisépticas, antiinflamatorias y reepiteliales gracias a su composición de taninos y aceites esenciales, y *Equisetum Arvense* ("Cola de Ca ballo"). , rico en ácido silícico, tiene un efecto reafirmante, elástico y reepitelial sobre el tejido dérmico, lo que constituye el medio más innovador para la prevención y el tratamiento de las UPP de clase I. El uso de AGHO es muy cómodo y sencillo, por un lado, reduce el tiempo invertido por el personal de enfermería, por otro lado, es adecuado para su uso en el domicilio del paciente, ya que no requiere atención médica especial por parte del personal. . - Aplicar productos de protección en las zonas expuestas a la humedad: zona perianal, pliegues... (ej. Cavilon®), siempre según prescripción médica. - No abusos de las colonias y no uses alcohol, como el romero, porque contrariamente a la creencia popular, resulta que no solo resecan la piel por sus propiedades astringentes, sino que también provocan vasoconstricción en la zona aplicada, reduciendo la microcirculación; contribuyendo así al daño. sistema urinario. Necesitamos evaluar y tratar la incontinencia (si está presente) y usar apoyo adicional

(Usar colectores, compresas o pañales que promuevan la sudoración y eviten la humedad en la zona, limite su uso y cámbielos con frecuencia, y evite la maceración de la piel después de la micción/deposición, considere los beneficios del cateterismo vesical permanente...etc. Y notifique al personal de enfermería. si un persona desarrolla poliuria o varios cambios en el sistema urinario. sistema digestivo. - Prestar atención a la cantidad, frecuencia y consistencia de las heces (si

las heces son líquidas y tienen mucho). Avisar al personal de enfermería. - Vigilar de cerca a los pacientes de edad avanzada con poco apetito, falta de dientes, o pacientes con problemas neurológicos o bajo nivel de conciencia que puedan afectar su estado nutricional. Entra en su habitación con frecuencia y dale comida y bebida. sistema de entrenamiento. - Favorece la movilidad y movilidad para el paciente. Evite el reposo prolongado en cama. Levántate todos los días si las circunstancias lo permiten. Si estás sentado en una silla de ruedas, un sillón, un sofá... cambia de posición cada hora, luego mueve a la persona sin tirar. Evite estar sentado por mucho tiempo en pacientes de alto riesgo. Independientemente de la superficie SEMP (gestión de presión especial) elegida, la ropa de cama debe estar seca y sin arrugas. Simplemente arrastre los negativos al reposicionarlos. No podemos elevar la cabecera de la cama (salvo indicación médica) más de 30 grados, para no ejercer presión sobre el sacro. Si su condición le impide levantarse de la cama, debe cambiar de posición cada 2/4/6 horas (siempre en base a las pautas médicas del plan de cuidados y la tolerancia del paciente). - Si el paciente tiene una herida, evite apoyar la herida. - Utilizar almohadas para no apoyar las zonas expuestas o ya lesionadas. - No utilizar flotadores ni cojines de ruedas de ningún tipo de material. Las personas no capacitadas no lo saben, pero su uso favorece la presencia de PU en la zona de apoyo del pantalán, porque concentra la presión en esta zona. - Se recomienda el uso de colchones especiales, almohadas, taloneras,

...etc, para reducir la presión (recordar que el uso no excluye la necesidad de cambiar de posición con frecuencia). - No arrastres a las personas para moverlas, puedes usar una hoja de papel o recortarlas. - Si el paciente puede moverse por sí mismo, se recomienda cambiar de posición cada 15 minutos

Otras entidades fuera del cuerpo humano. - Monitoreo de sondas, máscaras y gafas de oxígeno y sitios de inserción para sujeciones mecánicas. El personal de enfermería cambiará algunos dispositivos (p. ej., sondas nasogástricas) según lo indique el médico; otros dispositivos (por ejemplo, los rinocerontes se pueden rellenar con gasa o vendajes especiales).

5 Discusión-Conclusión

Afirmamos, sin temor a equivocarnos, que las UPP constituyen un importante problema de salud y que su prevención aún no es considerada como una prioridad aunque cada vez gana más peso.

Con los cambios posturales y el resto de medidas que el celador puede ejercer, este no solo mejora el estado general de salud del paciente, evitando que se des-

encadenen otras patologías, sino disminuye el costo sanitario que suponen las UPP y ahorra tiempo al resto de personal que puede emplearse en otros ámbitos relacionados con el paciente.

El papel del celador es clave dentro del equipo sanitario de atención temprana de cara a prevenir o evitar la progresión por estadios de las UPP en todo tipo de unidades hospitalarias, para la adecuada instauración y mantenimiento de medidas de prevención. Unas prácticas adecuadas basadas en las recomendaciones científicas pueden ser de mucha ayuda para evitar empeoramientos del estado general de salud del paciente.

Sin embargo, una mala praxis, determinada por hábitos obsoletos o falta de conocimientos, puede empeorar al paciente, incurriendo incluso a problemas ético-legales.

En esta revisión teórica se plasma, de manera bastante notable, el amplio abanico de competencias y acciones que puede ejercer un celador en su jornada y vida laboral, siendo pieza clave y fundamental de la base que sostiene el equipo multidisciplinar que compone el equipo hospitalario, siempre en pro del paciente, tratado siempre como eje central de la atención.

Las competencias del celador, contrario a lo que se cree erróneamente, son múltiples y variadas, todas ellas de gran responsabilidad. Realiza no solo labores asistenciales al paciente, sino al resto del equipo, ayudando al resto del personal antes, durante, y después del trato con el paciente.

Así mismo, con esta revisión teórica se pretende reivindicar la vital importancia de la figura de celador y empujar a más miembros del personal sanitario a indagar sobre todas las actividades que abarca la figura profesional del celador, ofreciendo el inicio de un mundo aún por explorar y descubrir, esperando que este estudio ayude a mejorar y proponer futuras investigaciones para continuar profundizando en el tema, dotando siempre de mayor responsabilidad a una figura que aún puede ampliar sus capacidades laborales.

6 Bibliografía

1. <https://gneaupp.info/>.
2. <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/cambios-posturales-y-posiciones-basicas>.
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_posiciones.htm.
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presionprevencion-tratamiento-13059416>.
5. <https://remi.uninet.edu/descarga/protocoloUPP.pdf>.

6. <https://www.hgc.es/es/pacientes-visitantes/consejos-salud/cuidadospiel/ulcera-presion-upp>.
7. <https://dle.rae.es>.
8. <https://essaeformacion.com/>.

Capítulo 469

INMIGRACION E IMPACTO EN LA ATENCION SANITARIA

INES FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración, sienta las bases sobre las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros en nuestro país en los artículos 3.2, 12 del 1-4 y 14.3. En el artículo 14.3 se refleja que "Derecho a la asistencia sanitaria: Los extranjeros cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones de salud."

En el resto de artículos mencionados se refleja que tienen derecho a la asistencia sanitaria en la misma condiciones que los españoles si estuvieran empadronados y residen de manera habitual, también el derecho a la asistencia pública de urgencia ante enfermedades graves o accidentes; los menores de 18 años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles y las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto.

Cabe señalar que las personas que no tienen situación administrativa regularizada también tienen derecho a la sanidad por el Régimen General de la Seguridad Social.

Para los viajeros existen acuerdos de cooperación en materia de atención sanitaria. y el emigrante retornado obtiene la protección social y sanitaria regulando su situación ante las oficinas del INEM.

En el resto de casos, actualizar y regularizar su situación de prestación médico-farmacéutica en España, ofreciendo los recursos administrativos disponibles en

los centros sanitarios es otra obligación de la asistencia sanitaria y es independientemente de la situación administrativa del inmigrante, regularizada o no.

La OMS no recomienda un reconocimiento obligatorio de las poblaciones de refugiados y migrantes para detectar enfermedades, ya que no hay pruebas de que sea beneficioso socialmente y porque sería una invasión de la intimidad y podría generar ansiedad en los refugiados, migrantes y comunidad en general. Si embargo, sí recomienda ofrecer y efectuar controles de salud para velar que todos los refugiados y migrantes que necesiten protección sanitaria tengan acceso a los cuidados pertinentes, siempre respetando los derechos y la dignidad de las personas inmigrantes.

2 Objetivos

Los objetivos a trabajar son los siguientes:

- Conocer el impacto de la inmigración en la atención sanitaria.
- Exponer la actuación médica ante el inmigrante.

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

Cuando se atiende a una persona inmigrante no basta con anotar en la historia clínica de la condición, origen o raza del inmigrante, sino que, es muy importante hacer referencia también a los factores personales, como edad, sexo, profesión, hábitos, antecedentes médicos personales y familiares, para poder determinar riesgos a los que el paciente podría estar expuesto.

La atención médica debe de ser respetuosa y cuidadosa y en ningún caso los resultados médicos pueden ser utilizados como excusa o justificación para expulsar a un refugiado o migrante de un país.

El personal sanitario que atiende al paciente inmigrante debe estar cualificado y conocer muy bien a la población a la que atiende, así como rasgos fundamentales de las diferentes culturas o países de procedencia para poder hacer una intervención lo más eficaz posible, utilizando el lenguaje apropiado y explicando de manera clara la manera de proceder para que la persona no se sienta intimidada a la hora de realizar la exploración o pruebas pertinentes. Todo esto teniendo en cuenta de si la persona viene de un país desarrollado, subdesarrollado o en vías de desarrollo. Esto es muy importante también para determinar el nivel de acceso a la sanidad que tuvo a lo largo de su vida y el acceso a una buena alimentación y nutrición del paciente, así como la exposición a enfermedades transmisibles, las vacunas correspondientes y el seguimiento adecuado.

En relación a la migración tenemos que destacar y tenido en cuenta el llamado Síndrome de Ulises, donde la persona que llega de una manera traumática se encuentra con un nivel de estrés muy alto o estrés crónico y múltiple. Por ejemplo, a las personas que llegan a nuestro país cruzando el Estrecho, arriesgando su vida, en condiciones deplorables.

Todas esas vivencias que tuvo la persona, sus situaciones anteriores y el duelo (a las pérdidas hasta el momento: patria, relaciones, familia, cultura, lengua, vivienda...) al que se enfrenta en los momentos a los que llega tienen que ser tenidos en cuenta por el profesional de la salud a la hora de comunicarse con la persona y ser lo más objetivamente posible.

5 Discusión-Conclusión

Hay razones de peso para reflexionar sobre el impacto de la inmigración en nuestro sistema sanitario, que abarcan las dimensiones económica, social, cultural. Si bien es cierto que el impacto se nota, también es cierto que un sistema sanitario intercultural enriquece al sistema de salud y también a la sociedad, ver más allá de lo que vemos en realidad, analizar las múltiples circunstancias que llevan al paciente a padecer ciertas enfermedades, investigar y poder llegar a conclusiones donde se busquen soluciones de raíz y no solo soluciones o medios cuando la persona llega a destino.

Concienciarnos y sensibilizarnos con lo que nos rodea.

6 Bibliografía

1) DIAZ OLALLA, JM. ¿Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud? Atención Primaria 2005; 36 (Supl 1).

2) ACHOTEGUI J. Inmigrantes en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. El Medico, 2004.

Capítulo 470

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PARTE DE HEMODIALISIS DE LOS HOSPITALES

SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ

ELÍAS LÓPEZ GIL

JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN

MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO

INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL

1 Introducción

La insuficiencia renal es un trastorno parcial o completo por la pérdida de la función renal, es una afección grave en la cual los riñones dejan de eliminar los desechos del organismo. Si estos productos de desecho y líquido se acumulan en el cuerpo puede ser peligroso y provocar incluso la muerte. Cuando los riñones dejan de hacer su función, es necesario un tratamiento que sustituya el trabajo que estos no pueden hacer. La insuficiencia renal está considerada una epidemia a nivel mundial, la incidencia cada vez es mayor, España es uno de los países de mayor prevalencia.

El objetivo de la hemodiálisis es reemplazar parcialmente la función de los riñones, es un tratamiento purificador y filtrador que elimina las toxinas y el

exceso de líquido mediante el uso de una máquina y un dializador también conocido como el riñón artificial. Por lo general la hemodiálisis requiere 3 sesiones de tratamiento por semana, cada sesión dura entre 3 y 5 horas, es posible que se necesite controlar la dieta y la ingestión de líquidos para así reducir al mínimo la acumulación de desechos en el cuerpo los días que no se tiene sesión de hemodiálisis. La eficacia de la limpieza de desperdicios durante la hemodiálisis es muy efectiva, se hace normalmente en una instalación dedicada una sala especial en un hospital o en una clínica, (la unidad de hemodiálisis) con enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Aunque es menos típico la diálisis también se puede hacer en casa, como hemodiálisis domiciliaria

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico auxiliar de cuidados de enfermería en la unidad de hemodiálisis.
- Analizar las indicaciones y características de los tratamientos de hemodiálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

La diálisis supone un cambio importante en la vida del paciente, ya que es necesario tener tiempo, 4 horas 3 días por semana, por lo que las limitaciones son importantes y hace que la vida cambie totalmente, por eso una buena organización es importante para poder seguir realizando una vida con limitaciones, pero normalizar en la medida de lo posible.

Debido al tiempo que el paciente pasa en la unidad de hemodiálisis es importante que el nivel de asistencia sea el más adecuado, de la manera más eficiente, las atenciones que dispensamos sean afectivas, aceptables, accesibles y valoradas así como útiles para los pacientes, por ello es de gran importancia que el técnico

auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) trabaje en coordinación con enfermería, conozca el funcionamiento de la unidad de hemodiálisis, este informado de cada etapa del enfermo renal crónico, para poder ofrecer apoyo al paciente.

El tratamiento no es la cura, está destinado a suplir la función de los riñones, que han dejado de funcionar, mejora los síntomas y prolongar la vida, pero no cura la lesión de los riñones, ofrece la posibilidad de un trasplante, en caso de ser candidato, porque no todos los pacientes en diálisis pueden ser trasplantados, hay riesgos asociados al trasplante que pacientes con otras patologías no admitirían, el riesgo de la intervención y el tratamiento anti-rechazo es mayor que los posibles beneficios del trasplante en un paciente con patologías. El paciente para ser incluido en la lista de espera para trasplante debe ser estudiado y descartar patologías que contraindiquen el trasplante.

Con la hemodiálisis adecuada obtendremos resultados como: disminuir la tasa de morbilidad, buena tolerancia al procedimiento y mejor la calidad de vida, mejorar la supervivencia del paciente, entre otras muchas.

5 Discusión-Conclusión

El propósito de este trabajo es ampliar los conocimientos necesarios para que podamos desarrollar un plan de cuidados integral y completo. El TCAE es un componente básico de la unidad de hemodiálisis, el trabajo que se realiza directamente con el paciente proporciona una relación de comunicación emocional y activa, para que el paciente pueda tener una mejor experiencia y recibir el curso de tratamiento necesario. El apoyo brindado a los pacientes para superar esta nueva etapa es muy importante. TCAE trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería para formar un equipo que brinde apoyo para toda la atención que necesitan los pacientes.

6 Bibliografía

1. Revista medica, Accesos vasculares para hemodiálisis: cuidados de Enfermería.
2. Angiología. 57 (supl2): 159-168. López E., Pereiro J. (2016). Cuidados de Enfermería en la fístula arteriovenosa interna nativa para hemodiálisis.

Capítulo 471

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA

ELÍAS LÓPEZ GIL

JUANA EXPÓSITO DE LA ENCARNACIÓN

MARÍA JESÚS SERRANO DEL PINO

SAGRARIO QUERENCIAS GÓMEZ

INGRID JULIETH MOLINA SANDOVAL

1 Introducción

La traqueotomía es la apertura de la cara anterior de la tráquea por debajo de nivel de las cuerdas vocales. La tráquea es un tubo largo elástico de aproximadamente 12 cm de longitud y un diámetro de 2.5cm pertenece al aparato respiratorio. La función de la tráquea es brindar una vía abierta para el aire que entra en los pulmones.

Anatómicamente la tráquea es la continuación de la laringe y va hacia el tórax por delante del esófago. La tráquea se divide para formar los dos bronquios principales, que entran en cada pulmón, el derecho es más amplio que el izquierdo debido a que el pulmón derecho es más voluminoso.

El lugar de la bifurcación se llama “Carina”. Su elasticidad se debe a 20 anillos cartilaginosos en forma de herradura, la mitad de ellos se encuentra en el cuello

y el resto en el tórax, para terminar a nivel de esternón.

La tráquea y los bronquios están tapizados de mucosa que ayuda a limpiar las vías gracias al movimiento ciliar hacia la faringe. El moco procedente de las fosas nasales y la tráquea llega a la faringe y es expectorado o deglutido.

Cuando algún cuerpo extraño bloquea o estorba el paso del aire se presenta el reflejo de la tos, con la intención de desalojarlo y permitir la entrada de aire libremente, este reflejo se localiza en el bulbo raquídeo.

El aire procedente de la tráquea choca con las cuerdas vocales y las hace vibrar, produciendo sonidos que la boca modula en palabras (las cuerdas vocales se encuentran en la laringe).

2 Objetivos

- Describir los procedimientos de actuación ante la realización de una cura de traqueostomía.
- Establecer un protocolo de actuación ante diferentes situaciones de asistencia.

3 Metodología

Tras una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y SciELO, se revisan los procedimientos de actuación ante la realización de una cura de traqueostomía por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el ámbito hospitalario. Se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El estoma debe permanecer siempre limpio y seco, para ello acentuaremos la observación sobre todo en las primeras etapas post-operatorias en las que suele drenar y haber mayor broncorrea, ya que el aparato respiratorio del paciente tiene que adaptarse a la entrada de aire menos humidificado y al cuerpo extraño que supone la cánula.

En estas primeras fases procederemos a la cura del estoma a diario e incluso varias veces al día. Aprovecharemos el momento las curas para hacer la valoración del estoma y para realizar cambio de la cánula si lo precisa y de la camisa interna una vez al día como mínimo. Para la cura necesitaremos el siguiente material.

- Gasas estériles.
 - Guantes estériles.
 - Agua oxigenada/suero fisiológico.
 - Antiséptico.
 - Sujeción de la cánula.
 - Apósito para traqueotomía.
 - Bicarbonato, 1/6 molar o solución antibiótica.(Si precisa).
- Si además vamos a proceder al cambio de cánula, necesitaremos.
- Cánula estéril del mismo tamaño.
 - Cánula estéril de una talla menos.
 - Sondas de aspiración endotraqueal.
 - Sistema de aspiración.
 - Lubricante hidrosoluble.
 - Una fuente de oxígeno y Ambú.
 - Jeringa de 5 -10 metros cc.
 - Paño estéril.

Para la cura procederemos de la siguiente manera: Informaremos al paciente de lo que vamos a hacer, indicándole que puede resultarle un poco molesto y provocarle tos. Dispondremos de todo el material y procedemos al lavado de manos. Posteriormente con guantes desechables quitaremos el apósito sucio y aflojaremos la sujeción, teniendo especial cuidado en este punto para evitar que con la tos expulse la cánula. Previamente debemos aspirar las secreciones del paciente tanto por la cánula como por la boca.

Finalmente nos pondremos los guantes estériles y cogeremos gasas estériles con suero salino para limpiar el estoma, secaremos el estoma, aplicaremos el antiséptico o la solución antibiótica. Pondremos el apósito y la de sujeción.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados que deben recibir los pacientes son muy importantes para evitar las diversas tipos complicaciones.

El estoma se debe limpiar, al menos una vez al día, para evitar infecciones que se puede provocar por una mala higiene.

Debemos tener muy en cuenta que el rol del equipo de enfermería es fundamental para ejercer los cuidados y enseñar al paciente a realizarse a si mismo en un futuro si la traqueostomía fuere permanente.

Los tcas (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) deben conocer el procedimiento y contraindicaciones para poder actuar de forma adecuada y evitar posibles complicaciones derivadas de la técnica.

6 Bibliografía

1. Perez,E y Fernandez,Ana M^a “auxiliar de enfermería”,Mc Graw Hilla 4 ed 2005.
2. Shoemaker et al.”tratado de medicina critica y terapia intensivista”.Panamericana 3 ed 1998.
3. Potter,P “Enfermería clinica;Técnicas y procedimientos”. Harcourt Brace 4^a.ed 1999.

Capítulo 472

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LAS AMBULANCIAS DE SOPORTES VITALES BÁSICOS

SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA

ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

1 Introducción

El artículo 14.2.12 del Estatuto de Personal no Sanitario, dice que los celadores tendrán a su cargo el traslado de enfermos dentro de la institución como en el servicio de ambulancias. El significado de Ambulancia proviene del verbo latín *ambulare* que significa caminar y tiene sentido si nos retraemos en el tiempo a los primeros servicios médicos de guerra en que los heridos eran movidos en camillas de rueda o manualmente.

Actualmente la ambulancia es un vehículo que da servicios médicos a los pacientes que requieran ser trasladados a un centro médico u hospital por diversos motivos como puede ser por accidentes, por vivir lejos del hospital o porque tienen que ser movilizados por personal especializado.

Existen varios tipos de Ambulancias que dependen de su equipamiento médico, de si transportan enfermos o no. Esta clase de vehículos, no solo son de transporte terrestre, sino que también los hay por mar como pueden ser barcos o botes y por aire como pueden ser aviones y helicópteros y cualquier otro medio de transporte que esté adaptado para cumplir con su función de atender a las personas que lo necesiten. Ciertas ambulancias además de transportar pacientes también los pueden atender dentro del vehículo como pueden ser las de Soporte Vital Avanzado.

2 Objetivos

Analizar e indicar la actuación y funciones del celador/a en el servicio de ambulancia de soporte vital básico y soporte vital avanzado.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en páginas de academias que imparten cursos para oposiciones a celador como pueden ser: Sicepa, Ocronos Revista científico-técnica Celadores.org, y del Personal no Sanitario de la Seguridad Social, del protocolo de actuación del celador en el servicio de las diferentes categorías de Ambulancias.

4 Resultados

La categoría del celador abarca muchos y diferentes puestos de trabajo, entre ellas se encuentra el Servicio en las Ambulancias recogido en el artículo 14.2.12 del Estatuto del personal no Sanitario y las tareas concretas que le son asignadas como:

- Trasladar pacientes en silla o camilla desde el hospital o centro sanitario hasta la ambulancia y desde la ambulancia hacia el centro sanitario u hospital.
- Cambiar al paciente de la camilla del hospital a la camilla de la ambulancia o viceversa colaborando con otros sanitarios. El cambio de camilla es debido a que la camilla de la ambulancia tiene otras características técnicas diferentes a la del hospital que le permite adaptarse al vehículo para poder sujetarla etc. De la misma forma si llega la ambulancia al hospital tienen que colocar al paciente si lo requiere en la propia camilla del hospital.

- Auxiliar al paciente para acomodarlo en la ambulancia, tanto si va por su propio pie o en silla de ruedas.
- Ayudar al conductor de la ambulancia para hacer las maniobras si lo necesita para introducir o sacar la camilla.
- En algunos casos tiene que ir acompañando al conductor y resto del personal sanitario y les ayudara en las mismas tareas que le corresponden de la misma forma que si estuviese destinado en el hospital y obedeciendo las órdenes del médico.
- Si el celador está destinado a acompañar al paciente tendrá que llevar el informe y documentación clínica del enfermo al centro a donde lo trasladan.
- Ayuda en la preparación y en la movilización.

Ante una situación de emergencia debería:

- Saber el problema que tiene el enfermo.
 - Movilizar al paciente con seguridad.
- Otros conocimientos que debería saber el celador de ambulancia son:
- Saber que material tiene la unidad móvil, el funcionamiento y su ubicación para cuando se lo requieran saber dónde se encuentra y saber utilizarlo.
 - Tener un control del material si se encuentra en correcto estado para poder utilizarlo etc.
 - El vehículo tendrá que estar perfectamente limpio y desinfectado.
 - Comprobar la existencia de sábanas y manta.
 - Informar a su inmediato superior de cualquier anomalía que pudiera encontrarse.
 - Dentro de la ambulancia ayudará al personal sanitario de la misma forma que lo hace en hospital, mover al paciente, etc.
 - El celador con respecto al paciente podrá dar cierta información como podría ser motivo de traslado, donde lo llevaran, medio de transporte.
 - Se encarga de la documentación del paciente para entregarla al centro receptor.
 - El celador de transporte sanitario ante una emergencia también debería saber de la enfermedad del paciente para poder actuar sobre el a la hora de movilizarlo con seguridad y saber manejar instrumentos para maniobras de soporte vital básico.
 - Otros conocimientos no sanitarios que debe de tener el celador de ambulancia serían los propios del vehículo ambulancia (normas de seguridad, radiocomunicación, etc.).

5 Discusión-Conclusión

La función que realiza el celador es clave para que una institución sanitaria funcione correctamente. El trabajo que realizan es de apoyo al personal sanitario y es una categoría muy demandada en clínicas, hospitales, residencias geriátricas, o en consultas privadas. Realiza un trabajo muy diverso y le hace diferente al resto del personal sanitario que tienen un trabajo más específico. La figura del celador es una pieza más de ese grupo de trabajo y es muy importante que exista una buena coordinación entre los diferentes profesionales cuanto más coordinados estén será más beneficioso para el paciente y menos estresante para los trabajadores.

6 Bibliografía

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

Capítulo 473

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES DE ESTA UNIDAD

SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA

ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

1 Introducción

Vamos a empezar en este capítulo con lo que es importante y es que la OMS define enfermedad terminal como “paciente con enfermedad muy grave, activa, progresiva y esperanza de vida limitada”. En las siguientes situaciones, el objetivo del cuidado del paciente no es el tratamiento, sino el cuidado físico y emocional, conocido como cuidados paliativos. Cuando el paciente está hospitalizado, el objetivo principal es la recuperación, pero en la fase terminal, el objetivo cambia y luego se centra en la atención física y psicológica para ayudar al paciente a sobrevivir sus últimos días el mayor tiempo posible. . Esta atención debe ser brindada por un equipo de profesionales que atiendan al paciente, desde el médico hasta el cuidador. La atención médica de una enfermedad terminal no tendrá una intención curativa sino que se centrará en la atención física y psicológica (alivio

del dolor, apoyo psicológico, etc.), lo que se conoce como cuidados paliativos. sus últimos días con dignidad, recibiendo atención regular, personal e integral que incluya todas sus necesidades sociales, físicas y espirituales. Brindar a los pacientes cuidados paliativos adecuados requiere la cooperación tanto del personal médico como de los cuidadores, quienes serán responsables de brindar a los pacientes moribundos la atención cómoda que necesitan.

2 Objetivos

- Analizar el papel del personal del celador ante los pacientes que cursan una enfermedad en fase terminal.
- Señalar cuáles son sus funciones del celador con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “funciones del celador en cuidados paliativos”.

4 Resultados

Las referencias para este tipo de pacientes son muy comunes, por lo que es importante que los cuidadores tengan mucho cuidado para manejar las transferencias con cuidado y saber que los pacientes son tratados con cuidado en un estado frágil. Debido a esta delicada condición, el paciente requerirá algunos cuidados más especializados:

- Vigilar a los pacientes en todo momento.
- Si es posible, tener una habitación individual.
- El paciente debe estar siempre limpio y controlar con frecuencia el estado de la piel y los signos vitales.
- Evitar la soledad tanto como sea posible.
- Crear comodidad y tranquilidad para el paciente cambiando de posición. Abordar las necesidades psicológicas tanto del paciente como de la familia a medida que avanzan en el proceso. En tal situación, cuando el paciente tiene una enfermedad terminal, el enfoque principal de la atención al paciente no es la cura, sino el cuidado físico y psicológico, el control de los síntomas, el alivio del dolor, el

apoyo familiar, etc. lo que se conoce como cuidados de confort o cuidados paliativos. Los cuidados paliativos son la principal tarea de un enfermo terminal que debe brindarle un cuidado confortable, para ello debemos:

- Mantener una buena imagen del paciente (higiene profunda tanto de la persona como de la cama), respetando la dignidad del paciente.
- Atención integral, individualizada y continuada. Proporcionar al paciente un ambiente agradable y libre de olores para su comodidad física, emocional, social y espiritual.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Desarrollar la autonomía del paciente.
- Los familiares deben recibir ayuda psicológica.
- Relación con el paciente.

Es muy importante una correcta comunicación y sobre todo tacto con los pacientes de esta unidad, ya que tiene una situación bastante delicada.

5 Discusión-Conclusión

El celador como parte del equipo (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, voluntarios, etc.) que proporcionara estos cuidados paliativos al paciente deberá extremar su actitud hacia él teniendo una correcta comunicación tanto verbal como no verbal.

El celador deberá desarrollar su empatía (capacidad de ponernos en el lugar de alguien y comprender lo que siente o piensa). El Celador debe ser correcto, respetuoso, colaborador, mostrar empatía tanto con el enfermo como con la familia, escuchará al paciente, compartiendo sus sentimientos y siempre respetando sus creencias y necesidades religiosas. No sentirse solos en los últimos momentos de vida puede ayudar a sobrellevar por los diferentes momentos que va pasar tanto el enfermo como su familia.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 474

LA IMPORTANCIA Y AYUDA PARA EL CELADOR DE LOS DISPOSITIVOS AUXILIARES

SERGIO LOPEZ GARCÍA - CONSUEGRA

ENRIQUE CUENCA SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ SÁEZ

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

1 Introducción

Se denomina dispositivo auxiliar a aquel que dispone el personal sanitario y no sanitario para la movilización de un enfermo dependiente con la mayor seguridad y disminuyendo las posibles lesiones tanto para el enfermo como para el propio personal.

Por otro lado, definimos los accesorios hospitalarios a todos aquellos elementos (incluido el colchón) que pueden ubicarse en la cama para facilitar o ayudar la estancia, la higiene, la comodidad y el bienestar del enfermo.

Los accesorios que forman parte de la atención asistencial de los enfermos suelen variar si se trata de unidades especiales como son las unidades especiales de UVI, UCI, quirófanos, diálisis y partos, o de unidades y plantas de hospitalización general como son las plantas de traumatología, medicina interna o cirugía general.

Cada estancia y cada cama tiene sus accesorios concretos, adaptados al tipo de patologías que nos podemos encontrar en cada enfermo, pudiendo trasladar a estos de una estancia a otra según sean requeridos.

Una de las estancias en las cuales es fundamental el uso de dispositivos auxiliares para la movilización es en el servicio de rehabilitación hospitalaria, ya que los enfermos que frecuentan estas zonas, en términos generales, precisan de mucha ayuda porque tienen limitada su movilidad como consecuencia de una patología o un traumatismo.

2 Objetivos

Identificar los diferentes dispositivos auxiliares disponibles para la movilización de enfermos, ya sea para traslados, cambios posturales o intervenciones quirúrgicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha ejecutado 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 ejecución de la revisión.

4 Resultados

1. Transfer:

El transfer es uno de los dispositivos más utilizados a nivel hospitalario para la transferencia de camilla-cama, camilla-mesa quirúrgica.

Se define como el sistema de transferencia del enfermo de un plano a otro.

Dentro de los diferentes transferes podemos encontrar:

Transfer fijos y eléctricos, utilizados principalmente en quirófanos.

Ralón o técnicamente rollbord, formado por un núcleo interior de espuma especial, recubierto de tela deslizante, que hace las veces de cinta sin fin, incorporando

dos asas para su transporte. Se utiliza principalmente en radiología, quirófanos y UVI.

Tabla rígida, está formada por material de plástico, utilizada para la transferencia lateral horizontal del enfermo.

2. Muletas:

Dispositivo utilizado para ayudar técnicamente al enfermo para la deambulación tras sufrir una lesión, una operación quirúrgica, una atrofia, etc.

Las muletas solamente están indicadas para lesiones bilaterales. Dentro de las diferentes marchas con muletas podemos distinguir:

- 4 puntos: muleta derecha, pie izquierdo, muleta izquierda y pie derecho.
- 3 puntos: primero ambas muletas y la pierna afectada, luego pierna sana soportando el peso sobre ambas muletas.
- 2 puntos: muleta derecha, pie izquierdo, muleta izquierda y pie derecho.

Podemos encontrar varios tipos de muletas:

- Aluminio o madera: exige fuerza de la mitad superior del cuerpo y de las extremidades superiores.
- Lofstrand o más conocidas como muletas para antebrazo: tienen una anilla que se adecúa al antebrazo.

Se utilizan para personas que no tienen fuerza en la parte inferior del cuerpo. Se suelen utilizar para enfermos parapléjicos.

- Plataforma: se utilizan en enfermos que no pueden soportar la descarga del peso corporal sobre sus muñecas.

3. Bastones:

Una ayuda técnica, esgrimida para la deambulación de los enfermos que ostentan problemas de pérdida de equilibrio o con alguna tipología de origen inflamatorio en las extremidades inferiores, al igual que las muletas, suministra apoyo y seguridad.

Su uso está indicado para enfermos con lesiones unilaterales. Lo primero en avanzar es el bastón, seguido de la pierna afectada, a continuación avanza la pierna sana por delante del bastón.

La longitud del bastón debe adaptarse con la medida desde el trocánter mayor hasta el suelo. El bastón se agarrará por norma general por el lado sano.

4. Andadores:

Están indicados en aquellos enfermos que tienen inestabilidad, proporcionando apoyo y seguridad. Dentro de los andadores nos encontramos con:

- Andadores con ruedas, facilitan la movilidad, pero son menos seguros.
- Andadores sin ruedas, consta de 4 puntos de apoyo, primero avanza el andador y luego las piernas.

5. Grúas:

Dispositivo auxiliar utilizado para la movilización y traslados de enfermos dependientes, que no hacen pie o si lo ejecutan, es con mucha dificultad.

Utilizando esta tipología de dispositivos auxiliares se movilizará con una mayor seguridad y por supuesto con menor riesgo en cuanto a lesiones, tanto para el enfermo como para el profesional de celador.

Encontramos 3 tipologías de grúas: mecánica, hidráulica y eléctrica.

- A la hora de instalar las correspondientes bandas del arnés en los enganches de la grúa: se enganchará en primero lugar la zona del tronco o cuerpo y posteriormente los enganches de las piernas.

- Para movilizar con grúa a un enfermo sentado: Se ubicará el arnés de arriba a abajo, por detrás y por debajo de una sábana entremetida, hasta la altura de la cintura.

Dependiendo del movimiento o de la transferencia a ejecutar se esgrimirá un tipo de arnés u otro, ubicándolo debajo del enfermo (El cuerpo del enfermo siempre quedará en unión con la sábana entremetida, nunca con el material del arnés).

6. Cinturón de traslado:

Suele utilizarse en la movilización de silla a sillón. No se debe monopolizar en aquellos enfermos con lesiones lumbares o de espalda y nunca deben ponerse directamente sobre la piel del enfermo, siempre por encima de la ropa.

7. Dispositivos para levantar al enfermo del suelo:

- Sillas de levantamiento, se coloca al ras del suelo facilitando la tarea de ubicar al enfermo, se eleva por mecanismo eléctrico a la altura deseada.

- Sistemas de evacuación, camillas semiflexibles que permiten recoger a una persona tumbada en el suelo, arrastrándola hasta el lugar deseado.

- Colchones de aire auto-hinchables, se coloca el colchón deshinchado bajo el enfermo, hinchando este dispositivo se permite sentar al enfermo que se ha caído.

Por otro lado, separadamente de todos los dispositivos auxiliares, nos podemos encontrar dispositivos auxiliares de apoyo:

- Planos inclinados y bipedestadores.

- Barras paralelas que son regulables pueden ser de base móvil o también fijas.

- Rueda de hombro (se instala fija en la pared).

- Espejo de reeducación (luna cuadrículada).

- Saquitos de arena (pesas en rehabilitación).

- Poleas de pared (musculación de miembros superiores).

- Mesa de mano universal o mesa de kanavel: extremidades superiores.

- Banco de cuádriceps o de Colson.

- Bicicleta cinética.

- Tablas o discos de Bohler o Freeman: tablas para ejercicios propioceptivos de madera.
- Jaula de Rocher: 2x2 metros.
- Rollo trocantéreo: desde el trocánter mayor del fémur hasta el borde inferior del espacio poplíteo.
- Collarín cervical: 2 personas instruidas para su colocación.
- Férula de acero o arco de cama.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de los diferentes dispositivos auxiliares son un punto clave para prevenir lesiones al personal que realiza las movilizaciones del enfermo por una mala práctica o por un exceso de peso, como para el propio celador.

Cada dispositivo auxiliar tiene sus ventajas e inconvenientes, sus indicaciones y sus contraindicaciones, utilizando un tipo u otro según la dolencia del enfermo. Es fundamental identificar los casos en los que nunca se podría utilizar un dispositivo auxiliar. La formación en este punto es fundamental, ya que se podrían causar lesiones graves. El mantenimiento de todos estos dispositivos también es fundamental para el correcto funcionamiento y evitar posibles complicaciones que surjan en el proceso de movilización.

6 Bibliografía

1. El celador en el servicio de salud del Principado de Asturias (2018). Temario general. La editorial del opositor. Mad: Sevilla.
2. Movilización del enfermo, Editorial Vértice, 2011.
3. Técnicas de movilización de enfermos para trabajadores del SAS. Prevención de RRL. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
4. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y transferencias. Manual para el cuidador.

Capítulo 475

LOS COCINEROS HOSPITALARIOS EN SUS OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES SEGÚN LA DISTRIBUCIÓN ROTATIVA EN SU PUESTO DE TRABAJO

DANIEL HERVÁS RUIZ

PEDRO ROMERO PRADOS

MARTA RODENAS PARRA

MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ

JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS

1 Introducción

El cocinero es una pieza fundamental en la organización y desempeño de las funciones que rigen en el servicio de cocina de cualquier hospital. Como participe y hasta cierto punto responsable de las elaboraciones bajo supervisión, tras el consiguiente adiestramiento, debe de tener muy en cuenta su lugar y funciones dentro del marco organizativo de su servicio.

La coordinación del personal dentro de la cocina hospitalaria así como su distribución en las diferentes y variadas tareas son importantes para que el trabajo diario de la cocina en un hospital salgan adelante.

La figura del responsable máximo de la cocina (gobernante o gobernanta) es la encargada de elaborar los turnos de trabajo así como del reparto de tareas y posibles extras que surjan, por ello es importante que ese trabajo además de bien coordinado tenga delimitado sus tareas, aquello que en este caso en la figura del pinche de cocina puede hacer y lo que no, sea o no con supervisión.

El esquema general del trabajo en la cocina es dividir las tareas en dos turnos (mañana y tarde) y en grupos de trabajo (según sea el tamaño del hospital habrá más o menos grupos) para poder distribuir mejor las funciones y responsabilidades.

2 Objetivos

Comprender mejor la dinámica del trabajo en la cocina de un hospital.
Conocer el trabajo del cocinero en la cocina dentro de las instalaciones.

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 y se ha recabado información de concreto del ámbito del Sescam, conforme a la Orden del 14 de noviembre de 2013 de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y sus posteriores modificaciones, así como de libros que hablen de este tema en particular y que tratan sobre restauración.

4 Resultados

- No existe un esquema de trabajo universal en la cocina, todo depende del tipo de instalaciones que se tenga, personas, utensilios y capacidad de ingreso de pacientes, entre otros.
- La adaptabilidad método de trabajo es una cualidad intrínseca de este servicio.
- El trabajo se reparte principalmente por partidas.
- La colaboración en las partidas entre la figura del cocinero y los pinches es esencial. Una buena coordinación hace que las tareas puedan llegar a su fin. El espíritu de equipo es predominante.

-Las partidas donde puede desarrollar un pinche de cocina su labor pueden ser variadas pero por lo general en cualquier hospital prototípico son:

- Participar en la partida encargada de túrmix (preparación de la fruta triturada y envasado)
- Participar en la partida encargada de dietas normales (desayunos, comidas, meriendas y cenas), y dietas especiales (según indique la dietista o nutricionista).
- Participar en la partida de refuerzo o correturnos (en función de las indicaciones del jefe de cocina y de la gobernanta se ajustan a sus criterios para incorporarse a la partida donde sean requeridos sus servicios)
- Participar en la partida de loncheados / estocaje (loncheados de embutidos y preparación de bocadillos, zumos, lácteos...)
- Participar en la partida de limpieza.
- Participar en la partida de recogida de los carros dentro y fuera del servicio.

-La importancia de la rotación de tareas está en que si se produce alguna baja o concesión de permiso, esta no afectará a la manera de trabajar del equipo, cualquier otro miembro de la misma categoría puede ocupar su sitio y la tarea puede continuar sin mayores imprevistos.

-Si la rotación y la distribución de tareas es importante, no menos lo son los descansos. La equidad produce mejoras en el rendimiento a corto, medio y largo plazo.

-La preparación de los alimentos sigue unas rigurosas medidas higiénicas que se deben de ejercitar y completar en todo momento.

-Estas medidas higiénicas se mantienen en las partidas de recogida, donde se recogerá, limpiará y guardará el menaje de cocina utilizado, limpieza de carros y recogida de productos sobrantes del emplatado.

5 Discusión-Conclusión

Concluyendo el capítulo actual , queremos puntualizar la coordinación y la colaboración en las cocinas hospitalarias tienen y son fundamentales a la hora de trabajar en el servicio de cocina de un hospital, si esta no existiera o no fuera la correcta, el primer y mayor perjudicado sería el paciente hospitalario.

Posee una gran capacidad de adaptación y versatilidad, debido a sus características es usual verle cumplir diversas tareas (llamadas partidas) en la cocina.

El trabajo en la cocina requiere del esfuerzo de todos, una mala organización o distribución de las tareas influye en los resultados, sobre todo a los pacientes , que ellos necesitan de este servicio como parte de su recuperación

6 Bibliografía

- Orden de 14/11/2013 de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del régimen de funcionamiento y estructura de las plantillas orgánicas del Servicio de Salud de Catilla-La mancha.
- Libro de oposición de Pinche para el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, editorial CEP, ed 2019.
- Gestión de producción de alojamientos y restauración. Autor: Javier Cerra. Editorial Síntes

Capítulo 476

EL COCINERO HOSPITALARIO Y SU CONOCIMIENTO SOBRE EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS DE LOS PACIENTES

DANIEL HERVÁS RUIZ

PEDRO ROMERO PRADOS

MARTA RODENAS PARRA

MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ

JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS

1 Introducción

Las vitaminas son sustancias que se consideran esenciales para nuestro organismo, que no pueden ser sintetizadas, o si lo realizan es en cantidades insuficientes, con lo que tienen que ser incorporadas a través de la dieta.

Las vitaminas se clasifican en dos grandes grupos, hidrosolubles y liposolubles, y ambos se distinguen entre sí en la forma de actuación en el organismo.

En este caso hablaremos de las vitaminas hidrosolubles: se denominan así porque se disuelven en agua y, por lo tanto, se eliminan a través de la orina, por lo que es fundamental consumirlas de forma habitual a través de alimentos. Estas vitaminas se eliminan fácilmente, tanto cuando los alimentos que las contienen son almacenados como cuando son tratados con procesos térmicos.

Entre las principales vitaminas encontramos las del complejo B (B1, B2, B3, B5, B6, B8, ácido fólico y B12) y la vitamina C.

En esta ocasión hablaremos del ácido fólico o b9. Todos los folatos tienen en común que la molécula está formada por un anillo que debe estar parcialmente reducido para poder encontrarlo en alimentos y en el organismo. En cuanto a su metabolismo, en los alimentos, los folatos se encuentran en su mayoría en forma de poliglutamato unido a proteínas, que son las formas intracelulares, y son liberados de estas proteínas por las proteasas intestinales, mientras que las formas extracelulares son monoglutamatos.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina las funciones principales del ácido fólico en los alimentos sobre nuestro organismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Cuando los monoglutamatos son absorbidos en la superficie intestinal, estos pasan a circulación general para dirigirse al hígado y a tejidos que sufren una gran cantidad de divisiones celulares, como el extrahepático, la médula ósea, la mucosa gastrointestinal y el sistema inmunitario. Los monoglutamatos son metabolizados sobre todo en el hígado, donde son reducidos y metilados para pasar a la circulación y dirigirse a distintos tejidos e internalizarse en la célula gracias a un sistema específico.

El folato, excretado como tal, es reabsorbido en el túbulo proximal. Otra excreción importante tiene lugar en la vesícula biliar, aunque gran parte se reabsorbe en el intestino delgado. También pueden encontrarse pérdidas fecales.

En cuanto a la función, se pueden formar numerosos compuestos implicados en procesos de donación y captación de moléculas de carbono, lo que hace posible que ocurran diversas reacciones. Además, interviene en la síntesis de nucleótidos y actúa juntamente con la vitamina B12 en la eritropoyesis.

Respecto a las ingestas diarias recomendadas, se sitúan en torno a los 400 microgramos (μg) de folatos, aunque este valor aumenta en mujeres gestantes, ya que esta vitamina es esencial para el crecimiento y la producción de ADN, por lo que es necesaria para formar tejido en el feto. Si este no se consume en cantidades adecuadas, el feto tiene altas probabilidades de padecer espina bífida. Los alimentos que contienen mayor concentración de ácido fólico son las verduras y las hortalizas, pero también en legumbres, frutos secos y algunas frutas. De origen animal, solo el hígado es una buena fuente.

El déficit de esta vitamina puede traer consigo muchas enfermedades relacionadas con la sangre, como anemia megaloblástica (llamada así por el gran tamaño que poseen las células de la médula ósea debido a que la maduración del citoplasma es mayor que la del núcleo, lo que provoca anemia, astenia, trastornos del sueño y la memoria, irritabilidad, convulsiones y demencia), defectos en el tubo neuronal, etc.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina las funciones principales del ácido fólico en los alimentos sobre nuestro organismo.

Conocemos la definición de vitaminas y sabemos que en concreto el ácido fólico pertenece al grupo de vitaminas hidrosolubles.

Además conocemos sus funciones en el organismo, la cantidad recomendada de ingestas diarias recomendadas y también sabemos que los alimentos que contienen mayor concentración de ácido fólico son las verduras y las hortalizas, pero también en legumbres, frutos secos y algunas frutas y también sabemos las consecuencias de un déficit de ácido fólico en el organismo

6 Bibliografía

1. Ácido fólico - Medline (10 diciembre 2019) <https://medlineplus.gov/spanish/folicacid.html>.
2. Ácido fólico, vitamina esencial para mujeres y hombres

Capítulo 477

EL COCINERO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS Y EL CONTROL DE NOTAS PARA EL TEMA DE ALERGIAS DE LOS PACIENTES

DANIEL HERVÁS RUIZ

PEDRO ROMERO PRADOS

MARTA RODENAS PARRA

MARÍA JOSÉ GARCÍA JIMÉNEZ

JESUS MIGUEL DIAZ ARRIBAS

1 Introducción

Las reacciones adversas a alimentos (en adelante RAA) se definen como reacciones que se presentan después de ingerir, tocar o inhalar ciertos alimentos o compuesto de ellos. Según la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP), se pueden clasificar en reacciones tóxicas (que dependen directamente de un alimento contaminado y afecta a cualquier persona) o no tóxicas (reacciones alérgicas e intolerancia debidas a la sensibilidad de la persona y no al alimento en sí). Si bien en la mayoría de los casos la exposición a los alérgenos puede ocasionar respuestas clínicas leves tales como urticaria, en otros, puede provocar un shock anafiláctico e incluso la muerte.

El número de personas que presentan ese tipo de reacciones en los países desarrollados ha crecido de forma apreciable en los últimos años. Se estima que su prevalencia en Europa es de aproximadamente el 4-6 % de la población infantil y el 1-3 % de la población adulta. Aunque no existan estudios precisos en España, podemos afirmar que las personas hospitalizadas por otras patologías susceptibles de desarrollar una RAA representan un porcentaje no desdeñable de los pacientes ingresados a los que hay que asegurar la inocuidad de los alimentos ingeridos. Por ello, es imprescindible que el personal de servicio de cocina sea consciente de que no trabaja de forma aislada y que su intervención es particularmente relevante en cuanto a seguridad alimentaria y prevención de RAA, para no comprometer la recuperación de los enfermos en situación de vulnerabilidad por sus patologías previas.

2 Objetivos

Establecer la importancia de la colaboración de todas las partes implicadas, especialmente de los pinches, para proporcionar la seguridad alimentaria a los pacientes, a través de protocolos exhaustivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El estudio demuestra la importancia de asegurar la inocuidad de los alimentos proporcionados a los pacientes ingresados susceptibles de presentar reacciones adversas alimentarias, gracias al trabajo conjunto de los actores implicados, al uso de las nuevas tecnologías y a la capacitación de los personales de servicio de las cocinas hospitalarias.

En primer lugar, cabe destacar el carácter esencial de la colaboración multidisciplinaria, incluyendo al conjunto de profesionales que participan a cualquier nivel

en la restauración de los hospitales y la nutrición de los pacientes; cada profesional es complementario y necesario. La gestión de la alimentación y nutrición del paciente tiene que organizarse en el seno del equipo y no de forma parcelada, a través de protocolos determinando las responsabilidades y las modalidades de transmisión de la información entre los distintos actores.

En el momento del ingreso del paciente, incumbe a éste o a algún familiar suyo declarar la existencia de la RAA para que el auxiliar la registre en su historial y lo incluya en la base de datos con las demás informaciones pertinentes que tendrán un impacto en la comida servida: edad del paciente, dieta, posibles aversiones, etc. Hace falta que dichos datos sean completados y actualizados correctamente. Al hacerlo, el 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 (APPCC), vigente en el servicio de restauración, y diseñado para evaluar los peligros, porque facilitan, entre otras cosas, la logística que rodea a las RAA. Una vez que un alérgeno se asocia con un producto de la aplicación o software, el producto no será introducido en la dieta del paciente. De esta forma, se identifican y previenen los riesgos inherentes a la ingesta de alimentos con alérgenos.

En la cocina hospitalaria, el uso de una herramienta informática presenta otras ventajas, ya que permite informar en tiempo real sobre la composición de la comida elaborada desde su composición nutricional al proceso de cocción, pasando por la presencia o no de alérgenos, etc. Además, constituyen una excelente herramienta para proporcionar al paciente información sobre los alérgenos potenciales y cumplir de esta forma con el Reglamento (UE) n° 1169/2011 en relación a

la información que se debe facilitar al consumidor sobre alergias e intolerancias alimentarias y, en su caso, con la norma UNE-EN ISO 22000:2018 sobre gestión de la inocuidad de los alimentos. De este modo, se puede evaluar en todo momento el riesgo del paciente.

En tercer lugar, y no menos importante, cabe destacar el papel crucial que desempeña el personal del servicio de restauración hospitalaria en la prevención de las

RAA en los pacientes, desde el jefe de servicio de cocina al pinche/auxiliar de servicios, ya que son ellos los encargados de preparar, cocinar, 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) n° 1169/2011, del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011).
- Identificar los distintos alérgenos alimentarios existentes y conocer los ingredientes alternativos que se pueden utilizar en la elaboración de las comidas con la ayuda de fichas técnicas y sistema de gestión informática.
- Concienciarse de los posibles riesgos que entraña la presencia de alérgenos en los alimentos.
- Establecer un adecuado sistema de control de alérgenos siguiendo la trazabilidad de la materia prima desde su recepción hasta su emplatado.
- Proceder a una adecuada manipulación de los alimentos e identificar los puntos críticos para prevenir la contaminación cruzada durante la preparación, el almacenamiento, la elaboración o el emplatado.
- Identificar las buenas prácticas de higiene tanto personales como de las instalaciones e utensilios.
- Entender la información presente en el etiquetado de los productos utilizados para conocer bien qué ingredientes contienen o los que excluye.
- Dar al paciente la información requerida por la legislación (por ejemplo, a través de tarjetas de emplatado que acompañan las bandejas que se sirven a los 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 alimentaria y alérgenos.

6 Bibliografía

1. Caracuel García, Ángel Manuel. Normalización en la Alimentación Hospitalaria Nutrición Hospitalaria [Internet]. Vol. 31, núm. 5, 2015, pp. 41-47. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com>.
2. De Diego Blanco BS. Atención a comensales con dieta específica en los servicios de restauración a colectividades [Attention to diners with specietary needs in mass catering services]. Nutr Hosp. 2018; 35 (Nº Extra. 4):130-135. Published 2018 Jun 12. doi:10.20960/nh.2138. Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org>.

Capítulo 478

EL CELADOR Y EL PADECIMIENTO NEURODEGENERATIVO DEL ALZHEIMER

MONICA PEREZ RODRIGUEZ

ANDRÉS CABELLO PEÑAS

AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO

ANTONIO CASAS TORRES

MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El Alzheimer es una patología y enfermedad neurodegenerativa que va a originar la pérdida pausadamente de las neuronas que son las que instituyen parte del tejido del cerebro con lo que tendrá como repercusión que el sistema nervioso del enfermo no pueda realizar su trabajo con normalidad.

Esta patología neurológica del Alzheimer se realizó su hallazgo en 1906 por un facultativo alemán llamado Alois Alzheimer

La enfermedad y patología neurodegenerativa del Alzheimer se la engloba dentro de uno de los tipos de la demencia más incidente; se manifiesta por norma general en individuos de más de 65 años y con una alta prevalencia en mujeres.

Se la incluye en las enfermedades crónicas ya que es incurable y con pronóstico de terminal y de comienzo muy insidioso.

Se establece en una serie de elementos de riesgo, que pueden ser el tener una edad de más de 65 años, tener la enfermedad de Down, que por condicionante es predisponentes y genético los familiares hayan padecido de Alzheimer o ser portadores del gen Apoe - 4 (1)

Cuando referenciamos en lo que es la demencia concretamos que es un síndrome que nos encamina a el deterioro grave en la memoria, la inteligencia, el comportamiento y la capacidad para practicar actividades cotidianas de la vida diaria. La patología del Alzheimer, que es la manera más incidente y típica de las demencias, contendrá por si sola un 57 % y un 75 % de los casos (2)

2 Objetivos

- Observar las cifras y datos en lo referente a la patología del Alzheimer, además, de ver las causas y síntomas que conlleva.

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, www.who.int haciendo búsqueda al enfermo con Alzheimer.

4 Resultados

Referente al estudio y análisis obtenido nos da como cifras que la demencia es un síndrome en el cual participa en gran medida el deterioro en la memoria, además de la inteligencia, los trastornos del comportamiento y en la práctica de actividades cotidianas de la vida normal se ven muy menoscabadas, las demencias tienen porque ser una consecuencia asociada y esperada del envejecimiento se evidencia que el número de enfermos, en cuanto, a las individuos diagnosticadas con demencia está incrementándose muy exponencialmente la enfermedad de Alzheimer, que es la manera más incidente de demencia, la cual, incluye entre un 59 % y un 72 % de los casos diagnosticados de demencia es por esto que se le acusa a día de hoy, de ser una de los principales orígenes de dependencia y

discapacidades entre las individuos que pasan el rango de edad referido globalmente, como asimismo, de los análisis obtenidos se evidencia que la gran mayoría de las individuos llamadas cuidadores como dato a añadir de los enfermos con demencia son su propia familia.

Entre las manifestaciones que pueden llegar a darse en estos tipos de demencias se ven en tres etapas empezando por la primera nos encontramos, la etapa temprana que suele ocurrir sin ser conscientes, ya que comienza, muy pausadamente en esta fase suele ser destacable los olvidos, pierden el control en el tiempo y aunque se encuentren en lugares familiares, no sabrán orientarse ni ubicarse, en la etapa media observaremos una sintomatología más acuciante como puede ser la de no saber su nombre o los nombres de sus allegados, sucesos recientes, no conocer su domicilio, problemas para comunicarse, requerir ayuda para el aseo o la higiene y entrar en modo de continua repetición de preguntas, cuando llegamos a la etapa más tardía ya son dependientes totalmente a la par que inactivos total están desorientados por completo, no reconocerán a individuos de su ambiente familiar, requerirán ayuda o realización completa para todo en cuanto a la higiene, deambular y en esta etapa se pueden ver muy alterados y con la consecuencia de agresividad, al no saber que les está pasando.

Finalmente, seguirá con pérdida, de todas las funciones llegando al estado de vegetativo hasta que les sobrevine la muerte.

5 Discusión-Conclusión

A través del estudio de la enfermedad de Alzheimer en esta patología concluimos que uno de los elementos y condicionante de riesgo principal es la avanzada edad de padecer demencia. Aunque, la demencia no se manifiesta en individuos de avanzada edad. La demencia de comienzo temprano cuya aparición de los síntomas sería antes de los 65 años de edad, representa un 9 % de los casos. Según lo que los cifras nos dicen es que podemos descender el riesgo de que pueda originarse una demencia con el ejercicio físico con una cierta regularidad, no fumando, evitando el uso de bebidas alcohólicas, manteniendo el peso, llevando una alimentación adecuada y controlando la presión arterial y los trastornos en cuanto al colesterol y glucosa (1), todo esto entre otros muchos condicionantes de riesgo de demencias, potencialmente modificables como la depresión, el bajo nivel educativo y el aislamiento social.

6 Bibliografía

1. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-enfermeria-de-salud-mental-y-la-integracion-del-enfermo-en-la-sociedad-DDIMPORT-050540/>
2. <https://www.appf.edu.es/catalogo-de-cursos/actuacion-del-celador-con-el-enfermo-de-alzheimer/>
3. <https://revistamedica.com/celador-enfermo-geriatrico/>
4. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:text=Cifras%20y%20cifras,actividades%20de%20la%20vida%20diaria.&text=La%20enfermedad%20de%20Alzheimer%2C%20que,un%2070%25%20de%20los%20casos.>
5. Donoso Archibaldo. La enfermedad de Alzheimer. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2003 Nov [citado 2022 Ago 25] ; 41(Suppl 2): 13-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200003&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>.
6. Basado en el documento "2000 progress report on Alzheimer's disease. Taking the next steps", elaborado por el Instituto Nacional de Envejecimiento (National Institute on Aging) de los Estados Unidos de América. Disponible en versión electrónica en <http://www.alzheimers.org>,
y en versión impresa en: Alzheimer's Disease Education and Referral (ADEAR) Center. PO Box 8250. Silver Spring. MD 20907-8250. USA

Capítulo 479

CÓMO HA AFECTADO LA PANDEMIA AL DESCANSO Y SUEÑO MUESTRA POR EL CELADOR

ANTONIO CASAS TORRES

ANDRÉS CABELLO PEÑAS

AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO

MONICA PEREZ RODRIGUEZ

MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los desórdenes en el sueño son una gran amenaza para la salud y la calidad de vida de más del 48 % de la población del mundo

Mucho más de este 48 % de los individuos en el mundo, se ve alterada su calidad de vida y sobre todo su salud por algún desorden o irregularidad relacionado con el sueño.

El sueño entra en juego en demasiados y diversos procesos fisiológicos de nuestro propio cuerpo como pueden ser la regulación de las hormonas, el control adecuado de la respuesta inflamatoria e inmune, una buena organización a nivel vascular, la implantación de la memoria va a influir también en el proceso de las emociones.

Porque si nos vemos dañados por una disminución, desorden, irregularidad o calidad en nuestro sueño puede llegar a crear múltiples inconvenientes y patologías de salud en los cuales nos podemos encontrar con los cambios metabólicos, las patologías cardiovasculares y una gran recurrencia del riesgo de manifestar patologías como pueden ser la obesidad , diabetes, hipertensión o incluso llegar a desarrollar cáncer, a corto plazo, en la duración del sueño, se observa unas afectaciones de la función ejecutiva y cognitiva pero en la perdida de sueño a largo plazo, se observa de un aumento del riesgo de la manifestación de patologías neurológicas como pueden ser el Parkinson, cefaleas, ictus o incluso el Alzheimer y si daña a la salud mental estaremos ante unos estados de depresión, estrés, ansiedad y psicosis, las cuales se han visto muy agravadas, con la pandemia mundial de la que hemos sido objetos, del covid-19.

2 Objetivos

Concienciar sobre la gran relevancia que tiene el sueño y el descanso, ayudar a la prevención, así como los tratamientos de Los desórdenes del sueño y mejorar la calidad de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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, Scielo, elmedicointeractivo.com, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

De las cifras y los datos recogidos de la Sociedad Española de Neurología (SEN) más del 11 % de la población española, padece o padeció de algún modo de desorden del sueño muy grave o ya con diagnóstico de cronificación. Pero, según citan los estudios mucho más del 35 % de los individuos, dicen que, al levantarse, estar con la sensación de no haber descansado muy bien con lo cual deriva, en un sueño nada reparador y el efecto adverso, son las de sentirse todo el día aturdido y finalizar el día en un estado de gran cansancio.

En la población infantil al igual que los adultos, también van a padecer de esta irregularidad de la falta de sueño, según la SEN estima que el 20 – 25 % de la población infantil padece dificultad para comenzar o mantener el sueño.

Los condicionantes decisivos a la hora de sentir y percibir que se tiene sueño con calidad, deben ser de una duración entre unas 7 a 9 horas para poder sentirnos alerta y lo además lo suficientemente bien para aguantar el día y sentirnos descansados, para esto se debe tener un sueño con continuidad, sin que este partido en periodos y entrar en el sueño profundo para que este sea reparador.

Todavía es pronto para llegar a conclusiones esclarecedoras o obtener datos del gran impacto y repercusión que la pandemia del COVID-19 ha llegado a provocar en la sociedad de España, en lo referente a los desórdenes del sueño, la escasez de datos que se han recabado, no son nada positivos, la población comunitaria y entre ellos, destacaremos al individuo trabajador de la salud sanitario o no sanitario, nos dicen, que a lo largo, de la primera ola del covid-19, en el transcurso de los meses marzo, abril y mayo, sufrieron múltiples alteraciones en su sueño, asociaron a este tramo de tiempo, un alto grado de terrores nocturnos, pesadillas o sonambulismo, en general, se vieron afectados por, unos cambios de sus patrones y de la calidad del sueño, de estas cifras, se evidencio un gran incremento, en el estrés y la ansiedad, que esta pandemia ha ocasionado y está ocasionando en una derivación de peor calidad del sueño.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver, en el estudio del presente artículo, se puede llegar a la conclusión de que la pandemia que afecta a todo el mundo, del covid-19, en opinión, no solo perjudico en cuanto al sueño a la población española comunitaria, sino a la gran mayoría de los profesionales de la salud porque no solo estaba la inquietud, de la situación vivida y que en la actualidad seguimos viviéndola, sino la gran carga de trabajo que vino derivada del covid-19, lo que supuso para todos en términos generales, de los cambios en las costumbres y laboralmente así como la carga de la preocupación por la situación, por todo ello es importante que dentro de las posibilidades y la situación, intentar tener, unos patrones de sueño estipulados y poder encontrar esas horas tan anheladas, de descanso.

6 Bibliografía

1. <https://portal.guiasalud.es/sociedad-cientifica-no-hacer/sociedad-espanola-de-neurologia-sen/>

2. http://www.revista60ymas.es/60mas_01/actualidad/2021/marzo/IM_135610?dDocName=IM_135610#:text=La%20Sociedad%20Mundial%20del%20Sue%C3%B1o%20incluso%20estima%20que%20los%20problemas,iniciar%20o%20mantener%20el%20sue%C3%B1o.
3. González Naranjo Justa Elizabeth, Rodríguez Alcibiades. Sueño y respuesta inmune en el contexto de la pandemia por la COVID-19. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2021 [citado 2022 Ago 25] ; 58: e297. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032021000100016&lng=es. Epub 01-Dic-2021.

Capítulo 480

PRINCIPIOS Y FUNDAMENTACIÓN EN SALUD DE LA BIOÉTICA POR EL CELADOR

MARIA TERESA MUÑOZ GONZÁLEZ

ANDRÉS CABELLO PEÑAS

AARÓN MANUEL VELASCO ZAZO

MONICA PEREZ RODRIGUEZ

ANTONIO CASAS TORRES

1 Introducción

Para poder referenciar y hablar sobre la Bioética debemos ser conocedores su definición que nos dice que: La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el contexto de las ciencias de la vida y de la salud.

Según los antecedentes en la historia fue en el año 1970, cuando el oncólogo Van Rensselaer Potter, en el escrito del artículo “The Science of Survival” fijo el término bioética (1). Desde ese año de 1970, se han visto elevados los límites en el pensamiento y el incremento de centros de estudio, autores, y además, de libros ya publicados que contemplan un mayor incremento en las diferencias de los enfoques filosóficos y propuestas, aunque a veces discrepen y estén en contradicción.

Esta visión de la conducta humana, al igual que la palabra de la Bioética, hizo su manifestación en Estados Unidos. Potter rastreo en sus escritos el gran peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por la rotura entre los dos contextos del conocimiento: el científico y el contexto humanístico. La única vía de solución que se veía capaz ante la catástrofe imperiosa fue instaurar un puente entre las dos culturas, la científica y la humanística - moral. La Bioética debe hacerse cargo de unificar la ética y la biología. La bioética tiene por función enseñar cómo utilizar el conocimiento, es una ciencia de la supervivencia (2).

2 Objetivos

- Definir según el oncólogo Van Rensselaer Potter en que consiste la Bioética.
- Describir al detalle los principios de base y de fundamentación de la Bioética.

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, scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

El epicentro conceptual en el que está establecido el concepto de la bioética es la gran prioridad de que la ciencia biológica se actualice y se ponga las pilas y se plantee preguntas éticas, quiere decir, que el hombre se cuestione sobre la importancia y lo trascendental en cuanto a la moral de sus propios actos. La puesta en práctica de cualquier estudio científico puede tener adversidades no calculadas para toda la humanidad, aunque sólo sea la limitación del poder biotecnológico en manos de unos cuantos.

En la exposición y definición de Potter, la Bioética surge de una situación de alarma por consecuencia de los avances científicos.

Como referimos anteriormente la Bioética es el estudio esquematizado de las conductas humanas en el entorno de aplicación de las ciencias de la vida y de la salud, vistos con los ojos de los valores y los principios morales, la Bioética tiene por objetivo la investigación racional de los problemas de la moral unidos

a la biomedicina y de su adhesión con el contexto de derecho y de las ciencias humanas.

La fundamentación de la bioética y el establecimiento se aplica en base a cuatro principios el Principio de Autonomía, Beneficencia, no maleficencia y el de justicia.

Los cuatro principios:

- Autonomía, respeto hacia los individuos, asegurar la autonomía que precisen para que los ejecuten por sí solas, es decir, como únicos propietarios de sus actos y decisiones, aunque estos sean individuos enfermos. En el campo de la medicina, el profesional de salud de la medicina deberá de, respetar los valores y las preferencias del enfermo/paciente ya que se trata de su propia vida y de su salud.
- De beneficencia en este, el facultativo, tiene el deber de que sus actos siempre sean en beneficio de otros.
- No Maleficencia, el profesional de la salud, tiene la imposición de no hacer daño intencionadamente, este principio se establece en una tradición de la máxima clásica que es (*primum no nocere* “lo primero no dañar”).
- Justicia se basará en la evitación de las desigualdades en la sociedad y dar el mismo trato a todos por igual.

5 Discusión-Conclusión

Lo que nos dicen esta teoría, sus fundamentos, bases y estos principios asimismo, que recoge en su conjunción con la gran variabilidad de aspectos que alcanza la bioética, es que la dignidad del individuo esta por encima de todo lo que nosotros pensemos y que si nos guiamos en estos principios estrictamente y sistemáticamente daremos al enfermo/paciente una asistencia y una atención mucho más eficaz.

Los objetivos y funcionalidades que persigue la aplicación de estos principios son, además de prevenir problemas sociales, psicológicos, espirituales o físicos, se conseguirá o por lo menos se pondrá toda todo el empeño en que así sea, de dar una calidad de vida al afectado muy beneficiosa a la hora de su cuidado y recuperación y velando siempre su autonomía desde la información y la comunicación adecuada.

6 Bibliografía

1. <https://es.catholic.net/op/articulos/10755/cat/469/definicion-de-bioetica.html>

2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009
3. Llano A. ¿Qué es bioética? Según notables bioeticistas. Bogotá: 3R editores; 2001.
4. Garrafa V, Kottow M, Saada A. El estatuto epistemológico de la bioética. Un enfoque latinoamericano. México: UNESCO e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; 2005.
5. León-Correa FJ. Enseñanza bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioethica*. 2008; 14 (1): 11-18.
6. Mesina M, León F, Lillo R. Formación en bioética de estudiantes de medicina: experiencia del aprendizaje basado en problemas en la Universidad Diego Portales. Santiago de Chile: Comunicación en IV Congreso de Educación Médica; 2007.
7. Aluja M, Birke A (coord.). El papel de la ética en la investigación científica y la educación superior. 2a ed. México: Academia Mexicana de Ciencias, Fondo de Cultura Económica; 2004.
8. Franco ZR. La evaluación ética para el desarrollo humano. Caldas: editor Universidad de Caldas; 2006.

Capítulo 481

LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ

DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN

SHEILA DIAZ MENENDEZ

ROCÍO QUINTANA RODRÍGUEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La Constitución española, entre otras cosas, en su artículo 14 determina que todas las personas son iguales ante la ley sin que exista discriminación por género ni sexo, entendiendo por género como aquellas características que son adquiridas socialmente mientras que por sexo se entiende que es como biológicamente se nace.

Actualmente cada vez nos encontramos a más mujeres en el mercado laboral, desempeñando trabajos que antes se asociaban por cultura, al género masculino y se va a apreciando cada vez más esta evolución en la sociedad. No obstante, las estadísticas son claras y todavía existen grandes desigualdades de género, también en el sector sanitario, donde muchas veces ocupan puestos de trabajo peor remunerados, con menos responsabilidades, donde la maternidad fomenta también estas desigualdades ya que en muchas ocasiones son las mujeres las que se ven obligadas a reducir sus jornadas con el fin de poder conciliar su vida familiar

y laboral, colocando, en definitiva, a las mujeres en una posición de desventaja frente al sexo masculino, viendo que el progreso en sus carreras profesionales es mucho más difícil.

Atendiendo a las estadísticas se observa que el número de médicos colegiados en el 2018 asciende a 260.588 siendo el 48% hombres frente al 51% de mujeres, porcentajes que se mantienen en el 2019 pero que si nos fijamos en los datos de hace 20 años nos encontramos con un aumento del 88% de mujeres colegiadas. Así mismo, si analizamos estas estadísticas en el personal de enfermería en el 2018 existían 307.762 miembros de los cuales el 15% son hombres y el 85% mujeres reflejándose así una importante desigualdad ya que la profesión de enfermería desde antiguamente está asociada al género femenino.

De la misma manera, analizando los puestos directivos en el sector sanitario nos encontramos datos que evidencian las desigualdades existentes, puesto que de los 52 colegios Médicos que hay en España y de las 42 sociedades científicas sólo 4 y 7 mujeres respectivamente son presidentas. En cuanto a la brecha salarial también se ha estimado que las mujeres cobran unos 10.000 euros menos que los hombres en los puestos desarrollados en el sector sanitario.

2 Objetivos

-Analizar las estadísticas que evidencian desigualdades de género que hoy en día aún existen entre los trabajadores que forman el sector sanitario y describir las principales planes y políticas que se llevan a cabo con el fin de llegar a una equidad de género en sanidad.

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 igualdad de género dentro del 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 “igualdad de género” o “perspectiva de género en el ámbito sanitario” 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

Debido a estas desigualdades, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una nueva estrategia conocida como *mainstreaming* o (transversalidad de género en España) que pretende implantar políticas de igualdad en los diferentes Estados. En la declaración de Madrid se aborda un tema muy importante y que será también determinante en los objetivos de equidad de género ya que se expone que la salud también supone un elemento discriminatorio de cara a las mujeres motivado por las diferencias biológicas, por las oportunidades, por los roles de género o por los obstáculos que se encuentran para desarrollar su carrera, presentando importantes enfermedades crónicas producidas por el desgaste de la doble presencia, por el exceso de trabajo y por la presión psicológica a las que están sometidas.

Es esta merma en la salud de las mujeres y las desigualdades lo que ha llevado a los hospitales y a los centros sanitarios, en definitiva, a llevar a cabo una serie de planes de igualdad en la sanidad que deben reunir una serie de características. Debe estar diseñado para toda la plantilla adoptando la transversalidad de género en todas las políticas llevadas a cabo por la organización ofreciendo igualdad de oportunidades a todas las personas de forma que se mejoren y optimicen la gestión de los trabajadores actualizada, desde una perspectiva de género. Es muy importante el diálogo en cualquier plan de igualdad, facilitando el entendimiento entre las partes, no solo en contexto de género sino también desde el punto de vista de trabajadores y sus superiores. En cualquier plan de igualdad se deben de establecer también una serie de medidas preventivas encaminadas a resolver cualquier cuestión antes de que se produzca la discriminación, anticipándose en estos casos al problema y este debe ser dinámico, actual y abierto a los cambios que puedan surgir en lo referente a esta materia. Para que un plan salga adelante es también necesario que toda la organización esté comprometida con el mismo, implicándose a todos los niveles y haciendo que se dispongan de todos los recursos, bien sean humanos o materiales, para que salga adelante y se mantenga en el tiempo, por lo que es importante que se evalúe de forma periódica.

Entre las políticas necesarias para conseguir una equidad es necesario realizar una campaña en la que se informe sobre los procedimientos y los protocolos a llevar a cabo en materia de igualdad formando a los trabajadores encargados de la comunicación de los centros en un lenguaje inclusivo y que no sea sexista, igualdad que también tiene que llegar a todos los medios digitales, revisando imágenes o denominación de los puestos de trabajo designando a una persona encargada de supervisar todos estos aspectos, desarrollando e implantando contenidos de

igualdad. Los uniformes deben de ser iguales para todos los trabajadores y en el caso de mujeres embarazadas se establecerán las limitaciones que se consideren necesarias en función del puesto que desempeñe adaptándose a esta situación. La promoción y el desarrollo de la actividad profesional debe de ser igual para los hombres y las mujeres, ofreciéndoles las mismas oportunidades a la hora de cubrir un determinado puesto. La facilitación de la adaptación de la jornada para la conciliación laboral y familiar también debe de ser algo fundamental en el ámbito sanitario.

Existen gran cantidad de estrategias y planes que se pueden llevar a cabo en materia de género pero, sin duda, algo determinante para lograr cambios es la sensibilización y concienciación de esta situación, haciendo que todos los trabajadores se impliquen en el cambio hacia la igualdad de derechos y de oportunidades de perspectiva de género de todas las personas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la evolución hacia un sistema social en el que la igualdad es un hecho algo más que patente no se debe de olvidar que actualmente siguen existiendo muchas trabas para las mujeres a la hora de conciliar, de ser madres, de desarrollar sus carreras profesionales o de obtener puestos directivos. Es por eso que desde el ámbito político se deben desarrollar políticas que fomenten la igualdad, concretamente en el sector sanitario, formando a los encargados de tomar las decisiones en políticas de sexo y de género, sin olvidarse de continuar recogiendo toda la información que permita seguir identificando las desigualdades y disparidades con el fin de ir actualizando las políticas y tomando decisiones según las necesidades del momento e incluyendo siempre los criterios de género en todas las investigaciones que se lleven a cabo.

6 Bibliografía

1. Igualdad de género en el ámbito sanitario. <https://revistamedica.com/igualdad-de-genero-ambito-sanitario/>
2. Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200013
3. Plan de igualdad <https://sanidad.ccoo.es/18454c368701b5bbc2e119dfaf1e4320000058.pdf>

Capítulo 482

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN DEL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO

DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN

SHEILA DIAZ MENENDEZ

ROCÍO QUINTANA RODRÍGUEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

EL origen de las vacunas data aproximadamente de 1776 cuando el médico Edward Jenner comenzó a observar que las personas que contraían la viruela bovina, porque ordeñaban vacas, no contraían posteriormente la viruela humana, sino que quedaban protegidos contra la misma. Es por eso que precisamente en esa fecha decidió inocular a un niño el fluido de la viruela bovina para inocularle la viruela humana pudiendo comprobar que el niño que tenía entonces ocho años ni presentó síntomas, ni siquiera se llegó a contagiar. Ya en el siglo XIX sería el médico francés Louis Pasteur que realizaría la segunda tanda de vacunas, esta vez contra la rabia y el cólera.

Las vacunas, por tanto, activan el mecanismo de las personas de manera que el cuerpo activa defensas naturales con el fin de que resistan a determinadas infecciones y mejoren el sistema inmunitario creando anticuerpos, sin que se lleguen

a producir complicaciones ni enfermedades, puesto que las vacunas están compuestas de virus o bacterias, pero debilitados o incluso muertos.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido diversas estadísticas acerca de la importancia de la vacunación pues se estima que alrededor de 23 millones de personas entre los años 2000 y 2018 han salvado la vida por el sarampión gracias a las vacunas y entre dos tres millones de personas al año se salvan de contraer alguna enfermedad y fallecer gracias a la vacunación.

2 Objetivos

- Describir los diferentes tipos de vacunas que existen analizando en que medida estas vacunas son esenciales para el personal que forma parte del ámbito sanitario definiendo los objetivos de la vacunación del personal.
- Analizar las vacunas que resultan recomendadas para el personal del sector sanitario.
- Estudiar de qué forma se puede mejorar la cobertura de las vacunas para que el personal trabajador esté protegido adecuadamente.

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 importancia de la vacunación 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 y frases clave como “vacunación en sanidad” o “objetivos de la vacunación del personal del sector sanitario” 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

Las vacunas se pueden clasificar en cuatro tipos fundamentales: las vacunas vivas que utilizan una forma viva pero debilitada o atenuada y que protegen de enfermedades como el sarampión, viruela varicela o fiebre amarilla. Las vacunas inactivas son aquellas cuyo germen está muerto, por lo que la inmunidad que

aportan no es tan fuerte como la de las vacunas vivas, por lo que es necesario ponerse dosis de recuerdo y protegen de enfermedades tales como la gripe. Las vacunas combinadas utilizan determinadas partes del germen como pueden ser la proteína o el azúcar ofreciendo una respuesta muy fuerte y tratan enfermedades tales como el VIH, papiloma humano o tos ferina. Las vacunas con toxoides utilizan toxinas fabricadas a partir del propio germen creando inmunidad hacia esa toxina en concreto y protege de enfermedades tales como el tétanos o la difteria. El personal sanitario y no sanitario que forma parte de los centros de salud y hospitales está en continuo contacto con personas que se encuentran enfermas a la vez que también pueden ser ellos mismos portadores de enfermedades que pueden debilitar a los pacientes con otro tipo de enfermedades. Es por eso que la vacunación es el pilar fundamental en el que se sustentan los programas de salud y de prevención de riesgos en el ámbito sanitario. Con la vacunación del personal que forma el sector sanitario se va a lograr en primer lugar la autoprotección de los trabajadores para que no contraigan enfermedades que pueden ser transmisibles y, en concreto, proteger también a aquellos trabajadores que suponen mayor riesgo por tener alguna enfermedad crónica o ser autoinmunes. Con esta protección se va a conseguir también proteger a su círculo más cercano. En segundo lugar, la vacunación va a permitir cumplir con los principios éticos, ya que pueden suponer un peligro para los propios pacientes, para otros trabajadores y para el resto de la sociedad. En tercer lugar, esto va a permitir también dar ejemplaridad ya que no se puede pretender inmunizar al resto de la población si los mismos trabajadores de la sanidad lo rechazan. Por último, tener unos trabajadores vacunados va a permitir aumentar la protección social y evitar el ausentismo por las enfermedades infecciosas que se puedan contraer en el desempeño de sus funciones.

De esta manera, las vacunas recomendadas para el personal que desempeña sus funciones en el ámbito sanitario son la gripe, hepatitis b, tétanos y difteria, tos ferina, triple vírica, varicela y Sars-Cov. Las vacunas que resultan indicadas en determinadas ocasiones son la hepatitis A, fiebre amarilla, meningococo, fiebre tifoidea y poliomielitis.

A pesar de la importancia de las vacunas todavía la vacunación de alguna de las enfermedades, como la de la gripe, dista de ser la idónea en los centros de salud sin lograr el objetivo de un 40% de personal de la sanidad vacunado, solo el 33.9% y se estima, que con independencia del país los médicos están más vacunados que el resto de los trabajadores. Es por eso que resulta imprescindible mantener unas políticas adecuadas para no solo mantener la vacunación, sino conseguir unos mayores objetivos. Es imprescindible que se revisen los calendarios de vacunación del personal, existiendo para ello un registro de las vacunas

que se ponen a los trabajadores. Es necesario llevar a cabo también de programas de formación que sean cíclicos y que incidan en la importancia de la misma, formando así mismo a los propios estudiantes de enfermería y medicina. Esta información debe ser periódica y actualizada, implicando a todo el personal y realizando diversas campañas estacionales, entre ellas para enfermedades como la gripe.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, y quizás con la pandemia de la Covid-19, se ha generado una cierta desconfianza en las vacunas que ha hecho que muchas personas se hayan negado a vacunar a sus hijos y a ellos mismos, lo cual supone una importante disminución de la protección, no solo a nivel individual sino a nivel global, provocando que se hayan generado brotes de enfermedades que ya se consideraban erradicadas o controladas. Es por eso que, desde los centros sanitarios, y a partir de las personas que los forman, es necesario que se de la suficiente cobertura acerca de los beneficios de la vacunación, dando ellos mismo ejemplo y vacunándose para prevenir la propagación de las enfermedades dentro del propio sistema sanitario y fomentando así mismo los programas de Inmunización de forma que sean inclusivos y modernos, involucrando a todos los pacientes y usuarios de los centros en la concienciación de los beneficios. Educar, dar formación y suponer un ejemplo para el resto de la población va a constituir un pilar básico de la protección desde los centros sanitarios para la prevención de gran cantidad de enfermedades que pueden incluso causar la muerte.

6 Bibliografía

1. Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación?https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination?adgroupsurvey=\protect\TU\textbraceleftadgroupsurvey\protect\TU\textbraceright&gclid=EAIaIQobChMI9rb22bSW-QIVlOFRCh2AowgfEAAAYASAAEgLPsvD_BwE
2. Importancia de las vacunas en salud pública: hitos y nuevos desafíos <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-importancia-vacunas-salud-publica-hitos-S0716864020300407>
3. Vacunaciones del personal sanitario.<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-19>

Capítulo 483

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ

1 Introducción

La unidad de cuidados, también conocida como unidad de vigilancia intensiva, es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de los pacientes en estado crítico. Se puede definir como un área específica del hospital, en la que de una manera adecuada, se puede monitorizar, realizar los procedimientos diagnósticos, ayudar de forma controlada al mantenimiento de las funciones vitales y administrar el tratamiento definitivo aquellos pacientes cuya vida se encuentra en peligro a causa de enfermedades potencialmente reversibles.

Su ubicación ha de ser dentro o muy próxima a la zona más técnico-asistencial del centro. Debiendo tener fácil acceso desde la sección de urgencias, ya que es el punto de entrada normal para un enfermo grave.

En la unidad de cuidados intensivos existen varias unidades especializadas identificadas según las patologías que recibe el nombre de box o boxes (cardiología, cirugía vascular, sépticos, trasplantes, cirugía general, politraumatizados y grandes quemados por ejemplo).

El celador de la unidad de cuidados intensivos ejercerá un refuerzo al personal de la unidad. El celador destinado en unidad de cuidados intensivos debe estar muy bien preparado y formado en la realización de cambios posturales, ya que los enfermos de la unidad de cuidados intensivos tienen que ser movilizados con sumo cuidado para que su estado no empeore.

2 Objetivos

Dar a conocer brevemente la unidad de cuidados intensivos y desarrollar de manera específica los diferentes cometidos y funciones del celador en la unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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 ha consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Las funciones que desarrolla un celador en la unidad de cuidados intensivos son las siguientes:

Llevarán a cabo los cambios posturales con la misma frecuencia que en las plantas de hospitalización, para evitar la aparición de las úlceras por presión. Para ello, el celador debe ser conocedor de las diferentes posiciones anatómicas que se realizan para facilitar la exploración, el tratamiento y la prevención de lesiones. Ayudarán al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón de sus dolencias para hacerles la cama.

Cuando se requiera la movilización de un paciente asistido por ventilación artificial, siempre debe estar presente personal de enfermería, que vigile los sistemas y conexiones del respirador, tubos y cánulas para evitar que en ningún momento se interrumpa o altere la ventilación.

Los celadores deben permanecer debidamente uniformados con batas asépticas cada vez que entren y salgan. Estos deben de tener toda la indumentaria que se requiere en estas unidades, si se precisa en unos momentos determinados proveerse de medios de barrera (mascarilla, bata, calzas y gorro),deberán utilizarlo sobre todo en zonas como los trasplantes sépticos o los pacientes en aislamiento aéreo o de contacto que necesita unas normas asépticas definidas.

Trasladan a los pacientes, acompañado de médico y personal de enfermería para la realización de pruebas diagnósticas que no puedan llevarse a efecto en la unidad de cuidados intensivos tales como TAC, ecografías, endoscopias, etcétera), pueden requerirle que sujete el paciente para evitar daños con sus movimientos. La radiografías se harán programadas diariamente mediante aparato portátil de rayos x, el celador tomará las medidas de protección correspondientes y ayudará

al técnico de rayos en la movilización de los pacientes que lo requieran (no manejará el aparato ni colocará el chasis bajo el paciente) y trasladando el aparato portátil por los diferentes boxes.

Transportarán y colocarán, cuando no exista instalación centralizada la botella de oxígeno a la cabeza del enfermo, bajo la vigilancia del personal de enfermería, adaptando el manómetro y abriendo la botella.

Amortajar a los pacientes fallecidos y su posterior traslado al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de cuidados intensivos se relaciona con la práctica totalidad de unidades y servicios del hospital: servicios clínicos finales, servicios clínicos de soporte, bloque quirúrgico, unidad de urgencias hospitalarias y servicios de soporte no clínico. La gestión desde una estación clínica informatizada posibilita la relación con las distintas unidades y servicios del hospital de una forma más eficiente y segura, debiendo posibilitar una mayor dedicación del personal de enfermería al cuidado directo al paciente.

Los celadores destinados en esta unidad, por las características de los enfermos continuamente encamados, deben estar preparados en la movilización y cambios posturales de los mismos. Con particularidad, el trabajo de movilización del celador será requerido con mayor frecuencia e incluso el transporte de los pacientes requiere aún mayores cuidados. Por ello, ha de ser conocedor del funcionamiento de los distintos mecanismos de movilización como por ejemplo las grúas, transfer, arnés, camas etcétera.

6 Bibliografía

Temario posición de 2019 academia Karva.

Pubmed

Capítulo 484

EL CELADOR Y SUS PAPEL ANTE EL PACIENTE MENTAL. TIPOS DE REDUCCIÓN

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO

CARMEN GALLEGLO LOPEZ

ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO

ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO

CRISTINA HIDALGO SIMARRO

1 Introducción

La OMS define el concepto de salud como: “ el estado de bienestar completo, tanto a nivel físico, mental y psíquico, ampliando estas a la ausencia de otras enfermedades”. También define la enfermedad mental como: “una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento en que se ven afectados procesos psicológicos básicos y que dificulta a la persona en su adaptación al entorno cultural y social” .

La rama de la Psiquiatría se incluye dentro de la medicina cuyo objetivo es la prevención de las enfermedades mentales, su estudio, diagnóstico y tratamiento, y aunque en un primer momento se centraba más en la enfermedad, hoy en día se intenta abordar la prevención y la promoción de la salud. La asistencia

psiquiátrica de España está conformada por: centros de salud mental, unidades de hospitalización psiquiátrica, y unas estructuras intermedias.

En 1986, a través de la Ley General de Sanidad, es cuando en España se produce la plena integración y equiparación del enfermo mental en el sistema sanitario general, desarrollándose servicios de rehabilitación y reinserción social para una adecuada atención integral de los problemas del paciente mental, teniendo una consideración especial la psiquiatría infantil y la psicogeriatría

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que al final tendrán una serie de consecuencias emocionales y físicas:

- Depresión y fobias .
- Trastornos de ansiedad, de pánico, obsesivo-compulsivo, bipolar y de estados de ánimo.
- Trastornos de alimentación, psicóticos, esquizofrenia, de estrés post-traumático, personalidad.

Ante este tipo especial de pacientes, con conductas imprevisibles, el celador, que está en contacto directo con él, debe saber que necesita tener un carácter conciliador, cercano y también con cierta autoridad, aparte de las funciones normales de vigilancia de la entrada al hospital o centro, transmitir comunicaciones verbales o escritas, transportar mobiliario y pacientes, etc. Sabiendo que en algún momento puede necesitar emplear técnicas de reducción por interactuar con un paciente agitado.

2 Objetivos

- Identificar las funciones del celador ante este tipo de pacientes, con características que pueden llevar a situaciones límite.
- Definir los tipos de reducción, sabiendo en cada momento cual conviene llevar a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones del celador en la Unidad Psiquiátrica son las normales que pueden realizar en cualquier otro servicio o unidad, con las siguientes particularidades:

- Vigilar que exista una adecuada circulación de los pacientes por las instalaciones, sin discusiones o ruidos.
- Cuidar el entorno de los pacientes, incluso levantar las persianas por la mañana y bajarlas por la noche.
- Ayudar en el aseo personal cuando sea necesario, u obligarlos si no quisieran.
- Acompañar en los paseos cuando se les requiera.
- Controlar el suministro de tabaco a quienes lo tienen permitido.
- Ayudar a otros compañeros a la administración de medicación cuando se nieguen a ello.

Ante el paciente nervioso o agitado el celador, deberá adoptar actitud empática, no amenazante, de escucha activa, con gestos amigables, de manera que entienda que estamos de su parte. También será aconsejable que evite el contacto visual directo prolongado, acercarse desde atrás, realizar movimientos bruscos que puedan incrementar su estado de nerviosismo, evitando en todo momento discutir o darle órdenes. A continuación detallamos los tipos de reducciones existentes:

- Reducción Verbal : hablando con claridad, sin palabras complejas, sin aconsejar si no lo piden, sin acusar, etc, para así reducir su nivel de estrés.
- Reducción Farmacológica: se inicia cuando la técnica verbal no ha sido suficiente para controlar la impulsividad o la agitación del paciente, para así poder prevenir posibles ataques violentos y disminuir su grado de ansiedad.
- Reducción física la lleva a cabo la autoridad judicial, y en última instancia el personal sanitario. Será el personal médico quien ordene el momento para que el celador quite las sujeciones y lo lleva a un lugar adecuado. Entre ellas y en caso necesario podemos distinguir diferentes tipos de sujeciones:
- Muñequeras.
- Cinturón abdominal.
- Chaleco de sujeción al tronco.
- Cinturón abdomino- perineal.

También encontramos barras protectoras de cama, completas o parciales y de esta forma llevar a cabo el protocolo de sujeción e inmovilización mecánica de los pacientes.

En el caso de producirse una urgencia psiquiátrica, en primer lugar hay que realizar un triaje, ver si existe una circunstancia que pueda ser mortal para el paciente o incitar a una situación violenta, descartando conductas de agitación y amenaza, conductas autodestructivas y problemas médicos graves que puedan precipitar una atención inmediata. Después, se separará al paciente del resto de enfermos, a una zona de aislamiento, viendo si es necesario, llevar a cabo medidas de sujeción mecánica.

5 Discusión-Conclusión

El paciente mental es una persona que requiere una atención mas precisa a diferencia de cualquier otro enfermo del ámbito sanitario, ya que por sus características, pueden dar lugar a situaciones críticas, donde hay que emplear una serie de reducciones como hemos visto : la verbal, la farmacológica y la física.

El celador en este servicio, debe de tener un carácter comprensible, firme y armonizador ante cualquier situación limite que se presente, siempre velando por los derechos y dignidad del paciente, intentando que no se alteren y generando confianza, al igual que un buen estado de confort y vigilancia de todas las instalaciones, sin que existan ruidos y con la luz adecuada, lo cual en conjunto, ayudará en la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. Base de datos :Pudmed, Medline y Scielo.
2. Búsqueda en Google con palabras clave : celador, paciente mental, paciente psiquiátrico.
3. La importancia del celador en las unidades de salud mental - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
4. Formacion Logoss.
5. Editorial Mad.

Capítulo 485

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODINAMICA. CARACTERÍSTICAS DE ESTA UNIDAD

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO

CARMEN GALLEGLO LOPEZ

ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO

ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO

CRISTINA HIDALGO SIMARRO

1 Introducción

Definimos el concepto de Hemodinámica como el estudio de los aspectos físicos de la circulación sanguínea, incluidas la función cardíaca, la fisiología vascular periférica, de los movimientos de la sangre y de las fuerzas que los impulsan. Dentro del hospital es un servicio de gran importancia, ya que se encarga del análisis de la dinámica de la sangre en el interior de las arterias, venas, vénulas, arteriolas y de los distintos capilares. A parte se encarga también del estudio del corazón, la forma en la que bombea la sangre, el funcionamiento...

La sala de hemodinámica es un lugar donde se realizan radiaciones ionizantes con fines diagnósticos y terapéuticos, por lo que ha de estar regida por criterios de Seguridad Nuclear y Protección Radiológica según Real Decreto 783/2001. B.O.E.

Núm. 178.21 Julio 20016, además debe estar blindada, que los trabajadores lleven faldones plomados para usar el equipo de rayos X, y sometida a revisiones periódicas que permitan asegurar que las instalaciones mantienen las condiciones de seguridad establecidas.

Debido a la actividad de rayos X, se han de controlar el acceso a las zonas con riesgo de radiación, accionando una luz roja a la entrada de la sala, y señalar las zonas en función del riesgo de exposición:

- 1/ zona vigilada.
- 2/ zona controlada
- zona de permanencia limitada.
- zona de permanencia reglamentada.
- zona de acceso prohibido

El celador, realiza unas funciones específicas en este servicio, aunque también llevará a cabo otras comunes como si trabajara en cualquier otro servicio del hospital o centro sanitario, siempre colaborando con el resto de miembros del equipo para asegurar una buena calidad asistencial.

2 Objetivos

- Explicar el papel del celador en la Unidad de Hemodinámica.
- Definir el concepto de Hemodinámica, su estructura y características principales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El área de hemodinámica tiene dos zonas diferenciadas :

1/ Sala intermedia, es una sala por la cual pasan todos los pacientes hospitalizados o que vengan para realizarse pruebas, de ahí la importancia de su limpieza y esterilización para evitar así posibles infecciones de unos pacientes a otros.

2/ Salas de hemodinámica, aisladas del resto de pasillos y entre ellas, son quirofanillos en los que solo se realizarían estudios sanguíneos, estudios sobre el corazón y la realización de cateterismos.

Todo el personal que trabaje en esta sala ha de conocer los efectos biológicos producidos por las radiaciones ionizantes, la necesidad del uso de un equipo de protección como son: los guantes y gafas plomadas, delantal plomado, y el protector de tiroides, así como también deben de saber las técnicas para reducir la exposición cuando se realizan éstas prácticas como: uso del colimador, disminuir la distancia paciente con el intensificador, reducir el tiempo de adquisición, etc.

Es obligatorio que todo el equipo tengan a su disposición unos dispositivos llamados dosímetros, que miden la radiación recibida, se colocan en la solapa de la bata o en la muñeca. Su duración es de un mes, enviándose a la unidad correspondiente para su lectura y valoración, además debe ser utilizado de forma correcta, y ante cualquier pérdida o rotura, hay que comunicarlo.

A la sala de hemodinámica, llegarán pacientes de diversas lugares: planta, urgencias, UCI, quirófanos (especialmente el de cirugía cardíaca), pudiendo requerir traslados que precisen extrema rapidez en momentos críticos. Aquí el celador tendrá una serie de funciones:

- Trasladar a los enfermos hospitalizados hasta el servicio de hemodinámica, mirando que lleven la historia clínica, dejándolos en la sala intermedia para ser atendidos por el equipo de enfermería.
- Después lo llevan al quirofanillo, colocándolo en las camillas o sillones según el procedimiento que se les vaya a hacer, y las indicaciones que reciba.
- Estar siempre disponibles ante cualquier necesidad que surja.
- Velará por el cumplimiento de las normas de estas salas, ayudando a que se encuentren limpias y ordenadas.
- Una vez finalizado el proceso, llevarán al paciente a planta junto con su nueva historia clínica, o a la salida del centro si se van a casa.
- Realizaran traslado de peticiones, pruebas, aparataje... a los distintos servicios que las enfermeras les indiquen.
- Se encargarán de bajar el material que se haya utilizado a esterilización, y de subir el material que tengan en esterilización de su servicio.

- Vigilarán de que haya sillas, camas y camillas utilizadas para el próximo paciente o en el siguiente cambio de turno.

5 Discusión-Conclusión

El área de hemodinámica es una zona muy importante para el ámbito sanitario, ya que en ella se realizan operaciones que mejorarán la calidad de riego sanguíneo, o para detectar posibles complicaciones que pueden existir en las arterias, venas, o incluso en el corazón, ya sea de pacientes hospitalizados en planta, o que vengan derivados de especialistas. Tiene una normativa específica y peculiar que cualquier otra zona del hospital, debido a las radiaciones.

El celador, en este servicio, llevará a los pacientes a los quirofanillos, trasladará aparatos, ordenes o pruebas, ayudará a los Técnicos Auxiliares de Enfermería y a los facultativos en cualquier cosa que necesiten, favoreciendo así un buen ambiente laboral y una prestación sanitaria de calidad para el enfermo.

6 Bibliografía

1. Buscadores en internet con palabras clave: celador, hemodinamica, rayos X, radiaciones.
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
3. Real Decreto 783/2001. B.O.E. Núm. 178.21 Julio 20016.
4. www.hmhospitales.com/servicios-al-paciente/especialidades/ especialidades/hemodinamica
5. [proced_03.pdf](#) (enfermeriaencardiologia.com)

Capítulo 486

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ GUERRERO

CARMEN GALLEGLO LOPEZ

ANTONIA MARTÍNEZ GUERRERO

ELVIRA MARTÍNEZ GUERRERO

CRISTINA HIDALGO SIMARRO

1 Introducción

El método diagnóstico, también conocido como radiología o radiodiagnóstico consiste en la obtención de imágenes del organismo por medio de un equipo de rayos X, donde se encuentra un tubo elemental de rayos X consiste en un filamento incandescente (cátodo) que produce electrones, los cuales son acelerados en el vacío haciéndolos chocar contra un anticátodo, originándose radiación electromagnética denominada rayos X, encontrándose todo unido a una ampolla de vidrio, incluida en una envoltura forrada con plomo, excepto por el orificio de salida de la radiación.

El Servicio de Radiodiagnóstico, cuenta con equipos y dispositivos que ofrecen una imagen digital, tanto en ecografías como en radiología, y en el caso de las mamografías, aportan una imagen por técnicas ecográficas, permitiendo un soporte integral de las diferentes técnicas en el diagnóstico por imagen. Los resul-

tados que se deriven de este estudio, se usarán para el diagnóstico y en menor medida el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Hoy en día, no hay un solo órgano del cuerpo humano que no pueda someterse a estas pruebas, ya sea: abdomen, esqueleto, tórax, , vías biliares , sistema nervioso, tubo digestivo, aparato urinario, vasos, corazón, etc., Las instalaciones más completas disponen de mesa basculante para colocar al paciente en distintas posiciones, siendo posible disparar radiografías en los momentos que se desee.

En las áreas de radiodiagnóstico también trabajan los celadores, que se van a encargar de realizar unas funciones específicas de ellos, pero la mayoría son comunes a las que desarrollarían en cualquier área del entorno sanitario, teniendo un papel fundamental a la hora de prestar correctamente sus funciones y siempre colaborando con el resto de miembros del equipo para asegurar una buena calidad asistencial.

2 Objetivos

- Explicar el papel del celador en la Unidad de radiodiagnóstico, como miembro de un equipo multidisciplinar.
- Definir el concepto de radiodiagnóstico y las características principales de ésta unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En los hospitales de gran tamaño o prestigio, existen equipos de radiología especializados para exploraciones que permiten la visualización de los vasos del sistema circulatorio por medio de la inyección de contrastes yodados, siendo de gran utilidad en exploraciones cerebrales, cardíacas, de extremidades y de abdomen.

La radiología utilizada como control de toma de biopsias, evacuación de quistes o realización de maniobras terapéuticas, así como el cateterismo, son exploraciones aún más delicadas que exigen personal muy especializado.

El método tan conocido como : TAC es un medio radiológico que consiste en la reconstrucción mediante un ordenador de los cortes de un órgano o zona explorada producidos por un haz de rayos X muy fino que va girando alrededor del mismo, y la mamografía es la técnica radiológica utilizada para el diagnóstico de lesiones mamarias benignas o malignas, incluso de muy pequeñas dimensiones.

Existe también lo que se denomina : Radiología intervencionista, la cual se centra principalmente en el tratamiento de las enfermedades, mediante el empleo de procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos guiados mediante técnicas de imagen.

La función principal del celador en este servicio será estar a disposición del personal sanitario, como un refuerzo al equipo, siendo el punto de unión con otros servicios del hospital, por lo que una actuación rápida y eficaz es vital en esta área, siendo sus funciones principales las siguientes:

- Comprobar si el paciente está consciente y orientado su identidad, si no lo estuviera, mirar la pulsera de identificación.
- Ir a por la medicación necesaria para los pacientes al servicio de farmacia.
- Trasladar a los pacientes desde las plantas de hospitalización y urgencias al servicio de radiodiagnóstico, ya sea en silla de ruedas o en camilla de manera que está vigilante del estado físico del paciente y de su bienestar, realizando el trayecto de forma segura y cómoda para el paciente
- Recoger en el servicio de almacén los pedidos necesarios por el servicio.
- Repartir el correo y los volantes del servicio, así como trasladar aparatos y equipos.
- Ayudar al técnico superior de diagnóstico, en la colocación del paciente a la hora de realizar la prueba diagnóstica.
- Ayudar al auxiliar de enfermería a desvestir a los pacientes que lo necesiten.
- Trasladar muestras al servicio de laboratorio y a anatomía patológica.
- Comprobar la existencia de alguna clase de aislamiento, siempre tomando las medidas de protección pertinente.
- Colaborar con el TCAE en la preparación de los pacientes cuando estos necesitan ayuda.
- Vigilar de que todo el material sanitario que sea necesario para el paciente, se encuentre en las condiciones adecuadas, informando de cualquier deficiencia el personal sanitario.

- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre los diagnósticos, y sobre todo no hacer pronósticos de la enfermedad, ya que para cualquier duda o pregunta, deben de informarles que deben de dirigirse al equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de radiodiagnóstico es de los más demandados en un centro hospitalario, es por ello por lo que tiene una importante carga de trabajo, se centra en diagnosticar las enfermedades mediante la imagen a través de rayos X, pero también es un servicio muy completo y multidisciplinar por todos los trabajadores que lo integran, con una gran profesionalidad, para hacer que la asistencia al paciente sea de calidad, siempre buscando el confort o beneficio para el enfermo. La figura del celador en esta unidad es muy importante ya que además de realizar sus funciones básicas como lo haría en cualquier unidad, debe de familiarizarse y conocer todo lo que se hace y se utiliza, los equipos médicos y todos los cambios posturales que le piden según el tipo de imagen que se necesita estudiar.

6 Bibliografía

1. Buscadores en internet con palabras clave: celador, radiodiagnóstico, radiología.
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
3. www.celadoresonline.blogspot.com
4. El celador en el Servicio de Radiodiagnóstico - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
5. Radiodiagnóstico - Salud Savia
6. Formacion Logoss.

Capítulo 487

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

YOLANDA LEGANÉS VIANA

MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA

MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ

MARIA JOSE LABARRA PEREZ

AURORA LOPEZ LOPEZ

1 Introducción

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”.

Los datos que reflejamos a continuación corresponden a las estadísticas de los últimos y próximos años y han sido publicadas por diferentes organizaciones. Según la OMS, los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en el año 2030, en España 1 de cada 4 personas tiene o tendrá algún problema de salud mental, actualmente un 6,7% de la población de nuestro país está afectada por la ansiedad y entre un 2,5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave. Un informe de UNICEF, calcula que más del 13% de los adolescentes entre 10 y 19 años padecen un trastorno mental. La ansiedad y la depresión representan alrededor del 40% de estos problemas. Más

de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben.

Según la OMS sólo el 1% del total del personal sanitario ejerce sus funciones en este ámbito.

El auxiliar administrativo ejerce sus funciones como personal estatutario en el ámbito de la salud mental en hospitales y centros de salud mental.

2 Objetivos

- Conocer las principales funciones del auxiliar administrativo en el ámbito de la salud mental.
- Reflejar la importancia de la coordinación del auxiliar administrativo con el equipo sanitario para conseguir una mayor eficiencia en la atención al paciente.

3 Metodología

Para la resolución del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de artículos que tratan sobre la salud mental y también se han consultado páginas web de diferentes servicios de salud, con el objetivo de recoger de manera clara las principales funciones que realiza el auxiliar administrativo en el ámbito de la salud mental.

4 Resultados

En la gestión de un centro de salud mental o en la unidad mental de un hospital el trabajo del auxiliar administrativo es fundamental. Se trata de un trabajo en equipo junto con el resto de perfiles profesionales entre los que se encuentran psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores.

Las principales funciones del auxiliar administrativo en el ámbito de la salud mental son las siguientes:

- Atención al público (pacientes y familiares principalmente).
- Atención telefónica, el auxiliar administrativo se encarga de atender y distribuir, en caso necesario, las llamadas que se realizan al centro sanitario.
- Gestión de la agenda de los profesionales sanitarios.
- Control y gestión de citas.

- Control de las actividades y estadística de los profesionales sanitarios del centro.
- Gestión y comunicación a los profesionales de las primeras citas, revisiones, citas preferentes y urgentes.
- Control de citas visitadas y no presentadas por el paciente.
- Coordinación de profesionales del centro con profesionales de otros centros (atención primaria, toxicomanía, ...)
- Gestión de informes solicitados por pacientes.
- Gestión de solicitud de cambios de terapeuta.
- Gestión de las historias clínicas de los pacientes.
- Asistencia a reuniones y toma de actas de las mismas.
- Asignación de terapeuta en las urgencias que lleguen al centro.
- Realizar pedidos de material.
- Facilitar justificantes de asistencia a los usuarios que lo soliciten.
- Realizar fotocopias.
- Alertar a seguridad en caso de pacientes agresivos o peligrosos.
- Enviar partes de baja, permisos y vacaciones del personal del centro a coordinación.

Enumeradas las principales funciones del auxiliar administrativo en el ámbito de la salud mental, queda reflejado la importancia de la coordinación de éste con el resto categorías profesionales que desempeñan su función en el centro, para conseguir los objetivos marcados por el servicio.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo de la salud mental, sea en un centro de salud o en la unidad mental de un hospital, presta sus servicios en un ámbito con gran presión asistencial, debido a la creciente demanda y a la escasez de profesionales sanitarios del sector. En España hay una enorme falta de psicólogos y psiquiatras.

El trabajo que realiza el auxiliar administrativo de este sector es muy importante, ya que es un entorno en el que se debe tener empatía, una atención personalizada y flexible y proyectar serenidad y estabilidad, ya que el trato con los pacientes requiere de una mayor comprensión, con lo cual el auxiliar administrativo realiza una labor fundamental de apoyo.

Es sumamente importante la coordinación del auxiliar administrativo con el equipo humano del que se compone el centro, ya que por la particularidad del

mismo pueden surgir tareas y/o urgencias que requieran una respuesta inmediata. El trabajo en equipo debe repercutir en una mejor atención al paciente y sus familiares.

6 Bibliografía

1. <http://www.comunicalasaludmental.org>
2. <http://actualidadmedica.es>
3. Boletín Oficial del Estado. Disponible en: <https://www.boe.es>

Capítulo 488

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS ANTE EL SISTEMA INFORMATIZADO PARA EL ACCESO A LA BOLSA DE TRABAJO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA

ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA

PAZ DÍAZ GONZÁLEZ

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

1 Introducción

Las innovaciones en el campo de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han significado un cambio en la forma de realizar las tareas propias de los profesionales de la administración.

Los auxiliares o técnicos de administración sirven de centro de información y comunicaciones entre los distintos profesionales del organismo donde realizan sus funciones y entre este organismo y exterior.

En general, las tareas que realizan los auxiliares administrativos, en cualquier tipo de empresa pública o privada, no han variado con el tiempo, lo que sí ha cambiado, son las herramientas y materiales con que realizan sus funciones.

Los auxiliares administrativos deben saber manejar diferentes recursos tecnológicos que les permitan desarrollar sus tareas de acuerdo a las exigencias actuales, en

la gestión administrativa. Deben conocer y desenvolverse adecuadamente en el uso de estos recursos tecnológicos, ya sean programas informáticos, aplicaciones informáticas u otras herramientas que se requiera. La aplicación del Sistema de Información para la Bolsa de Trabajo (SELECTA) se enmarca en el ámbito de estas necesidades, con el objetivo de realizar las tareas propias del puesto de trabajo de gestión de la Bolsa de Empleo Temporal del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. (SESCAM), que es de responsabilidad de los auxiliares administrativos. SELECTA, es la aplicación desarrollada para el SESCAM para posibilitar la gestión informatizada su Bolsa de Trabajo. Esta aplicación está disponible desde el 1 de septiembre de 2014.

Cualquier persona que cumpla los requisitos exigidos para formar parte de la Bolsa de Trabajo del SESCAM, deberá inscribirse mediante la aplicación SELECTA, a la que se puede acceder desde la página Web del SESCAM.

El uso de las Nuevas Tecnologías de la Información y de la comunicación, permite dar una respuesta rápida a las necesidades de profesionales sanitarios temporales del SESCAM; garantizando de esta forma los principios establecidos en la normativa vigente: máxima agilidad, igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad.

El acceso a la Bolsa de Empleo Temporal del SESCAM, debe ser expedita, sin trabas, debe dar un mensaje sobre la importancia que tienen los profesionales para esta Institución facilitando su acceso y registro.

El uso de los nuevos recursos tecnológicos ayuda a gestionar de manera adecuada la disponibilidad de profesionales, es un apoyo a las tareas de los gestores de la Bolsa, es una exigencia formativa para estos profesionales.

“En este sentido y para garantizar la mejora de la estabilidad de estos profesionales, las ausencias previsibles de los titulares tienen que ser planificadas y gestionadas de manera adecuada”. <https://sescam.jccm.es/selecta/fileSelecta/Pacto%20mayo%202022.pdf>

El Pacto sobre Selección de Personal Temporal de las Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla La Mancha, garantiza el cumplimiento de los acuerdos de la Mesa Sectorial de Sanidad de Castilla La Mancha. Sobre la base de estos acuerdos se puso en marcha en el año 2004, el sistema de Bolsa Única del SESCAM.

2 Objetivos

Describir el papel del auxiliar administrativo en el sistema informatizado de acceso a la bolsa de trabajo

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha revisado la información contenida en la página Web del SESCOAM. Pacto sobre la selección del personal temporal del SESCOAM.

Asimismo, se han revisado los manuales para el uso de la aplicación SELECTA.
<https://seecam.jccm.es/selecta/login.jsp>
<https://seecam.jccm.es/selecta/fileSelecta/Pacto%20mayo%202022.pdf>

4 Resultados

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud de Castilla La Mancha, la selección del Personal estatutario temporal se efectuará a través de los procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección.

Con Resolución de 3 de diciembre de 2004 se puso en marcha el sistema de Bolsa Única del SESCOAM, teniendo en cuenta las especiales características de la administración sanitaria que debe garantizar la atención sanitaria todos los días del año, las 24 horas del día.

La aplicación SELECTA se ha desarrollado para posibilitar que los profesionales de la salud en sus diferentes categorías, que desean formar parte de las Bolsas de Empleo Temporal del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. (SECOAM), puedan registrar su candidatura, asegurando la disponibilidad de profesional que aspiren a vincularse con el SESCOAM.

De esta manera el Servicio de Salud de Castilla La Mancha, podrá disponer de forma permanente de un listado de profesionales para cubrir los puestos vacantes garantizando la atención sanitaria a todos los demandantes de atención médica. Para realizar la inscripción hay que seguir las indicaciones que señala el formulario de la aplicación. Es recomendable tener toda la documentación preparada ya que al registrarse se solicitan comprobantes de los conocimientos adquiridos, además, del curriculum vitae. Toda esta documentación debe estar en formato digital con extensión específica pdf o jpg por cada diploma o certificado que se desee adjuntar. Se solicitará, además, certificado actualizado de la vida laboral.

Los auxiliares administrativos que gestionan la Bolsa de Empleo Temporal del SESCOAM, deben estar capacitados para gestionar con la máxima eficiencia y eficacia, la aplicación SELECTA, ya que es el único sistema para el registro de aspirantes a formar parte de la Bolsa del SESCOAM. Deben asegurar la accesibilidad a

la aplicación.

5 Discusión-Conclusión

La profesión del administrativo y del auxiliar administrativo plantea un desafío a los profesionales del área, les exige adaptarse a las innovaciones y conocer los nuevos programas o aplicaciones que son necesarias para el desarrollo de sus funciones.

Asimismo, se puede afirmar que la aplicación SELECTA plantea dos desafíos a los Auxiliares Administrativos, por un lado quienes tengan la responsabilidad de la gestión de las Bolsas de Trabajo Temporales del SESCAM, deben conocer con profundidad el funcionamiento de esta aplicación con el objetivo que las personas que registren sus datos, no se encuentren en situación de desprotección de sus derechos por el mal funcionamiento de la aplicación y la falta de respuesta ante su demanda de revisión y/o modificación.

Por otro lado, deben conocer esta aplicación y su funcionamiento si desean formar parte de las Bolsas de Empleo Temporales del SESCAM

6 Bibliografía

- 1). SESCAM. Pacto sobre la selección de personal temporal del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. Web Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.9/05/2022. <https://sescam.jccm.es/selecta/fileSelecta/Pacto%20mayo%202022.pdf>
- 2). SESCAM. Manual de Obtención de claves para inscripción en Bolsa de Trabajo SELECTA.
- 3). SELECTA: Sistema de Información para la Bolsa de Trabajo del SESCAM.Web Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. <https://sescam.jccm.es/selecta/fileSelecta/Manual%20de%20Inscripci%C3%B3n%20en%20Bolsa%20SELCTA%20Nuevas%20solcitudes%20y%20actualizaciones.pdf>

Capítulo 489

EL CELADOR EN EL ANIMALARIO

CARLOS ARELLANO GONZÁLEZ

ANTONIA TORRES FLORES

JUAN TRUJILLO PINTADO

EMILIA MORA TORRALBA

MARIA BELÉN GALIANO SANCHEZ

1 Introducción

El lugar donde se realizan investigaciones con animales, principalmente conejos y ratas se llama animalario. El animalario es un servicio propio de los hospitales y otros centros donde se realizan investigaciones y experimentación con animales. Para realizar esto es necesario personal cualificado para la atención de estos animales para experimentar como variables dependientes y o independientes.

Esta función de investigación y experimentación con animales es una función fundamental en algunos centros sanitarios de la sanidad pública y privada con el objeto de inferir resultados en el ser humano.

La investigación realizada en animales en el ámbito de la docencia, experimentación e investigación es exclusiva de centros que se encuentre autorizados expresamente por el Comité de ética de la Investigación y de Bienestar animal y la Dirección General de Medio Ambiente o similar de cada Comunidad Autónoma según establece el Real Decreto 53/2013 de Experimentación animal. Pudiendo realizar los citados objetivos cuando se persigan los siguientes fines:

- Cuando se realicen trabajos de investigación científica para la producción de productos farmacéuticos y de alimentos o pruebas para comprobar su calidad.
- Proteger el medio ambiente para la protección del ser humano, los animales y la biodiversidad.
- La formación de profesionales y la educación de estudiantes.
- Investigación legal de patologías y fármacos.

En cada Instituto se necesitará personal cualificado para realizar el cuidado de los animales que allí se encuentran y controlar el correcto funcionamiento de los equipos. El profesional que estará al cargo de las especies será un veterinario formado específicamente en animales de experimentación, el cual se hará cargo de su salud y dará las instrucciones precisas al personal auxiliar, el celador destinado en ese servicio.

2 Objetivos

Desarrollar las funciones necesarias para cuidar a los animales, desde el aseo exterior hasta la limpieza de jaulas y alimentación.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

El estatuto de personal no sanitario establece que en relación a la labor que se especializa en este área, el Celador tendrá a su cargo los animales de experimentación a quienes alimentará, aseará y cuidará en cualquier momento que se le precise, durante, después y antes de cualquier prueba experimental y bajo la observancia del personal sanitario responsable del servicio.

El Celador encargado de atender a los animales en el animalario realizará y será responsable las siguientes acciones:

- La distribución de los animales las realizará en aplicación de la normativa de bienestar Animal, respetando su espacio y alimentación.

- Los ubicará por sexos evitando mezclarlos si no es una situación experimental o se lo ordena el responsable.
- La extracción e introducción de los animales en las jaulas o chineles debe ser accesible para los profesionales.
- El cuidado de los especímenes se realizará con el máximo respeto evitando dolores o sufrimientos innecesarios.
- La alimentación y la bebida se realizará según sus características y necesidades, de forma equilibrada y suficiente, salvo que la situación experimental aconseje otra forma.
- La limpieza de jaulas debe ser con la frecuencia necesaria para mantener las condiciones higiénico sanitarias.
- En cuanto a los cadáveres si se producen se trasladarán al contenedor establecido y darle el conducto que se establezca, gestión autorizada y o incineración.
- Los lugares de recepción de excrementos se limpiarán varias veces por semana de acuerdo al protocolo establecido, esterilizándolo cada vez.
- Se le puede requerir para colaborar con el experimento, debe prestar su total colaboración principalmente para sujetar el animal y pelar o rasurar zonas de su cuerpo.
- Otra de las misiones será recuperar, si se produce la fuga, de los animales que se hayan podido escapar de sus jaulas por diversas circunstancias.

El Celador con carácter general debe mantener las instalaciones y resto de recursos existentes en óptimas condiciones para que a los animales de experimentación se les garantice el mayor nivel de bienestar.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe conocer y estar familiarizado con el manejo y la aplicación de las técnicas de cuidados y alimentación de los animales de experimentación, aplicando su profesionalidad para facilitar la labor del veterinario y personal sanitario adscrito al servicio.

La labor del Celador en esta disciplina es importantísima, teniendo que seguir un protocolo de actuación y coordinación con el equipo de trabajo destinado allí para complementarse en sus funciones.

El Celador sin ser un profesional sanitario, es uno de los principales valedores de este servicio, teniendo como finalidad dar el mejor bienestar a los animales y por tanto este, se derive al resto de seres humanos, que tendrán en el futuro los beneficios de la investigación realizada.

6 Bibliografía

<https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animalario>

<https://revistamedica.com/estado-actual-funciones-celador-animalario/>

Capítulo 490

EL CELADOR EN LA MOVILIZACION DEL PACIENTE. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE POSTURAL EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

PILAR POVEDA LÓPEZ

DANIEL MARTÍN MARTÍN

1 Introducción

Muchos de los pacientes ingresados tanto en centros hospitalarios como en centros de salud pueden tener disminuidas sus capacidades de movilidad debido a diferentes factores como enfermedades o accidentes de cualquier tipo.

Por este motivo, la movilización del paciente es uno de los aspectos clave en la labor del profesional sanitario, y en especial, en la de la figura del celador, ya que es una de las funciones recogidas en el artículo 14.2 del Estatuto del personal no sanitario “ayudarán 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 es la movilización del paciente”.

Cuando se habla de movilización, se hace referencia a la correcta colocación y manipulación de los pacientes para moverlos en la cama, camilla o silla de ruedas que puede realizarse tanto en la propia habitación, como en el traslado a otras dependencias del Hospital o Centro Sanitario.

Dichos movimientos, deben ser realizados sobre la base de una serie de normas mínimas establecidas para evitar riesgos y favorecer la comodidad y el bienestar tanto del paciente como del mismo profesional.

En el presente capítulo, se analizarán las normas mínimas establecidas y se detallarán una serie de consejos sobre higiene postural para proteger la salud del celador mientras realiza sus funciones.

2 Objetivos

- Describir los diferentes tipos de movilización de pacientes.
- Reflejar las reglas básicas que hay que adoptar para realizar una correcta movilización.

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

Como se mencionaba anteriormente, la ejecución de técnicas de movilización en base a una serie de técnicas o normas establecidas resulta beneficioso tanto para el paciente como para el profesional sanitario, en este caso, celador.

Entre estos beneficios, podemos destacar una disminución de dolores músculoesqueléticos, (como por ejemplo lesiones lumbares) que dará lugar a una disminución del cansancio del profesional sanitario y, por lo tanto, una mayor seguridad del paciente.

Se distinguen dos tipos de movilizaciones según el grado de movilidad del paciente:

- Activas: el paciente es capaz de moverse por sí mismo bajo supervisión del profesional.
- Pasivas: el paciente no tiene movilidad y es el profesional sanitario quien se encarga de la movilización.

Algunas de las reglas básicas que hay que seguir para lograr una correcta movilización del paciente son:

- Mantener los pies separados para lograr una buena base de apoyo.
- Sostener el cuerpo el peso del paciente lo más cercano al cuerpo posible.
- Evitar causar daños lumbares protegiendo la espalda.
- Utilizar medios mecánicos en caso de necesidad.

En cuanto a las técnicas de movilización que más frecuentemente realiza un celador a un paciente, encontramos:

- Desplazamiento hasta la cabecera de la cama, que se realizará de una manera u otra dependiendo del grado de discapacidad del paciente (ayuda de una única persona o de dos respectivamente)
- Posición decúbito supino (decúbito lateral izquierdo o derecho), que consiste en colocar la rodilla de la pierna contraria al lado que se va a mover el paciente, colocando el brazo opuesto sobre el abdomen y el otro brazo doblado apoyado en la almohada. Para realizar el movimiento, se desliza una mano por debajo del hombro y otra por la cadera.
- Posición decúbito prono: consiste en acercar al paciente al borde de la cama, colocando la pierna la pierna del lado por el que se va a girar por encima de la otra y el brazo contrario apoyado en la amohada. Las manos deberán estar, una por debajo del omoplato y otra entre las dos piernas, realizando un suave impulso para girar al paciente.
- Fowler o semi-Fowler, se consigue combinando el movimiento hacia la cabecera y elevando la cama hasta la altura deseada

Por último, hay que mencionar que también existen diferentes técnicas de transferencia de pacientes, entre las que cabe destacar:

- Transferencia del paciente de la cama a la silla de ruedas
- Transferencia del paciente de cama a cama, o de cama a camilla

Resaltar que, para todo tipo de movilizaciones o transferencias realizadas por un celador o cualquier profesional sanitario, se tiene que tener en cuenta la mecánica corporal, es decir, hacer un buen uso del cuerpo cuando se están realizando este tipo de prácticas.

5 Discusión-Conclusión

- Las técnicas de movilización realizadas por el celador, auxiliar de enfermería y resto personal sanitario forman parte de la rutina imprescindible de trabajo diaria realizada por dichos profesionales. La correcta aplicación de estas técnicas beneficia tanto a paciente como a los profesionales.
- La ejecución de las técnicas de movilización de una forma correcta aportará beneficios tanto para el paciente como para el personal encargado de hacerlas.
- Se pueden distinguir entre dos tipos de movilizaciones en función de la capacidad de movilidad del paciente. El celador tendrá que realizar las técnicas de movilización aprendidas, en su totalidad, cuando esté ante un paciente con movilidad pasiva.
- Existen diferentes técnicas de movilización en función de la situación que se presente, al igual que diferentes técnicas de transferencia. En cualquier caso, se deberá tener en cuenta la mecánica corporal a la hora de realizarlas.

6 Bibliografía

1. Mecánica corporal y técnicas de movilización y traslado de pacientes. Link de acceso: <https://blog.opositatest.com/la-movilizacion-de-pacientes-principiosgenerales-mecanica-corporal/#section-1>
2. González Sánchez, C. Revista Médica. La labor del celador en la movilización del paciente. (diciembre 2020). Link de acceso: <https://revistamedica.com/laborcelador-movilizacion-paciente/>
3. Casariego Madagán, C. Revista Médica. Técnicas de movilización y transferencias realizadas por los celadores. Link de acceso: <https://revistamedica.com/tecnicas-movilizacion-transferencias-celadores/>

Capítulo 491

LABOR DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO: TRANSPORTE, TIPOS DE TRASLADO Y DEAMBULACIÓN

ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

PILAR POVEDA LÓPEZ

DANIEL MARTÍN MARTÍN

1 Introducción

La geriatría es una rama de la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, preventivos y sociales de la enfermedad en el individuo de edad avanzada, siendo su principal objetivo el de prevenir y superar la pérdida de autonomía.

Esta rama de la medicina nace partir del interés de Marjorie Warren en este tipo de pacientes, (que inicialmente eran frecuentemente etiquetados como pacientes incurables) y, en 1935, se estableció en Inglaterra el primer Servicio de Geriatría en el cual se observó que muchos de estos pacientes se podían recuperar gracias a técnicas de rehabilitación. En 1974, la organización Mundial de la Salud emitió el primer informe técnico sobre “Organización y Planificación de Servicios

Geriátricos”. Posteriormente, en la I Asamblea Mundial del Envejecimiento se concluyeron las siguientes recomendaciones:

- Desarrollar al máximo los servicios sanitarios basándose en las necesidades de las personas de edad avanzada, contando con la infraestructura necesaria y el personal especializado para lograr una práctica integral y completa.
- Potenciar la capacitación en materia de Geriátrica y Gerontología estimulando la creación de instituciones especializadas en esta materia.

Más tarde, en la II Asamblea, se instó al Gobierno a asumir, como una de sus responsabilidades básicas, garantizar el acceso de este colectivo a los sistemas públicos de salud, que permitan su adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento.

Hoy en día, todos los Hospitales cuentan con una Unidad de Geriátrica para cumplir con los objetivos establecidos de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades en este tipo de pacientes que tienen unas características especiales y, por lo tanto, requieren un cuidado especial.

El presente capítulo refleja la importancia del traslado del paciente en las Unidades de geriátrica.

2 Objetivos

- Describir el perfil del paciente geriátrico para conocer los cuidados necesarios hacia este colectivo.
- Identificar los aspectos que diferencian a este tipo de pacientes respecto al resto de enfermos.
- Conocer las técnicas de traslado adecuadas que debe realizar el celador ante un paciente geriátrico.
- Exponer la importancia de la figura del celador en la deambulación del paciente geriátrico.

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

Los pacientes de edad avanzada sufren una serie de cambios físicos, sociales y de conducta característicos. Esto, combinado con las múltiples enfermedades agudas y crónicas que suelen padecer, es lo que la diferencia de los pacientes adultos más jóvenes.

El paciente anciano suele tener una menor reserva funcional y una mayor fragilidad por lo que el profesional sanitario deberá tener los conocimientos y la experiencia necesaria para mejorar las capacidades de este colectivo y ser capaz de prestarles una asistencia adecuada.

Entre los aspectos que diferencian el paciente geriátrico de otro tipo de pacientes encontramos:

- La valoración integral del anciano, cuya misión principal es dotar al profesional sanitario de los adecuados conocimientos y formación sobre todos los aspectos relacionados con la geriatría.
- El trabajo en equipo interdisciplinar, para lograr un trabajo por parte de todo el personal sanitario que sea conjunto, armónico y estructurado para lograr un objetivo común.
- Por último, conocer los diferentes niveles asistenciales que se pueden dar en este colectivo de pacientes, para poder trabajar en función de las necesidades que requiera cada uno.

Por lo tanto, todo el personal perteneciente al sistema sanitario cuya labor es atender a los pacientes geriátricos deberán estar dotados de una correcta formación para poder desarrollar las actitudes apropiadas hacia el anciano. Dentro de esta formación continuada, encontramos el correcto traslado del paciente geriátrico por parte del celador.

El transporte del enfermo geriátrico ya sea en silla, camilla o en cama siempre tiene que realizarse ofreciéndole seguridad y tranquilidad al paciente. El celador se tiene que asegurar de que el paciente está en la posición adecuada, acostado y con la cabeza en la dirección de la marcha. La velocidad se tomará en función de la urgencia, pero siempre maniobrando con destreza y cuidado.

Es importante conocer que, siempre que la situación lo requiera, el transporte del paciente deberá realizarse en la propia cama, camilla o silla de ruedas en la que estaba inicialmente el enfermo. En caso contrario:

- Traslado de cama a camilla: se colocará la camilla paralela a la cama asegurando que están los frenos puestos. Si el paciente es incapaz de desplazarse, el celador requerirá la ayuda de dos o más personas, colocando los brazos del paciente sobre el tórax del personal sanitario. Uno de los brazos del paciente lo colocarán bajo

el cuello, otro bajo los hombros, otro bajo la cintura y otro bajo los glúteos.

- Traslado de cama a silla de ruedas: se colocará la silla de ruedas en paralelo a los pies de la cama asegurando que están los frenos puestos. El celador sienta la paciente a los pies de la cama, colocándose frente a él. Después el celador cogerá al paciente por la cintura y lo desplazará lateralmente hasta sentarlo en la silla. También se puede distinguir entre otros tipos de traslados, como por ejemplo el traslado del enfermo de la cama a camilla mediante la técnica de la sábana de arrastre o cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente de forma inversa.

Lo que siempre debe tener en cuenta un celador, a la hora de realizar cualquier tipo de traslado es que el paciente debe estar bien sujeto para evitar caídas.

Además, hay situaciones que requieren medios auxiliares para realizar dichos movimientos, y otras situaciones en las que el paciente, adquiere determinada autonomía para caminar por si mismo con ayuda de utensilios como andadores, muletas, bastones, etc. Este último caso, se denomina deambulación, y el celador ha de ayudar al paciente en todo momento para evitar sufrir caídas u otros riesgos que pongan en peligro su vida.

5 Discusión-Conclusión

- Los pacientes geriátricos tienen una serie de características físicas, sociales y de conducta que, junto con otras múltiples patologías, los diferencian de cualquier otro tipo de pacientes. Además, presentan una mayor fragilidad y disminución de la movilización, por lo que el celador debe tener una formación específica para prestarles una asistencia adecuada.

- El celador deberá transmitir en todo momento seguridad y tranquilidad al paciente a la hora de su traslado, asegurándose que mantiene una posición adecuada. Además, el traslado deberá realizarse con la velocidad adecuada dependiendo de la urgencia de este.

- Existen diferentes tipos de traslados y deferentes maniobras dependiendo desde dónde se vayan a realizar. Es fundamental que, en todos los casos, el celador compruebe que está bien sujeto para evitar caídas.

- Hay situaciones en las que es preciso el uso de medios auxiliares para realizar el movimiento del paciente geriátrico.

- Por último, cuando el paciente tenga autonomía para deambular, lo hará con ayuda de utensilios como un bastón, muletas, andador... pero siempre con la ayuda de un celador para evitar poner en riesgo su vida.

6 Bibliografía

1. Cordon Llera, F. Torres Montilla, A. Bailén Ramírez, R. Manejo y movilización del paciente geriátrico. Técnicas de cambios posturales.
2. Foro mundial de ONG sobre el envejecimiento: declaración final y recomendaciones. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento «por una sociedad para todas las edades». *RevEspGeriatrGerontol* 2002; 37 (S2): 66-72.
3. López González, A. Rovira Gil, E. El celador y la movilización del enfermo geriátrico. Centro de formación de CCOO.

Capítulo 492

EL CELADOR DENTRO DEL EQUIPO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA

ÁNGEL FERNÁNDEZ LEON

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

PILAR POVEDA LÓPEZ

DANIEL MARTÍN MARTÍN

1 Introducción

El equipo quirúrgico lo forman un grupo multidisciplinar de profesionales entre ellos los celadores. La calidad de los cuidados, el éxito de una intervención y la satisfacción del paciente van a depender de la relación y formación de cada uno de los miembros y de su puesta en común en beneficio del paciente. Es fundamental la labor que desempeñan estos profesionales, pues para la mayoría de los pacientes son su única esperanza, bien sea para mejorar su nivel de salud o incluso para salvar su vida.

Las responsabilidades y funciones de cada miembro del equipo quirúrgico están claramente definidas tanto en normas de quirófano como en el manual de protocolos del hospital.

Estas normas detallan la descripción del trabajo y establecen la responsabilidad de cada uno de los integrantes del equipo. Las normas deben ser cumplidas estrictamente porque ellas definen el alcance del ejercicio de cada empleado y proveen

la vía jerárquica necesaria para el desarrollo de operaciones seguras y eficientes en el departamento.

El número y tipo de personal de la unidad quirúrgica del que consta un servicio de quirófano depende del tamaño del hospital, cantidad de operaciones previstas, etc. La organización, cargos, nivel y requerimientos educacionales son variables de un lugar a otro.

El equipo de quirófano debe trabajar eficientemente como una unidad independiente de funcionamiento para el bienestar y la seguridad del paciente. Sus miembros deben estar completamente familiarizados con los procedimientos, estructuras, equipamiento y normativas y ser capaces de afrontar lo impredecible.

Sus capacidades deberían de estar por encima de lo reprochable. Deben poseer un espíritu elevado, mutua comprensión, confianza, cooperación y consideración, ya que alguien que no pueda actuar incondicionalmente como un miembro cualificado del equipo no tiene cabida en el quirófano.

El objetivo del equipo de la unidad quirúrgica es:

Los componentes del equipo quirúrgico deben proporcionar a los usuarios o pacientes los cuidados oportunos una vez que se encuentren en la zona quirúrgica por una intervención y ocuparse de su posterior traslado a la sala de reanimación o a la planta correspondiente dependiendo del tipo de intervención.

2 Objetivos

objetivos :

-Explicar e indicar el personal sanitario que compone el equipo quirúrgico y sus diferentes funciones en los centros hospitalarios

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro del equipo de la unidad quirúrgica, podemos diferenciar dentro de los profesionales sanitarios dos grupos. El personal estéril y el personal no estéril. Componen el grupo de personal estéril aquellos profesionales que se realizan el lavado quirúrgico para realizar la intervención, éstos son: cirujano y su/s ayudante/s y la enfermera instrumentista.

El personal no estéril, es el integrado por los profesionales que no se realizan el lavado quirúrgico, estos son: personal de enfermería (enfermera circulante y enfermera anestesista), auxiliares de enfermería y anestesista.

El cirujano es el especialista médico que asume la plena responsabilidad de todos los actos médicos de evaluación y del control del paciente quirúrgico. El cirujano debe tener los conocimientos, habilidades y el juicio clínico necesario para desempeñar con éxito la operación quirúrgica prevista y cualquier desviación necesaria por dificultades imprevistas.

La enfermera instrumentista es responsable de mantener la integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico. El conocimiento y la experiencia con las técnicas asépticas y estériles capacitan a la enfermera instrumentista para preparar y manejar los instrumentos y suministros y para ayudar al cirujano y a sus ayudantes a lo largo de la operación quirúrgica proporcionándoles los instrumentos y suministros estériles requeridos.

La enfermera anestesista se ocupa de atender al paciente que va a ser anestesiado. Es un eslabón necesario en la atención integral del paciente. Realiza cuidados directos al paciente y colabora con el anestesiólogo durante la inducción, el mantenimiento y la recuperación del paciente.

El personal Auxiliar de Enfermería como miembro del equipo quirúrgico realiza su trabajo en coordinación con el personal de diplomados de enfermería. Las principales funciones que desempeñan los profesionales auxiliares de enfermería en quirófano son: la recepción del paciente, limpieza y asepsia, aparatos, mobiliario y proveen las necesidades de material para la cirugía y rasurado, lavado, camas, etc.

Sobre el equipo de personal no sanitario en la unidad quirúrgica, todos se consideran personal no estéril, donde podemos encontrar a los celadores que se encargan del traslado de los pacientes entre otras cosas.

El personal de limpieza destinado a la limpieza de la unidad quirúrgica realizará la limpieza del quirófano después de cada intervención. Deben limpiar suelo, mobiliario, lámpara quirúrgica, etc. Se encargará de transportar la ropa quirúrgica sucia al vertedero para su posterior transporte a lavandería.

El personal administrativo se encargará de cumplimentar y procesar todos los documentos referentes al enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales que forman el equipo de la unidad quirúrgica y, decimos todos, son de mucha importancia para la realización de los procesos quirúrgicos de los pacientes.

Los componentes del quirófano trabajaran de forma independiente dentro de la unidad quirúrgica del hospital para el bienestar y seguridad de los pacientes que necesitan ser intervenidos, por medio de procedimientos muy específicos con los cuales se sientes totalmente familiarizados y que dominan a la perfección.

Las responsabilidades y funciones dentro de la unidad quirúrgica de cada miembro del equipo que lo componen están claramente definidas tanto en normas de quirófano como en el manual de protocolos del hospital.

6 Bibliografía

1. Ania Palacio, José Manuel. Actuación del celador en el área de quirófano. Editorial Mad, S.L. Sevilla. 2011.
2. Gil Ramos, Juan Manuel. Actuación del celador en el área de quirófano. Editorial Mad, S.L. Sevilla, 2011.
3. Martínez Olivares, Laura. El Auxiliar de Enfermería en servicios especiales: UCI, urgencias, quirófano y diálisis. Intervenciones específicas en quirófano. La unidad quirúrgica. Formación Continuada Logoss. 13ª edición. Jaén, 2011.

Capítulo 493

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN EN EL QUIRÓFANO

SILVIA COLETO MUÑOZ

SARA GÓMEZ LÓPEZ

FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ

MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO

1 Introducción

La posición adecuada del paciente en la mesa quirúrgica depende del tipo de operación a realizar y la va a decidir el cirujano pero la movilización del paciente va a ser tarea del celador quien deberá mover al paciente siempre de un modo lento y con la máxima precaución.

Hay ocasiones en las que el paciente ya se encuentra anestesiado por lo que no nos podrá comunicar si no se encuentra cómodo o la posición adoptada es antinatural.

Por lo tanto cuando lo coloquemos debemos tener en consideración que la postura no le ocasionará dolores musculares después de la operación.

La posición a adoptar dependerá también de una serie de consideraciones como son: el tipo de intervención a la que va a ser sometido, la vía de acceso, el tipo de anestesia que precisa, la edad, talla, peso y el estado general del paciente.

El celador deberá estar atento también a que tanto la mesa quirúrgica como la cama en la que se produce el traslado estén perfectamente frenadas y sean seguras para poder realizar el cambio y comprobar que el paciente este correcta-

mente identificado. También deberá respetar la intimidad del paciente en todo momento, evitando que se sienta incómodo y velando por sus necesidades y su bienestar.

2 Objetivos

- Identificar y explicar algunas de las diferentes posturas en la mesa quirúrgica por parte del equipo de celadores a los pacientes

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

Existen distintas posturas para colocar al paciente en la mesa quirúrgica dependiendo del tipo de operación:

- Decúbito supino o dorsal: La utilizada en quirófano para la inducción a la anestesia general, cirugía abdominal y procedimientos que incluyan tórax, cara, cuello, hombros y extremidades inferiores. En esta posición el paciente está boca arriba con los brazos y piernas extendidos ligeramente separados del cuerpo. Podemos encontrar algunas modificaciones de esta posición como la de Roser, en la que el cuello se colocará en hiperextensión, procurando que el resto del cuerpo no quede en una mala posición.
- Litotomía dorsal o ginecológica modificada: Elegida para el parto y en aquellas intervenciones en las que se requiera poder acceder a la zona peri-neal. La utilizaremos en cirugía ginecológica, urológica y también en cirugías generales como pueden ser las fisuras anales, abscesos perineales, etc.
- Trendelenburg: Se colocará al paciente en decúbito supino, inclinando posteriormente la mesa de modo que la cabeza del paciente debe estar más alta que los pies. Para evitar el deslizamiento podemos ayudarnos de soportes acojinados para los hombros. Suele utilizarse en cirugía de órganos pélvicos y también de

extremidades inferiores. No se aconseja tener al paciente en esta posición más tiempo que el imprescindible ya que comprime el diafragma con las vísceras abdominales.

- Anti-Trendelenburg o Morestín: El paciente estaría en decúbito supino pero esta vez con la cabeza elevada y los pies en posición inferior. Las operaciones a realizar serían aquellas que conciernen el cuello, cara o parte superior del abdomen. Se puede poner un tablero acojinado para evitar el deslizamiento y pequeñas almohadas. Esta postura facilita la respiración y disminuye el riesgo en la zona a intervenir.
- Fowler: El paciente estará en decubito supino pero con la cabeza y el tronco elevados de 45° a 30°(semi-fowler). Tendremos que hacerlo con mucha precaución para colocar al paciente correctamente sobre las diferentes secciones de la mesa de operaciones. Existe también una variante que es la Fowler elevado(90°) utilizada en otorrinolaringología y neurología.
- Decúbito prono o ventral: Se coloca al paciente boca abajo. Para aquellos pacientes que tienen que operarse de la parte posterior del cuerpo. La cabeza debe estar apoyada en el colchón y de lado. Muy utilizada en cirugía traumatológica(columna vertebral).

5 Discusión-Conclusión

Existen una variedad de posturas y formas de movimiento que el celador debe conocer para poder desarrollar su trabajo de forma satisfactoria.

Los celadores que trabajan en el servicio de quirófano deben también conocer las mesas de las distintas especialidades con las que van a trabajar y también los accesorios según la operación y la correcta manipulación y adecuación de los mismos. Con estos conocimientos podrá ayudar con mucha eficacia al equipo quirúrgico y no quirúrgico y será alguien fundamental en todo el proceso que se desarrolla en la operación.

Por tanto, todos estos conocimientos del celador evita riesgos innecesarios y favorece la comodidad del paciente, algo fundamental a la hora de afrontar una operación.

6 Bibliografía

1. Terence Robertson(2013). Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente
2. <https://ctgsanidadlpa.org/celador>

3. VVAA (2004). Celadores de instituciones sanitarias: temario
4. <https://elblogdelcelador.files.wordpress>

Capítulo 494

PROCESOS ONCOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN LA INFANCIA Y EL CELADOR

SARA GÓMEZ LÓPEZ

FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ

MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO

SILVIA COLETO MUÑOZ

1 Introducción

El arquetipo de malignidad difiere del de los adultos. En niños, la incidencia de tumores es mayor en los primeros cinco años de vida, aunque esto depende del tipo de tumor y es más frecuente en niños varones. Los más comunes son:

- Leucemia que afecta a niños de todas las edades. Estos son cambios caracterizados por la acumulación de leucocitos en la sangre periférica como resultado de la proliferación descontrolada y la maduración incompleta de precursores celulares en los tejidos hematopoyéticos y linfoides. Se dividen en:
 - La leucemia linfoblástica aguda es la enfermedad blástica más común y es de origen linfóide. Son más comunes en bebés y niños entre las edades de tres y siete años.
 - La leucemia mieloblástica aguda, en la que las células surgen de la médula ósea, se presenta con mayor frecuencia en niños mayores y afecta a diferentes órganos y tejidos según la infiltración que provocan las células afectadas. Estas manifestaciones de la leucemia:

- Manifestaciones clínicas generales como malestar general y anorexia. - Según las manifestaciones clínicas de su patología, tales como:
- Infiltración de médula ósea con anemia, palidez, neutropenia, trombocitopenia, dolor óseo, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, obstrucción mediastínica superior, sistema nervioso central con cefalea, vómitos, convulsiones, parálisis de nervios craneales, agrandamiento testicular. El tratamiento incluye administrar quimioterapia y radioterapia. - Neuroblastoma y tumor de Wilms, más frecuente en los primeros cinco años de vida. El neuroblastoma es un tumor hereditario derivado de las células embrionarias de la cresta neural, que forman parte de las células ganglionares del sistema nervioso simpático y de la médula suprarrenal.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia del diagnóstico rápido.
- Mencionar la importancia de los profesionales de atención primaria en el seguimiento de pacientes oncológicos infantiles.

3 Metodología

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

4 Resultados

Vamos hablar en este capítulo sobre la terapia de lectura.

Gracias a ofrece beneficios en varias áreas relacionadas con el proceso de la infancia, entre ellas, mejorar la autoestima y la aceptación de la realidad, promover la salud mental y actuar como puente entre pacientes y profesionales. Las tasas de supervivencia del cáncer infantil han mejorado significativamente en las últimas décadas, y un número creciente de supervivientes son particularmente vulnerables a secuelas posteriores. Es muy importante asegurar un adecuado seguimiento a largo plazo de estos pacientes, y las guías desarrolladas por sociedades científicas internacionales son fundamentales en este proceso. El per-

sonal de atención primaria entre ellos los celadores debe ser considerado una parte importante del equipo multidisciplinar ya que ellos también son responsable del seguimiento y debe recibir informes detallados sobre el diagnóstico y tratamiento recibido, así como un plan de seguimiento individualizado para cada paciente. La transferencia de información y la comunicación continua entre los oncólogos y los profesionales de atención primaria es una parte importante de la atención de estos pacientes, y esta información también debe compartirse con el paciente para tratar conjuntamente a estos pacientes. Tu salud. Además de monitorear los efectos tardíos, los pediatras y los médicos de atención primaria Atención Primaria se encargará del seguimiento de la probabilidad de recurrencia, la detección precoz de un segundo tumor, el asesoramiento sobre las medidas preventivas habituales y la evaluación socio-psicológica y de calidad de vida de los pacientes de pleno derecho (especialmente estos jóvenes). Los avances en el tratamiento del cáncer infantil han aumentado considerablemente las tasas de supervivencia, pero esto también ha provocado los efectos retardados de los tumores secundarios, los métodos de diagnóstico y las diversas terapias utilizadas.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer es en la actualidad uno de los grupos de enfermedad de mayor importancia dentro de la salud pública. Podríamos incluso hablar de una “pandemia crónica”, que no es contagiosa, pero que sí afecta en España anualmente a más de 250.000 personas, con alrededor de 110.000 fallecidos al año.

En relación con el cáncer infantil, las cifras son de 1.100 niños diagnosticados al año, y 500 adolescentes, con un porcentaje de supervivencia del 80%, aunque de 2513 dependiendo del tipo de tumor puede incrementarse o disminuir dicho porcentaje.

Son atendidos en 42 unidades de Oncología y/o Hematología Pediátricas, lo que supone una dispersión asistencial que dificulta la atención especializada y que no se corresponde con las necesidades sanitarias de nuestro país.

El cáncer no es una sola enfermedad, sino que es una constelación de ellas con la misma denominación (más de 200 tipos de cáncer distintos).

6 Bibliografía

1. <http://rsc.nicethings.es/?tag=la-leucemia-el-cancer-infantil-mas-comun>.
2. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.299201>

Capítulo 495

ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS Y LAS FUNCIONES QUE TIENE EL CELADOR

FRANCISCO ANTONIO MARTÍNEZ YÁÑEZ

MIGUEL ANGEL ESPADA CALERO

SILVIA COLETO MUÑOZ

SARA GÓMEZ LÓPEZ

1 Introducción

En las consultas de ginecología las enfermedades más graves que nos podemos encontrar son las relacionadas con el cáncer.

Dentro de los programas de atención sanitaria en ginecología hay que destacar la importancia de hacer una prevención y diagnóstico precoz del cáncer ginecológico. El cáncer más frecuente es el de mama en la mujer, por lo contrario el cáncer de ovario es menos frecuente pero es más mortal.

. En el cáncer de cérvix el principal grupo de riesgo es:

- Mujeres con edades comprendidas entre 30-60 años o que hayan tenido relaciones sexuales.
- Enfermedades venéreas como herpes genital.
- Promiscuidad sexual.
- Poca higiene femenina.
- Muchas infecciones.

- Inicio temprano de actividad sexual.
 - . El principal grupo de riesgo de riesgo en el cáncer de mama es:
 - Mujeres en edades comprendidas entre 30-60 años.
 - Antecedentes familiares.
 - Por radiaciones.
 - Menarquía precoz o menopausia tardía.
- Exámenes de detección del cáncer de mama para mujeres de 18 a 39 años:
- .Detectar problemas de salud.
 - .Evaluar su riesgo para problemas médicos futuros.
 - .Fomentar un estilo de vida saludable.
 - .Actualizar las vacunas.
 - .Ayudarla a que conozca su médico en caso de una enfermedad.
- Exámenes de salud para mujeres de 40 años y mayores:
- . Detectar problemas médicos.
 - .Evaluar el riesgo de problemas médicos futuros.
 - .Fomentar un estilo de vida saludable.
 - .Actualizar las vacunas.
 - .Ayudarle a que se familiarice con su médico en caso de una enfermedad.

El cáncer de ovarios es un tipo de cáncer que comienza en los ovarios que son los órganos reproductores femeninos que producen los óvulos. El cáncer ovárico es el quinto cáncer más común entre las mujeres. Provoca más muertes que cualquier otro cáncer del aparato reproductor femenino.

La causa del cáncer ovárico se desconoce.

El riesgo de sufrir cáncer ovárico incluye cualquiera de los siguientes factores: Cuantos menos hijos se tenga y cuanto más tarde se de a luz, más alto será el riesgo de presentar este tipo de cáncer.

Las mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de ovarios tienen un mayor riesgo de sufrir este tipo de cáncer.

Las mujeres que toman estrogenoterapia durante 5 años o más pueden tener un riesgo más alto de cáncer ovárico por lo contrario las mujeres que toman las pastillas anticonceptivas disminuyen el riesgo de tener este cáncer.

La medicación para la fertilidad no incrementan el riesgo de cáncer ovárico.

Las mujeres mayores tienen un riesgo más alto de padecer cáncer ovárico. La mayoría de las muertes por este tipo de cáncer se presentan en mujeres mayores de 55 años.

2 Objetivos

- Conocer los principales tipos de cáncer ginecológico, así como las pruebas y exploraciones para detectarlo y prevenirlo.
- Exponer las funciones del celador en el servicio de ginecología.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la consulta de ginecología se realizan numerosas pruebas y exploraciones con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano del cáncer ginecológico así como de prevenirlo en la medida de lo posible.

Exploración del aparato genital:

- . Exploración abdominal mediante la palpación, percusión y auscultación.
- Inspección del abdomen ya que a veces el aumento del volumen del abdomen puede producirse por:
 - + Tumores de ovarios y de útero.
 - + Distensión intestinal.
 - + Retención urinaria.
- Palpación abdominal donde se pueden ver los tumores o zonas dolorosas mediante presión en la zona a palpar. Cuando se encuentra una tumoración hay que localizarla y detectar la situación, tamaño, forma y movilidad, pudiendo detectar si el tumor es de ovario o de útero.
- Percusión del abdomen se realizara por palpación y si se ha detectado un tumor permitiendo descartar otras causas.
- Auscultación del abdomen permite diferenciar una tumor genital a un embarazo.
- . Inspección de los genitales externos la paciente se colocara en posición de decúbito supino sobre una mesa que tendrá unas horquillas para apoyar el músculo poplíteo habiendo buena iluminación se miran los labios mayores y menores.

Entreabriendo con el dedo índice y pulgar se mira el tamaño del clítoris, meato urinario desembocando en las glándulas de Bartholin, se pondrá mayor interés en mirar la existencia de leucorrea, prolapsos, desgarro del perineo, úlceras e inflamaciones.

. Inspección de la vagina y del cuello uterino, la exploración de la vagina y del cuello uterino se puede realizar mediante la introducción de dos valvas una anterior plana y otra posterior cóncava o con un espéculo que se introduce a través del introito vulvar y despegando ambas paredes vaginales hacen visible el cuello uterino y toda la vagina. Para introducir el espéculo se hará de la siguiente forma: con el índice y el pulgar de la mano izquierda se entreabre la vulva y se introduce la valva de lado, una vez que se ha introducido se hace un giro de 90° y la vulva vuelve a su posición. La inspección se realizara con un orden, primero se observa el cuello uterino (superficie y color) segundo la vagina con los fondos de saco y se comprueba la existencia de secreciones y sus características, después se retira el espéculo y se hace la exploración completa de las paredes vaginales anterior, posterior y lateral. Se recogerá el material necesario para el estudio del exudado vaginal y cervical para después proceder al estudio citológico y bacteriológico.

. Tacto vaginoabdominal combinado, consiste en la introducción de los dos dedos índice y medio para hacer la exploración de la vagina, la introducción se realiza suavemente mediante lubricante. En las mujeres que no han tenido relaciones sexuales o mujeres de edad avanzada solo se les introducirá un dedo y a veces ni eso y se utilizara la mano derecha. La mano contraria a la que se introduce en la vagina se colocará sobre la parte baja del abdomen y de esta forma entre ambas manos se intentará delimitar el útero, las trompas, los ovarios. La paciente hará ejercicios de inspiración profundas seguidas y de espiraciones prolongadas expulsando todo el aire se hará presión con la mano externa sobre el abdomen y presionando la pelvis. A veces es difícil hacer esta maniobra ya que la paciente puede contraer los músculos de la pared abdominal.

. Tacto rectoabdominal, se introducirá el dedo índice lubricado en el recto. La mano externa realiza la misma función que el tacto vaginoabdominal. Esta exploración está indicada en mujeres que no han tenido relaciones sexuales o se quiera comprobar el estado del tabique rectovaginal, los parametrios así como el fondo de saco de Douglas.

La Colposcopia, mediante este instrumento que aumenta la superficie podemos apreciar con detalles la superficie, el color el aspecto y distribución de los vasos del cuello teniendo una información microscópica sobre el tejido. Se puede identificar el epitelio escamoso normal, el cilíndrico o columnar y la metaplasia escamosa, también se detectan ciertas anomalías de la maduración y de la difer-

enciación de la metaplasia escamosa, pero siempre confirmando con imágenes colposcópica.

- Biopsia, se obtendrá de material para el estudio histológico. Se tiene especial interés en el diagnóstico de las enfermedades del aparato genital.

Pueden ser:

+ Biopsia de los genitales externos, pueden hacerse directamente tomando una pequeña muestra de tejido mediante un corte con un bisturí y cerrando la herida resultante con un punto de seda o mediante un punzón se introduce en la zona que se va a biopsiar. Se suele utilizar anestesia.

+ Biopsia del cuello uterino, la técnica es por raspado epitelial, se realiza con una cucharilla cortante o con unas pinzas adecuadas para recoger pequeñas muestras de tejido.

+Biopsia de endometrio y endocérvis, la toma del tejido endometrial para el estudio histológico puede realizarse mediante un legrado total de la cavidad uterina o de pequeñas tomas de distintas zonas mediante cucharas especiales de pequeño diámetro que poseen una extremidad cortante para obtener material por aspiración. No se utiliza anestesia.

- Citología o prueba de Papanicolau, se utiliza para el diagnóstico precoz del cáncer, del epitelio se desprenden células superficiales el diagnóstico se basa en esta prueba mediante el estudio microscópico para detectar cambios en las mismas. Se introduce en la vagina un espéculo mostrando el cuello cervical, antes de la obtención del frotis escribiremos el nombre del paciente en el portaobjeto. Se realizará la triple toma:

La 1º toma se hará extrayendo del fondo del saco vaginal posterior utilizando el extremo de la espátula especial para citología.

La 2º toma se hará con la espátula raspando toda la superficie circular del hocico de tenca, se extiende la toma como en la anterior.

La 3º toma se realiza con una torunda estéril introduciendo en el orificio cervical y se extiende sobre el porta en sentido horizontal, fijaremos la muestra sobre el porta pulverizando desde unos 20 cm de distancia con el spray fijador, se deja actuar unos 20 minutos y se envía la para su estudio. Cada año en España se diagnostican al año 15.000 nuevos casos de cáncer de mama con lo que significa que

1 de cada 16-18 españolas tendrán dicho cáncer entre los 45-55 años este cáncer es la principal causa de muerte en las mujeres de España por delante del cáncer de pulmón. La mayoría de estas mujeres que lo padecen no tienen ningún factor de riesgo y no todas las mujeres con factor de riesgo lo desarrollan.

Los factores de riesgo son la edad entre las mujeres mayores de 50 años, ini-

cio temprano de la menstruación que sea antes de los 12 años y corta edad del embarazo, menopausia después de los 55 años, en los antecedentes familiares es un

5% por las mutaciones genéticas aumentando el riesgo, antecedentes personal si cuando tienes cáncer en una mama tienes mayor posibilidad de tenerlo en la otra mama, consumo de alcohol, obesidad.

La prevención de este cáncer sería llevar una dieta que no sea rica en grasas. El diagnóstico precoz se debe diagnosticar cuanto antes para así ponerle tratamiento rápido.

La Asociación Española contra el cáncer recomienda que entre los 40-50 años se realicen pruebas de mamografías cada 1-2 años pero a partir de los 50 años se recomienda cada año, entre los 40-45 años hay mayor riesgo por los factores genéticos.

El diagnóstico se realiza primero con mamografía que se podrá complementar con una ecografía.

El diagnóstico se realiza primero con mamografía que se podrá complementar con una ecografía.

Cuando la lesión es sospechosa se realizará una punción con aspiración con aguja fina (PAAF).

El síntoma más característico para esta detención es la palpación en el pecho, en otras ocasiones se detecta un cambio en la forma o tamaño de la mama, en el pezón también puede dar signos de alerta como la retracción, eczema o secreción sanguinolenta.

El celador será el encargado de llevar las muestras tomadas al paciente a los diferentes laboratorios donde se precise, así como a las pruebas pertinentes que necesiten las pacientes dentro del hospital ya sea en silla de ruedas o en cama.

5 Discusión-Conclusión

1. Durante la perimenopausia, es la etapa en la que las pacientes actualmente acuden con mayor frecuencia por las manifestaciones del climaterios, se debe efectuar un adecuado y obligatorio del diagnóstico del cáncer ginecológico.

2. El cáncer de endometrio y el cáncer de vulva pueden beneficiarse más con el despistaje de cáncer durante la perimenopausia, puesto que constituyen una patología predominantemente posmenopáusica.

3. El cáncer del endometrio es una neoplasia en su mayor parte posmenopáusica, por lo que la perimenopausia constituye la excelente oportunidad para la detección del mismo. Tal vez sea esta la razón por la que esta neoplasia maligna es

diagnosticada con mayor frecuencia en estadios iniciales y además, porque los trastornos menstruales constituyen el signo que los delata.

6 Bibliografía

1-https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-ydeteccion-temprana/prueba-de-vph.htm#escrito_por

2-<https://www.segg.es/ciudadanos/2014/04/06/cancer-de-mamaautoexploracion-screening-y-detencion-precoz>

Capítulo 496

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL AREA DE PLANTA DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

MARÍA INÉS MESAS VALERA

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ

1 Introducción

El celador, es el profesional no sanitario al servicio de una institución sanitaria, cuyas funciones vienen recogidas en el art. 14, punto 2, del Estatuto del personal no sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de la Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de trabajo; de fecha de publicación BOE de 22 de julio de 1971.

El celador juega un papel fundamental en la planta de hospitalización de una institución hospitalaria, de apoyo y colaboración con el equipo sanitario de la organización para la que ejerce sus funciones. Estará encargado del cuidado y bienestar de los pacientes y colaborará en el buen funcionamiento del área para la que presta sus servicios.

En las plantas de hospitalización podemos encontrar un equipo de trabajo formado por profesionales de la enfermería, TCAE'S, celadores, etc.; todos ellos dirigidos por un supervisor. Este equipo a su vez, en su prestación de servicios por turnos rotativos, que dan cobertura a las 24 horas del día, seguirán instrucciones de médicos, especialistas y facultativos que dan seguimiento a las difer-

entes patologías de los pacientes instalados en sus habitaciones en régimen de internamiento hasta su recuperación o alta por seguimiento domiciliario.

Los ingresos de pacientes con diferentes patologías objeto de tratamiento en hospitales, llegan a las instalaciones de planta hospitalaria por diferentes cauces:

- Derivados de urgencias hospitalarias
- Tras la programación de una operación prevista
- Desde consultas externas del hospital
- Derivados de la consulta de atención primaria
- Derivados de traslados de otros hospitales

2 Objetivos

El principal objetivo del presente capítulo de investigación, será relacionar, dar a conocer y desarrollar las funciones que realiza el celador de planta dentro de una institución hospitalaria.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de investigación, sobre las funciones que desarrolla el celador dentro del área de planta de hospitalización, se ha realizado una revisión bibliográfica consistente en análisis de diversas paginas de internet que se detallan en el apartado de bibliografía, así como de artículos y capitulos de publicaciones científicas y revistas sanitarias o temarios de oposiciones.

4 Resultados

Tras la decisión por prescripción facultativa del ingreso de un paciente en planta de hospitalización, éste es acompañado por el celador junto con su historia clínica al puesto de control de enfermería de la planta donde ingresará en régimen de internamiento mientras dure su proceso de convalecencia o tratamiento.

El paciente será acompañado por el celador a la habitación del hospital y planta que le haya sido asignada, ayudándole en su instalación y acomodación. Colaborará con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la vestimenta de ropa hospitalaria, aseo, encamado etc.

Tras la instalación del paciente en su habitación, seguidamente pasamos a enumerar, desarrollar y analizar las funciones que el celador de planta realizará en esta área mientras el transcurso del periodo de internamiento del paciente:

- Colaborará con la movilización y transporte de pacientes
- Traslado de pacientes a pruebas y consultas tras la correspondiente prescripción facultativa, permaneciendo con el hasta la finalización de las mismas.
- Colaboración con los TECAE's en el aseo diario y colocación y retirada de cuñas.
- Transporte e instalación de la botella de oxígeno en la cabecera de la cama.
- En ausencia de peluquero, afeitado a los pacientes de las zonas de intervención quirúrgica.
- Traslado de material y aparataje por las instalaciones
- En caso necesario, instruye al usuario en el uso y manejo de aparatos o utensilios tales como ascensores, televisores, camas articuladas o persianas.
- Control de entrada y salida de visitantes a la institución, solicitando el abandono de aquellos que no justifiquen su permanencia en la misma.
- Conservación y custodia del material y los enseres de la institución.
- Control del buen uso tanto del material como de los enseres de la institución, tanto por los pacientes como por sus acompañantes.
- Transportar de manera diligente y rápida los informes tanto verbales como escritos a los departamentos que le sean ordenados.
- Distribución de la farmacia pesada.
- Detectar las anomalías tanto en conservación del edificio como en el material, informando de las mismas a sus superiores jerárquicos.
- Respecto al trato e interacción con pacientes y familiares, no informarán ni harán comentarios sobre diagnósticos, pruebas o tratamientos o pronósticos, dirigiendo estas consultas al personal facultativo.
- Colaborarán con los TCAE's en el amortajado de pacientes fallecidos, cubriéndolos con una sabana y procediendo a su traslado a mortuario.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del equipo de trabajo de planta de una institución hospitalaria, el celador juega un papel muy importante, no solo en la movilización, transporte y traslado de pacientes, sino también en el manejo, transporte y custodia tanto de documentación personal, aparataje, mobiliario, ordenes e informes, muestras, sillas de ruedas, camas articuladas, camillas, etc.

Podemos afirmar, por tanto, que las funciones del celador son imprescindibles para el buen funcionamiento de la planta, por su labor de colaboración y trabajo en equipo con el resto de profesionales del hospital, estando siempre disponible para atender las necesidades del personal sanitario.

Es un profesional que, dado su función principal de ayuda y colaboración con otros profesionales, debe estar siempre disponible y localizable dentro de su jornada laboral.

Por último, añadir que el celador de planta requiere también una continua labor de reciclaje y formación, tanto en su puesto de trabajo como en los protocolos y procedimientos de cada una de las áreas que componen la institución, labor que le ayudará en el correcto desempeño de sus funciones.

6 Bibliografía

1. http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm#:text=CELADOR%20DE%20PLANTA&text=Se%20hace%20cargo%20de%20los,servicio%20designado%20por%20el%20m%C3%A9dico
3. <https://www.euroinnova.edu.es/el-celador-en-unidades-de-hospitalización>
4. <https://celadores2014.files.wordpress.com/2015/04/tema-11-especc3adfico.pdf>
5. <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/>
6. http://www.auxiliar-Enfermería.com/funciones_celador1.htm
7. Temario Oposiciones de Celador. SICEPA

Capítulo 497

LA GRÚA HOSPITALARIA PARA EL CELADOR

MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ

MARÍA INÉS MESAS VALERA

SARA BALLESTEROS PINEDO

1 Introducción

La grúa es un medio de gran ayuda para el celador en el centro sanitario, permite movilizar al enfermo o paciente dependiente, para vestir, asear o el traslado a otra dependencia, proporcionando una gran seguridad y evitando el riesgo de caídas. Es muy importante conocer bien el funcionamiento y las características de todas las grúas, es indispensable para un buen desarrollo del trabajo del celador. Para manejar una grúa se debe de poner guantes, ya que el arnés se debe de colocar debajo del paciente. Se le informará en todo momento lo que se va hacer pidiéndole su cooperación si fuera necesario y fuera posible. El celador debe de tener en cuenta una serie de medidas de seguridad para evitar posibles caídas, asegurándose que el paciente vaya bien sujeto y cómodo durante el tiempo que dure el traslado desde su origen a la estancia que nos dirijamos. Tenemos que tener en cuenta una serie de medidas a seguir antes de empezar con la movilización del paciente, una de ellas sería preparar la zona donde está el enfermo. En este capítulo, veremos los diferentes tipos de grúa y cómo actúa el celador en cada una de ellas, de la manera más correcta para obtener el mejor resultado posible en cada traslado.

2 Objetivos

Describir cómo disminuir los esfuerzos necesarios tanto para el celador y el paciente, ya que así se previene los riesgos de caídas y malas posiciones para el trabajador, en este caso el celador

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha investigado en diferentes páginas de protocolos de actuación, sobre el manejo de grúas, y el desempeño del trabajo del celador en este tipo de movilizaciones tan necesarias en un centro sanitario, para la correcta movilidad de un espacio a otro con el paciente encamado.

4 Resultados

Existen diferentes tipos de arnés, según el peso, patología y otros factores. En varios tipos de tiras se cruzan por debajo de las piernas, en otros entre las piernas e incluso en otros no se cruzan. Normas para el uso del arnés:

- El arnés no debe estar en mal estado y las tiras no deben estar retorcidas.
- En primer lugar, se debe de poner la parte del tronco o cuerpo y después los enganches de las piernas.
- El paciente tiene como prioridad el tiempo que dure su ingreso en el hospital, que le proporcionen un arnés en propiedad y cuando termine su estancia se llevará a la lavandería. Existen también varias técnicas de posicionamiento del arnés:

A. Decúbito lateral

Debemos rotar al paciente en posición decúbito para poner el arnés y su fuera necesario una entremetida, seguidamente lo situaremos en el decúbito contrario y así estirar el arnés para evitar posibles rozaduras. Después las tiras de las piernas se entrecruzarán y pasaran por debajo.

B. Posición sentado

Posicionar al paciente sentado, colocaremos el arnés de arriba-abajo y después volveremos a acostarlo para pasarle las tiras de las piernas por debajo de los muslos. Cuando esté puesto el arnés, lo arrimamos a la cama o donde se haga la movilización y subiremos el brazo de la grúa, y así colocaremos las tiras de los brazos y las piernas en los ganchos de la grúa. Después lo subiremos despacio y

abriremos las patas, se colocará el sillón y bajaremos el brazo de la grúa cuidando que quede bien sentado, para ello deberá de ayudarnos un auxiliar.

TIPOS DE GRÚAS

☒ GRÚAS ORTOPÉDICAS MÓVILES PARA ELEVACIÓN Y TRASLADO CON ACTUADOR LÍNEA

El mecanismo funciona con el pie, que se encarga de abrir las patas, se coloca hacia el paciente y con el sistema de mando eléctrico se eleva.

☒ GRUAS ORTOPEDICAS DE TECHO FIJA

En este caso el paciente o se puede trasladar junto a la grúa más de la longitud del raíl, es necesario el uso de silla de ruedas

☒ GRUA ORTOPEDICA DE TECHO MÓVIL

El paciente se eleva por un mecanismo de columnas elevadoras situadas a ambos lados del pórtico.

☒ GRUA ORTOPEDICA DE BIPEDESTACIÓN

Dispone de una plataforma para apoyar los pies, una parte acolchada para las rodillas y el arnés que sujeta solo bajo las axilas.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta toda la información vista en este documento y la formación y trabajo del celador en el manejo de la grúa hospitalaria, se desempeña un trabajo correcto a la hora de los traslados de los pacientes en el centro hospitalario. Así se traduce a un bienestar físico para los pacientes como para el personal de trabajo, celadores y auxiliares que intervienen en las movilizaciones de grúa.

El celador es una parte importante en los centros hospitalarios, que forma parte del personal que allí trabaja y es indispensable en multitud de servicios para los pacientes, debiendo proveerlos de una buena formación a nivel asistencial más adecuada y eficiente en todos los aspectos.

6 Bibliografía

1. protocolo tipología de grúas ortopédicas

2. <https://revistamedica.com/grua-hospitalaria-celador/eléctrica>

Capítulo 498

EL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD. PROCEDIMIENTO DESDE QUE LLEGA UNA PACIENTE HASTA EL MOMENTO DEL ALTA

SARA BALLESTEROS PINEDO

MARIA YOLANDA MORENO MARTINEZ

MARÍA INÉS MESAS VALERA

1 Introducción

El embarazo es una etapa que pasan la mayoría de las mujeres en algún momento de su vida. Este momento es emocionante pues como colofón final de este proceso llega al mundo un nuevo ser. Este periodo de tiempo dura nueve meses dependiendo de cada mujer, pero en líneas generales podemos decir que el embarazo comprende un periodo que oscila entre 37 y 42 semanas de gestación.

Durante todo este tiempo la mujer experimenta distintos cambios, tanto físicos como psicológicos y necesitará el apoyo de los profesionales de la salud (ginecólogos, enfermeras, matronas, celadores...) y por supuesto de un ambiente familiar que aporte a la futura madre seguridad y tranquilidad.

Todo el proceso del embarazo termina cuando llega el momento del parto que es cuando se produce la salida del bebé al exterior, el parto es el momento más esperado pero es el que genera más tensión en la futura madre por todo lo que conlleva.

Por otro lado sabemos que el celador es una figura muy importante en los centros sanitarios, pues su formación y preparación hace que sea una persona multifuncional permitiendo que se encuentre presente en muchos departamentos.

A continuación conoceremos como desarrolla el celador sus labores en el área de maternidad y como está presente en todo el proceso que experimenta una futura madre desde que llega al centro hospitalario hasta que recibe el alta médica.

2 Objetivos

- Explicar el proceso que se lleva a cabo cuando una mujer embarazada llega al hospital para dar a luz.
- Exponer el proceso que se lleva a cabo una vez que el niño nace hasta que madre e hijo reciben el alta médica.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una recopilación de información proveniente de diversas fuentes que han sido artículos, libros que ya están publicados y revisados, así como revistas médicas. También se ha hecho una búsqueda en buscadores de internet como por ejemplo Google o Google académico. También hemos utilizado la propia experiencia trabajando en el servicio así como la de los propios compañeros.

4 Resultados

Cuando una paciente llega al hospital para dar a luz lo primero que se hace es valorar la urgencia con la que viene la futura madre, algunas de ellas llegan con el proceso de parto muy avanzado y necesitan que la atención sea inmediata, y otras mujeres en cambio no vienen con un nivel de urgencia alto.

Independientemente del grado de urgencia, lo primero de todo será identificar a la madre tomándole todos sus datos personales en el servicio de admisión.

Una vez que la paciente está en el hospital, el celador verificará el estado de la madre ofreciéndole su ayuda en todo momento. Podrá recoger la hoja de admisión y la historia clínica de la paciente, acompañarla y guiarla por las dependencias del hospital si se encuentra en condiciones para caminar o por el contrario proporcionarle una silla de ruedas, cama o camilla si tiene dificultades para moverse y trasladarla.

El celador mantendrá informada a la futura madre en todo momento indicándole donde la va a trasladar y procurará que se sienta lo más tranquila posible.

Una vez que llegan a la llamada sala de dilatación, la madre esperará a que el parto sea lo más rápido posible, el celador colaborará con el personal sanitario para ponerle a la paciente los monitores que vigilarán las constantes del bebé.

El celador también se encargará de verificar que los materiales como camas o porta sueros estén en perfectas condiciones indicando a un superior si no estuviesen aptos para que procedan a reemplazarlos.

El celador siempre estará preparado para actuar frente a cualquier imprevisto que pudiera surgir.

Una vez que la madre ya está preparada para dar a luz, el celador trasladará a la mujer a la sala de parto o quirófano, dependiendo de si es un parto natural o si se debe practicar una cesárea.

Una vez en la sala de parto el celador esperará a que el personal sanitario asista el parto. Cuando el parto ya ha concluido el celador pasará a trasladar a la madre y al bebé debidamente identificados a la habitación donde permanecerán hasta recibir el alta médica.

Una vez en la habitación, el celador se encargará del traslado de toda la documentación de la madre y del bebé, (historia clínica, resultados de las pruebas...etc).

Si la madre necesitase algún mobiliario extra, este se lo proporcionará.

El celador también es el encargado de hacer respetar el horario de visitas a los familiares que vengan a visitar a la madre y su bebé. Si acaso a cualquiera de los dos (madre o bebé) hubiera que realizarle alguna prueba adicional, este sería el encargado de trasladarlos a la consulta correspondiente teniéndolos identificados en todo momento.

Finalmente cuando llega el momento para la paciente de recibir el alta hospitalaria, será el celador el encargado de recoger el informe de alta médica y llevárselo a la paciente para después acompañar a la familia a la salida del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Así hemos conocido como el celador está presente durante todo el proceso desde que la madre llega al hospital hasta que se va a casa con su bebé. El celador es la persona que recibe a la madre en el centro hospitalario y quien la acompaña a la salida del mismo.

Es muy importante que durante todo el proceso, el celador sepa tatar a la paciente transmitiéndole en todo momento tranquilidad, dado que traer un hijo al mundo es una ardua tarea. Por lo tanto podemos decir que el celador debe estar

debidamente formado y preparado para afrontar diversas situaciones que puedan surgir mientras la madre se encuentra hospitalizada, pues cada mujer es diferente y cada parto se desarrolla de forma distinta.

6 Bibliografía

1. OCRONOS: <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/#::text=Las%20funciones%20del%20Celador%20en,con%20nosotros%20su%20historia%20cl%C3%ADnica.>
2. FISIOSTAR: <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad.>
3. CENTRO DE FORMACION CARPE DIEM: <https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-64.pdf>.
4. Kidshealth: <https://kidshealth.org/es/parents/birth-centers-hospitals.html>.
5. CENTRO MEDICO LA SAMARITANA: <https://www.centromedicolasamaritana.com/sample-page/sala-de-parto/>.
6. Stanfordchildrens: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320#::text=El%20trabajo%20de%20parto%20es,la%20fecha%20estimada%20de%20parto.>

Capítulo 499

CELADORES PLANTEAN UNA REVISIÓN SOBRE CESÁREA VERSUS PARTO VAGINAL

ARACELI GIL GONZALEZ

JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA

JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA

ANA BELEN MARTINEZ JUAN

MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO

1 Introducción

Desde hace algún tiempo existen advertencias en la opinión pública y médica sobre un aumento paulatino en el número de partos que finalmente se resuelven mediante cesárea. En esta intervención, que estaba reservada desde la época del Imperio Romano y era solo un intento heroico de salvar la vida del niño en caso de muerte de la madre, gracias a los avances médicos modernos, se transformó luego en una sutura en el útero, quirúrgicamente estéril. Conocimiento de antibióticos y transfusiones de sangre, una herramienta muy útil para asegurar la vida del feto y la salud de la madre en diversas condiciones de riesgo al nacer. En la actualidad, no cabe duda de que los enormes avances del conocimiento médico han permitido reducir paulatinamente la mortalidad perinatal al disminuir el riesgo de esta intervención para la madre. Una cesárea puede mejorar significativamente

la vida de muchos recién nacidos y también ayudarlos a nacer en óptimas condiciones. Sin embargo, se cree que el aumento de cesáreas en la última década no ha sido proporcional a la reducción de la morbilidad y mortalidad perineal. El embarazo es una etapa muy importante y beneficiosa en la vida de una mujer, que conduce a la llegada de una nueva vida. Este proceso de nueve meses implica una serie de cambios físicos y psicológicos para las mujeres.

2 Objetivos

Describir la generalización de los últimos años del aumento de la práctica de cesáreas en detrimento de los partos vaginales.

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 preocupaciones del público y de las autoridades sanitarias parecen justificadas. Lo que la gente no entiende es que la intervención quirúrgica, que se consideraba un último recurso en los inicios de la obstetricia, con el paso de los años y en la investigación médica actual, se ha convertido en una alternativa con la que las personas llegaron a este mundo. Se utiliza con la misma frecuencia o incluso más que en la forma original y natural, pero el hecho de que la operación en sí significa una mejora en el estado del niño al nacer. Entonces algunas preguntas necesitan ser respondidas:

En primer lugar, es necesario poder averiguar cuáles pueden ser las razones de este crecimiento. Lo segundo que debemos preguntarnos es si estos números en aumento realmente deberían preocuparnos. También es necesario evaluar qué factor o factores pueden estar relacionados con la decisión de realizar una cesárea y si son éticos, y también es importante considerar medidas éticamente legítimas para cambiar esta situación. La Obstetricia o Medicina Materno Fetal es la única especialidad médica que atiende a dos personas, deben ser atendidas por

igual, en segundo lugar, a diferencia del pasado, hoy en día existen dos formas de solucionar los problemas. Nacido. El obstetra debe decidir caso por caso cuál de estos dos caminos es mejor para sus dos pacientes. Los resultados muestran la necesidad de abandonar paulatinamente los motivos e indicaciones de la cesárea y tratar de cambiarlos, siempre como primera opción para el parto vaginal, que aporta importantes beneficios en la producción natural de oxitocina, la secreción de leche materna y la recuperación materna.

En cuanto a las urgencias de maternidad es el Celador quien representa el primer contacto que tiene la embarazada con el hospital. Por ello es importante que el trato sea correcto y amable, ya que las embarazadas presentan a menudo síntomas de nerviosismo o angustia.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que para el obstetra, en interés del paciente, la prioridad es el método más adecuado para él. Según él, para saber qué canal es más saludable, se estudiarán las rutas de nacimiento en casos específicos para lograr un resultado saludable entre madres y bebés sanos. Pero no puedes elegir un medio si no puedes ver en él una garantía de algún tipo de beneficio mutuo. Además, cada decisión médica incorporaba los deseos del paciente, explicaba cómo

Puede estar implícito en la actitud, a favor o en contra de la decisión que se está considerando. Significa autonomía, para nuestra madre no es más que una expresión de los beneficios que ve para ella y/o el niño durante el parto.

6 Bibliografía

LILFORD RJ, VAN COEVERDEN DE GROOT HA, MOORE PJ, BINFHAM P. The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute preexisting physiological disturbances. Br J Obstet Gynaecol 2020; 97: 883-92

Capítulo 500

EL CELADOR PROTOCOLO EN AUTOPSIAS Y PACIENTES FALLECIDOS

JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA

JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA

ANA BELEN MARTINEZ JUAN

MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO

ARACELI GIL GONZALEZ

1 Introducción

Un celador de un hospital es alguien cuyo trabajo es garantizar que se implementen todos los resultados del centro y, entre otros trabajos, tiene un trabajo importante cuando fallece un paciente.

El celador necesita conocer tanto los cuidados específicos que requiere una persona después de muerte como el adecuado trato a los familiares, mostrando empatía y respeto hacia ellos y ofreciéndoles su ayuda en lo que necesiten.

Ante de la muerte, el celador debe identificar al difunto, ayudar a amortajar, el transporte a la morgue o sala de autopsias y notificar al jefe de la oficina para registrar a los muertos y organizar el registro. Informe previo del médico tratante del fallecido.

La diversidad de muertes convierte a los celadores en la persona más cercana a sus seres queridos, y ellos, junto con los trabajadores sociales y los servicios funerarios, hacen un buen trabajo tramitando y trasladando a los fallecidos.

De acuerdo con el artículo 14.2 del Reglamento de Personal No Sanitario, los celadores asistirán al encargado del embalaje de los pacientes fallecidos, cuyo trabajo sea el transporte del cadáver a la morgue, al enfermero o al encargado del embalaje. En ambos casos, el celador de planta se limitó a ayudar en el corte, moviéndose solo físicamente para facilitar el cumplimiento de las funciones de enfermera.

2 Objetivos

- Objetivo principal: o Aprender la forma correcta de trasladarse a la morgue.
- Objetivos secundarios: o Describir cómo funciona en la clínica. o Conocer las medidas preventivas.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo, se realizó una encuesta que incluyó una revisión sistemática de la bibliografía, en diversas guías y manuales para guardaparques. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y también se referenciaron artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas arbitradas.

4 Resultados

- Mover el cuerpo a la morgue. El retiro del cuerpo es responsabilidad del celador y este se hará en una camilla cubierta o camilla la cual deberá ser protegida con una lona y el cuerpo deberá ser cubierto con otro cobertor que lo cubra completamente del servicio. La muerte se produjo hasta la confirmación.
- Los familiares del difunto nunca los acompañarán.
- Antes de salir de la habitación con la camilla, debes asegurarte de que el pasillo esté vacío, de lo contrario, serán invitados a su habitación y, por lo tanto, saldrás con la camilla.
- El traslado a la morgue debe realizarse luego de recibir el informe de traslado en tiempo y forma, en un lugar no concurrido y confidencial.

- La llevaremos discretamente a la morgue, la pondremos en una habitación fresca y dejaremos un cartel en la puerta con los detalles del cuerpo para su posterior identificación.
- El depósito de cadáveres debe mantenerse en las mejores condiciones higiénicas y limpias posibles después de colocar el cuerpo en la habitación.
- Si primero se realiza una autopsia al cuerpo, también debe ser realizada por el guardia en su cámara frigorífica libre, a menos que esté esperándolo, lo cual es inusual.
- Recuerde que el cuerpo del difunto está en poder de su familia, salvo que se establezca expresamente otra condición por escrito o la familia lo haya donado con fines científicos.

Al finalizar estas tareas, regresarán a sus puestos y mantendrán todas las medidas de higiene pertinentes.

La actuación del celador en el servicio de autopsia consiste en asistir al personal médico.

A) El celador de este destino se encargará de:

- Traslado del cadáver del almacén a la mesa de autopsias.
- Organizar el cuerpo para realizar la anatomía así como para realizar los movimientos corporales necesarios para su práctica.
- Coloque el cuerpo sobre la mesa de exploración en posición supina.
- Mantener un ambiente de respeto que impida la entrada de desempleados o enfermos durante el curso
- Respetar el cuerpo vivo por el cuerpo muerto.
- Asistir a los médicos en el proceso de autopsia, en trabajos que no impliquen el uso de ningún equipo sobre el cuerpo, así como realizar los movimientos del difunto necesarios para el desempeño de su trabajo.
- Pesar órganos, colgar y enterrar restos humanos para la cremación de acuerdo con las normas aprobadas por la empresa.
- Reparación y recuperación del cadáver después de la autopsia.
- Lo harás independientemente del género de la persona en cuestión.
- Limpieza de salas, mesas y útiles de examen.
- Herramientas de limpieza.
- Cualquier otro trabajo relacionado con bienes adicionales que le encomiende un médico de acuerdo con la práctica de la autopsia.
- Transferir las muestras al departamento de patología.
- Distribución de resultados de biopsias y citologías en el centro.

B) Medidas preventivas:

- Se recomiendan guantes de látex y guantes desechables.

- Si los guantes se dañan o se rompen durante el trabajo, el celador debe lavarse las manos rápidamente y ponerse guantes nuevos.
- Se usará una capa, generalmente de un solo uso, para evitar que la sangre salpique el cuerpo o las puntas del condón.
- Mascarillas y gafas para evitar salpicaduras de líquidos en el cuerpo.
- El lavado regular de manos es uno de los pilares para prevenir la propagación de microorganismos.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la muerte forma parte del ciclo vital, la mayoría de las personas la encuentran tabú en muchas ocasiones y una circunstancia muy difícil o insuperable. Para los familiares/amigos del fallecido es un momento muy delicado, que requiere de especial comprensión y delicadeza de todos los especialistas que directa o indirectamente prestan sus servicios en el hospital y tratan de prolongar la vida lo mejor posible cada día. . posibles condiciones de vida de todos los pacientes ingresados. Establecer responsabilidades y procedimientos post mortem es clave para evitar o aliviar en lo posible el dolor de una familia ante esta realidad.

6 Bibliografía

1. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pdf.
2. Nogales, A (2004) Aproximación a la historia de las autopsias IV. Revista Electrónica de autopsias. Madrid, España. Volumen 2. Número 1.
3. Vargas-Alvarado, E(1999) Medicina Legal (2ªed). Distrito Federal, México: Editorial trillas.
4. Selva A, Garrido J, Segura J, González T et al. Seguridad y Salud laboral en autopsias. The Electronic journal of autopsy, 32-41.5. Dougherty,L. Lister, S. Last offices. The Royal Marsden hospital Manual of Nursing procedures 7th Ed. Wiley Blackwell. Oxford. 2008.384

Capítulo 501

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO

JOSE MANUEL ALMENDROS GARCIA

ANA BELEN MARTINEZ JUAN

MARIA CARMEN TRUJILLO GALDEANO

ARACELI GIL GONZALEZ

JUAN ISRAEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El embarazo constituye un momento clave en la vida de toda mujer, se trata de un proceso que dura 36 semanas aproximadamente y que conlleva una serie de importantes cambios físicos y psicológicos que impactan notoriamente la vida de la mujer.

Si bien es cierto que en un pasado no muy lejano la medicina intervenía poco o nada en el proceso del embarazo, pues las mujeres parían en casa y se llevaba poco o ningún control durante el proceso, no se realizaban ecografías, revisiones ni pruebas de forma periódica; pero, hoy en día, con el avance de la sociedad y la instauración de la medicina moderna como paradigma predominante, el embarazo implica un contacto estrecho controlado y regular con el sistema sanitario, pues se llevan a cabo ecografías, analíticas, y todo tipo de pruebas que permiten detectar anomalías en los fetos y van controlando que todo se desarrolle con normalidad.

Así mismo, el parto se produce en hospitales y centros habilitados para ello, y la mujer embarazada cuenta con la presencia de un obstetra, comadronas, enfermeras y resto de personal a su alrededor para asegurar que, si se da algún tipo de complicación, esta pueda ser rápidamente solventada sin consecuencias para el bebé o para la madre.

En la planta de ginecología y obstetricia de cada hospital habrá celadores encargados de diversas funciones que, al igual que los sanitarios y personal no sanitario contribuyen a que nuevos bebés lleguen al mundo con las garantías que la medicina moderna ofrece hoy.

2 Objetivos

- Nombrar las funciones que el celador lleva a cabo en la sala de paritorio.
- Desarrollar brevemente el contenido dichas funciones, destacando la labor del celador en la unidad de paritorio.
- Poner en valor la profesión del celador, imprescindible 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”, “paritorio” 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 comentarán las funciones que el celador lleva a cabo en la sala de paritorio.

Cuando sea el momento adecuado, el celador trasladará a la embarazada en su camilla desde su habitación la planta de ginecología y obstetricia o el box en que se encuentre esperando hasta la sala de paritorio. Resulta importante destacar en este contexto la figura del celador como parte de personal del hospital que debe fomentar en la embarazada un estado de confianza en el personal y el sistema y, si fuera necesario, tranquilizarla y ayudarla a calmarse en la medida de lo posible, pues se trata de un estado de mucha tensión y nerviosismo, especialmente en aquellas madres primerizas. Además, cuando se produce una urgencia obstétrica o el parto se adelanta y en consecuencia la embarazada llega al hospital de forma no programada e imprevisible, tras notificarlo a los auxiliares administrativos en el servicio de admisión de urgencias, será el celador la primera persona con la que la embarazada establezca contacto, por lo que de nuevo, es su deber tranquilizarla, haciéndola saber que ya está en manos de profesionales que harán todo lo posible para que todo salga adecuadamente. Posteriormente, tras la primera exploración física en los boxes de urgencias, si se determina que la paciente requiere pruebas complementarias, ingreso o inducción del parto, el celador se encargará de transportar a la paciente a la zona del hospital adecuada.

El celador, junto a la paciente, trasladará toda la documentación necesaria adscrita a ella, como, por ejemplo, su historia clínica, documentación, consentimiento informado y otros documentos administrativos de importancia que pudieran ser necesarios.

El celador trasladará las muestras de orina sangre, heces, biopsias, etc tanto de la madre como el bebe hacia el laboratorio.

También será el celador el encargado del transporte de todo tipo de aparataje que pudiera requerir ser movilizado en esta unidad, como ecógrafos, carritos, material de quirófano, inmobiliario etc. Así mismo, será obligación del celador notificar cualquier anomalía que detecte en cualquiera de estos elementos a sus superiores. Además, el celador transportará también elementos de farmacia pesada que son necesarios en esta unidad, asegurándose de que son entregados al personal adecuado.

Debido a que el nacimiento de un bebé, por regla general supone un momento de gran alegría entre las familias, es posible que se den ciertas irregularidades en los horarios de visitas o se incumplan con el número máximo de personas permitidas por habitación, es obligación del celador velar porque todas estas reglas sean

respetadas, así como mantener la sala de espera, pasillos y zonas comunes en un ambiente tranquilo y silencioso.

5 Discusión-Conclusión

Como ya se ha visto a lo largo de este texto, el celador realiza funciones muy variadas en la zona de paritorio, y si bien no interviene de forma directa en la labor del parto, sí que tiene un contacto estrecho con la paciente en numerosas ocasiones, y, gracias a sus labores de traslado de documentación, muestras, y transporte de pacientes hacia pruebas complementarias, quirófano o sala de paritorio, hacen posible el funcionamiento de esta unidad de forma impecable y coordinada, lo cual es imprescindible en toda sala de paritorio dentro del servicio de ginecología y obstetricia, en algo tan sensible y delicado como es la tarea de traer al mundo nuevos seres humanos.

6 Bibliografía

1. Funciones del CELADOR en MATERNIDAD | TEMARIO de CELADOR GRATIS. (n.d.). Retrieved July 7, 2022, from <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>
2. Celador En, E. L., & Sanidad, L. A. (n.d.). CARPE DIEM TEMA 6 FUNCIONES DEL CELADOR. <https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-64.pdf>

Capítulo 502

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CONTROL DEL MATERIA Y MEDICAMENTOS SANITARIOS

MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN

JULIA COLLADO LOPEZ

DAVID GARCIA COLMENERO

EVA RODEÑO PINACH

MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA

1 Introducción

Los servicios de suministros de hospitales, son los encargados de proporcionar al propio hospital y centros de salud, los recursos materiales que puedan necesitar, los cuales, se deben comprar, transportar y almacenar.

Será la organización y personal del hospital, quienes se encarguen de estas necesidades básicas, sumamente importantes para que todo funcione correctamente, y el auxiliar administrativo, se puede decir que es una pieza fundamental en todas estas tareas.

Los suministros se clasifican en:

- Suministros internos: se guardan en el almacén y las diferentes unidades se van proveyendo para así desarrollar la actividad asistencial.

- Suministros externos: son los obtenidos por los distintos proveedores, de los cuales reciben las ofertas o presentación de nuevos productos.

Dentro de este apartado están:

- Material no sanitario: aquí se encuentran por ejemplo, productos de menaje, comestibles, limpieza, artículos de oficina, ropa para el personal y pacientes encamados.

- Material sanitario: aquí se encuentra el material quirúrgico, hilos, grapas, vendas y material de radiodiagnóstico.

- Otros materiales: se trata del material radioactivo, electricidad, gas ciudad y tubos fluorescentes.

Dentro del departamento de compras y almacén general, se realizan varios pasos y se generan funciones de las que el auxiliar administrativo forma parte, una parte muy importante para el buen funcionamiento del departamento.

2 Objetivos

- Dar a conocer y explicar el servicio de suministros hospitalario y el papel del auxiliar administrativo en este servicio organizándolo

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 puede decir, que gracias a la digitalización que ha experimentado la asistencia sanitaria en los últimos años, la figura del personal administrativo y la del auxiliar administrativo, ha cobrado una gran importancia a la hora de organizar y gestionar el sistema sanitario.

Este buen funcionamiento está ligado a la realización de una correcta provisión de suministros para poder dar cobertura a los servicios sanitarios, que como finalidad tienen la de atender a los pacientes.

Para ello, es fundamental que exista un servicio de suministros, y dentro de este, las secciones de almacén y compras.

Es primordial que exista una estrategia de planificación, puesto que si es necesario aprovisionarse de todo lo necesario, también lo es que exista el mayor ahorro posible en costes sin que se pierda la calidad. De esta forma, los administrativos y los auxiliares administrativos, dentro de la sección de compras, almacén contratación de bienes y servicios, serán quienes se encarguen de que todo llegue como es debido.

Así, en el departamento de compras, las funciones que se realizan son:

- Se reciben las ofertas de los proveedores con los que habitualmente se trabaja o presentación de nuevos productos.
- Después, esas ofertas y presupuestos se estudian.
- Una vez hecho lo anterior, se le comunica al proveedor si esa oferta se acepta o no. Si se acepta, se presenta a la Junta de Compras del hospital, que es quien autoriza finalmente esa compra.
- Se realizan los pedidos necesarios a los proveedores. El que cada producto tenga asignado un código, facilita mucho la gestión.
- Se establece un plazo de entrega para los pedidos o se reclaman los no llegados en plazo.

En el almacén, las tareas realizadas son las siguientes:

- Recepción de las mercancías.
- Preparación de los pedidos solicitados y posterior reparto.
- Se realizan inventarios, controles de calidad y de stocks.

5 Discusión-Conclusión

El abastecimiento de los hospitales y centros de salud es primordial para poder atender a los pacientes correctamente.

En concreto, la figura del auxiliar administrativo es clave a la hora de un buen aprovisionamiento, puesto que es el quien se encarga (entre otras funciones), de detectar si existen errores en la mercancía recibida y gestiona los documentos que generan los pedidos de suministros informáticamente, facilitando enormemente la búsqueda y almacenamiento de todos los productos.

Es muy importante y necesario que exista coordinación y un buen trabajo en equipo entre todo el personal de suministros y sus secciones, para ofrecer un servicio de calidad a los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://revistamédica.com>.

Capítulo 503

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA RECETA ELECTRONICA

EVA RODEÑO PINACH

MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN

MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA

JULIA COLLADO LOPEZ

DAVID GARCIA COLMENERO

1 Introducción

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 comunidad 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 con un trato directo a los usuarios debe responder a diversas dudas, no solo las referentes

a citas médicas, historia clínica, vacunación, etc., sino que además debe saber el manejo y utilización del sistema OMI y conocimiento de que se trata la receta médica electrónica.

Por tanto 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.

2 Objetivos

Dar a conocer y explicar el funcionamiento de la receta electrónica para el auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias y sus beneficios

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

Desde la aparición del Covid-19, y todos los cambios que ha traído como: 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.

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.

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.

Para la activación de su receta electrónica en el sistema OMI hay un periodo de 10 días desde la prescripción médica, si el paciente no lo hace en esos 10 días su 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

Para acceder a la receta electrónica tienes que 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.

5 Discusión-Conclusión

La receta electrónica es un documento que permite al facultativo correspondiente 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 reducirlo o controlarlo.

El auxiliar administrativo actúa como colaborador siendo el nexo 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.

6 Bibliografía

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>

<https://tecnicoenfarmacia.es/blogpfarmacia/que-es-la-receta-electronica-ycomo-funciona/>

www.medline.com

Capítulo 504

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

DAVID GARCIA COLMENERO

EVA RODEÑO PINACH

MARÍA DE LA GUÍA CAMBRONERO MARTÍN

MARIA ANTONIA PICAZO CÓRDOBA

JULIA COLLADO LOPEZ

1 Introducción

Los beneficios de salud pública son una serie de iniciativas organizadas por los gobiernos para mantener, proteger y mejorar la salud de las comunidades. Es una combinación de ciencia, habilidades y actitudes destinadas a mantener y mejorar la salud de las personas a través de la acción colectiva o social. Un hospital es un lugar dedicado a cuidar y ayudar a los enfermos.

Esto incluye a los numerosos especialistas que componen el equipo de atención de un hospital, incluidos médicos, enfermeras y servicios técnicos las 24 horas, con acceso a la mejor tecnología y equipo médico especializado. Algunas personas que trabajan en hospitales son trabajadores no médicos o asistentes administrativos.

Los asistentes administrativos son responsables de procesar toda la información y actualizar los registros cuando los usuarios de TTYT solicitan respuestas precisas. También proporciona servicios a los usuarios por teléfono y en persona.

Los centros médicos son responsables de contestar teléfonos, administrar registros, crear registros computarizados y procesar citas. Se ha establecido que la función del auxiliar administrativo es fundamental, sus responsabilidades parecen sencillas, el orden, la atención de los administradores y la cantidad de tareas que enfrentan es muy importante para la imagen del auxiliar administrativo, son necesarias.

En definitiva, cuando un hospital o centro médico funciona bien, también depende de los auxiliares.

2 Objetivos

Exponer la diferencia entre atención primaria y atención especializada, resaltando la importancia de auxiliares administrativos como personal no sanitario en los diferentes centros sanitarios.

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 “atención primaria”, “atención especializada”.

4 Resultados

Existen diferencias entre atención primaria y atención especializada, y funciones de asistente administrativo dentro de cada servicio.

La atención primaria es la primera atención primaria que asegura la integridad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente. Esto incluye actividades para la promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de enfermedades, la atención de la salud, el mantenimiento y la rehabilitación de la salud, así como la rehabilitación física y el bienestar social. Un centro de atención primaria es un centro médico. Forman parte del equipo médicos de cabecera, pediatras, enfermeras, personal administrativo, trabajadores sociales, matronas

y fisioterapeutas. Y como máxima expresión de accesibilidad y equidad de acceso, los servicios de atención primaria de la salud se prestan en los hogares de las personas según sea necesario. Las acciones incluidas en la atención primaria incluyen:

- Asistencia sanitaria a demanda, programada y de urgencia, tanto en consulta como en el domicilio del paciente.
- Prescribir o prescribir y realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos, según corresponda.
- Actividades relacionadas con la prevención, promoción de la salud, atención familiar y comunitaria.
- Actividades de información y vigilancia en materia de protección de la salud.
- Restaurar la funcionalidad básica.
- Preocupaciones y servicios específicos relacionados con las mujeres, incluyendo la detección y atención de situaciones de violencia de género. Niños, adolescentes, grupos de riesgo y pacientes crónicos.
- Cuidados paliativos para pacientes terminales.
- Atención de salud mental en conjunto con servicios de atención profesional.

La atención profesional incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y asistenciales, así como las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedades, y por su naturaleza se recomiendan en este nivel. Este tipo de servicio se presta en consultas externas y hospitales de día, independientemente del estado del paciente.

Los cuidados intensivos se brindan en centros especializados y hospitales de forma ambulatoria o como paciente hospitalizado. Una vez dado de alta al paciente, se devuelve la información clínica correspondiente al médico de cabecera. La atención primaria garantiza un cuadro clínico y terapéutico holístico.

Las acciones incluidas en cuidados intensivos incluyen:

- Soporte profesional para consultas.
- Hospital de día, apoyo profesional en cirugía interna.
- Hospitalización en un medio hospitalario.
- Apoyar la atención primaria durante el alta temprana y el ingreso domiciliario si es necesario.
- Indicaciones o prescripciones y, en su caso, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Cuidados paliativos para pacientes terminales.
- Cuida tu mente y tu cuerpo.
- Rehabilitación de pacientes con deficiencias reversibles.

Las funciones que tienen que desempeñar los auxiliares administrativos en el sector sanitario son fundamentales y son diversos los puestos en los que se desempeñan.

5 Discusión-Conclusión

El sistema de salud proporciona servicios de salud estructurados Áreas médicas donde se prestan servicios de atención primaria y especializada. Tanto en atención primaria como en cuidados intensivos, los auxiliares administrativos tienen un papel fundamental a la hora de informar a los pacientes de sus derechos y en relación con otros trámites. Por lo tanto, su enfoque básico es servir al público. El trabajo que realizan los auxiliares administrativos tanto en los centros médicos como en los hospitales es lo que les hace trabajar bien y es un importante medio de comunicación y de ayuda a los pacientes a la hora de orientarse en el servicio sanitario

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed
- <https://www.polizamedica.es/seguros/salud/diferencia-entre-atencionprimaria-y-especializada>
- <https://administracion.formacionalcala.es/>

Capítulo 505

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE LOS PACIENTES CORONARIOS

JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ

NATALIA PLA CARRETERO

AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA

MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA

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 brazaletes, 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 506

EL CELADOR ANTE LA EUTANASIA DEL PACIENTE Y SUS PROBLEMAS

AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA

MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA

JAVIER GALLEGRO SÁNCHEZ

NATALIA PLA CARRETERO

1 Introducción

La Constitución Española reconoce en su artículo 15 que todos tenemos derecho a la vida, el dilema surge cuando nos planteamos si se trata de un derecho absoluto o este derecho tiene límites, es decir si se encuentra conectado con tener una muerte digna. Nuestra sociedad percibe en estas últimas décadas la proclamación de nuevos derechos sociales como el derecho a una muerte digna.

Morir es un acontecimiento inevitable y universal y de lo que nadie nos vamos a librar. La eutanasia, es un término que en la antigua Grecia equivalía a "buena muerte" y deriva de las voces griegas eu (buena) y thanatos (muerte). La eutanasia representa un camino seguro hacia la muerte y para sus familiares. Actualmente en muy pocos países (Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia) tienen despenalizada la eutanasia, en nuestro país ha sido aprobada recientemente.

Al abordar el tema de la eutanasia nos enfrentamos a una problemática difícil, compleja y de notable relevancia ética. No existe consenso entre los jueces, san-

itarios y especialistas en bioética sobre la necesidad, ventajas, inconvenientes y límites de esta medida irreversible. En los últimos años, la eutanasia ha adquirido protagonismo, no solo en los medios de comunicación sino también en las revistas médicas de primera fila.

2 Objetivos

- Analizar el concepto de eutanasia.
- Dar a conocer los tipos de eutanasia según la acción del médico y según la voluntad de paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

La Real Academia de La Lengua Española define la como "intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente si perspectiva de cura". No debemos confundir la eutanasia con el hecho de utilizar fármacos para aliviar el dolor sin intención de causar la muerte. A mediados del siglo XIX surgió el uso de medicamentos para aliviar la muerte, ya en el siglo XX las discusiones para la legalización de la eutanasia cobran mucha importancia.

La eutanasia ha sido manejada por dos corrientes filosóficas, constituida por hombres de ciencia y religión, tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus protectores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir libremente el momento de la muerte. Para sus detractores, la honestidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo exclusivamente divino para algunos y exclusivamente científico-legal para otros.

Los griegos para quienes una mala vida no era merecedora de ser vivida, no ponían ningún reparo ante la eutanasia. Las tres razones para tomar esta decisión, más frecuentes son: el sufrimiento existencial, la incapacidad para disfrutar de

la vida y la pérdida de autonomía. Las personas no deciden morir por miedo al dolor, sino porque consideran que "vivir así" ya no tiene sentido.

Podemos hablar de eutanasia activa y pasiva según la acción del médico:

- La eutanasia activa. Cuando la muerte es resultado directo de la acción de un tercero.

- La eutanasia pasiva Cuando la muerte es resultado de la omisión o no aplicación de medidas para mantener una persona con vida.

Según la voluntad del paciente hablamos de :

- Eutanasia voluntaria: el paciente toma la decisión.

- Eutanasia involuntaria: un tercero toma la decisión, sin el consentimiento del paciente, normalmente a petición de los familiares

5 Discusión-Conclusión

La conclusion que sacamos en este capitulo es que en una sociedad solidaria, culta, responsable, honesta debería centrar sus esfuerzos en ayudar a tener una muerte digna, con profesionales dispuestos y preparados para afrontar las más duras decisiones acerca de la vida humana, con un sistema de salud que garantiza un correcto funcionamiento de la medicina.

Determinar si un hombre debe morir o no, encontrará detractores y personas que estén a favor. Sacamos como conclusión, que si una persona piensa que su vida no es digna de ser vivida, porque sus condiciones se hallan deterioradas, la eutanasia será una buena herramienta que ayude a esa persona a tener una muerte digna.

Es la bioética quien debe proporcionar el apoyo para que esta conducta no sea castigada.

6 Bibliografía

1. <http://www.bioetica.org>.
2. <http://www.scielo.org>.
3. <https://www.monografias.com/laeutanasia/>

Capítulo 507

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

JAVIER GALLEGO SÁNCHEZ

NATALIA PLA CARRETERO

AMPARO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ALEJANDRA GUTIÉRREZ BUENDIA

MARIA DEL CARMEN PASERO GARCIA

1 Introducción

Se puede puntualizar que las consultas externas son aquellas donde los actos médicos se realizan de forma ambulatoria para diagnosticar, tratar o revisión de un paciente. Cada consulta se refiere a cada una de las especialidades médicas que existen

Dentro de las múltiples tareas que realiza en celador, existe una, poco considerada y es la función del celador en las consultas externas. El celador en las consultas no solo proporciona apoyo, si no también está involucrado en el trabajo de vigilante así como aperturas y cierres de consultas.

Las tareas del celador se engloban dentro de la zona donde se encuentran las consultas externas, desde que el paciente entra en la sala de espera hasta que sale de ella. No solo el papel del celador es en relación al paciente, sino también apoya a los demás profesionales que están también trabajando en la consulta como enfermería, medicina o administrativo.

Esta investigación está orientada en estudiar, reunir e ilustrar el valor del celador en relación a las funciones a desempeñar en las consultas externas dentro de un centro o institución sanitaria. El celador es además la primera persona con la que tiene contacto el paciente a su entrada al centro sanitario y por tanto a la consulta externa.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones de los celadores en consultas externas de los centros hospitalarios y la importancia de ellos en esta unidad

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

Entre las diversas funciones que tiene un celador en su jornada laboral, el trabajo que desempeña un celador en consultas externas tiene unas funciones específicas que se dividen en 3:

- Función asistencial: transportar los documentos que necesita el médico para poner a iniciar la consulta, ayudar al enfermo si precisa de ayuda para desplazarse por la consulta, a vestirse o desvestirse, a subirse o bajarse de la camilla de exploraciones.
- Función organizativa: el celador tiene que tener todas las historias clínicas en el orden establecido.
- Puesta a punto de la consulta: antes y después de la consulta tiene que revisar todo el mobiliario y herramienta que se emplea.

Todas estas funciones pertenecen a los celadores en las consultas externas. Previamente deberían estar estudiadas y canalizado ese conocimiento para una necesaria calidad asistencial de los pacientes que acude a consultas externas.

Existen pocos estudios que incluyan a los celadores dentro de las consultas externas, por ello, creo necesario más estudios teniendo en cuenta que el primer

contacto que tienen los pacientes ya no solo en las consultas externas si no ya en su entrada a cualquier centro sanitario es la figura del celador, que le acompaña y guía hacia la consulta, ayuda a bajar o a subir a la camilla de la consulta, a vestir o desvestir, su traslado en rayos si es necesario, incluso le acompaña a realizar los trámites tras la consulta al mostrado de administración y por último a encontrar la salida si la persona es dependiente o con limitaciones debido a su enfermedad o edad.

Por tanto, el celador es una figura imprescindible en el área de las consultas externas a la par que el resto de profesionales que forman parte del equipo de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de celador abarca muchas funciones y muy variadas dentro de las consultas externas , por lo que un celador debe de tener capacidad de adaptación para desempeñar correctamente su trabajo en el puesto que le corresponda en cualquier momento, dentro de las consultas externas.

La mayoría de las funciones de los celadores en las consultas externas es el traslado del paciente desde donde esté ingresado a la consulta, o el acompañamiento del paciente desde que llega a la sala de espera a la consulta así como traslado de documentación clínica, e innumerables funciones.

Para ello, un celador ha de tener los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para desarrollar correctamente su trabajo en consultas externas

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-del-celador-centro-hospitalario/>

http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

<https://www.oposbank.com/blog/que-es-celador-funciones>

Capítulo 508

PLANCHADORAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD LABORALES SANITARIOS

MARÍA DOLORES LÓPEZ DE LOS MOZOS GALLEGO

SUSANA CIFUENTES SÁNCHEZ

MILAGROS TEBAR PALACIOS

DOLORES LÓPEZ NAVARRETE

MARTA NAVARRO PÉREZ

1 Introducción

Una de las afecciones que mas ataca a los profesionales de las lavanderias hospitalarias es la neumonitis por hipersensibilidad es una enfermedad asociada con la inflamación pulmonar causada por la inhalación de sustancias extrañas, principalmente ciertos polvos, hongos o mohos. El síntoma más común de esta enfermedad es la disnea habitual, que puede acompañarse de tos seca además de otros síntomas bien diferenciados, ademas de mas complicaciones mucho mas graves para la salud

- Respiración dificultosa. - Tirar.

- cansado. - Disminucion del apetito.

- Pérdida de peso involuntaria. La neumonitis por hipersensibilidad (HP) es un grupo de enfermedades pulmonares que a menudo se asocian con disnea, tos y fiebre con efectos de bronquiolitis de tipo inmunológico. Se han descrito más de 50 antígenos responsables del NH2, de los cuales *Aspergillus fumigatus* es uno

de los más implicados en el origen de esta patología, como se ha demostrado en casos de Espartosis y Suberosis. Presentamos un caso de un paciente con NH. Sus hallazgos clínicos ocurrieron después de la exposición al hierro del carbón y *A. fumigatus*, evidenciados al reciclar el exceso de agua de la secadora. Esta fuente de exposición hasta el momento no ha sido documentada y es extremadamente dañina, especialmente para quienes tienen contacto diario directo con ella.

2 Objetivos

Conocer e indicar el caso de una mujer planchadora afectada con neumonitis por hipersensibilidad que trabajaba en los centros sanitarios

3 Caso clínico

Una mujer de 31 años que fumaba 20 paquetes de cigarrillos al día reportó ocho episodios de tos seca, dificultad para respirar, opresión en el pecho y fiebre durante los últimos tres meses, pocas horas después de comenzar con Chandow. Desaparece a las 24-48 horas de su suspensión. La paciente refirió utilizar una plancha con vapor y reutilizar el agua de la secadora para su propio uso. Era una acción que nunca había realizado antes de estos episodios. El examen físico, la radiografía de tórax y la tomografía computarizada no mostraron alteraciones. La espirometría forzada mostró una capacidad vital forzada (CVF) de 3,32 l (95%), volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

(FEV1) es de 2,46 l (86 %) y la relación FEV1/FVC es del 74 %. El análisis mostró 13.000 glóbulos blancos, 85% neutrófilos, 11% linfocitos, 0,7% eosinófilos y un nivel de inmunoglobulina grampositiva para *A. fumigatus* de 157 U/ml (normal < 0,35 U/ml).Entiendo. En un estudio específico de irritación bronquial, los pacientes fueron planchados con agua seca y se observó una reducción del 27% en la supervivencia forzada 24 horas después de la exposición. Con una temperatura corporal de 36,8 a 37,3. Los cultivos del agua utilizada para planchar la ropa fueron positivos para *A. gloria* de la mañana. De ahí el diagnóstico de HN secundaria a aspiración *A. gloria* de la mañana.

Tras aconsejar a la paciente que no reutilizara el agua de la secadora y planchar con agua destilada, permaneció asintomática durante los últimos 6 meses de seguimiento. Aunque la presentación clínica del paciente sugiere la posibilidad de NH, los cambios radiográficos típicos de esta entidad no son evidentes y pueden ocurrir en el 12% de los casos. No se realizó broncoscopia porque no se observaron cambios radiográficos. Esta prueba puede ser muy efectiva, pero

no es necesaria para el diagnóstico de esta enfermedad. En este contexto, los pacientes pueden presentar patología por inhalación de endotoxinas, pero no hay evidencia de que la función pulmonar esté significativamente alterada en este síndrome. Prueba de provocación positiva, aislado *A. fumigatus* y títulos elevados de inmunoglobulinas en hidroponía de secado

Un gramo específico de este hongo en el suero del paciente confirmó el diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad.

4 Discusión-Conclusión

El hecho de que *A. fumigatus* sea una bacteria disipadora de calor que prospera a 37-45 °C puede promover el crecimiento en agua más seca y aumentar la probabilidad de inhalación durante el planchado. Incluso el tratamiento de casos exclusivos relacionados con el planchado a vapor, descrito en la literatura médica de NH por *A. fumigatus*, requiere considerar esta fuente de exposición, ya que cada vez más hogares abogan por el reciclaje del agua de la secadora. La escasez de agua actual y las propiedades de planchado se mejoran con agua destilada. Este es uno de los muchos riesgos a los que se puede enfrentar una planchadora en el trabajo.

5 Bibliografía

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

Capítulo 509

DESEMPEÑO DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS

MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS

DIEGO ALONSO GONZÁLEZ

MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO

ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ

PABLO DEL PINO CORROCHANO

1 Introducción

Entre la diversidad de Servicios que componen la estructura de un centro hospitalario se encuentra el Servicio de Endoscopias del Área de Digestivo. En él se efectúan diariamente diferentes pruebas médicas relacionadas con el aparato digestivo, como, por ejemplo, gastroscopias, colonoscopias, etc. El celador destinado a este Servicio, además de efectuar las labores generales de un celador en hospital o en consultas externas debe tener en cuenta una serie de tareas, protocolos y procedimientos a efectuar propios del servicio.

En el Área de Digestivo se encuentra el Servicio de Endoscopias donde diariamente se efectúan, con carácter programático o de urgencia, pruebas médicas que hacen referencia a patologías de diferente índole que afectan al aparato digestivo.

Los enfermo o usuario s que acuden a la efectuación de las pruebas del Servicio de Endoscopias tienen varios tipos de procedencia:

- Enfermo o usuario ingresado en el propio hospital (ingresados en el área de hospitalización del propio Centro).
- Originarios de otros hospitales de la región en los que habitualmente no se efectúan este tipo de pruebas. Suelen acudir, efectuar la prueba y regresar en el mismo día al centro hospitalario de procedencia.
- Procedentes de domicilio particular como enfermo o usuario ambulatorio que se desplaza hasta el hospital por sus propios medios y que regresará una vez finalizada la prueba a su domicilio
- Derivados del Servicio de Urgencias del propio hospital tras surgir la necesidad de efectuación de la prueba concreta en la atención recibida de urgencia.

2 Objetivos

Establecer las competencias a desenvolver por parte del profesional del celador y que sean inherentes al Servicio de Endoscopias de las instituciones hospitalarias.

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 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 e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Las competencias más importantes o destacables del celador en el servicio son: Traslado del enfermo o usuario ingresado en cama, camilla o silla, según la necesidad. Desde la habitación u otros servicios del hospital hasta la sala de técnicas. Antes de iniciar el traslado y durante el mismo se prestará especial atención a los posibles elementos médicos (balas de oxígeno, goteros, sondas, etc) a los que el enfermo esté conectado y deban acompañarle o ser desconectados.

Para ello se hablará con el equipo de enfermería que será quién se ocupe de preparar al enfermo o usuario, conectar o desconectar elementos y autorizar su salida de la habitación. Una vez finalizada la prueba médica, el celador, procederá

a trasladar nuevamente al enfermo o usuario a la correspondiente sala de recuperación (si fuera necesario y así lo indicara el equipo médico) o a la habitación o servicio del hospital de donde procedía inicialmente. Del mismo modo se llevarían a cabo los traslados de enfermo o usuario s procedentes de otros hospitales, enfermo o usuario s ambulatorios o enfermo o usuario s derivados del servicio de urgencias hasta las salas donde se realicen las técnicas médicas si tuvieran problemas de movilidad o de cualquier tipo que aconsejaran la participación del celador y posteriormente de las salas de técnicas a las unidades o salas de recuperación si fuera necesario. Finalmente, se les traslada o acompaña al área de ambulancias para retornar a su hospital de procedencias o bien al Servicio de Urgencias o hasta la salida del servicio respectivamente.

Colocación, en caso necesario, del enfermo o usuario en la cama o camilla de técnicas para la efectuación de la prueba en la posición más adecuada siguiendo las indicaciones del equipo médico. El celador o celadores movilizarán al enfermo o usuario con el mayor cuidado posible y utilizando las técnicas correspondientes. Traslado de máquinas y aparataje propio del Servicio de unas salas a otras o a otros Servicios del hospital como quirófanos, UVI, etc. según las necesidades habidas. Dicho traslado se efectuará de la forma más cuidadosa y ordenada posible procurando que no sufran daño los equipos ni se produzca ningún tipo de accidente con otros compañeros o usuarios.

Atención directa a los enfermo o usuario s ambulatorios que acceden al servicio en las dudas que pudieran tener sobre la sala de técnicas a la que deben acceder, salas de espera, mostrador de citaciones, etc. En caso de que las dudas tuvieran carácter médico se le derivaría hacia algún miembro de los equipos médicos existentes que pudiera atenderle o bien a la persona encargada de la supervisión del Servicio.

Trato al enfermo o usuario. En todas las competencias descritas anteriormente que ha de efectuar el celador existe un punto común como es la interacción con el enfermo o usuario. A lo largo del proceso de traslado, de movilización, de colocación, etc. , el celador habitualmente se encontrará con algún tipo de conversación con el enfermo o usuario siendo muy importante que ese proceso comunicativo se produzca de la forma más correcta posible y utilizando las habilidades sociales como elemento básico de relación. El celador usará la empatía, la amabilidad y la corrección en su trato con el enfermo o usuario.

Como premisa fundamental en ningún caso podrá dar ningún tipo de información médica al enfermo o usuario ni efectuar ningún comentario que pueda inducir al enfermo o usuario a pensar que lo está haciendo. Para cualquier cuestión médica que el enfermo o usuario plantee el celador le aclarará que no es el per-

sonal adecuado para informarle y le remitirá al equipo médico correspondiente indicándole la forma, lugar y horario en el que le podrán atender.

5 Discusión-Conclusión

El profesional del celador además de sus competencias generales y las específicas de un hospital, tiene que conocer las propias del servicio o unidad donde desempeñe su actividad. De dicho conocimiento y de un buen desempeño de su labor , así como el del resto de trabajadores del área , dependerá que la calidad del servicio prestado sea óptima, o se aproxime al nivel óptimo , lo que implicará una gran satisfacción del enfermo o usuario o usuario y que nuestro servicio de salud mejore día a día alcanzando niveles muy altos de calidad que originarán niveles muy altos de bienestar de la población.

6 Bibliografía

1. Sociedad científica para el desarrollo del conocimiento.
2. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias ([www. enfermeriadeurgencias.com](http://www.enfermeriadeurgencias.com)).
3. Servicio de Salud del Principado de Asturias (www.astursalud.es).
4. Logoss formación (www.logoss.net).

Capítulo 510

CORRESPONDENCIA ESENCIAL EN COMUNICACIÓN DEL CELADOR HACIA EL PACIENTE ENFERMO

ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ

DIEGO ALONSO GONZÁLEZ

MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO

MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS

PABLO DEL PINO CORROCHANO

1 Introducción

Comenzaremos exponiendo que la comunicación es la práctica y manejo mediante y a través del cual se transmite y divulga información, o se muestran sentimientos, pensamientos y cualquier otra forma de comunicación que pueda transmitirse.

Elementos que son requeribles y que se necesita para poder realizar este intercambio de información :

Emisor: Este será la fuente creadora del mensaje: es decir, la parte inicial de la comunicación que ocasiona el mensaje.

Receptor: Será la parte implicada de la comunicación que va a poder recibir el mensaje, por lo tanto, es a quien se le llega a transmitir el recado.

Mensaje en si: Será el primordial y significativo elemento de la comunicación; y que es todo aquello que se desea y quiere transmitir.

Código: Este sera la asociación y conjunción de signos que le va a consertir al emisor el poder transmitir el citado mensaje, de modo que el receptor pueda así entenderlo.

Pueden ser estos códigos:

Lingüísticos lo cual se refiere al lenguaje oral y al escrito.

O los no lingüísticos como pueden ser el gestual, auditivo o el visual.

Posteriormente tenemos el medio o el canal de comunicación: este será el vehículo en el que se divulga y trasfiere el mensaje, aquí, nos encontramos con la trasmisión por aire, papel, carteles y largo etc...). El Canal es el medio considerado como físico de transmisión.

La citada comunicación se cataloga en: comunicación oral, por supuesto la escrita, mediate y a través de los gestos o inclusive por los símbolos.

Todos estos elementos referidos son transcendentales e imprescindibles; ya que si alguno de estos llegara a faltar, veríamos wue no sería posible llegar a completar la realización de la comunicación.

Dicho proceso, emprende en el citado emisor y llega a clausurar cuando el recibidor ha entendido y comprendido el mensaje.

Si el mensaje a trasmitir no es codificado conveniente y adecuadamente no se ocasiona el proceso de realizar de la comunicación deseada (por ejemplo, el emisor y el rector tienen que llegar a entender el mismo lenguaje esgrimido). Cuando entre dos individuos que estan conversando se instaura una comunicación se establece como de retroalimentación o feedback.

2 Objetivos

Destacar la relevancia de la comunicación en la relación que existe por su trabajo entre el celador-enfermo- familia.

Enumerar los pilares fundamentales y más significativos en los que debe basarse la comunicación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha 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

4 Resultados

En la comunicación no todo es fluido ya que pueden presentarse los llamados “ruidos”, que es la interferencia que llega a poseer el mensaje para así poder llegar al destino y se que esto se refiere a los elementos negativos que pueden entorpecer y dificultar una buena percepción y recepción de éste.

La comunicación entre el celador, el paciente enfermo y los familiares:

Por parte del profesional celador es requerible:

Conocer la esfera social y cultural del paciente enfermo. Cuando el profesional celador tiene que hablar y conversar o transmitir información con el enfermo o sus familiares, debe ejecutarlo manejando un lenguaje claro, y por supuesto evitando los tecnicismos. Las palabras que se digan tienen que ser conocidas en el lenguaje “de referido como de la calle” y debe hablarle solamente lo justo y requerible.

Se debe estar siempre atento, saber callar para poder llegar a escuchar y así demostrar interés por el paciente enfermo y su medio o entorno.

Favorecer y fomentar la expresión y la buena comunicación con el enfermo; instaurar un ambiente bueno, cercano y manifestar empatía.

Favorecer situaciones de poder establecer comunicación con el paciente evitando que se sienta como interrogado o presionado a hablar.

No debe interrumpirse nunca al enfermo cuando él trata de expresar alguna preocupación, sentimiento, dolencia, o lo que desee expresar etc.

El celador debe ser muy consciente y saber de qué su actitud general, la forma en la que se presenta ante los enfermos o/y familiares, su presencia en cuanto al aspecto físico y modo de vestir, la expresión corporal y por supuesto los gestos, esto referido va a influir favorable o desfavorablemente en el establecimiento de la comunicación con el enfermo.

Los familiares, allegados y el enfermo no deben percibir ni notar en ningún momento desinterés por parte del celador .

El celador tiene que saber que no puede nunca emitir cualquier opinión o ningún juicio.

El tono de la voz debe ser conveniente a cada enfermo y a cada circunstancia, en lo referente a las expresiones corporales y mímicas estas deberán ser mínimas posibles , ya que se establece como un lenguaje ambiguo.

Intentar en lo máximo posible entender al enfermo asumiendo el entendimiento en consideración a sus necesidades.

Adecuarse a la tipología de enfermo ya que puede ser quirúrgico, o de salud mental o un paciente infantil pediátrico, teniendo en consideración la clase y características de la enfermedad.

Por parte de los enfermos y familiares es requerible:

Se les dirá e informará por el personal convenido de darles a conocer la carta de derechos y deberes del enfermo.

Los familiares deben estar al tanto de las horas habilitadas de atención que el hospital tenga instauradas para poder hablar o informarse con el médico responsable.

5 Discusión-Conclusión

Por parte del celador destacaremos lo más esencial a la hora de tratar al enfermo y a sus familiares o allegados, lo más importante será el conocer el ámbito social y cultural del paciente enfermo. Cuando el celador tiene que hablar o comunicarse con el enfermo o sus familiares, debe hacerlo manejando un lenguaje claro, evitando los tecnicismos. Las palabras tienen que ser siempre conocidas en el lenguaje “de la calle” y debe hablarle lo solamente lo justo y necesario, crear un ambiente bueno y manifestar empatía, no debe interrumpirse al enfermo.

Los familiares y el enfermo no deben percibir en ningún momento de la asistencia desinterés por parte de los celadores, el tono de voz debe adaptarse a cada enfermo y circunstancia.

Y por supuesto el celador o cualquier trabajador de la salud debe evitar emitir cualquier opinión o juicio.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/>
2. <https://revistadigital.inesem.es>
3. <http://www.aeesme.org>
4. <http://www.scielo.org.co/>
5. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. MEDISAN [Internet]. 2009 Ago [citado 2022 Sep 13] ; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400010&lng=es

Capítulo 511

HIGIENE EN LAS POSICIONES ADOPTADAS POR EL PERSONAL CELADOR

PABLO DEL PINO CORROCHANO

DIEGO ALONSO GONZÁLEZ

MARIA YOLANDA GARCIA-ZARCO MAESO

MARÍA DEL PILAR INIESTA CABAÑAS

ISABEL RODRÍGUEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Conocemos como higiene posicional, el conjunto de normas, consejos y/o actitudes posicionales que están encaminadas a mantener la mejor alineación posible de todo el cuerpo y así poder evitar posibles lesiones.

El esfuerzo físico es una parte esencial de cualquier actividad laboral, siendo un complemento de fatiga muy importante, erróneamente pensamos que solo hay fatiga o peligro de lesión en aquellos trabajos que consideramos “pesados”, pero en muchos trabajos de nuestro ámbito como pueden ser celadores o personal sanitario también existen distintos riesgos. El manejo de cargas, el mantenimiento y conservación de posturas inadecuadas, los movimientos repetitivos y el trabajo con pantallas de visualización de datos, entre otros, pueden ser causas de lesiones del sistema músculo esquelético.

Aunque las dolencias en relación con la espalda son la patología más recurrente entre el personal que trabaja en sanidad, podemos clasificar e identificar las lesiones músculo esqueléticas según los tejidos y estructuras afectados, por lo que logramos hablar de mialgias, tendinitis y/o tenosinovitis, compresión de los nervios, artritis y trastornos degenerativos en lo que a la columna se refiere .

A pesar de que tanto los celadores como como cualquier profesional de la salud formamos parte del personal sanitario y no sanitario, el cuidado de la higiene posicional de estos dos colectivos no es exactamente igual, ya que cada uno desempeña distintas funciones en su puesto de trabajo.

2 Objetivos

Proponer medidas de intervención y/o prevención de las posibles lesiones por una mala higiene posicional tanto para celadores como cualquier profesional que trabaje en la sanidad.

Conocer la magnitud del inconveniente de la mala higiene posicional y sus lesiones.

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, también se han consultado bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico, seleccionando artículos y revistas procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Aunque el estrés se considere como uno de los elementos para tener en cuenta en el desarrollo de las lesiones músculo esqueléticas (ya que ocasiona una limitación en la capacidad del organismo provocando situaciones de excesivo esfuerzo) en este tipo de lesiones, predomina el dolor como síntoma principal y en consecuencia una alteración funcional que se extiende desde la fatiga posicional(reversible) hasta afecciones periarticulares que son irreversibles.

El dolor osteomuscular es muy recurrente en las distintas categorías del ámbito sanitario y ocasiona baja laboral en un alto porcentaje de los afectados. Este tipo

de lesiones o dolores normalmente se suelen localizar en la espalda, cuello, tobillos, pies, muñecas y manos.

Los trastornos músculo-esqueléticos presentan controversias muy importantes tanto para la persona (pérdida de ingresos y menor calidad de vida) como para la empresa (coste financiero elevado), y hay una relación totalmente directa entre las bajas laborales con las pérdidas del PIB, por estas razones gran cantidad de investigadores, han demostrado que es preciso la implementación de iniciativas en el lugar de trabajo para evitar dichas lesiones y/o enfermedades.

Para disminuir o eliminar los problemas músculo-esqueléticos, vamos a detallar a continuación una serie de normas y pautas de seguridad laboral, que todos los trabajadores no sanitarios deben de conocer y aplicar para poder evitar las lesiones propias de cada puesto de trabajo y tener una higiene posicional adecuada, con el fin de mantener un ambiente laboral saludable y así, obtener también un mejor rendimiento laboral.

Pautas para personal trabajador de la salud o que desempeñe su trabajo principalmente sentado:

Tanto el mobiliario como el equipamiento debe de estar adaptado a las peculiaridades del puesto, este ocupa un lugar esencial para llevar a cabo una higiene posicional adecuada y correcta.

La silla debe de contar con una suave prominencia en el respaldo, debe de sujetar la espalda para conservar la columna en la misma postura que si estuviésemos de pie, debe de tener reposabrazos para poder colocar los brazos de forma correcta y natural y debe de girar todo el cuerpo a la vez.

La pantalla del ordenador se debe de poder inclinar u orientar y debe de estar situada a unos 45 cm de distancia, frente a los ojos.

Las muñecas y antebrazos deben quedar rectos y alineados con el teclado, con el codo flexionado a 90°.

Los pies deben de estar apoyados bien en el suelo y/o en un reposapiés.

Por último y como norma se debe de estirar el cuerpo cada cierto tiempo, ya que los intervalos de relajación y estiramiento no solo mejoran la postura y el bienestar de los trabajadores sino también la productividad.

Pautas para celadores o cualquier personal que lleve a cabo manejo de cargas:

Pedir ayuda para el manejo de cargas, sobre todo si son manipulaciones de riesgo.

Mantener una postura correcta y no fatigante, movilizándolo el cuerpo en su totalidad, no solo la parte superior del mismo.

Hacer precalentamiento y estiramientos antes de hacer esfuerzos.

Hacer descansos durante la jornada laboral.

Evitar permanecer arrodillado, en cuclillas o demasiado tiempo en la misma posición.

Evitar hacer movimientos que involucren elevar los brazos por encima de los hombros y rotaciones bruscas de la columna vertebral.

Mantener la columna alineada y pies, rodillas y caderas alineadas.

Fomentar el trabajo en equipo, de tal manera que los compañeros estén coordinados y se sepa con antelación cual es la función de cada uno.

Explicar al enfermo de manera sencilla y concisa la tarea que se va a hacer y pedirle colaboración.

Mantener en todo instante técnicas básicas de movilización segura: espalda recta, con- tracción de glúteos y músculos abdominales con el fin de mantener la pelvis en posición correcta y utilizar músculos de las piernas para levantarse y moverse. La posición de la cama deberá estar a la altura del ombligo del profesional que sea más alto.

El pie dominante se deberá colocar en la posición en la que se vaya encaminado el movimiento.

Utilizar un uniforme holgado, que no moleste ni limite el movimiento.

Calzado seguro antideslizante.

5 Discusión-Conclusión

La adquisición de malos hábitos posicionales, como por ejemplo estar mucho tiempo en la misma posición, en una postura forzada y/o incómoda o haciendo movimientos repetitivos, pueden desencadenar distintas enfermedades, pero sobre todo suelen desencadenar problemas o lesiones de espalda.

Los profesionales de la salud tanto sanitarios o no sanitarios, que trabajen a pie de cama, o que trabajan todo el día en una silla, están en la obligación de exigir la utilización de material adecuado el cual reduzca la posibilidad de padecer enfermedades relacionadas con la movilización de enfermos o relacionadas con malas posturas o movimientos repetitivos.

Estos profesionales, a su vez deberían de asistir a cursos de reciclaje para conocer todas las posibilidades y materiales disponibles para evitar posibles riesgos. Siguiendo todas las medidas y pautas de prevención anteriormente mencionadas y utilizando los sistemas y materiales adecuados, los profesionales verán un gran alivio en todo lo relacionado con los problemas osteoarticulares e incluso evitarán que aparezcan.

6 Bibliografía

1. Protocolo de Vigilancia Sanitaria Especifica Manipulación de Cargas. Comisión de Salud Publica Consejo Interterritorial Servicio Nacional de Salud, en www.msc.es/medioambiente/saludLaboral/vigitrabajadores
2. Asensio-Cuesta, S., Bastante-Ceca, M.J., y Diego-Más, J.A. (2012). Evaluación ergonómica de puestos de trabajo.
3. Guillén, M. (2006). Ergonomía y la relación con los elementos de riesgo en salud ocupacional. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4).
4. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Eds.), *Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el ámbito sanitario* (pp.1-22).
5. <https://formacionasunivep.com>
6. <http://www.huvv.es>
7. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/936>
8. <https://www.semanticscholar.org>

Capítulo 512

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

CARLOS PAVON SOTOMAYOR

VIRGINIA MOLERO UREÑA

CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO

MARIA OLGA RICO GOMEZ

NOEMI MORENO RUBIO

1 Introducción

Todos los tipos de gérmenes tienen en los diferentes alimentos el caldo de cultivo para encontrar los nutrientes que necesita para vivir, crecer y multiplicarse. Por lo tanto, este proceso de multiplicación de los gérmenes en los alimentos, supone un peligro para la salud de pacientes y usuarios que comen a diario en el centro sanitario, así como para los propios profesionales.

Por ello se hace necesario evitar la contaminación de los alimentos y que los profesionales que trabajan en la cocina hospitalaria conozcan los medios de transmisibilidad que tienen los agentes patógenos, porque es en estas zonas, en donde viven los gérmenes, donde se producen las fuentes de contaminación.

Pero no son solo los profesionales de la cocina hospitalaria los agentes causantes de la contaminación de los alimentos, sino que existen otros medios de infección,

como pueden ser los propios alimentos que provienen de huertos contaminados, o incluso el agua con la que se lavan los alimentos que esté contaminada. Es por estas circunstancias que se elabora este capítulo, donde el conocimiento y las causas de la transmisión de los agentes patógenos debe estar presente en el pinche de cocina en todas las actuaciones que realiza en la cocina hospitalaria.

2 Objetivos

- Conocer las actuaciones que desarrolla el pinche de cocina en la manipulación de los alimentos.
- Describir las técnicas empleadas pinche de cocina a la hora de la manipulación de los alimentos.

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

Una incorrecta manipulación de los alimentos por parte del pinche de cocina, puede derivar en la transmisión de diferentes enfermedades. Es por este motivo, que el pinche está obligado a extremar todo tipo de precaución y a observar las medidas higiénicas cuando esté realizando estas tareas.

El pinche de cocina, como profesional del sector de la alimentación, tiene una gran responsabilidad cuando está preparando, emplatando o elaborando los alimentos para los menús de los pacientes o para los usuarios del centro hospitalario.

En este sentido el pinche de cocina debe ser portador de los conocimientos necesarios en la manipulación de los alimentos, junto a otros objetivos que debe plantearse en la misma, como son organizarse en el trabajo, tener una correcta higiene personal, sentido de la responsabilidad, etc.

Además debe ser un profesional muy observador, porque la mayoría de las veces un alimento contaminado no tiene una apariencia distinta a un alimento no contaminado, y no puede apreciarse la contaminación en un primer contacto. Estas toxinas que son sustancias tóxicas no pueden apreciarse a simple vista.

La contaminación de los alimentos puede producirse en cualquier momento, cuando se está dando órdenes en la cocina, por ejemplo, las gotas de saliva pueden estar cargadas de gérmenes que se esparcen por los alimentos, o cuando se tocan partes del propio cuerpo, de objetos contaminados, cuando se acude al baño, etc., se pueden portar los gérmenes que luego a través del contacto o del aire, pueden contaminar igualmente los alimentos.

Se ha dicho anteriormente que incluso a través del agua utilizada para el lavado o la preparación de los alimentos, se puede contaminar a los mismos, sobre todo cuando se realiza con agua no potable. Los insectos, los utensilios si no están perfectamente desinfectados, pueden ser responsables de portar e infectar los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado a lo largo del desarrollo del capítulo cómo el pinche de cocina tiene la responsabilidad de cumplir perfectamente las normas sobre la manipulación de los alimentos, porque una mala manipulación de los mismos, puede derivar en consecuencias muy graves para los pacientes del centro sanitario.

Es necesario que el pinche de cocina extreme todas las medidas preventivas protocolarias para evitar la contaminación de los alimentos y por tanto la multiplicación de gérmenes en la cocina hospitalaria, que tiene la particularidad de multiplicarse muy rápidamente si se dan las condiciones necesarias de una mala manipulación de los alimentos.

6 Bibliografía

1. La manipulación de los alimentos en la cocina hospitalaria. Disponible en <https://revistamedica.com>
2. Higiene en la cocina hospitalaria. Disponible en <https://www.gobiernocat.es>
3. El pinche de cocina. Disponible en <https://revistamedica.com>

Capítulo 513

FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA PREPARACION, COCINADO, EMPLATADO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS MENÚS HOSPITALARIOS

CARLOS PAVON SOTOMAYOR

VIRGINIA MOLERO UREÑA

CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO

MARIA OLGA RICO GOMEZ

NOEMI MORENO RUBIO

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa en un centro hospitalario es destinado a una unidad hospitalaria y a una habitación en concreto. Desde el primer momento del ingreso, ya se le asigna una dieta, conforme a las características de su enfermedad. Esta dieta puede ir variando conforme avance en su proceso asistencial.

Los menús hospitalarios son las dietas que los médicos responsables de los pacientes indican a los responsables de la cocina, en este caso a los dietistas, para que las elaboren según los protocolos establecidos, interviniendo todo el equipo de profesionales que desarrollan su labor en la misma.

En los hospitales se solicitan con antelación al servicio de cocina las dietas para los pacientes, es lo que se conoce con el nombre de petición de dieta para el paciente. Con este protocolo en la cocina se trabajará de acuerdo a sus indicaciones. Estas dietas van emplatadas en bandejas etiquetadas, con los datos del paciente, el tipo de comida y el tipo de dieta, que pueden ser terapéuticas, basales, pediátricas, etc.

Toda esta planificación de las dietas de los pacientes requiere el esfuerzo común de todos los profesionales que trabajan en la cocina, cocineros, dietistas y pinches, y exigen seguir los protocolos sanitarios y también, muy importante, los gastronómicos, tanto en la preparación y cocinado de los distintos menús, como en el emplatado y distribución de los mismos.

2 Objetivos

- Conocer el proceso de elaboración de una dieta hospitalaria, desde el inicio hasta que llega al paciente.
- Conocer las funciones que desarrolla el pinche de cocina en la preparación, cocinado, emplatado y distribución de las bandejas con las diferentes dietas de los pacientes.

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 pinche de cocina, como se ha enunciado en la introducción, participa en la preparación, cocinado, emplatado y distribución de los menús para los pacientes.

-En la preparación de los menús.

La zona de preparación de los alimentos está situado normalmente enfrente de las cámaras frigoríficas, accediendo a las mismas a través de la zona de la antecámara. Tiene una salida hacia la zona de cocinado de los alimentos y los residuos

generados, a través del circuito correspondiente, se almacenan en la cámara de basuras y los diversos contenedores.

Esta zona está refrigerada con una temperatura regulada y controlada, que no sobrepase los 18 grados centígrados. El pinche debe tener especial cuidado en que los alimentos sacados de las cámaras frigoríficas se elaboren lo antes posible.

Esta zona está dividida en salas o cuartos. En el cuarto frío el pinche prepara las verduras, legumbres y los tubérculos. En el cuarto de las carnes, se elaboran las carnes. Existen dos cuartos más, el de los pescados y el de los platos fríos.

-En la zona de cocinado.

Esta zona está ubicada enfrente de la zona de preparación y en ella se realizan los menús de los primeros y segundos platos.

-En la zona de emplatado y distribución.

Estas dos acciones se realizan en dos líneas, la línea de caliente y la línea de frío, según sean los platos. La zona de alimentos calientes es donde se realiza el emplatado de los alimentos, ejecutándose la distribución mediante bandejas isotérmicas.

El emplatado se realiza mediante el uso de cintas transportadoras, llamadas cintas de emplatado, compuesta por carros distribuidores de platos, carros baños maría, cestas y bols, portacestas, mesa de salida, carros auxiliares, bandejas, etc.

El funcionamiento es del siguiente modo, la bandeja va por la cinta y los pinches de cocina, situados a ambos lados de la cinta, van cogiendo y depositando los alimentos según las dietas en las mismas, junto a las etiquetas identificativas del paciente y del tipo de dieta.

La distribución a los diferentes unidades hospitalarias se hace mediante carros de transporte, en donde van las bandejas ya preparada de la cocina. Aunque las bandejas, como se ha dicho anteriormente, son isotérmicas, el problema es que las comidas lleguen calientes al paciente, por lo que la labor del pinche en estas tareas debe ser acelerada.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado a lo largo del desarrollo del capítulo, como el pinche de cocina de cocina es un elemento fundamental a la hora de la preparación, cocinado, emplatado y distribución de los diferentes menús de los pacientes.

De su profesionalidad depende que la comida sea entregada en perfectas condiciones de temperatura a las distintas unidades hospitalarias, ya que el transporte de los carros con las bandejas y la consiguiente entrega al paciente es una de las funciones primordiales del pinche.

No sólo el pinche de cocina debe mostrar celeridad en la entrega de las bandejas, sino también en la retirada de las mismas, una vez terminado de comer el paciente, pues son cuatro las comidas que se ofrecen a los enfermos ingresados, y hay que desinfectar todo el material para el siguiente servicio.

6 Bibliografía

1. Emplatado y distribución de dietas hospitalarias. Disponible en <https://agscampogibraltarroeste.es>
2. Sistemas de producción de cadena fría en la cocina de un hospital. Disponible en <https://www.seguridad-laboral.es>
3. Distribución del trabajo en la cocina del hospital. Disponible en <https://pdfslide.net>

Capítulo 514

MANEJO DE LOS APARATOS DE LA COCINA HOSPITALARIA POR EL PINCHE DE COCINA

CARLOS PAVON SOTOMAYOR

VIRGINIA MOLERO UREÑA

CHRISTOPHER FERNANDEZ GUIO

MARIA OLGA RICO GOMEZ

NOEMI MORENO RUBIO

1 Introducción

Cuando se consumen los menús que se elaboran dentro de las cocinas hospitalarias, en muchas ocasiones, no se piensa en qué hay detrás de cada uno de los primeros, segundos y el postre de los platos degustados. Pero es obvio que detrás de cada uno de los platos consumidos hay mucho amor, mucho trabajo y dedicación y mucha responsabilidad en la manipulación de los mismos.

No hay que olvidar otro aspecto fundamental a la hora de consumir un correcto y buen menú, la organización, tanto para el correcto funcionamiento de la cocina, como para la coordinación de pinches y cocineros, que elaboran los distintos platos. De esta organización depende la calidad y el éxito de los menús de los pacientes ingresados y de todos los usuarios del centro hospitalario.

Estos dos aspectos anteriores estarían muy solitarios, sino se añade, otro concepto más, el correcto manejo y conocimiento por parte de los pinches de todo el aparataje para la elaboración y preparación de los menús y platos variados. Con este perfecto manejo muchas situaciones producidas de estrés en la cocina desaparecen como por arte de magia, la eficacia en la elaboración de los platos es un factor fundamental a tener en cuenta.

No solamente se evita estrés con un perfecto manejo y manipulación de los aparatos, sino que además, se evitan accidentes indeseados y peligrosos. El tiempo de trabajo del pinche y del resto de los profesionales es oro, en pro de la calidad e higiene en la elaboración de los alimentos, pero también lo es, contar con la mayor gama de aparatos posibles dentro de la co

2 Objetivos

- Conocer los diversos aparatos que no deben faltar en una cocina hospitalaria.
- Manejar el pinche de cocina correctamente los aparatos que no deben faltar en una cocina hospitalaria.

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 pinche trabaja en la cocina hospitalaria manipulando alimentos que en ocasiones sobrepasan el peso o el tamaño que por ejemplo se pudieran manejar en una cocina casera. Así por ejemplo se puede encontrar con la manipulación de una cabeza de res entera, con un pescado de más de 50 kilos, con piezas de carne inmensas, etc.

Todo este despiece y manipulación no podría realizarlo sino cuenta con unos aparatos que le ayuden en la tarea, aparatos que son fundamentales que existan dentro de la cocina y que tiene que conocer y saber su funcionamiento.

Entre estos distintos aparatos, el pinche puede manejar los siguientes:

- básculas y balanzas, cuyo rango de peso pueden variar, según, sean las piezas más grandes o más pequeñas. Las básculas suelen ser de pesas, y el pinche debe saber exactamente, que tipo de pesa utilizará en cada ocasión.
- guantes de carnicero, que son indispensable en el trabajo diario del pinche. Son unos guantes de malla anticorte de acero que evitan cortes peligrosos al trabajar con las piezas de alimentos. Evitan el contacto directo con el alimento y supone una gran medida de higiene.
- el roner, es un recipiente con un termostato que permite al pinche que los alimentos cocinados estén a una temperatura constante entre 5 y 100 grados centígrados para cocinar al baño maría.
- envasadora al vacío, con ella el pinche conserva la materia prima cruda, medio elaborado o terminada del todo.
- robot batidor-amasador para ahorrar tiempo y espacio. El pinche amasa, bate y caliente todo tipo de alimentos.
- salamandra o gratinador. Como su nombre indica sirve para gratinar los alimentos.
- espátulas y cuchillos de todo tipo. Suelen ser de acero inoxidable y con múltiples usos.
- sacabocados, el pinche lo utiliza para sacar bolas de las frutas, hortalizas, etc. Suele ser con punta redondeada formando una semiesfera.
- descorazonador para sacar el corazón de las frutas. El pinche introduce en la pieza el cilindro hueco y realiza la operación indicada.
- rizador de mantequilla, es una herramienta con la parte inferior de su hoja en forma de curva y dentada por la parte de debajo de esta curva. El pinche suele utilizarlo en semisólidos como la mantequilla para sacar rizos.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del desarrollo del capítulo se ha contemplado una serie de aparatos que facilitan el trabajo diario del pinche de cocina. Hay otros muchos aparatos, pero la selección realizada son los más significativos desde el punto de vista gastronómico.

El manejo y uso de estos aparatos y utensilios permiten hacer la vida más fácil y el trabajo no sólo al pinche de cocina, sino a todos los profesionales que trabajan dentro del servicio hospitalario. Con un manejo perfecto y correcto, el pinche desarrolla con toda la profesionalidad que le caracteriza, en pro de conseguir una alimentación sana y curativa para todos los usuarios de estos alimentos.

6 Bibliografía

1. Maquinarias de la cocina hospitalaria. Disponible en <https://revistamedica.com>
2. Organización de la cocina alimentaria. Disponible en <https://ingesa.sanidad.gob.es>
3. Clasificación menaje cocina hospitalaria. Disponible en <https://revistamedica.com>

Capítulo 515

LA IMPORTANCIA DE UN BUEN LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL DEL SECTOR SANITARIO.

M^aJACQUELINE CACHERO ALVAREZ

LORENA PADILLA MARTINEZ

PALOMA ARANGO LÓPEZ

LETICIA GONZALEZ GONZALEZ

ESTHER BIGOTES ARGÜELLES

1 Introducción

Hoy en día las infecciones afectan a miles de personas a lo largo de todo el mundo y bien es sabido que una correcta higiene, a todos los niveles protege de contraer diversas enfermedades. Un correcto lavado de manos es esencial, por tanto, para prevenir el contagio de enfermedades, y más aún en un lugar tan vulnerable como los centros de salud y hospitalarios, en donde se encuentran gran cantidad de microbios y bacterias y en los que es esencial la salud, por lo que no se debe de incrementar los problemas de un paciente donde su salud ya se ve mermada con posibles infecciones.

Aunque puede parecer algo básico y considerarse que todo el mundo tiene conciencia de la gran importancia del lavado de manos se estima que entre un 5 y un 10 por ciento de los pacientes que son ingresados en un centro hospitalario

han desarrollado una infección conocida con el nombre de infección nosocomial, motivada en muchos casos por una incorrecta higiene.

Una infección nosocomial es aquella que se ha contraído durante la estancia en un hospital o en un centro de salud, donde la persona afectada no había manifestado síntomas ni estaba en periodo de incubación previo al ingreso en el centro. Este tipo de enfermedades no solo afecta al paciente, sino que son los propios visitantes o el personal el que puede también contraer infecciones.

Cada año la Organización Mundial de la Salud celebra el 5 de cada Mayo el día mundial de la Higiene de Manos en el que se pretende recordar y poner el centro de atención en la correcta higiene y en el que se pretende realizar diversas campañas para obtener una cultura de seguridad, centrándose en los centros que prestan servicios sanitarios y en el personal trabajador que forma parte de los mismos, haciendo que esta cultura de seguridad quede integrada y que actúe como forma de prevención de enfermedades concienciando de que sirve para salvar vidas.

2 Objetivos

- Analizar la gran importancia que tiene un correcto lavado de manos por parte del personal tanto sanitario como no sanitario dentro de los centros de trabajo, así como para el trato con los pacientes.
- Describir como se debe realizar un lavado de manos correcto, que elimine el riesgo de contagiar cualquier enfermedad a través del contacto con las manos.
- Estudiar las posibles consecuencias que tiene para pacientes, visitantes o personal el incorrecto lavado de manos en los centros de salud.

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 “lavado de manos” 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

En las heces de las personas se encuentran gran cantidad de microbios que, pueden provocar diversas enfermedades. Si después de ir al servicio no se limpian bien las manos puede que esos microbios se propaguen por las distintas superficies y objetos e incluso, si nos tocamos la cara con las manos que están mal lavadas o que no están lavadas esos microbios, pueden entrar en nuestras vías respiratorias y contraer la enfermedad.

El lavo de manos es de vital importancia, por tanto, para evitar la propagación de enfermedades en los centros de salud y, aunque se utilicen guantes quirúrgicos los microbios se pueden propagar igualmente, por lo que siempre hay que lavarse las manos. Para ello, los profesionales deben de seguir una serie de pautas en lo referente al lavado de manos:

El lavado de manos puede ser en seco, con una solución alcohólica, que se aplicará con el dispensador y con la que se deberán frotar las manos durante unos 25-30 segundos, esperando a que se sequen y sin aclarar las manos posteriormente. También puede ser higiénico y antiséptico, en el que, como paso previo, se deben mojar las manos y las muñecas para después enjabonarlas, asegurándose que toda la superficie quede limpia haciendo especial incidencia entre los dedos, así como las yemas y las uñas durante aproximadamente 20-30 segundos y posteriormente aclararlas. Para secarlas es importante utilizar un papel desechable. En el caso de que se trate de una toalla se debe lavar y nunca hacer de ella un doble uso. Como última opción de lavado de manos se encuentra el quirúrgico, que consiste en un lavado de un minuto con un antiséptico, que comprenda también la zona de los antebrazos y enjuagando estos y las manos posteriormente, pero sin llegar a frotar. Luego con el jabón y un cepillo estéril se limpiarán los dedos y la zona entre los mismos, las uñas, las palmas y el dorso y finalmente el antebrazo durante aproximadamente 3 minutos. Se enjuagará bien con agua de forma que esta caiga de modo descendente, primero enjuagando el antebrazo para finalizar con la mano. Se procederá después a lavar con jabón nuevamente durante otro minuto y se secará con gasas estériles, esta vez empezando por las manos hasta llegar a la zona del antebrazo.

5 Discusión-Conclusión

Muchas de las infecciones que se contraen en los centros hospitalarios se pueden prevenir si se toman las medidas de higiene adecuadas, no solo por parte de los profesionales sino también de los visitantes y pacientes que se encuentran en el mismo, de ahí la gran importancia de un correcto lavado de manos. Las infecciones no solo suponen un daño en la salud para los usuarios de los centros sanitarios, sino que también van a suponer un coste económico muy elevado para los mismos, pues nos enfrentamos a estancias más largas por el contagio de una nueva enfermedad, a el ingreso de nuevos pacientes e incluso a las bajas por parte del personal contagiado, con la significativa pérdida de recursos. Es importante concienciar sobre la importancia de este gesto, que no caiga en el olvido que una higiene de manos evita múltiples enfermedades y disminuye el riesgo de infecciones. Desde las edades más tempranas y en los colegios se deben promover programas que conciencien sobre lo importante que es lavarse las manos y que lo conviertan en un hábito para que en la edad adulta se vuelvan personas responsables y comprometidas con el fin de evitar contagios y propagación de enfermedades, convirtiendo este acto no solo en una responsabilidad individual, sino también colectiva.

De esta manera se estima que un correcto lavado de manos disminuye en un 30% las personas que sufren diarrea y un 21% las enfermedades respiratorias, tales como catarros reduciendo así mismo el absentismo también por parte de los trabajadores de los centros sanitarios, ayudando también con el lavado de manos a que estos microbios sean menos resistentes a los antibióticos.

6 Bibliografía

1. Lavado de manos en cuidados auxiliares de enfermería. Disponible en la página <https://medac.es/blogs/sanidad/lavado-de-manos-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria#:text=Lavado%20de%20manos%20higi%C3%A9nico%20y,Secar%20con%20papel>.
2. Programa de higiene de manos del SNS. Disponible en la página <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/>
3. Evaluación de la calidad de las guías y protocolos de lavado de manos existentes en España. Disponible en la página <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775310700233>
4. El impacto actual del lavado de manos. Disponible en la página <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet->

ElImpactoActualDelLavadoDeManos-2574582.pdf

5. Lavado de manos: lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer. Disponible en la página <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/hand-washing/art-20046253>

Capítulo 516

LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO.

LORENA PADILLA MARTINEZ

PALOMA ARANGO LÓPEZ

LETICIA GONZALEZ GONZALEZ

ESTHER BIGOTES ARGÜELLES

M^aJACQUELINE CACHERO ALVAREZ

1 Introducción

La violencia de género es la violencia que sufren las mujeres por el hecho de serlo, y su origen se encuentra en la posición de poder del hombre por encima de la mujer dando lugar a una manifestación de la desigualdad de género que existe entre sexos y de la subordinación a la que está sometida la mujer desde hace siglos. Los agresores que ejercen violencia de género están ligados a sus víctimas por una relación de afectividad siendo parejas o exparejas de estas víctimas con el fin de producir una serie de daños que hagan que cada vez más se ejerza un control sobre esa persona.

La violencia de género en nuestro país fue un tema que se mantuvo muchos años en silencio, por lo antes del año 2004 no existen ni siquiera datos estadísticos oficiales que hagan referencia a las víctimas que sufren esta lacra. Fue en 2004

cuando se vio la necesidad de crear una Ley para combatirla llamada Ley Integral de la Violencia de Género, pues diariamente salían en los medios de comunicación noticias que hacían referencia a un nuevo caso de violencia de género y que sería aprobada el 28 de diciembre de 2004, ley que marcaría un nuevo ciclo en lo referente a la violencia de género en España. Y es que los datos resultan verdaderamente alarmantes, produciéndose en los primeros registros del 2004 un total de 72 víctimas mortales y en los 10 años después del establecimiento de esta ley se han interpuesto un millón de denuncias.

2 Objetivos

- Describir en que consiste la violencia de género explicando que tipo de violencia de género se puede ejercer sobre una víctima.
- Estudiar las diferentes formas que puede tener el personal trabajador del ámbito sanitario para la detección de los posibles casos de pacientes que pueden estar sufriendo violencia de género.
- Analizar de que manera pueden ayudar los profesionales del ámbito sanitario en la lucha contra la violencia de género.

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 encuentra. En la estrategia de búsqueda se utilizaron palabras concisas como por ejemplo “violencia de género” 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

La violencia de género no se limita a una violencia física, sino que hace referencia a cualquier comportamiento encaminado al sometimiento de la víctima con el fin de ejercer control sobre ella, por lo que la violencia se puede clasificar en diferentes tipos:

La violencia económica consistente en limitar la independencia económica de la mujer con el fin de controlarla y prohibiéndole incluso trabajar de tal manera que tenga absoluta dependencia económica de su agresor.

La violencia psicológica consistente en amenazas, insultos, intimidaciones que generan miedo en la víctima pues teme por la integridad de sus hijos, del resto de su familia, de sus mascotas, de sus bienes personales o de ella misma y que hace que en muchos casos se tienda a aislarse de amistades, compañeros de trabajo o familia, por el temor a su agresor.

La violencia emocional consistente en ir minando la autoestima de la víctima, infravalorándola, criticándola, de forma que le hace creer que no vale para nada siendo capaz de dañar las relaciones también con sus hijos o manteniéndola aislada para que no vea a su familia ni amigos.

La violencia física consistente en cualquier tipo de agresión física con el objetivo de dañar a la víctima, bien sea puñetazos, pellizcos, quemaduras, bofetadas... y un gran sin fin de actos que impliquen la fuerza física.

La violencia sexual consistente en ejercer cualquier acto sexual que no haya sido consentido por la víctima.

La violencia de género es bastante difícil de detectar pero si que se puede describir un ciclo de comportamiento que generalmente se produce en los casos de violencia de género y que está marcado por una primera fase de tensión en la que el agresor se muestra irritable manifestando los primeros indicios de violencia verbal para seguir a una fase de agresión en la que se producen los actos violentos físicos, verbales, sexuales...para posteriormente producirse una fase de calma en la que el agresor intenta ser perdonado mediante la manipulación de la víctima.

El papel de la atención primaria va a resultar muy importante a la hora de detectar la violencia de género, ya que generalmente las víctimas pueden acudir a sus médicos para posibles lesiones y es importante saber detectar en estos casos si se trata de un accidente o están siendo sometidas a violencia. Para detectarlo, es importante realizar una especie de entrevista, pero con preguntas sencillas, sin ser agresivos ni muy directos, intentando ganar la autoestima y haciendo que la víctima se muestre comunicativa. Posteriormente será necesario realizar una ex-

ploración física intentando ver si existen lesiones de algún tipo, hematomas, heridas, fisuras o cualquier señal de posible agresión sexual. Una vez analizadas las lesiones es necesario estudiar cómo se encuentra psicológicamente el paciente, si tiene ansiedad, fobias, si se muestra nerviosa o si está abusando del consumo de determinadas sustancias para finalmente analizar cómo se encuentra su situación frente a su entorno, sus amistades, si está aislada de su familia o trabajo y en definitiva que relaciones tiene la víctima con su entorno social.

Una vez detectado si se está produciendo violencia de género o no el siguiente paso es determinar si existe o no un peligro extremo de violencia, determinando si su vida corre peligro, así como su propia integridad. De esta forma, los profesionales del ámbito sanitario llevarán a cabo y pondrán en marcha un plan de actuación en el que se informe a la víctima en el que se le facilitará todo el apoyo y la información necesaria, haciéndole consciente de lo que está ocurriendo, porque a veces las víctimas tienden a minimizar la situación, y facilitándole las opciones que tiene para salir de la violencia de género. Es necesario también que se establezca la asistencia necesaria para solucionar los problemas tanto físicos como psicológicos que pueda tener y establecer un plan de seguimiento acompañando a la víctima en todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Con el paso del tiempo la violencia de género no solo no ha cesado, sino que se ha visto incrementada de forma preocupante, presentando esto un gran problema para la sociedad ya que continuamente estamos hablando de víctimas que son asesinadas a manos de sus parejas y exparejas. Es por eso que desde los centros de salud y hospitales se debe de prestar absoluta atención a las posibles víctimas de violencia de género formando a cada miembro que forma parte del equipo de los centros sanitarios para que tengan conocimientos acerca de la detección y prevención de esta lacra. Es importante que también, desde el sector sanitario, se involucre en la realización de actividades, charlas y formación para los agresores con el fin de reeducar y poner fin a las actuaciones violentas y a su sentimiento de poder y posesión respecto de las mujeres propios, en muchas ocasiones, de su cultura.

6 Bibliografía

1. Instituto de la mujer Disponible en la página https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_

violencia_de_genero.pdf

2. Historia de la violencia de género en España. Datos y leyes para entenderlo de un vistazo. Disponible en la página <https://www.tendencias.com/feminismo/historia-de-la-violencia-de-genero-en-espana-datos-y-leyes-para-entenderlo-de-un-vistazo>

3. Detección de la violencia de género en atención primaria. Disponible en la página <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377473210700389>

4. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Disponible en la página <https://www.sanidad.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Capítulo 517

ACTUALIZACIÓN DEL CELADOR ANTE UN RIESGO DE EMERGENCIA. EVACUACIÓN DEL PACIENTE

MILAGROS VIZCAINO OLMOS

MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ

JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA

ROSA MARIA VERGARA GARCIA

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

1 Introducción

Comencemos tratando de entender qué es una emergencia y qué es una evacuación:

“Emergencia es una situación adversa que amenaza con amenazar, dañar la condición humana, causar daños a la propiedad o es potencialmente peligrosa o pone en peligro la vida”. “La evacuación es el acto mediante el cual se evacua de manera ordenada y segura un área o edificio que pueda verse afectado por un evento peligroso hacia un área segura”. Para posibles emergencias en un centro médico, se crean planes de contingencia que describen los principios a seguir y quién debe seguir. El objetivo es resolver una crisis rápidamente y minimizar los daños. Las principales medidas ante cualquier emergencia son:

- Prevención (medidas para evitar la ocurrencia de situaciones de riesgo). - Protección (medidas contra riesgos). - Preparación (medidas contra daños). En situaciones de emergencia, los cuidadores trabajan con una comprensión del plan de emergencia y sus responsabilidades para llevar a cabo la tarea con determinación y compostura. Una vez que se descubre la situación de emergencia y su gravedad, se iniciará un plan para evacuar el edificio amenazado. Después de recibir la información, el cuidador seguirá las instrucciones del superior, tomará las medidas necesarias para trasladar y evacuar del hospital a quienes no puedan hacerlo por sí mismos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber cuáles son las funciones del celador en un caso de emergencia.

Objetivos secundarios:

- Conocer los planes de emergencia que toda institución sanitaria tiene elaborados para tal fin.

- Conocer cuál es el papel del celador en estos planes y cómo tiene que actuar

3 Metodología

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

4 Resultados

Todo centro de salud debe tener un plan de emergencia y el personal debe conocer y tener acceso a este plan. Además de conocer los planes de emergencia, los agentes del orden público también necesitan saber qué hacer y qué recursos están disponibles. Los establecimientos sanitarios disponen de una lista de verificación de los recursos técnicos y humanos a los que enfrentarse en caso de emergencia, incluidos los sistemas de detección y extinción de incendios y evacuación, las señales de evacuación, las señales de salida, etc. Los guardias de seguridad

siempre deben conocer la gravedad de una emergencia para poder actuar de una forma u otra. Las situaciones de emergencia pueden ser:

- Conato de emergencia, muy fácil de controlar. - Parcialmente presente, se desarrolla en un área y no se propaga a otra. - Situaciones de emergencia en general que impliquen la evacuación completa de la empresa. Qué hacer ante una emergencia: Aquí el equipo de enfermería juega un papel fundamental para saber qué pacientes son más autónomos y cuáles no, así como las medidas especiales a tener en cuenta.

- Cuando se descubre, se debe informar de inmediato. - Saber evaluar situaciones de emergencia y movilizar los equipos necesarios. - Notificar a los equipos externos según sea necesario. - Evacuación parcial o total según el caso. Cómo mover y evacuar a los pacientes según su estado, aquí el papel fundamental lo tiene el equipo asistencial, que será el encargado de indicarnos qué pacientes son más autónomos y cuáles no, y las medidas especiales a tener en cuenta. Método de transferencia:

- Ascensor, que es el más rápido, pero a veces imposible. - Pase directamente. - Arrastrar con una silla. - Arrastrar con el colchón. Todos ellos dependen de las condiciones ideales para el paciente y el lugar de evacuación. Así es como se comporta el supervisor en una emergencia:

1. Guardias del 2º Equipo de Intervención que siguen órdenes directas del equipo poner un remo. dos. Los turnos restantes son coordinados por el jefe de personal inferior y reciben las órdenes apropiadas para garantizar una evacuación sin problemas y sin riesgos.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que conocer los planes de emergencia la institución sanitaria en la que presta sus servicios.

El celador debe seguir las directrices que les marque sus superiores y obrar con diligencia y rapidez.

El celador tratará de utilizar el método más adecuado dependiendo de la gravedad de cada paciente.

El celador tiene que mantener una postura de serenidad y nunca ponerse nervioso pues depende de su labor los pacientes del hospital.

El celador debe transmitir tranquilidad y orden, dar órdenes con firmeza pero también con amabilidad y delicadeza, tiene que hacerse entender en cada momento para evitar el caos que una situación de emergencia puede provocar.

6 Bibliografía

1. www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador.
2. www.gob.mx/911/articulos/que-es-una-emergencia.
3. <https://www.formacurae.es>.

Capítulo 518

EL CELADOR EN APOYO A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MILAGROS VIZCAINO OLMOS

MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ

JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA

ROSA MARIA VERGARA GARCIA

1 Introducción

En este capítulo, hablaremos del apoyo del celador ante una parada cardiorrespiratoria que, cabe destacar, desde el primer momento, que es vital para salvar la vida del paciente.

En muchas ocasiones, para que pueda procederse a esta técnica de RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) el celador deberá realizar una serie de procedimientos con respecto a la movilización del paciente y más, para que el personal sanitario pueda actuar.

También, debe destacarse, que el celador debe conocer todo el proceso, ya que, ante un caso de necesitar rapidez, el, como persona y acto humanitario, deberá realizarlo.

A continuación, nos introduciremos en las definiciones más importantes, para poder comprender qué ocurre en esta situación:

“La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea”.

“La Resucitación Cardiopulmonar (RCP) comprende un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después la respiración y circulación espontáneas”.

Existen diversos factores que pueden derivar a una parada cardiorrespiratoria:

- Cardiovasculares (IMA, embolismo pulmonar, etc.).
- Respiratorias (obstrucción de las vías aéreas, broncoaspiraciones, neumotórax, etc.).
- Metabólicas (Hiperpotasemia, hipopotasemia, etc.).
- Traumatismos (torácico, hemorragias, etc.).
- Shocks.
- Hipotermias.
- Sobredosis de agentes anestésicos.

Existe un exhaustivo protocolo que dicta los procedimientos a seguir a la hora de realizar la RCP, pero en este capítulo, hablaremos de la actuación del celador en el medio hospitalario, ante esta situación y en apoyo al equipo sanitario.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes procedimientos que debe realizar el celador a la hora de la actuación.
- Comprender la importancia del celador en este proceso.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este apartado, desglosaremos todas las funciones que el celador debe realizar y el poyo que debe aportar tanto al personal sanitario, como al paciente y para

que el proceso salga correctamente.

Una vez que la parada ha sido identificada, el celador, deberá identificar diferentes puntos:

- Si el paciente se encuentra en el suelo, el celador deberá retirar todos los objetos que puedan obstaculizar la reanimación cardiopulmonar, así como, los objetos o mobiliario que puedan causar cualquier daño tanto al paciente como al resto del equipo.

También, deberá colocar al paciente en decúbito supino (DS), con miembros (inferiores y superiores estirados) y cabeza en hiper extensión.

- Si el paciente se encuentra sentado, el celador, deberá dejarlo en el suelo, en decúbito supino, de la forma anteriormente descrita, si lo tenemos a mano, es interesante colocar una sábana en el suelo, para evitar el contacto directo con el suelo y el paciente.

Esta actuación, debe ser rápida y precisa, solo el celador es capaz de realizar esta técnica sin causar daños en la integridad física del paciente.

- Si el paciente se encuentra en la cama, el celador deberá dejar la cama completamente en horizontal, colocando una tabla entre paciente y la cama, así se asegurará una superficie rígida y se facilitará la RCP.

También, es importante, que el celador vele por la intimidad del paciente, y asegurará que toda persona ajena no sanitaria, se encuentre dentro de la habitación. Ayudará a la retirada de la ropa o camisón que porte el paciente, así se ganará el tiempo posible y será mucho más sencillo poder actuar.

El celador, tiene también, la función de proporcionar cualquier material que sea necesario y sea pedido por el personal a cargo de la reanimación cardio pulmonar. Si fuera necesario, también, deberá participar en la reanimación, tanto en las insuflaciones como en las complexiones torácicas.

Es importante, que el celador, permanezca en este procedimiento para poder prestar cualquier ayuda que se requiera.

Si el paciente se recupera, dependiendo de donde se encuentre, el celador deberá colocarle y movilizarle en la cama para garantizar su bienestar, así como, si necesitara la atención de otros servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o quirófano, deberá realizar el traslado inmediato a dichas unidades.

Si el paciente falleciera, también, se le debe acomodar y colocar, respetando siempre, en todo momento la integridad del fallecido.

Para muchas de estas actuaciones, es importante la existencia de dos celadores, así se realizarán las movilizaciones de la mejor manera posible.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos comprobar, sin los pasos previos del celador, no es posible una ejecución intacta de la técnica de la RCP (Reanimación Cardio Pulmonar).

Es un integrante fundamental en este proceso.

Sin unas correctas movilizaciones, las causas podrían ser fatales para el paciente.

Se disminuiría la rapidez, podrían ocasionarse lesiones al paciente, incluso, no sería posible realizar la RCP y esto, conllevaría a la muerte del paciente.

Es por todo esto, que la actuación del celador es de vital importancia, realiza ciertas funciones que no pueden ser realizadas por otros compañeros o categorías.

Las funciones del celador, siempre, van ligadas al bienestar del paciente, e incluso en un momento como una parada cardiorrespiratoria, que parece que la función principal es la del equipo médico o de enfermería, pero, es importante destacar, que este protocolo, no sería capaz de realizarse sin la presencia del celador.

6 Bibliografía

1. <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v45n3-4/cir19306.pdf>.
2. <https://www.enfermeriaencardiologia.com/des/parada-cardiorrespiratoria/>

Capítulo 519

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

MILAGROS VIZCAINO OLMOS

MARÍA ÁNGELES GABALDÓN FERNÁNDEZ

JUAN TOMAS VALIENTE GARCIA

ROSA MARIA VERGARA GARCIA

1 Introducción

Puntualizamos que de acuerdo con el Reglamento de Profesionales No Sanitarios, en este caso hablamos de los celadores y es que el rol de primer celador/cuidador se define de la siguiente manera. Tramitan o realizan con prontitud las comunicaciones orales, documentos, cartas o artículos que les encomienden sus superiores, y cuando sea necesario, deben trasladar de un servicio a otro los equipos o equipos necesarios. También entregarán comunicaciones verbales, documentos, cartas o cosas que les encomienden sus superiores. El trabajo de un conserje es tan necesario e importante que sin su ocupación el progreso de la institución se hubiera detenido. Los cuidadores trasladarán todos los artículos del centro médico, como cajas, medicamentos, tubos, muebles, kits de servicio de esterilización, etc. sin demora. Los guardias deben transmitir comunicaciones verbales y documentos internos de forma rápida, precisa y segura. La información debe ser veraz, comprensible y suficiente. El custodio será responsable de los

documentos y objetos que le sean confiados, tomará las medidas oportunas para que lleguen íntegros a su destino, y guardará siempre la debida confidencialidad y reserva de todo lo que conozca. Es importante brindar una buena capacitación y competencias a estos trabajadores no sanitarios, quienes tendrán roles diferentes según el área de trabajo.

2 Objetivos

- Exponer el procedimiento adecuado que debe realizar un celador durante el traslado de documentación clínica o no clínica.
- Exponer la actuación de un celador durante el traslado de mobiliario y cargas dentro de la institución sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las más reputadas bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo, celadores online, formacurae, entre otras y seleccionando los contenidos más completos, de mayor calidad y claridad para la exposición.

4 Resultados

Los guardias remitirán las comunicaciones verbales y no verbales de sus superiores a sus compañeros, superiores, subordinados o usuarios en general autorizándolos. Estos pueden ser instrucciones, mensajes, información general, etc. El método de encargo de documentos, cartas, objetos, equipos y mobiliario no tiene por qué ser siempre verbal. A veces es necesario documentar la responsabilidad por escrito. Los custodios no divulgarán información médica a terceros y deben cooperar para evitar pérdidas accidentales. Los familiares sólo tienen acceso a los datos de la historia clínica necesarios para el desempeño de las funciones. Los documentos son información que no siempre está en papel y que a veces se digitaliza cada vez con mayor frecuencia, por lo que existen diferentes tipos de documentos. por su forma

Gráficos: manuscritos, registros médicos, etc. Impresión: libros, formularios, fotocopias, etc. Imágenes: grabados, fotografías, radiografías, planos de planta, etc. Plástico: sellos, medallas, etc. Sonido o voz: grabaciones, paquetes musicales,

casetes, etc. Audiovisuales: videos, películas, presentaciones de diapositivas, etc. Computadora: CD-ROM, disco U portátil, disquetes, etc. Según su fuente: Principal: libros, folletos, informes, registros médicos, etc. Menos: declaraciones resumidas, resúmenes, etc. Tercero: revisión de la bibliografía. Los documentos más comunes que envían los guardias son:

Formularios de consulta, órdenes de abastecimiento y farmacia, informes de mantenimiento, historias clínicas, solicitudes y resultados de pruebas, banco de sangre y pruebas diagnósticas, informes de quirófano, solicitudes de investigación, solicitudes de cita y órdenes de ingreso. Dependiendo de tus objetivos:

El documento de salud será el resultado de la atención donde el paciente recibe atención principalmente profesional. Esta información se puede dividir en:

- La documentación clínica incluirá todo tipo de datos, valoraciones e información sobre el estado del paciente y su evolución clínica a lo largo del proceso asistencial.
- Los documentos no clínicos serán documentos administrativos para la gestión, organización y coordinación de los recursos del centro médico. Una historia clínica sería un conjunto de documentos relacionados con el proceso de atención de la salud de cada paciente, incluyendo la identidad de los médicos y otros profesionales que lo intervinieron. Los profesionales de la salud deben trabajar juntos para crear y mantener un registro clínico organizado y permanente del proceso de tratamiento del paciente. El silencio público y la etiqueta establecida darán lugar a medidas disciplinarias contra el guía. Cuando se trata de transportar cargas, es una tarea bastante común que puede derivar en fatiga física o lesiones como contusiones, cortes, heridas, fracturas y daño muscular. Las zonas más sensibles son los hombros, los brazos, las manos y la espalda. Esta sería una de las causas más frecuentes de accidentes de trabajo entre el personal de enfermería. Los equipos y accesorios móviles son muebles, proyectores, fotocopadoras, máquinas de ultrasonido, microscopios, colchones, materiales de ropa interior, que, en caso de ser necesario, deben ser colocados y fijados por el operador en el lugar designado para su uso.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el limpiador realiza todas las funciones relacionadas con la comunicación verbal o impresa y el traslado y traslado de muebles. Por lo tanto, es importante que el personal que realiza dichas tareas esté debidamente capacitado y sea consciente de los riesgos que pueden surgir. Al igual que con otros empleados, usted será responsable de almacenar, proteger y mantener la confidencialidad de la información médica y los registros de los pacientes que trata

como resultado de su trabajo. El limpiador debe planificar su trabajo y ajustar la carga para que el contenido no se mueva. Es útil utilizar ayudas mecánicas como grúas y carros para el transporte.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-32-el-traslado-de-documentos-y.html>.
2. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/tema-12-trasladosde-documentos.pdf>.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100005.

Capítulo 520

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA MOVILIZACIÓN Y EL CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS

SANTIAGO ROSADO RUIZ

EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ

JAIME OLIVER CORTÉS

MONTSE SANZ ALCAIDE

JOSE LOPEZ ESCRIBANO

1 Introducción

La Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) define la Medicina Física y Rehabilitación o fisioterapia como la especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

Es una especialidad con una vida relativamente corta en nuestro país, ya que fue reconocida oficialmente en el año 1969, a pesar de que se ha desempeñado desde los inicios de la Medicina. Con el paso de los años ha ido aumentando su campo de actuación y, actualmente, se encarga de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas (dolor lumbar, dolor de tipo neurológico, dolor cervical, tendinitis...) tanto de carácter agudo como crónico, pacientes que han sufrido politraumatismos graves o pacientes con alteraciones cerebrales por accidentes vasculares cerebrales que sufran secuelas (por ejemplo, una hemiplejía). También realizan la rehabilitación respiratoria y rehabilitación de pacientes cardiopatas. Dentro de las diversas labores que desempeña un celador en el hospital, en el área de la Medicina Física y Rehabilitación es de notoria importancia la adquisición de un alto grado de conocimiento acerca de la movilización de los pacientes. Dado que el perfil de patologías que nos encontramos en esta especialidad abarca principalmente las enfermedades musculoesqueléticas, el celador debe dominar las diferentes posiciones anatómicas. El celador, por tanto, desempeña un papel esencial en la movilización y sujeción de los pacientes y, junto con el resto de los profesionales sanitarios (médico rehabilitador, fisioterapeutas...), llevarán a cabo un trabajo multidisciplinar que permitirá la realización de diferentes ejercicios para facilitar la correcta recuperación del paciente.

2 Objetivos

- Conocer el papel del celador en las Unidades de Rehabilitación y Medicina Física.
- Abordar el conocimiento de las diferentes posiciones anatómicas para el correcto desempeño del trabajo de celador en las Unidades de Rehabilitación y Medicina física.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha procedido a la revisión sistemática de la bibliografía obtenida de las fuentes oficiales de nuestro país (OMS, Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física -SERMEF) y de artículos obtenidos de revistas científicas correctamente revisadas.

4 Resultados

Las principales funciones que el celador desempeña en el Área de Rehabilitación y Medicina física son:

- Traslado de los pacientes.
- Traslado de materiales y documentación.
- Movilización del paciente para ayudar al fisioterapeuta y médico rehabilitador en el desarrollo de los ejercicios.
- Vigilancia de la circulación de personas y mantenimiento del orden y el silencio para conseguir un ambiente adecuado en la Unidad.

Las posiciones anatómicas que un celador debe conocer, ya que son frecuentemente utilizadas en el Área de Rehabilitación y Medicina Física son:

- Decúbito supino o dorsal: el paciente permanece acostado sobre su espalda, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y las piernas extendidas, formando un plano paralelo respecto al plano del suelo.
- Decúbito prono o ventral: el paciente permanece acostado sobre su abdomen pecho y rodillas. La cabeza descansa sobre la almohada. En ocasiones es necesario incorporar más almohadas en otras zonas de apoyo para mejorar la comodidad del paciente.
- Decúbito lateral: el paciente permanece acostado de lado, con las piernas extendidas y los brazos paralelos al cuerpo.
- Bipedestación
- Sedestación o posición sentada.
- Fowler o semisentado: la cadera se encuentra en semiflexión, al igual que las piernas.
- Sims o semiprono: es una variación de la posición de decúbito lateral, donde el paciente flexiona el codo y la rodilla del lado que permanece en la parte superior.
- Trendelemburg: es una variación de la posición de decúbito supino, pero en este caso la cabeza se encuentra en una posición más baja que los pies, por lo que el eje del cuerpo no forma un plano paralelo al suelo, favoreciéndose el retorno venoso hacia el corazón por el efecto de la gravedad.
- Antitrendelemburg o Morestin: posición contraria a la posición de Trendelemburg. En esta posición la cabeza del paciente se sitúa unos 45° más alta que los pies. Se disminuye el riego sanguíneo cerebral por la acción de la gravedad.
- Roser o Proetz: el paciente se encuentra en posición de decúbito supino con la cabeza sobresaliendo de la camilla, de tal forma que el cuello se encuentra en posición de hiperextensión.

En ocasiones, se puede requerir la ayuda de otro profesional para llevar a cabo los

cambios de postura, si el paciente no es colaborador o en el caso de que presente unas condiciones físicas que así lo precisen.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de las posiciones anatómicas y la movilización de pacientes es una de las labores principales del celador en cualquier planta de hospitalización y en el Servicio de Urgencias, pero dicha labor cobra una importancia superlativa en la Unidad de Rehabilitación y Medicina Física.

Es imprescindible conocer cómo se desarrolla la técnica de manera correcta para evitar daños tanto en el paciente como en el propio profesional. Una técnica incorrecta puede derivar en lesiones tales como la lumbalgia, cervicalgia, hernias... En esta Unidad se lleva a cabo un importante trabajo multidisciplinar que incluye trabajadores de diferentes áreas (celadores, auxiliares, fisioterapeuta, médico rehabilitador...), en los que una buena comunicación y un buen desempeño de las diferentes técnicas son esenciales para que el paciente colabore y se consiga una pronta recuperación de su capacidad funcional y su autonomía.

6 Bibliografía

1- Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. [Consultado 1 Jun 2021].

Disponible en: <https://www.sermef.es/medicina-fisica-y-rehabilitacion/>

2- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Cuidados 2.0. [Consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/06---Procedimientos+relacionados+con+la+movilizaci%C3%B3n.pdf>

3- Rivilla Juárez GM. El celador ante la movilización de pacientes y las diferentes posiciones anatómicas. Ocronos 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posiciones-anatomicas/>

Capítulo 521

LA ATENCIÓN DEL CELADOR A LOS PACIENTES CON POSIBLE COVID-19

SANTIAGO ROSADO RUIZ

EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ

JAIME OLIVER CORTÉS

MONTSE SANZ ALCAIDE

JOSE LOPEZ ESCRIBANO

1 Introducción

Además de realizar tareas de la categoría correspondiente, la unidad estructural primaria también es responsable de los servicios de hospitalización, atención de las personas que acuden al médico y atención de llamadas telefónicas. Por lo tanto, necesitan estar capacitados para identificar posibles casos de Covid-19. Supervisarán el comportamiento de los pacientes y compañeros y velarán por el orden tranquilo y esperado. Una de sus funciones es informar al propio centro de pacientes, la hora, fecha de la visita... Ayudará a los profesionales sanitarios que lo necesiten durante intervenciones quirúrgicas menores. Además de realizar tareas de la categoría correspondiente, la unidad estructural primaria también es responsable de los servicios de hospitalización, atención de las personas que acuden al médico y atención de llamadas telefónicas. Por lo tanto, necesitan estar capacitados para identificar posibles casos de Covid-19. Supervisarán el comportamiento de los pacientes y compañeros y velarán por el orden tranquilo y es-

perado. Una de sus funciones es informar al propio centro de pacientes, la hora, fecha de la visita... Ayudará a los profesionales sanitarios que lo necesiten durante intervenciones quirúrgicas menores. En el caso de los centros de salud, las actividades sanitarias que aquí se desarrollan están enfocadas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud individual y colectiva, ya que no se hospitaliza a ningún paciente.

2 Objetivos

Conocer todas y saber todas las precauciones que debemos tomar en atención primaria ante los posibles casos de covid-19 por parte de los celadores

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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

Estos incluyen fiebre, tos seca, dificultad para respirar (disnea), malestar general (mialgia) y cansancio general. En los casos más graves, se caracteriza por neumonía bilateral, infección sistémica, dificultad respiratoria aguda y muchos infectados fallecen al poco tiempo de llegar a urgencias, por lo que es muy importante seguir las medidas higiénicas para prevenir el contagio. dispersión. En España, se anima a los pacientes con sospecha de síntomas de Covid-19 a llamar a un teléfono fijo antes de acudir a un centro de atención primaria o a un hospital de urgencias, para que los profesionales sanitarios puedan decidir caso por caso. Pero también hay personas que no tienen idea de que pueden estar contagiadas y que necesitan ayuda médica para que el guardia de seguridad responsable del servicio de recepción reconozca a los pacientes con dificultad para respirar y avisen rápidamente al personal médico receptor. Asignado a esta área para evitar la contaminación con otras personas. En las áreas designadas para este propósito, las puertas deben estar cerradas y solo puede ingresar personal calificado. Los trabajadores de la salud ingresarán a las áreas designadas usando FFP2 o máscaras

quirúrgicas, batas y guantes, y los pacientes estarán solos y sin acompañantes. Para verificar la presencia de síntomas de infección respiratoria se realizará una historia clínica completa, si luego de la evaluación se confirma un posible caso positivo se informará al paciente de forma clara y sencilla para disminuir la posible ansiedad si no existen criterios para su hospitalización. , será enviado a casa en aislamiento y bajo supervisión médica. Si cumple con los criterios de admisión, será trasladado al hospital para una evaluación adicional por parte del personal de emergencia. Aquellos que tratan casos positivos en el piso del hospital deben usar equipo de protección personal (EPP) para evitar el contacto y la transmisión de gotas, incluidas batas, máscaras FFP2, guantes y protectores faciales.

5 Discusión-Conclusión

La mejor manera para acabar para siempre con esta pandemia es evitar el contagio y para eso es necesario seguir unas indicaciones sencillas como es lavarse las manos con agua y jabón, llevar mascarilla y mantener distancia social, para minimizar los riesgos y la sobrecarga de trabajo de los trabajadores de la sanidad. Como se puede comprobar en los centros de salud al igual que en los hospitales, necesitan personal que se encargue de desarrollar todas estas tareas. La utilización de un protocolo de actuación se hace necesaria, pues no solo asegura una adecuada atención a los pacientes, y una protección del personal sanitario.

6 Bibliografía

- 1.[publica/ccayes/aleertasActual/nCov-china/documentos/Manejo_primaria.pdf](#).
- 2.<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/salud-publica/coronavirussars-cov-2-informacion-y-protocolos-asistenciales>.

Capítulo 522

EL CELADOR CONOCIMIENTOS MÍNIMOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOVASCULAR (RCP) BÁSICA

SANTIAGO ROSADO RUIZ

EMILIA GUTTIERREZ RODRIGUEZ

JAIME OLIVER CORTÉS

MONTSE SANZ ALCAIDE

JOSE LOPEZ ESCRIBANO

1 Introducción

El corazón y los pulmones tienen como función principal obtener oxígeno del aire y expulsar el dióxido de carbono (pulmones) aparte de transportar sustancias por todo el cuerpo (corazón).

Por eso ante la ausencia de flujo sanguíneo las células y órganos dejan de funcionar y comienzan a morir. El cerebro deja de funcionar a los 6-8 segundos de parar la circulación, es por lo que hay que tener una respuesta inmediata.

En la actualidad, al llevar un alto nivel de vida sedentaria y mala alimentación, se dan cada vez más casos de personas que sufren una parada cardiorrespiratoria y por consiguiente un alto porcentaje de personas que mueren por no saber

reconocerla y no tener ningún conocimiento de cómo realizar de una manera correcta la maniobra de RCP básica.

Es muy grave y las estadísticas en España (estudio OHSCAR) dicen que solo en el 18 % de los casos los testigos realizan la RCP y esto deriva en que solamente un

11% de las personas que se recuperan lo hacen sin secuelas. El Consejo Europeo de Resucitación insiste en que con una buena RCP por los testigos se pueden alcanzar tasas de recuperación de hasta el 50% de las personas.

La OMS define La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

La Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCPB): Agrupa un conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible parada cardíaca y/o respiratoria, alertar a los sistemas de emergencia y realizar una sustitución (aunque precaria) de las funciones respiratoria y circulatoria, hasta el momento que la víctima pueda recibir el tratamiento calificado.

Es por lo que en este capítulo vamos a explicar cómo realizar la maniobra correctamente hasta la llegada de los medios sanitarios y también como los niños cada vez a edades más tempranas en los colegios les imparten este tipo de metodología. Aparte de que ya en gran parte de recintos públicos (colegios, centros deportivos, centros de mayores, ...) nos encontramos con desfibriladores fáciles de entender.

2 Objetivos

- Saber reconocer lo que es una parada cardiorrespiratoria y la realización de una buena maniobra de RCP básica en una persona que se encuentre en una situación de emergencia vital y no tenga cerca ningún centro hospitalario ni personal especializada en la realización de esta técnica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 consulta de múltiples páginas consultadas podemos decir que la RCP Básica se define como el conjunto de maniobras sencillas que tratan de restablecer la respiración y los movimientos del corazón, de una persona a la que accidental y recientemente, se han suspendido ambas funciones, hasta la llegada de los servicios de emergencias. La RCP Básica permite una oxigenación de emergencia sin medios técnicos. Casi todas las páginas coinciden en lo mismo y es que el éxito de las maniobras va a depender de:

1. Del tiempo que transcurre desde que comienza la parada cardiorrespiratoria hasta que se inicia la RCP Básica.
2. Del tiempo que empleamos realizando la RCP hasta que llega la ayuda sanitaria o comienza a respirar el paciente.
3. De la calidad y rapidez de los servicios de emergencia
4. De los mecanismos empleados, ya que si nos encontramos en un lugar donde dispongamos de desfibrilador todo puede ser rápido de resolver.
5. De las características personales del paciente (edad, padecer cardiopatías, peso, tipo de vida, antecedentes familiares, etc.)

Para la correcta realización de la maniobra tenemos que tener claro que con la RCP intentaremos activar las funciones circulatorias y respiratorias del paciente con parada cardiorrespiratoria mediante el uso de compresiones torácicas externas más el aire espirado desde los pulmones del reanimador o bien el empleo del desfibrilador mecánico.

Llegado el momento de una situación de emergencia con una parada cardiorrespiratoria lo primero que tenemos que hacer es el reconocimiento ABC que es lo que nos va a informar la situación:

- A (airway vía aérea)
- B (breathing respiración)
- C (circulation circulación)

Es por lo que hay que comprobar el estado de inconsciencia o conciencia zanjeando a la víctima y preguntándole elevando la voz ¿se encuentra bien?. Si no responde se colocará boca arriba (de cúbito supino), nos colocaremos de rodillas a su lado y se le abrirá la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón. Después se comprobará si respira observando si tiene movimientos torácicos y acercando nuestro oído a su boca para escuchar si tiene salida de aire durante 10 segundos aproximadamente. En todo momento se tiene que mantener a la víctima en un lugar seguro libre de futuros accidentes externos en ese mismo momento.

Una vez comprobada que la víctima no responde intentaremos pedir ayuda a los

servicios de emergencia nacionales llamando al 112 o 061 explicando la situación y mientras llega la ayuda en camino procederemos de la siguiente manera:

1. Como ya tenemos a la víctima boca arriba y nosotros estamos arrodillados a su lado, comprobamos que no respira, entonces procederemos a taponar su nariz con nuestros dedos pulgar e índice para hacerle la ventilación de rescate, que serán dos ventilaciones y comprobar que el pecho de la víctima se eleva. También intentaremos tomar el pulso en su cuello o muñeca.
2. Si el pulso es ausente colocaremos el talón de nuestra mano en el centro del pecho de la víctima junto con el talón de la otra mano sobre la primera, de manera que nuestros dedos queden entrelazados. Debemos calcular no aplicar presión sobre las costillas de la víctima sino sobre su abdomen o sobre la parte final de su esternón.
3. Una vez localizado calculamos el tercio medio del pecho y colocaremos nuestras manos como explicamos en punto anterior y con los brazos extendidos, echando ligeramente el peso de nuestro cuerpo hacia delante. Vamos a realizar unas 30 compresiones torácicas y a continuación insuflaremos 2 ventilaciones de rescate en la boca del paciente (secuencia 30:2).
4. En caso de niños, la secuencia es 15:2 y cubriremos con nuestra boca, su boca y nariz. En lactantes las compresiones torácicas se realizan con nuestros dedos índice y corazón. En niños de 1 a 8-9 años se realizan compresiones torácicas solamente con el talón de una de nuestras manos.
5. Se seguirá la secuencia de unas 100 compresiones por minuto.
6. Continuaremos con las maniobras hasta la llegada de los medios sanitarios.
7. En caso de que haya otra persona (reanimador) nos cambiaremos cada cierto tiempo para la realización correcta de las maniobras ya que produce cansancio y por consiguiente deterioro en las maniobras. O bien se reparte el trabajo, el primer reanimador se encarga de la compresiones y el segundo reanimador con la ventilaciones. Aunque se intercambien ya que el esfuerzo puede llegar a romper los tiempos empleados.
8. Si donde nos encontramos hubiese un desfibrilador seguiremos las instrucciones y los utilizaremos.
9. Si la víctima comienza a respirar o responder se le colocará en posición de seguridad hasta la valoración clínica por parte de medios especializados, que evaluarán la situación y evacuarán hasta un centro hospitalario.

En la actualidad debido a la pandemia que estamos atravesando de la COVID-19, todo este tipo de maniobras se han modificado. Por ejemplo:

1. Nos colocaremos y ajustaremos bien nuestra mascarilla, nos pondremos guantes desechables y a continuación también ajustaremos bien la mascarilla

de la víctima.

2. No nos tenemos que acercar a la boca de la víctima para comprobar si respira, debemos girarle cabeza al lado opuesto al que nos encontramos nosotros.

3. Comenzaremos a realizarle las compresiones torácicas empleando una secuencia 100 compresiones por minuto hasta la llegada de los servicios de emergencia sin tener que administrarle ninguna respiración de rescate.

Es casi de obligada necesidad saber o aprender a realizar correctamente una maniobra RCP Básica y mantener la calma, ya que nosotros podríamos en algún momento de nuestra vida salvar la de otra persona que esté en peligro por una parada cardiorrespiratoria.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier persona no sanitario o celador debe saber reconocer y reaccionar si se le da el caso de encontrarse en esta situación de emergencia. Es por lo que en la actualidad se están impartiendo cursos en los colegios para que sepan identificar a edades más tempranas, cuando alguien necesita su ayuda y que se aprendan mediante juegos los números de teléfono de nuestras emergencias nacionales (112 o 061). La forma para que los niños memoricen bien la secuencia es empleando el ritmo de la canción de la Macarena de los del Río o la BSO de los dibujos Bob Esponja.

6 Bibliografía

1.<http://scielo.sld.cu>

<https://www.cruzroja.es>

<https://www.aprendemergencias.>

Capítulo 523

FUNCIONES BÁSICAS DEL CELADOR EN REHABILITACIÓN

IRENE MEGÍA ARENAS

DAVID HUERTAS TRUJILLO

SARA VERGAZ TORRECILLA

JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO

SANTIAGO OLMO MORENO

1 Introducción

El área de rehabilitación es una de las zonas donde más se necesita la ayuda del celador en la movilización y sujeción de los pacientes, a lo largo del turno de trabajo pasan muchos pacientes con movilidad reducida y con mucho dolor por lo que la buena actuación del celador hará que le resulte lo más cómodo posible al paciente realizar los movimientos ya sea para tumbarse en camilla como para levantarse para realizar los ejercicios con el equipo de fisioterapeutas encargados de su sesión de rehabilitación.

El celador no sólo se encarga de la movilización y sujeción de los pacientes, ayuda al fisioterapeuta para que pueda hacer bien su trabajo, se encarga de mantener el orden y el silencio en la sala, de algunas tareas de limpieza, como puede ser la desinfección de las camillas entre paciente y paciente, también llevará a los pacientes desde el transporte de los pacientes al hospital a la sala de rehabilitación y estará encargado de vigilar el acceso de las personas a esta zona y si hay algún

altercado, deberá ser el que se encargue de llamar a los servicios de seguridad del centro hospitalario.

Con todas estas funciones y más ayudará a mantener un buen servicio en rehabilitación.

2 Objetivos

- Conocer las funciones básicas del celador en el área de rehabilitación.
- Comprender la importancia de la figura del celador en la ayuda al fisioterapeuta.

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

Encontramos que las funciones básicas a desarrollar por el celador en la unidad de rehabilitación son:

Estarán al cargo de la vigilancia de la puerta de entrada a la zona de rehabilitación. Recogerán a los pacientes desde las ambulancias o cualquier tipo de transporte donde vengán y los llevarán a la sala de espera de rehabilitación hasta que sea su turno y pueda atenderle su fisioterapeuta.

Ayudar al fisioterapeuta en la movilización y sujeción de los pacientes en el gimnasio.

Se encargarán de las comunicaciones verbales, documentos u objetos, y si los tienen que llevar de un área a otra.

Los celadores tendrán que mover el mobiliario o aparatos donde se les ordene.

Realizarán excepcionalmente las labores de limpieza que se les encomiende.

Cuidarán que los pacientes y el resto del personal no hagan un uso indebido del material o las instalaciones del hospital.

Darán cuenta a sus superiores jerárquicos de desperfectos en materiales o instalaciones, en su limpieza y estado de los mismos.

Velarán por mantener el orden y el silencio en la sala.

Ayudarán al fisioterapeuta siempre que sea necesario en la movilización y sujeción de los pacientes.

Colocarán a los pacientes de forma adecuada.

No harán comentarios a pacientes o a familiares ni visitantes del diagnóstico, tratamientos o exploraciones realizadas al paciente, debiendo derivar las dudas al médico encargado del tratamiento.

Las funciones que le encomiende su superior.

Los mismos tendrán que estar siempre fácilmente localizables en el área donde estén destinados.

En caso de conflicto con algún visitante o intruso, el celador será el encargado de llamar a los servicios de seguridad del hospital.

Se encargarán de recoger la ropa para lavandería y devolverla a su sitio.

Realizará el cambio de sábana de las camillas de paciente a paciente y también realizará la desinfección de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en rehabilitación es muy importante.

El celador tiene distintas funciones dependiendo del área o zona de trabajo donde se encuentre destinado y es necesario conocerlas para que pueda realizar bien su trabajo y así ayudar y colaborar en el buen trabajo del personal médico o en este caso, directamente con el fisioterapeuta.

Como bien hemos analizado vemos que tiene muchas funciones importantes, que sin su ayuda no sería posible realizar bien el trabajo en la zona de rehabilitación del hospital.

Vemos un contacto directo con el paciente que servirá de ayuda para la mejoría del mismo.

6 Bibliografía

1. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>
2. <https://fisiostar.com/>

Capítulo 524

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA

IRENE MEGÍA ARENAS

DAVID HUERTAS TRUJILLO

SARA VERGAZ TORRECILLA

JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO

SANTIAGO OLMO MORENO

1 Introducción

El empleo de grúas para mover a los pacientes resulta imprescindible para poder moverlos de la forma mas segura posible y con el máximo respeto a su intimidad. Existen muchos tipos de grúas según las necesidades con las que nos encontremos, saber diferenciarlas hará que realicemos bien nuestro trabajo y que el paciente no sufra ninguna lesión.

Hay grúas de menor y mayor tamaño según si el uso es domiciliario o para grandes instituciones como son los hospitales, pueden ser grúas fijas y móviles. Hay que tener en cuenta para la elección de la misma si el paciente estará tumbado o sentado, si es para pasar a silla de ruedas o a camilla, etc.

El manejo de grúas en la movilización del paciente también hará que el propio trabajador o personal que lo use no sufra lesiones en la espalda al no tener que cargar con un peso sin ayuda alguna, no se necesitará nada mas que a un traba-

jador para levantar o mover al paciente y evitará así el sobreesfuerzo por parte del mismo.

Habrá que observar al paciente por si es necesaria la ayuda de otro celador para el movimiento del mismo si vemos signos de molestia, mareo, etc.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos grúas.
- Entender que el uso de las mismas evita un esfuerzo por parte del celador y su posible lesión.

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 colocar el arnés procederemos a frenar la cama y ponerla en horizontal. Contaremos con grúas ortopédicas en la que podremos mover al paciente sentado o tumbado.

Hay varios tipos a desarrollar:

1) De elevación y traslado, que serán de transporte o de techo:

- Móviles con actuador lineal:

Esta grúa móvil tiene un brazo donde se engancha el arnés, el mismo asciende y desciende, una persona sería capaz de utilizarla con total facilidad y soporta hasta 200 kg.

- Móviles con columna eléctrica

Se acciona mediante batería, una sola persona es capaz de utilizarla, es mas robusta y permite hasta 200 kg de carga.

- De techo fijas:

Tiene uno o varios raíles, funciona con tracción eléctrica, soporta hasta 300 kg, al ser fija limita el movimiento hasta el tope del raíl y un solo celador puede mover al paciente con ella.

· De techo móviles:

La grúa tiene ruedas para poder moverla, el movimiento se realiza mediante dos columnas elevadoras que tienen un ancho de unos 3 metros.

Un celador podría hacer solo el trabajo de movilización del paciente con este modelo.

2) De bipedestación.

Estas grúas no están diseñadas para elevación de la cama sino para la posición sentada o bipedestación. Tiene una zona para apoyar los pies del paciente, una parte acolchada para las piernas y un arnés que sujeta al paciente desde debajo de las axilas.

3) Para el uso de piscinas y bañeras.

El cuerpo central puede ser móvil o fijo, tiene un brazo y una percha. Suele tener un actuador lineado una columna eléctrica, es robusta y carga hasta 300 kg, y un solo celador puede utilizarla sin ayuda de mas personal.

Así vemos los tipos de grúas mas utilizados en la movilización de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Vemos que resulta necesario el uso de grúas para el traslado de los pacientes, para moverlos a la silla de ruedas o a otras estancias. Observamos que el uso de grúas permite al celador trasladar y mover a los pacientes sin hacer un sobreesfuerzo que pueda perjudicar su salud, al paciente no se le hace daño y se siente mas seguro.

Las propias grúas pueden ser utilizadas por un solo celador y las mismas aguantan un peso de hasta 300 kg, algo que sería imposible mover solo por una persona y que ocasionaría un sobreesfuerzo con la posible lesión del trabajador.

Un buen conocimiento de las mismas hará que el personal entienda cual es la mas adecuada para cada caso.

6 Bibliografía

1. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>
2. <https://escolasaude.sergas.es/>

Capítulo 525

FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE FALLECIDO EN EL TRASLADO AL MORTUORIO

IRENE MEGÍA ARENAS

DAVID HUERTAS TRUJILLO

SARA VERGAZ TORRECILLA

JAVIER TORRIJOS DEL CAMPO

SANTIAGO OLMO MORENO

1 Introducción

Con este estudio indagaremos en las funciones y los pasos a seguir por el celador con el trato con el paciente fallecido en su traslado al mortuorio del hospital.

La figura del celador realizará acciones como auxiliar de los enfermeros y del personal facultativo del mismo, siguiendo sus directrices para la realización del traslado de la zona de fallecimiento al mortuorio, ayudando y manteniendo la mayor discreción posible en todo el proceso, también veremos la postura en la que tendrá que colocar el cadáver según si hay autopsia o si no la hay, para que la postura de los brazos no entorpezca el trabajo de los profesionales y así puedan realizar bien todas las pruebas pertinentes al cuerpo de la persona fallecida.

Tendrán en cuenta los tiempos para evitar dejar una postura incorrecta antes de la rigidez del cuerpo de la persona fallecida, cerrarán sus ojos y boca, al igual

que taparán el cadáver con una sábana y evitarán que las dependencias estén transitadas por gente ajena al proceso.

Cuando lleguen al mismo, serán los encargados de asear y afeitar el cuerpo al igual que de taponar los orificios para que no se pueda manchar, esperarán las órdenes del médico para meterlo en la cámara frigorífica o no, etc.

2 Objetivos

- Conocer la labor del celador en la intimidad del paciente fallecido.
- Aprender los pasos a tener en cuenta por parte del celador del traslado del cuerpo al mortuario.

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 celador ayudará a las enfermeras o trabajadores encargados a amortajar al fallecido, se cerrarán los ojos y la boca y según si se hace o no autopsia se le cruzarán los brazos al pecho o se colocarán rectos pegados al cuerpo antes de que comience la rigidez del cuerpo.

Antes del traslado al mortuario se confeccionará la ficha identificativa, la cual irá con el cadáver hasta la salida del hospital, y figurarán datos como el número de historia clínica, el nombre y apellidos del mismo, cuando ingresó y cuando falleció, el servicio de procedencia, la planta y el número de cama.

Después el celador será el encargado junto a otro compañero de la misma categoría donde suceda la muerte de trasladar el cuerpo al mortuario.

Tendrán que tener en cuenta la discreción del proceso, para el traslado se tapará con una sábana y si hay gente en los pasillos se les dirá que pasen a sus habitaciones para mantener la intimidad del traslado al mortuario.

El celador será el encargado de asear y afeitar el cuerpo del fallecido y de tapar sus orificios con algodones o gasas para que no se manche.

Habrà que ponerle debajo una sábana blanca que cruzaremos sobre el difunto, tapando todo el cuerpo y dejando sólo su cara de forma visible.

En el mortuorio se meterà el cadàver en la cámara frigorífica antes de que pasen 24 horas de su muerte a una temperatura de 4°C, excepto intervención judicial o en los casos que diga el médico.

Los cadáveres refrigerados, se sacarán de las cámaras para el traslado inmediato al cementerio.

El celador nunca informará del fallecimiento a los familiares, el encargado de esa notificación deberá ser un facultativo.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido apreciar, se hace imprescindible la labor del celador en el proceso de traslado del paciente fallecido al mortuorio y servirá de ayuda auxiliar para las enfermeras, médicos y el personal facultativo del hospital.

El proceso de muerte forma parte del ciclo de la vida, pero se hace difícil de afrontar puesto que es un momento delicado y muy duro para los familiares, y el celador colabora en todos los momentos de este duro proceso.

El personal encargado del traslado del paciente fallecido al mortuorio tendrá que ser respetuoso y discreto con el proceso y mantendrá la calma en todo momento.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacurae.es/>
2. Decreto 2263/1974 de 20 de julio
3. <https://www.studocu.com/>
4. <http://celadoresonline.blogspot.com/>

Capítulo 526

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ENTIDADES SANITARIAS, GESTION DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA JOSE LABARRA PEREZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ

YOLANDA LEGANÉS VIANA

AURORA LOPEZ LOPEZ

MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA

1 Introducción

Como introducción, y de manera más general, si se busca una referencia normativa que involucre las funciones de los auxiliares administrativos en las entidades sanitarias, se debe hacer referencia a la Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971.

La ley marco para el personal estatutario de las instituciones de salud derogó el reglamento, conservando las disposiciones transitorias en lo pertinente a este reglamento y las funciones permanecieron intactas luego de la contextualización normativa.

Cuando hablamos de recursos humanos dentro de una organización, nos referimos al potencial de las personas que integran la organización, en la calidad y el valor de los productos que produce o de los servicios que brinda.

La gestión de los recursos humanos hospitalarios es un trabajo que exige una alta responsabilidad y sensibilidad, lo que repercute tanto en la organización y eficiencia del funcionamiento del centro, como en la formación y servicio del personal sanitario.

El personal administrativo debidamente preparado es un activo fundamental para la estructura organizativa del sector de la salud y es responsable, entre otras cosas, de optimizar el desempeño y las habilidades de los trabajadores de las entidades sanitarias.

2 Objetivos

En este capítulo se tratará de identificar y explicar con detalle las competencias y actuaciones del personal auxiliar administrativo en el departamento de personal de las entidades sanitarias.

3 Metodología

Para analizar las competencias que el auxiliar administrativo desarrolla en el departamento de personal en el ámbito sanitario, se realizó una búsqueda minuciosa en diferentes fuentes de información: estudios bibliográficos especializados, publicaciones sanitarias y literatura científica. A este respecto, las principales fuentes de búsqueda de información y consulta fueron las siguientes bases de datos: BOE, DOCM, Scielo, Google Academic, elsevier.es. Utilizando palabras clave como: #auxiliaradministrativo, #departamentopersonal, #rrhhsanidad se dio con algunos artículos y estudios revisados que aludían en mayor o menor medida a esas funciones realizadas por los auxiliares administrativos.

4 Resultados

Las competencias y actuaciones del auxiliar administrativo en el departamento de personal en el ámbito sanitario son:

Proporcionar apoyo dentro del departamento en la realización de tareas administrativas.

Responder a llamadas telefónicas y correos electrónicos, preparar y distribuir documentos, concertar citas y reuniones, realizar documentos de ceses, documentos relevantes relacionados con ausencias del personal...

El procesamiento de la información apoya varias funciones departamentales.

Verificar y documentar las actividades relevantes de los empleados (contratación, capacitación, quejas y desarrollo del desempeño).

Recopilación, creación y actualización de informes y materiales relacionados con las actividades de los trabajadores.

Apoyo a la contratación:

El auxiliar administrativo es responsable de reclutar nuevos empleados, y esto lo realiza mediante las llamadas siguiendo el orden de la bolsa de empleo del servicio de salud. Comprobar los datos facilitados por el solicitante como formación académica, titulación...

Tareas administrativas de gestión de recursos humanos: La gestión de recursos humanos será una de las tareas más exigentes. Preparar borradores de contratos, seguros sociales, nóminas, preparar sanciones y su adecuada tramitación

Uno de los otros departamentos de recursos humanos donde el auxiliar administrativo también hace su trabajo es la Bolsa, una característica desconocida para el sector privado, ya que en la sanidad pública opera a través de una baremación de puntos, los cuales se consiguen por medio de titulaciones, cursos, publicaciones, experiencia..., la forma de puntuar son distintas en cada comunidad autónoma. El auxiliar administrativo, revisa las solicitudes cotejando los documentos aportados, si son válidos y se ajustan a las bases de dicha bolsa.

Nos encontramos, por tanto, ante un perfil profesional que requiere habilidades de atención al público y de relación con los empleados, agilidad y dinamismo en el desarrollo de trabajos que exigen precisión y enfoque, teniendo siempre presente la coordinación con los compañeros y siguiendo las directrices de su coordinador o jefe del departamento laboral.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos son una parte importante del funcionamiento de este departamento, ya que tienen competencias clave para que funcione correctamente dicho departamento.

Deben estar al día y en continua formación, en los campos de contratos, realización de nóminas, ceses, sanciones...

El auxiliar administrativo del departamento laboral, es fundamental que cuenten con los elementos de autonomía en cuanto a tiempo, estar bien organizados, man-

tener sus áreas de trabajo limpias y poder trabajar de manera efectiva y eficiente como equipo y demostrar sus capacidades individualmente también. Comunicarse con diferentes personas y aprendizaje constantemente de programas informáticos. Está en constante reciclaje de leyes de contratación, leyes de protección de datos vigentes y las leyes que regulan los documentos digitales que permiten la identificación por medios electrónicos y garantizan la seguridad de los datos. Se deben establecer protocolos de actuación para establecer la formación continua de los profesionales, de forma que se especialice el puesto de auxiliar administrativo del departamento de recursos humanos, dada su importancia para las entidades sanitarias.

6 Bibliografía

- 1.- <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>
- 2.- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-sostenibilidad-condiciones-empleo-el-sistema-X1137296610878555>
- 3.- <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>

Capítulo 527

EL PINCHE Y LA CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS

IRENE PINEDA MADROÑAL

IRENE MEGÍA ARENAS

IVÁN TRAINOTTI

MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN

SORAYA ENTRENAS TALAVERA

1 Introducción

1. Introducción

El pinche de cocina es el ayudante directo del cocinero, por lo que tendrá que tener los conocimientos suficientes para saber conservar en condiciones adecuadas los distintos tipos de alimentos que se preparan en la cocina hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Conocer los sistemas de conservación de alimentos hará que el proceso sea seguro y se garantice la inocuidad de los alimentos que contribuirá a un buen servicio y a la calidad del mismo evitando intoxicaciones por desconocer las técnicas de conservación.

Un fallo en la conservación podría hacer que todo el proceso de preparación de alimentos se estropease aunque las técnicas de manipulación posteriores fuesen correctas, si partimos de un alimento en mal estado a causa de una mala conservación emplear las buenas técnicas culinarias no servirían para nada puesto que

partiríamos de un alimento impropio que podría causar graves daños a la salud de un consumidor, más aún cuando el consumidor final es un paciente en proceso de hospitalización que por sus patologías y estado de salud puede ser fatal para su recuperación.

La gran cantidad de alimentos que se sirven en la cocina hospitalaria hará que analicemos muchas clases de conservación de los mismos puesto que cada alimento necesita técnicas diferentes para garantizar su inocuidad.

2 Objetivos

2. Objetivos :

- Conocer las técnicas de conservación de los alimentos.
- Analizar las ventajas de las técnicas de conservación.

3 Metodología

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

4. Resultados

Como objetivo fundamental de la conservación de alimentos nos encontraríamos que es evitar su deterioro, puesto que según las condiciones de cada alimento empieza a deteriorarse con mayor rapidez por la presencia de microorganismos. Los microorganismos tienen varias fases:

- La fase lago o inicial que es donde se empiezan a adaptar al medio.
- La fase de crecimiento exponencial que es donde comienza la multiplicación de los mismos.
- La fase estacionaria que es cuando viven un tiempo y mueren y sus microorganismos permanecen constantes.

- La fase de muerte cuando la velocidad de multiplicación disminuye y mueren por agotamiento de recursos.

Para partir de una buena conservación de alimentos hay que partir de un alimento en condiciones óptimas, si conservamos un alimento en malas condiciones por ejemplo por medio de la congelación, al descongelarlo para usarlo, los microorganismos que tenía el alimento seguirán ahí.

Los métodos de conservación se basarán en la eliminación de los microorganismos, reducción de su número, impedir que se multipliquen o que sus enzimas produzcan cualquier reacción química perjudicial.

Pasamos a investigar los métodos de conservación:

- Congelación:

Son los productos conservados al menos a -18°C . Detiene el crecimiento bacteriano, que volverá a iniciarse cuando se descongele.

- Refrigeración:

Se conservarán a una temperatura menor a 3°C sin pasar los 0°C , retrasa el crecimiento de los microorganismos.

- Pasteurización:

Se suele utilizar en leches, cremas, zumos, etc. Se somete a una temperatura de $65-70^{\circ}\text{C}$ durante 15 segundos y se baja a temperatura de refrigeración en un corto periodo de tiempo.

No hay pérdidas importantes de nutrientes y asegura su conservación en temperatura correcta al menos 48 horas.

- Esterilización:

Se somete el producto a más de 100°C y se eliminan los microorganismos, prolonga tanto la vida del alimento que puede durar años sin refrigeración pero pierde muchas propiedades nutritivas en el camino.

Se suele usar en conservas y lácteos.

- Radiaciones:

Se somete a radiaciones que pueden tener varias funciones según tipo de alimento como desinfectar, eliminar insectos, impedir la germinación de los bulbos y/o tubérculos, retrasar la maduración de las hortalizas y frutas o destruir las bacterias en la carne fresca.

Se consigue que el producto dure más pero al consumidor es un método que le crea desconfianza.

- Deshidratación:

Se extrae parte del agua del alimento, por lo que los microorganismos tienen menos humedad de la que necesitan para multiplicarse.

Se suele usar en leche, café, frutas, legumbres, carnes, pescados, etc. Se podrán almacenar al vacío y en lugares sin humedad para que duren más.

Cuando el alimento se va a consumir se debe rehidratar.

- Liofilización:

Se deseca el alimento pasando directamente de su estado sólido a gas sin tener que pasar por su estado líquido.

El agua es eliminada por sublimación en cámaras de vacío.

- Salazón:

Se usa la sal para eliminar la humedad de los alimentos, se puede hacer con salmuera líquida o seca.

- Ahumado:

Se utiliza humo que tiene propiedades bactericidas, mediante la combustión incompleta de madera, se utiliza para carnes y pescados. Se puede hacer mediante ahumado en frío o en caliente.

- Adobos:

Se mezclan ingredientes con capacidad conservadora, como la sal, vinagre o aceite, para impedir el crecimiento bacteriano, a parte de enriquecer el sabor del mismo.

- Escabeche:

Para alimentos de origen animal por efecto de la acidificación por medio del vinagre.

- Encurtidos:

Para alimentos de origen vegetal por vinagre, con sal o no, azúcar o condimentos.

- Compota:

Para conservar frutas, se cuece con azúcar para evitar el crecimiento bacteriano.

- Confitado:

Se cocina el alimento en su grasa o se le añade si es necesario.

- Atmósfera modificada:

Se cambia la proporción de gas presente en el aire, en el envase cerrado del alimento.

- Envasado al vacío:

Se extrae el oxígeno de los alimentos que están envasados.

5 Discusión-Conclusión

5. Discusión-Conclusión

Como hemos podido analizar, la implicación en el conocimiento y la buena aplicación de las técnicas de conservación en la cocina hospitalaria es fundamental

para realizar un buen servicio, garantizar la inocuidad de los mismos y así que no repercutan de manera negativa en los pacientes, que por sus patologías podría resultar fatal y retrasar su pronta recuperación.

Una buena formación hará que todos los componentes que trabajan para dar un buen servicio de comidas sea adecuado y que todos trabajen en equipo para asegurar la calidad e inocuidad del servicio de hostelería en la cocina hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

6 Bibliografía

6. Bibliografía

1. <https://www.quironsalud.es/>
2. Pinche de Cocina. Mad.
3. <https://www.vadequimica.com/>
4. <https://azsalud.com/>
5. <https://manipulador-de-alimentos.com/>

Capítulo 528

RIESGOS LABORALES DEL PINCHE DE COCINA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

IRENE PINEDA MADROÑAL

IRENE MEGÍA ARENAS

IVÁN TRAINOTTI

MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN

SORAYA ENTRENAS TALAVERA

1 Introducción

1. Introducción

En una cocina hospitalaria nos encontramos con muchos peligros para la salud e integridad física del personal.

Para intentar evitar o minimizar los riesgos hemos procedido a la identificación y estudio de los mismos.

Partiendo del conocimiento y la formación queremos que la situación laboral se base en conseguir la aplicando buenas prácticas que impidan o minimicen los riesgos para la salud de los pinches de cocina del sistema nacional de salud.

Queremos conseguir unas correctas medidas preventivas que puedan aplicarse al entorno del trabajo en hostelería, que sean viables, fáciles de explicar y aplicar.

El conocimiento de los riesgos hará visible la necesidad de aplicar un programa de prevención de los mismos e intentará evitar lesiones, caídas, cortes, exposición a sustancias nocivas etc.

Vamos a buscar y proponer soluciones a problemas cotidianos que por un mal uso, desconocimiento o materiales incompatibles con un trabajo seguro puedan solucionarse en origen para garantizar la integridad física de los integrantes del equipo de trabajo en la cocina hospitalaria.

Ayudándonos de la realización de un estudio de riesgos en distintas páginas y libros dedicadas al análisis de los mismos para poder garantizar un trabajo seguro y así evitar los accidentes y enseñar al equipo de trabajo a implantar un buen sistema de prevención de riesgos para que ir a trabajar no implique riesgos para su salud o que la gravedad de los mismos sea la mínima.

2 Objetivos

2. Objetivos

- Analizar y estudiar los riesgos para evitarlos en su origen.
- Prevenir los accidentes laborales en los pinches de cocina del Sistema Nacional de Salud.

3 Metodología

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

4. Resultados

Observamos que dentro del artículo 29 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales cita que corresponde al trabajador velar, dentro de sus posibilidades cumpliendo con las medidas de prevención que sean adoptadas, por su seguridad y salud en el trabajo y por aquellas personas a las que

pueda afectar su actividad, por sus actos y omisiones en el trabajo, conforme a su formación y a las instrucciones que da el empresario de las mismas.

Pasamos a analizar los riesgos del puesto del pinche de cocina y las medidas para evitarlos:

- Riesgos que se derivan de los locales y equipos:

Suelos resbaladizos, obstáculos y poca iluminación.

Como medidas preventivas se deberán eliminar los derrames, retirar los objetos y colocarlos cuando no se vayan a usar, no correr, usar calzado antideslizante, mantener los pasos y accesos iluminados.

- Caídas a distinto nivel:

Almacenamientos elevados, uso de escaleras y aberturas en el piso.

Mantendremos las escaleras en buen estado, limpias y secas, señalizaremos las escaleras con una buena iluminación y cubriremos las aberturas del suelo.

- Cortes y amputaciones:

Tareas con máquinas y utensilios de corte, latas y recipientes con bordes cortantes...

Se comprarán máquinas que tengan el distintivo CE, protegeremos la parte que corta de las mismas.

Se utilizarán conforme a las instrucciones que marque el fabricante.

Se comprarán cuchillos que tengan mangos antideslizantes, se guardan y transportan enfundados.

Los cuchillos se mantendrán correctamente afilados.

Al limpiarlos, tendremos que hacerlo con el filo de la hoja hacia afuera de nuestra mano.

Utilizaremos cuando sea necesario equipos de protección individual como guantes y gafas.

- Quemaduras:

Fuegos, vapores, maquinaria específica del puesto como hornos, fogones, freidoras...

Compraremos los artículos con el correspondiente marcado CE.

No llenaremos los recipientes hasta arriba para evitar derrames.

Deberemos comprobar el termostato de las freidoras antes de sumergir los alimentos en las mismas y el cambio de aceite se realizará en frío.

Los mangos de las sartenes irán orientados hacia dentro de los fogones para evitar que se caigan.

Avisar cuando pasemos con recipientes calientes.

Utilizaremos ropa adecuada y EPIS con el marcado CE.

Limpiaremos las máquinas conforme a las instrucciones del fabricante.

- Contacto eléctrico:

Cables, dispositivos de conexión, manipulación con manos o pies mojados, modificación de instalaciones originales...

Antes de empezar a trabajar se hará un análisis visual del estado de los aparatos, si no se ven en buen estado se dará parte y no se utilizarán hasta que sean reparados por personal cualificado para dicha tarea.

Se aislarán las partes activas para que no podamos tener contacto directo con la fuente eléctrica.

Evitaremos el uso de ladrones y las máquinas deberán ir enchufadas directamente a la toma original.

No utilizaremos las máquinas con las manos o pies húmedos y se evitará verter los líquidos cerca de la corriente eléctrica

- Sustancias químicas:

Detergentes, sustancias corrosivas, aerosoles y fluidos frigoríficos.

Buscar sustancias que con las mismas propiedades entrañen menos peligro en su manipulación.

Evitaremos el contacto de las sustancias directamente con la piel.

Se utilizarán las sustancias bajo las instrucciones del fabricante.

No se trasvasaran los productos a otros distintos a los originales para evitar confusiones y se guardarán en la zona exclusiva de los mismos, alejados de fuentes de calor y conservando los frascos bien cerrados y etiquetados.

Si se tienen que hacer diluciones de las mismas, se vierte el ácido sobre el agua y no al revés.

Evitaremos acercar los productos a fuentes de calor.

Las instalaciones tendrán que estar bien ventiladas y evitaremos mezclar sustancias incompatibles como por ejemplo la lejía con el amoníaco.

- Riesgos de incendios y explosiones:

Materiales inflamables, focos de ignición, gas y mezcla de gases.

Se dispondrá de la cantidad que se necesite para el trabajo diario y lo demás se mantendrá en el almacén.

No se fumará en el recinto.

Se dispondrá de los extintores necesarios y suficientes que tendrán un buen mantenimiento.

Se colocarán planos de localización y evacuación.

Se realizarán planes de emergencia y se formará e informará a los trabajadores en la materia y en el manejo de los extintores.

Tener buena ventilación en el local e instalar sistemas de alarma.

- Riesgos ergonómicos:

Transportar cargas, trabajar con posturas forzadas y/o repetitivas, trabajar mucho tiempo de pie...

Realizaremos la carga de forma correcta para evitar lesiones.

Disminuiremos el peso de las mismas para evitar sobreesfuerzos.

Habrán equipos adecuados para el traslado de las mismas.

Se empujarán las cargas y no se tirará de ellas.

Si tienen que ser cargados, se hará pegándolos al cuerpo, en posición erguida para un mejor reparto del peso.

Se rotarán las tareas para evitar el trabajo repetitivo y se efectuarán los descansos necesarios para no pasar toda la jornada de pie.

· Riesgos psicosociales:

Jornada excesiva, trabajos imprevistos que no se han planificado, acumulación de trabajo en ciertas horas, baja cualificación para el puesto, conflictos entre compañeros, mal trabajo en equipo, inadecuado reparto de las tareas, estrés y fatiga. Se distribuirán las tareas y se planificará en trabajo con la previsión de los posibles imprevistos y trabajos extra que pudieran aparecer en la jornada.

Se tendrán en cuenta las pausas necesarias y se distribuirán las vacaciones de forma adecuada.

No se prolongará la jornada de trabajo y se compensará con descansos adicionales para compensarla.

No se fomentará una conducta competitiva entre trabajadores. Se motivará al personal y se le responsabilizará de sus propias tareas, marcando las prioridades del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

5. Discusión-Conclusión

El puesto de trabajo del pinche de cocina en el Sistema Nacional de Salud conlleva muchos riesgos y hay que conocerlos antes de empezar la relación laboral.

El propio trabajador puede causarse daño a sí mismo con sus malas prácticas o incluso que repercutan en sus compañeros por un desconocimiento de los riesgos y las actuaciones correctas a llevar a cabo para que pueden solucionarse y minimizarse con formación en la materia de prevención de riesgos laborales específicos de su puesto.

Llevando a cabo una formación práctica y teórica de los riesgos se pueden evitar males mayores, el empresario se encargará de que los profesionales tengan una buena formación en información y les proporcionará los equipos de protección

necesarios y pautas para realizar dichas tareas sin que entrañen riesgo para los mismos.

6 Bibliografía

6. Bibliografía

1. Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.
2. <https://prevencion.asepeyo.es/>
3. Pinche de Cocina Editorial Mad.

Capítulo 529

EL PINCHE Y LA CALIDAD EN HOSTELERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

IRENE PINEDA MADROÑAL

IRENE MEGÍA ARENAS

IVÁN TRAINOTTI

MARIA SAGRARIO LÓPEZ MARTÍN

SORAYA ENTRENAS TALAVERA

1 Introducción

1. Introducción

El pinche con la realización de su trabajo de forma correcta puede hacer que la estancia de los pacientes sea lo más agradable posible, buscando siempre la calidad máxima en los servicios.

Los pacientes, como clientes, reciben la calidad de forma subjetiva, según sus gustos y expectativas, puesto que no todas las personas tienen los mismos, y la llamaremos calidad externa.

La calidad interna es donde todos los componentes del equipo deben trabajar unidos para así alcanzar la calidad total en el proceso, empleando correctas técnicas en la manipulación de alimentos, etc.

Se deberá implantar un sistema de calidad en la empresa para conseguir que el equipo de trabajo logre la calidad total que es la suma de la calidad interna del paciente con la calidad externa, todos los componentes de la cocina hospitalaria deberán conocerlo, trabajar en equipo y seguir sus pautas para garantizar la calidad, características higiénico-sanitarias como conservar bien los alimentos, que no se rompa la cadena de frío, etc.

La gestión de la calidad será un proceso de mejora continua, se basará en la corrección de errores con el fin de aumentar la satisfacción de los pacientes cumpliendo con los requisitos del proceso de calidad alimentaria.

2 Objetivos

2. Objetivos

- Establecer pautas correctas para el buen trabajo del pinche de cocina asociado a la calidad en hostelería.
- Obtener la aceptación del menú por parte del paciente para hacer mas agradable su estancia en el centro.

3 Metodología

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

4. Resultados

Este estudio nos hace ver que el pinche como miembro de la cocina hospitalaria, forma parte de la cadena y tiene gran responsabilidad en el desarrollo y en los resultados de la gestión de la calidad y tocará muchos procesos que haciéndolos de forma correcta se podrá lograr la calidad total del servicio.

El pinche de cocina en la recepción y el almacenamiento de las mercancías, estará encargado de limpiar las superficies, los equipos y utensilios, empleando

productos adecuados.

Para la recepción de la materia prima se comprueba calidad, caducidad, estado de los embalajes, temperatura de conservación de los productos y el registro sanitario.

Se tendrá en cuenta y comprobará la temperatura y humedad en el almacenamiento.

Para la conservación de alimentos se tendrá especial cuidado en el envasado, la regeneración de los mismos y la correcta elaboración siguiendo las pautas recibidas.

Se retirarán los productos para su preparación con la menor antelación posible evitando que se rompa la cadena de frío.

Para la manipulación de las materias primas, hará la puesta a punto de las máquinas y preparará las herramientas necesarias para el proceso, aplicarán las técnicas básicas de manipulación de alimentos.

Aprovecharán las materias primas al máximo, racionando, troceando y picando las mismas cuando sea necesario.

En la limpieza de los útiles y equipos de cocina, seguirán las instrucciones de seguridad del fabricante y tendrán en cuenta la toxicidad de los productos de limpieza y su posible riesgo para el medio ambiente.

En la distribución y el emplatado mantendrán unas condiciones higiénico-sanitarias correctas empleando equipos de protección individual como gorro, mascarilla y guantes, en esta fase es muy importante tener cuidado para evitar la contaminación de los alimentos puesto que ya no van a pasar por tratamiento térmico y podría ser perjudicial para el paciente.

El emplatado se hará de forma correcta y ordenada, creando una sensación de limpieza y calidad y cuidando que no se derrame ningún plato para evitar el rechazo del paciente al verlo y estropear la gestión de la calidad en un paso.

Las bandejas irán compartimentadas y mantendrán la temperatura de los alimentos para que lleguen perfectas a las habitaciones de los pacientes.

Los pinches llevarán las bandejas en los carros con especial cuidado a las plantas y el personal de la misma será el encargado de distribuir las dietas a los correspondientes pacientes.

5 Discusión-Conclusión

5. Discusión-Conclusión

El pinche de cocina está presente en todas las fases del proceso, tiene que trabajar en equipo con todo el personal de la misma para conseguir unos resultados cor-

rectos tanto de presentación como higiénico-sanitarios, todos los componentes del equipo deben conocer las correctas técnicas de manipulación de alimentos para una buena aceptación por parte del paciente y que no entrañe peligro para su salud, puesto que estando en proceso de hospitalización las consecuencias podrían ser mas graves para su salud que para las de un cliente o paciente sano.

La calidad repercute de forma positiva en las empresas de cualquier sector pero la calidad en la hostelería hospitalaria hace que el paciente lleve su proceso de recuperación mejor y una mala aceptación de la comida ya sea por rechazo visual o por mala manipulación de los alimentos podría ser fatal para el mismo, su estado de ánimo y su recuperación.

6 Bibliografía

6. Bibliografía

1. Pinche de Cocina. Editorial Mad.
2. Manual de Manipulación de Alimentos.

Capítulo 530

HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE DE UN SISTEMA SANITARIO COMO GARANTÍA DE DERECHOS DE USUARIOS Y PACIENTES

URBANO SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

Es usual que los centros sanitarios cuenten con un Servicio Atención del Paciente, servicio que tiene un papel fundamental de contacto directo en la relación con los pacientes y con los usuarios. Servicio responsable del carácter personal para su tratamiento de humanización con atención adecuada, pertinente y no excesiva en relación con el ámbito sanitario y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas de forma que respondan de modo expreso a la situación específica del afectado, usuario o paciente; con la máxima calidad para la satisfacción de sus necesidades y respetando los principios de universalidad, equidad y accesibilidad. Los Servicios de Atención al Paciente son la responsables de atender a los usuarios de los servicios sanitarios, velando por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones, orientándoles en todo lo que necesiten. También se encarga de recibir, atender y tramitar sus quejas, reclamaciones, sugerencias, agradecimientos y solicitudes con el fin de utilizar la aportación del paciente, como herramienta en la mejora en la atención sanitaria.

Es notorio actualmente, que la mayoría de las quejas y reclamaciones que reciben las instituciones sanitarias por parte de los pacientes y usuarios tienen como elemento común en la mayoría de los casos, la deficiente atención al cliente. Es por ello necesario analizar, valorar, resolver y contestar por escrito todas las quejas, sugerencias y reclamaciones presentadas por los cauces establecidos por la institución en plazo acorde a la resolución.

2 Objetivos

Dar a conocer la humanización del servicio de atención al paciente en el sistema sanitario

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo un análisis consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, revistas, normativa y también se han consultado artículos en distintas páginas web de Internet seleccionando artículos científicos procedentes de criterios de búsqueda como: planes de humanización del sistema sanitario, tratamiento de las personas en el ámbito hospitalario, defensa de la dignidad de la persona humana.

4 Resultados

La humanización de la salud como asunto ético tendrá como principio el respeto al valor de la persona humana y a su dignidad en todas sus circunstancias, como:

- Respeto: Respeto a la dignidad de las personas que acuden a centros sanitarios, pacientes, familiares y profesionales.
- Bienestar: Organizar las actividades asistenciales teniendo en cuenta las necesidades de las personas, pacientes, familiares y los profesionales, facilitándolos medios necesarios para favorecer el bienestar de todos.
- Empatía : Ofrecer una atención y cuidados equitativos a todas las personas basados en la calidez, empatía y la compasión.
- Integración: Incorporar una visión integral de lo técnico y humano en las actividades asistenciales.
- Inclusión: Garantizar los derechos de todas las personas, así como su cuidado inclusivo, sin ningún tipo de discriminación por razón de discapacidad u otra condi-

ción humana, etnia, religión, género, nivel educativo, edad, ideología política y sin tomar en consideración cualquier otra circunstancia de índole subjetiva.

- Participación: Integrar a la cultura de la humanización en la definición de procesos asistenciales, en programas y servicios de salud, desarrollando espacios de participación plena y significativa de pacientes, familiares, profesionales y ciudadanía.
- Acompañamiento: Disposición a acompañar y confortar siempre a los usuarios, sin discriminación ni emisión de juicios de valor.
- Accesibilidad: Garantizar la accesibilidad de todas las personas a los servicios y recursos para alcanzar su mayor potencial de salud.
- Autonomía : Respeto a la confidencialidad y a la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones de naturaleza clínica y terapéutica.
- Funcional : Ser una estructura funcional y multidisciplinar que contribuye a garantizar la continuidad asistencial y facilitar la conexión entre las distintas unidades de la institución hospitalaria y los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

La adecuada atención personal, social y comunitaria a los pacientes por parte del Servicio de Atención al Usuario y Paciente son los objetivos asistenciales de una institución hospitalaria. Las directrices por las que se debe guiar un plan de humanización y de ética se deberían basar en criterios como los siguientes:

- La promoción de una cultura organizativa orientada por una ética de la responsabilidad.
- Transigencia y capacidad de diálogo, para poder encontrar puntos de cohesión en la deliberación sobre los conflictos éticos que puedan plantearse en la práctica clínica.
- Asumir la responsabilidad de quien haya pedido su asesoramiento.
- Implicar a las principales partes interesadas pacientes y familiares para que participen activamente en el uso del Servicio de Atención para prevenir los posibles errores de manera efectiva y prestar un servicio de calidad en el contexto de la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

- Manual de procedimientos del servicio de atención al paciente. "Instituto Nacional de la Salud (España) Gerencia de Atención Primaria, INSALUD, 1994
- Manual de administración y gestión sanitaria. Fernando Lamata Cotanda . Ed Diaz de Santos,1998.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad - BOE.es
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del Derecho a la información sanitaria. BOE.es

Capítulo 531

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON FIBROMIALGIA

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

SARA GARCIA PINILLA

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

1 Introducción

La fibromialgia (en adelante FM) es una enfermedad crónica caracterizada por un dolor musculoesquelético generalizado. Es decir, se trata de un dolor que afecta tanto al aparato osteoarticular como al sistema muscular. Además, el dolor asociado a la FM tiene la singularidad de ser exageradamente hipersensible, es decir, es producido por estímulos que normalmente no causan dolor (alodinia) al tener una mayor sensibilidad al dolor y reacción extrema al mismo (hiperalgesia).

El término FM fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud en 1992 y tipificado en su manual de Clasificación Mundial de Enfermedades. Nos encontramos ante una enfermedad que afecta a un amplio espectro de la población. Algunos estudios realizados en diversos países europeos determinan que entre el 10 y el 15% de la población padece dolor musculoesquelético generalizado. En España, una encuesta realizada en el año 2000, determinó que más del 8% de la población encuestada padecía ese dolor generalizado y que alrededor del 5% cumplían los requisitos para considerar ese dolor generalizado como crónico.

El origen o base fisiopatológica de la enfermedad es desconocido pero se han identificado diferentes factores que se asocian al riesgo de padecerla como son el sexo (la mayoría de las personas con FM son mujeres, en una proporción de casi 9 a 1), presencia de otros síndromes y enfermedades de dolor regional crónico (colón irritable, cefalea crónica, etc), estrés emocional significativo (depresión, cuadros agudos de ansiedad, etc).

El diagnóstico de la FM es clínico, al no existir una prueba objetiva específica (analítica, de imagen o anatomo-patológica) que muestre la presencia de esta alteración sensorial. Hay consenso generalizado en que para el diagnóstico de la FM son precisas, al menos, la existencia de dos circunstancias, existencia de dolor generalizado durante la menos tres meses en alguna región del esqueleto axial y en, al menos, tres de los cuatro cuadrantes corporales.

Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos que se indican en la figura, que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos (bajo umbral de dolor),

Nuevos estudios y los avances en medicina han ido ampliando o especificando estos criterios para una determinación más objetiva de la FM, teniendo en cuenta que nos encontramos ante una enfermedad crónica cuyo tratamiento es paliativo y no curativo, es decir, está encaminado a combatir el dolor.

2 Objetivos

El objetivo perseguido es contribuir a visibilizar y dar un mayor conocimiento de la FM, enfermedad que, en general, cuenta, en primer lugar, con grandes problemas de diagnóstico y, en segundo lugar, de reconocimiento social.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha efectuado un análisis de diferentes estudios, análisis y encuestas elaboradas sobre la fibromialgia, tanto respecto al diagnóstico como al tratamiento para poder determinar un cuadro sintomático común a los pacientes de FM para, de este modo, identificar hábitos y situaciones que agravan o acentúan el dolor asociado a la FM.

También se han realizado entrevistas y estudiado testimonios de personas diagnosticadas de FM que han permitido circunscribir esos hábitos laborales al ámbito de trabajo del auxiliar administrativo sanitario.

4 Resultados

El desempeño de la actividad de auxiliar administrativo sanitario conlleva una gran carga postural, es decir, se realiza en una posición forzada, alejada de la posición natural o de confort, debido a la estaticidad del puesto de trabajo y, en algunas ocasiones, la inadecuada configuración del mismo. Esa carga postural de relaciona también con la realización de movimientos repetitivos y hábitos posturales incorrectos, que puede acarrear la aparición de desgaste en las articulaciones.

Este tipo de riesgos se multiplican en personas que sufre de FM debido a su bajo umbral de dolor y tener afectado la totalidad del aparato osteoarticular y muscular. El resultado es una enfermedad altamente incapacitante (incapacidad raramente reconocida) para la actividad laboral y causa de absentismo. Por ello, los auxiliares administrativos que padecen de FM deben adoptar cambios personales y en las condiciones de trabajo para mantener una vida laboral activa que les permita desarrollar sus funciones de forma eficaz, sobreponiéndose no solo al dolor sino, en muchas ocasiones, a la indiferencia e incomprensión de sus compañeros y superiores.

Esa doble carga que sufre el auxiliar administrativo enfermo de FM, dolor e incomprensión, afecta no sólo en su entorno laboral, sino que incide también, como no podría ser de otra forma, en su vida personal, generando altos índices de frustración e infelicidad que, con su padecimiento continuado en el tiempo, producen depresión, cuadros de ansiedad laboral, estrés, etc.

La FM va en muchas ocasiones unida al síndrome de fatiga crónica, fatiga extrema que no puede explicarse desde un punto de vista clínico o médico y que no desaparece después del descanso. Ello es debido, entre otras cosas, a la mala calidad del descanso que, por regla general y debido a la convivencia continua con el dolor, sufren los afectados de FM.

El sedentarismo asociado al puesto de trabajo de auxiliar administrativo perjudica y agrava la enfermedad por lo que la adopción de medidas ergonómicas adecuadas ayudan a minimizar el impacto negativo que el desarrollo de la actividad laboral tiene en los enfermos de FM.

El dolor muscular y del tejido fibroso y las limitaciones de movilidad (disminución de la amplitud articular) que sufren las personas con FM incide directamente en el desempeño diario del trabajo de auxiliar administrativo por lo que,

para mantener una actividad laboral eficaz y eficiente, debe adoptar medidas de resiliencia más allá de las meras adaptaciones ergonómicas que normalmente se fijan para este tipo de puestos de trabajo. Es evidente que la adaptación del puesto de trabajo a la capacidad funcional del trabajador es un primer paso indispensable para paliar el sufrimiento diario del auxiliar administrativo con fibromialgia. Pero esta primera medida puede, y debe, ir unida a otras de carácter más personal como pueden ser la adaptación de los horarios e, incluso reducción de jornada, espacios amplios de trabajo, etc. Estas medidas de carácter general pueden complementarse con otras más personales como las pausas durante la jornada laboral adaptadas en función de las necesidades del enfermo o, incluso, la reorganización del puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La FM es una enfermedad altamente incapacitante para el desempeño de las funciones de auxiliar administrativo, a pesar de que nos encontramos ante un puesto de trabajo que no requiere una alta exigencia física. Los bajos umbrales de dolor que padecen los enfermos de FM, tanto en músculos y tejido fibroso como en las articulaciones, se ven afectados directamente por el sedentarismo asociado al puesto de trabajo y la realización de tareas de marcado carácter repetitivo.

La adopción de medidas ergonómicas preventivas ayudan al enfermo a conseguir alcanzar una vida laboral activa pero no hay que olvidar que estas medidas tienen un carácter paliativo, es decir, mitigan los efectos que la actividad laboral tiene sobre la capacidad física del auxiliar administrativo, pero no los hacen desaparecer, por lo que, irremediablemente, nos encontraremos con trabajadores que realizan sus funciones diarias con dolor.

A esto hay que sumar, en muchas ocasiones, la incomprensión de los compañeros de trabajo y de los superiores, que incide nuevamente en la capacidad física del auxiliar administrativo enfermo de FM.

6 Bibliografía

Fibromialgia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

El papel de las pautas ergonómicas en el manejo de la Fibromialgia. Revista Cubana de Reumatología. <https://es.wikipedia.org/wiki/Fibromialgia>

Capítulo 532

EL DEBER DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

SARA GARCIA PINILLA

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

1 Introducción

El deber de confidencialidad o secreto profesional al que están sujetos todos los auxiliares administrativos del sistema de salud se configura como un derecho que tienen los pacientes o usuarios del sistema de salud, público o privado, a que los profesionales de la salud que tengan conocimientos de sus datos íntimos no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa.

El marco normativo en el que se incardina el deber de confidencialidad viene, por lo tanto, circunscrito a la protección del derecho fundamental del paciente a la intimidad personal y familiar (art. 18 de la Constitución Española). Así, la Ley 41/2002, que regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones respecto a la información y documentación clínica reconoce expresamente el derecho de todas las personas a que se respete la confidencialidad de los datos referidos a su estado de salud, exigiendo una autorización legal para acceder a los mismos.

En este contexto, la Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, aprobada mediante Ley Orgánica 3/2018, preceptúa en su art. 9 que el procesamiento de datos de carácter personal realizado por motivos de la salud deberá estar avalado por la Ley.

El auxiliar administrativo sanitario es el encargado del tratamiento de los datos personales de los pacientes, mediante la recogida de los mismos para configurar el historial clínico de los usuarios del sistema de salud. El historial clínico puede definirse como un documento médico-legal que recoge todos los datos relativos al estado de salud y a los servicios médico-sanitarios recibidos por el paciente con el fin de proporcionarle una adecuada asistencia médica. Es decir, el auxiliar administrativo tiene acceso al tratamiento de los datos más personales del paciente, que inciden directamente no sólo en el ámbito de su intimidad personal, sino también en la familiar y es por ello por lo que el cumplimiento del deber de confidencialidad alcanza las mayores exigencias dentro de las obligaciones que el auxiliar administrativo, como profesional de la sanidad, debe cumplir durante el desempeño de su actividad.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es articular las consecuencias jurídicas que no guardar el deber de confidencialidad conlleva para el auxiliar administrativo sanitario, entendiendo que no respetar esa diligencia debida supone una vulneración de los derechos del paciente que, como hemos dicho anteriormente, en relación a los datos de carácter personal en el ámbito sanitario se configura como un derecho fundamental especialmente protegido.

No se pretende realizar una enumeración de las obligaciones que el auxiliar administrativo sanitario tiene que acatar durante el desempeño de su actividad profesional, entendiendo que, en la actualidad, tanto el personal sanitario como el propio paciente son conocedores de esas obligaciones, los primeros, y derechos, los segundos. Así, intentaremos perfilar las responsabilidades jurídicas, penales, civiles y administrativas, a las que el auxiliar administrativo está sujeto en el caso de no respetar el deber de confidencialidad inherente a su actividad laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio se ha realizado, en primer lugar, un análisis del marco normativo que configura tanto el deber de confidencialidad al que están sujetos todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, del sistema de salud, especialmente los auxiliares administrativos, y del derecho fundamental a la intimidad personal y familiar que todos los ciudadanos, y por lo tanto el paciente y usuario de nuestro sistema de salud, tienen reconocido.

Delimitado ese cuadro normativo, se ha procedido al estudio del régimen penal, civil y sancionador administrativo que la vulneración de ese deber y derecho conllevaría para el auxiliar administrativo.

4 Resultados

El deber de confidencialidad que el auxiliar administrativo está obligado a respetar respecto a los datos personales de los pacientes y usuarios del sistema de salud está configurado como un método eficaz de protección del derecho al honor y la intimidad personal y familiar que todos los ciudadanos tenemos garantizados constitucionalmente. La vulneración de ese deber (de confidencialidad) y derecho (al honor y la intimidad) despliega unas consecuencias jurídicas que podemos analizar en tres ámbitos distintos.

ÁMBITO CIVIL: el auxiliar administrativo, o cualquier otro profesional sanitario o no sanitario del sistema de salud, será responsable civil de los daños y perjuicios que la vulneración del deber y del derecho haya ocasionado al paciente o usuario del sistema de salud. Esa responsabilidad se plasmará en la obligación de indemnizar los daños y perjuicios ocasionados tras la sustanciación del correspondiente procedimiento por vulneración del derecho al honor y a la intimidad. La responsabilidad civil también puede dilucidarse dentro del procedimiento penal.

ÁMBITO PENAL: el Código Penal cuenta con dos tipos delictivos que castigan la inobservancia del deber de confidencialidad por parte del auxiliar administrativo sanitario y protegen el derecho a la intimidad personal del paciente o usuario del sistema de salud.

El delito de descubrimiento y revelación de secretos está tipificado en el art 197 del Código Penal, y, en lo concerniente al objeto del presente estudio, castiga a la persona, que sin la debida autorización, se haga con los datos personales de

otra persona, los utilice o proceda a su modificación cuando estos datos se encuentren almacenados en registros u otros soportes de almacenamiento de datos, cualquiera que sea su naturaleza y tengan carácter público o privado. Si el delito es cometido por un personal estatutario del sistema de salud, la pena puede llegar a 4 años de prisión, 24 meses de multa y la imposibilidad de ejercer su profesión durante un máximo de 12 años.

El otro tipo delictivo es la violación de secreto profesional y viene recogido en el art. 199 del Código Penal, que recoge castigos muy similares a los anteriormente descritos y penaliza la divulgación de los datos personales de una persona cuando se han tenido conocimiento de esos datos por el ejercicio de su actividad profesional, incumpliendo su deber de confidencialidad o secreto profesional.

ÁMBITO ADMINISTRATIVO: la Ley Orgánica 3/2018 establece un régimen sancionador para aquellas conductas que supongan una vulneración a lo dispuesto en su cuerpo normativo. Además hay que tener en cuenta que 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 su Disposición Adicional Sexta, indica que las infracciones cometidas serán objeto del correspondiente procedimiento sancionador previsto en la Ley 14/1986, General de Sanidad. El auxiliar administrativo quedará sujeto al régimen disciplinario regulado en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que, entre las obligaciones que enumera, recoge el comentado deber de confidencialidad y secreto de los datos personales y documentos que el auxiliar administrativo conozca durante el desempeño de sus funciones.

Es preciso indicar que resulta legalmente compatible la responsabilidad penal con la responsabilidad disciplinaria (a través de la propia empresa del trabajador, administración o colegio profesional) ya que se considera que no se infringe el principio de “non bis in ídem” puesto que las dos responsabilidades protegen intereses jurídicos distintos, de forma que la responsabilidad penal supone la rotura de la confianza del ciudadano como usuario del servicio de salud, y la responsabilidad disciplinaria tiene como objetivo garantizar el eficaz y eficiente ejercicio de la actividad laboral del auxiliar administrativo y el buen funcionamiento de los servicios médicos-sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo sanitario tiene acceso, con motivo de su actividad laboral, a los datos de salud de los pacientes y usuarios del sistema de salud. Estos datos, que redundan en el ámbito más personal e íntimo del sujeto, tienen la consideración de especiales en lo concerniente a su tratamiento y, por ello, es preciso dotarles de una especial protección.

Esta protección se hace efectiva desde una doble vertiente, la del profesional y la del propio paciente. Al auxiliar administrativo se le impone un especial deber de confidencialidad, que supone la obligación de salvaguardar los datos de carácter personal de los usuarios del sistema de salud, tanto durante su tratamiento como en el almacenamiento y custodia. Este deber está estrechamente ligado al derecho fundamental al honor, la intimidad personal y la familiar, que todos los ciudadanos tienen garantizados constitucionalmente.

Esta interrelación entre deber y derecho se ve reforzada por el marco penal y sancionador administrativo que su inobservancia conlleva y que tiene como objetivo proteger el derecho a la intimidad, en su dimensión negativa de exclusión del conocimiento o presencia de terceros en aquellas parcelas de la vida privada que quieren mantenerse secretas o reservadas al sujeto mismo, o en su dimensión positiva en cuanto a que determinados aspectos de la vida privada se reservan a un determinado círculo de personas.

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.
Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
Reglamento (UE) 2016/679 Del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal
Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
Ley 14/1986, General de Sanidad.

Capítulo 533

EL ESTADO EMOCIONAL EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO "UN CAMPO POR DESCUBRIR"

SILVIA FERNANDEZ CANO

MARÍA ALEJANDRA DÍAZ PELÁEZ

MARGÓ IGLESIAS OTERO

EVA MARTINEZ MAGADAN

1 Introducción

El presente artículo tiene por objetivo destacar el interés que representa el estudio de las emociones para los auxiliares administrativos. A través de la revisión de los conceptos fundamentales, los enfoques teóricos más actuales y las técnicas de intervención para el manejo y control tanto a nivel individual y grupal se pretende motivar en el estudio e investigación de este tema que permitirá entender, explicar y abordar de manera más efectiva y eficiente como las emociones afectan a nuestra vida laboral ya que las emociones son estados afectivos que experimentamos día a día y nos puede ocasionar malos momentos de nuestra vida cotidiana, debemos saber que existen ciertos modelos de reacción afectiva, que suelen mostrar una serie de particularidades comunes en los seres humanos,

estas respuestas emocionales se manifiestan en forma de sorpresa, alegría, tristeza, sorpresa, ira, miedo, asco, desprecio... Por todo esto resulta necesario aprender a controlar nuestras emociones adecuadamente, debemos volvernos más inteligentes en cuanto a las emociones y su utilización, para motivarnos hacia fines adecuados y productivos; Los trabajos de atención al paciente requieren un trato directo con la gente ya que la mayor parte de la jornada laboral de los auxiliares administrativos en el campo sanitario esta ligado con una buena atención al paciente (personal, cariñosa), este trabajo no sólo precisa un cometido físico o mental, sino que debemos controlar nuestras emociones durante sus interacciones. Es importante resaltar que en estos casos la emoción no es una respuesta natural, se maneja como una parte más de la actividad del el puesto, esto implica una gestión de las emociones, que facilitará el desempeño y la buena ejecución del trabajo.

2 Objetivos

A través de este artículo lo que se trata es de explicar la importancia que desempeñan las emociones en el puesto 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.

4 Resultados

La activación emocional que se produce en nuestro organismo como consecuencia de una situación depende fundamentalmente de la valoración personal y del significado que esa emoción tenga para nosotros. En este sentido, una situación nos puede resultar irrelevante, es decir, no nos afecta, ni produce ninguna reacción mientras que por el contrario otra situación puede tener un significado positivo o agradable. Por ejemplo el ir a una reunión donde uno se va a encontrar con amigos, un viaje e incluso una actividad nueva en el trabajo que nos resulte estimulante puede generar emociones positivas mientras que tener un conflicto con un

compañero de trabajo, un problema en nuestra vida personal... puede hacernos sentir mal y no rendir en nuestro puesto de trabajo, Como resultado podemos decir que los auxiliares administrativos deben controlar sus emociones durante el trabajo y para ello debemos tener un buen estado emocional para poder atender de la mejor manera a los pacientes para ello deben prestar la atención plena, realizar yoga, practicar mindfulness (fijar la atención en el momento presente), practicar algún deporte que nos haga sentirnos bien, debemos saber que para gestionar debidamente las emociones, el auxiliar administrativo debe emplear la autorregulación que no consiste en contener o reprimir las emociones, sino que implica percibir los sentimientos y expresarlos adecuadamente debemos darnos cuenta y reconocer la emociones , fijarnos en como pensamos y cómo entendemos la situación y decidir qué vamos a hacer, según haga falta en esa misma situación.

Otro aspecto del que debe valerse el auxiliar administrativo es la empatía, facultad que nos permite prever de antemano los efectos de una acción determinada y, de ese modo, interactuar rápidamente, debemos aprender a controlar nuestras emociones y que no nos controlen ellas a nosotros.

PALABRAS CLAVES: Emoción, cansancio, trastornos

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos pasamos la mayoría de las horas de nuestro trabajo tratando con los pacientes por lo que debemos controlar nuestras emociones, debemos empatizar con ellos y transmitirles tranquilidad y seguridad, la atención al paciente es básica y muy importante , debemos saber que las emociones tienen un impacto significativo en nuestro rendimiento laboral, nos transmiten nuestro estado de ánimo, nos facilitan la motivación de nuestra conducta y preparan a nuestro organismo para la acción, es por ello que son útiles y muy beneficiosas si las empleamos bien por lo que debemos controlarlas ya que si nosotros tenemos un buen estado de animo podemos trasmitirlo a nuestros pacientes y podemos hacer de alguna manera que se sienta más querido y seguro.

6 Bibliografía

www.rae.es

www.divulgaciondinamica.es

www.psiciactiva.com

www.gestiopolis.com

www.revistamendica.com

Capítulo 534

EL CELADOR DEBE PREVENIR LOS RIESGOS LABORALES EN LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS

JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA

ANTONIO RAMOS COELLO

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO

YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ

1 Introducción

Se va a empezar el estudio bibliográfico teniendo en cuenta que el celador, como parte importante del sistema sanitario, desempeña de entre otras labores la del manejo y transporte de cargas. La etiología principal del celador se basa en el hecho de cargar.

Teniendo en cuenta que la manipulación manual de cargas es un elemento fundamental en el día a día de un celador, deberá saber cuál es la postura correcta a adoptar, sí que le ocasione un daño dorso-lumbar.

Se entenderá por manipulación manual de cargas cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de los trabajadores, como el levantamiento, el empuje, la colocación, la atracción o el desplazamiento que por

sus características supone un riesgo para los trabajadores, particularmente dorsolumbares, lumbalgias, discopatías, golpes, aplastamientos, contusiones, cortes, heridas y fracturas.

Por ello es importante que los celadores tengan especial cuidado cuando se traten de cargas que: sean demasiado pesadas o grandes; cuando tengan una forma o tamaño que dificulte su forma de agarrar o sujetar; de tal manera que pueda causar otros tipos de lesiones o riesgos laborales al celador debido a su contenido o sus características exteriores; o cuando sean inestables. Mediante este artículo damos a conocer los tipos de cargas y medidas preventivas que podemos adoptar para reducir la tasa de lesiones.

2 Objetivos

Dentro de este capítulo, existe un objetivo principal:

Exponer una serie de medidas y recomendaciones en relación con la manipulación manual de cargas para elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los celadores en el ámbito sanitario.

Como objetivo secundario:

Mostrar las líneas principales de la ergonomía para los celadores.

Analizar la necesidad de formación en las cargas para los celadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica y legislación existente.

Se han consultado múltiples publicaciones mediante internet, así como el acuerdo del Consejo de Ministros del 26/06/1990, que modifica el Real Decreto Ley 3/1987, así como la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

Palabras Clave: Celador, carga, lesión, prevención.

4 Resultados

A la hora de realizar una manipulación manual de cargas deberemos seguir las siguientes pautas:

Planificar el levantamiento: Mediante la utilización de ayudas mecánicas siempre que sea posible y cuando no sea posible la ayuda mecánica y el peso sea excesivo

se solicitará la ayuda de otros compañeros.

Respecto a la forma de vestir se deben utilizar equipos de protección individual, calzado antideslizante y ropa adecuada para las funciones que se van a realizar.

Colocación de los pies: Separar los pies colocando un pie más adelantado y las rodillas flexionadas. No mantener una posición estática ni rotar la columna lumbar. Se debe tratar de no prolongar el trabajo o el paso muy por debajo de los codos o por encima de los hombros. Reducir la fuerza hecha con los brazos o manos o manos utilizando herramientas adecuadas. Agarrar los objetos con los dedos flexionados. Evitar sujetar objetos con superficies resbaladizas.

Pesos máximos recomendados: Cualquier objeto de más de 3kg ya puede considerarse carga.

A la hora de manejar una carga hay que tener en cuenta varios factores:

25kg es el peso máximo que se recomienda no sobrepasar, en condiciones ideales de manipulación.

Trabajadores jóvenes, mujeres o mayores, no deberían cargar pesos superiores a 15 kg.

Excepcionalmente, trabajadores sanos y bien entrenados, pueden levantar cargas de hasta 40kg, en condiciones ideales de manipulación.

-Formación e información adecuada: Es necesario que el trabajador reciba la formación e información adecuadas sobre:

-Los riesgos derivados de la actividad.

-Las medidas de protección e información.

-La manera correcta de manipular las cargas.

-El contenido del paquete, centro de gravedad del cuerpo, el lado que pesa más, etc.

El empresario o el servicio de salud garantizará que los celadores y sus representantes reciban esta formación e información. Asimismo, cuando no se pueda evitar la manipulación manual de cargas, el servicio de salud, adoptará las medidas y medios adecuados, para que la actividad entrañe un bajo riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Mediante este artículo se pretende mostrar la importancia llevar a cabo una serie de medidas preventivas a la hora de realizar una manipulación manual de cargas. Asimismo, es deber del empresario garantizar que los trabajadores reciban una formación e información adecuadas sobre los riesgos derivados de la manipulación manual de cargas, así como sobre las medidas de prevención y protección para los celadores.

Es tanto un derecho como una obligación del servicio de salud y del celador el uso de equipos de protección individual tan necesarios a la hora de la prevención de riesgos laborales con el fin de evitar riesgos y daños al personal celador.

6 Bibliografía

1-Instituto nacional de higiene en el trabajo (1998) <https://www.insst.es/documents/94886/96076/manipulacion+manual+de+cargas/>

2-<https://prevencionar.com/2020/02/18celador-informacion-de-prevencion-deriesgos-laboral>

Capítulo 535

EL PAPEL DEL CELADOR ANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS

JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA

YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ

MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

ANTONIO RAMOS COELLO

1 Introducción

La pandemia del coronavirus que ha asolado el mundo entero y ha mermado la población de Europa de forma considerable, es una enfermedad virulenta e infecciosa causada por el SARS-CoV-2, siendo notificado por primera vez en Wuhan en la República de China en diciembre del pasado 2019, cuyo inicio de la crisis sanitaria declarada a nivel mundial fue allí. Tras su rápida propagación, el 11 de marzo de 2020, el director general de la Organización Mundial de la salud anunció que la enfermedad por el coronavirus 2019 se declaraba como una pandemia.

El coronavirus recibe este nombre por su forma de corona alrededor del virión y que ha convivido desde siempre con el ser humano, existiendo diferentes tipos, tanto humanos como animales. El coronavirus pertenece a una amplia familia de virus que pueden causar desde un resfriado común hasta enfermedades más graves como la neumonía, la insuficiencia renal e incluso la muerte. Debido a

la situación generada por la crisis del COVID-19, los centros hospitalarios han ido modificando sus protocolos de actuación, donde el celador tiene un papel fundamental como auxiliar multidisciplinar.

Bien es sabido que la función de los celadores siempre ha sido clave para proporcionar y favorecer un buen funcionamiento de los centros sanitarios ya sean de atención primaria como especializada. Dado que una de las funciones básicas del celador consiste en velar y apoyar por el bienestar de los usuarios del sistema sanitario, esto ha cobrado mayor importancia en estos tiempos donde la seguridad de pacientes y trabajadores es vital para evitar el contagio y la propagación del virus.

2 Objetivos

En este capítulo como objetivo principal:

- Analizar el papel del celador como primer filtro en un centro sanitario con los pacientes.

Como objetivo secundario:

- Describir el plan de actuación que se ha de establecer para garantizar la seguridad tanto de trabajadores, así como las medidas preventivas y de higiene con el fin de minimizar el riesgo de contagio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de bibliografía reciente, si bien el COVID-19 sigue siendo un gran desconocido para la comunidad médica y epidemiológica. Así como en diversas revistas médicas y académicas.

Dentro de esta búsqueda, se han utilizado páginas académicas para lograr realizar el capítulo en base a google académico, dialnet, scielo entre otras.

Palabras clave: Coronavirus, celador, contagio, pandemia entre otras.

4 Resultados

El celador de los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas como personal no sanitario en el centro de salud o en el centro hospitalario, va a ser el primer contacto con el usuario del servicio de salud por lo que, para prevenir el contagio y su propagación del virus, es por ello imprescindible reforzar las medidas de seguridad e higiene, entre las destacamos: Control de temperatura: La toma de temperatura se ha de efectuar a la entrada, en una zona dispuesta para ello y con un dispositivo que tome la temperatura a distancia, pero sin que haya contacto físico.

El hecho de tener una temperatura corporal de 37,5 °C o superior, va a ser la causa de derivar al paciente a un circuito ya sea el limpio o el sucio. La higiene y lavado de manos es una de las medidas principales de prevención y control de esta infección, que se viene remarcando desde el principio por parte de la Organización Mundial de la Salud, junto con la mascarilla que aún continúa siendo obligatorio en el sistema sanitario y de cualquier otra. La pauta de la Organización Mundial de la Salud de lavar las manos frecuentemente con agua y jabón o solución hidroalcohólica, por lo menos durante 20 segundos, que debe contener alrededor de un 60% de alcohol en su base.

A fin de minimizar el riesgo de contagio de coronavirus, se facilitará a la entrada del centro soluciones hidroalcohólicas como se pueden ver de forma regular. El uso de mascarilla: Es obligatorio el uso de mascarilla para personas mayores de 6 años en la vía pública, espacios al aire libre. Por tanto, el uso de mascarilla quirúrgica en centros sanitarios será obligatoria y se facilitará a los pacientes y usuarios del mismo en caso de no disponer de una al igual que se realiza la prueba del PCR o test de antígenos a los pacientes ingresados o que se sometan a las cirugías. Evitar tocarse los ojos, nariz y boca. Es importante y primordial mantener el distanciamiento físico de al menos 1.5 metros y en caso de no poder realizarse utilizar los equipos de protección individual.

Es crucial garantizar la higiene y limpieza de los lugares de trabajo, así como una adecuada limpieza de las superficies y equipos de trabajo con hipoclorito de sodio o alcohol de más de 60%. Los celadores deben aplicar todos los medios posibles para prevenir los contagios al COVID -19, siendo las políticas de limpieza y desinfección de los lugares y equipos de trabajo importantes medidas preventivas.

5 Discusión-Conclusión

Se debe tener en cuenta que los contagios por COVID-19 pueden ser muy leves o graves y algunas personas no presentan síntomas ni signos. Los síntomas más comunes siguen siendo pese a las variantes son la tos, la fiebre y el cansancio junto con el dolor de cabeza. Otros pueden ser: falta de aire al respirar ante la cual debemos aconsejar el acudir a urgencias o socorrer con mayor celeridad, pérdida de gusto, dolor de pecho entre otros.

El conocimiento de los protocolos vigentes por parte del personal no sanitario y en concreto, de los celadores, es fundamental para el buen funcionamiento de los centros sanitarios sobre todo de atención especializada y garantizar la seguridad de trabajadores y pacientes. Las restricciones de visitas a los centros sanitarios y el aseguramiento de que se tomen las medidas preventivas en este ámbito son esencial para minimizar los riesgos de contagio con el virus.

El celador es la puerta de entrada para la mayoría de los pacientes que acuden a las urgencias por ello debe conocer los síntomas y saber derivar los pacientes a los diferentes circuitos y profesionales.

6 Bibliografía

1-Astursalud <https://www.astursalud.es/>

2-Orientaciones técnicas de la OMS para el control y la prevención de las infecciones en el contexto de la COVID -19

3-Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 536

EL USO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA EL CELADOR

JOSÉ DE JESÚS MORAL BAENA

YOLANDA RAMOS SÁNCHEZ

MIGUEL ANGEL SOTO AYUSO

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

ANTONIO RAMOS COELLO

1 Introducción

El hecho de trabajar en el ámbito de la salud, implica en ocasiones un desgaste tanto físico como psicológico. El celador debe enfrentarse a diferentes situaciones que afectarán de manera negativa a su salud física y mental, como la incompreensión y en ocasiones actitudes violentas por parte del paciente y/o familiares, a sobrecarga de trabajo, a turnos rotativos, a situaciones novedosas como la actual crisis sanitaria... Etc.

Estas situaciones pueden provocar en el celador estrés, menos implicación en su trabajo, mayor irritabilidad, disminución de la autoestima, frustración o pérdida de motivación, que no solo se reflejarán en el desarrollo de sus funciones sino en el trato hacia el paciente y sus familiares.

En este contexto, es importante mencionar el concepto de “inteligencia emocional”, el cual Mayer define como una habilidad que permite entender y reg-

ular nuestras propias emociones y las de los demás, lo cual hace que sea posible modificar nuestra forma de pensar y de actuar en un determinado contexto.

De esta manera, si el celador aprende, en su entorno laboral, a identificar sus propias emociones, así como las de aquellos con los que interactúa y las gestiona de una manera correcta, no solo verá los efectos positivos que esto supone a nivel individual ya que aprenderá a enfrentarse a situaciones conflictivas y mejorará su bienestar psicológico, sino que conseguirá una relación con los profesionales de su equipo, una relación celadora /paciente de mayor calidad.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Dar a conocer aquellas habilidades que los celadores pueden trabajar para conseguir desarrollar su inteligencia emocional en su entorno laboral y valorar sus efectos positivos en el ámbito laboral.

Como objetivo secundario:

Facilitar al celador las herramientas adecuadas para un uso de la inteligencia emocional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Existen diferentes habilidades que forman parte de la inteligencia emocional y que el celador puede desarrollar con el objetivo de que su relación con el resto de profesionales del equipo multidisciplinar sea más satisfactoria, así como para mejorar su relación con el paciente, haciendo que la interacción entre ellos suponga beneficios para ambas partes.

- Empatía: Es la capacidad de percibir lo que el otro está sintiendo, siendo capaz incluso de deducirlo a través de la observación de su lenguaje no verbal. Comúnmente se conoce como la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona.
- Autoconciencia: es la habilidad de identificar nuestras propias emociones y pensamientos, lo que nos ayudará a poder regularlos y modificarlos en determinadas circunstancias y así poder superar situaciones conflictivas o desafíos.
- Automotivación: Favorecer una actitud positiva en nuestro día a día en el trabajo.
- Escucha activa: Concentrarse de forma plena en el mensaje que la otra persona, en este caso el paciente o familiar, nos intenta comunicar. No se den realizar juicios sobre lo que está diciendo, ni distraerse en la conversación, ni interrumpir.
- Asertividad: Es la capacidad de expresar nuestros deseos, opiniones, necesidades, y reclamar nuestros derechos de una manera amable, directa y adecuada respetando siempre a los demás.
- Cercanía: Generar un entorno de confianza, donde el paciente se sienta cómodo para expresar todas sus dudas, miedos e inquietudes. Si el profesional desarrolla y pone en práctica estas habilidades, aumentará la satisfacción del paciente, haciendo que se sienta más escuchado, entendido, apoyado, cuidado y respetado, lo cual favorecerá su bienestar psicológico y aumentará su confianza en el tratamiento y por consiguiente puede influir incluso en su recuperación. Del mismo modo, el profesional también se sentirá más satisfecho a nivel personal y profesional y por tanto, más implicado con su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, poner en práctica las habilidades anteriormente mencionadas hará que se produzca un desarrollo de la inteligencia emocional del individuo, que tendrá grandes beneficios dependiendo en que ámbito de nuestra vida vayamos a ponerla en práctica.

En el ámbito sanitario, es de gran importancia que los celadores cuenten con las estrategias necesarias para potenciarla, ya que como hemos visto, esto ayudará a crear un mejor ambiente laboral, una mayor calidad del servicio y una mayor eficiencia en el trabajo donde las emociones siempre tienen un papel muy importante, así como una relación celador/paciente de mayor calidad, lo que tendrá

amplios beneficios para ambos.

6 Bibliografía

1. www.instituopsicobiologico.com
2. www.dialnet.es
3. www.psicologíaymente.com
4. <https://revistamedica.com/celador-vinculo-afectivo/>

Capítulo 537

EL PINCHE DE COCINA EN LA PREPARACIÓN DE LA COMIDA HOSPITALARIA

PIEDAD GARCÍA LEON

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO

M. CARMEN GÓMEZ PEREZ

ANTONIA HERRAEZ LOPEZ

1 Introducción

La alimentación es una fuente importante de salud y bienestar, forma parte de la evolución del ser humano como especie y este ha ido variando su dieta a lo largo de los años.

La historia evolutiva de la alimentación se remonta a más de siete millones de años, destacando que la base de su alimentación procedía principalmente de frutas; poco a poco y debido en gran medida a la necesidad de energía para realizar sus tareas diarias se fueron introduciendo otros alimentos como las raíces, vegetales, nueces, etc.; para más adelante empezando por la carroña y la cacería comenzar a consumir carne como principal fuente de proteínas.

La preparación, técnicas de cocinado y manipulación también han sufrido profundos cambios a lo largo de la historia, en la actualidad el nivel de sofisticación

en las cocinas profesionales es muy elevado y esto permite una mayor agilidad en la preparación de los alimentos, un descenso de las mermas y una mayor calidad de producto final.

En un hospital se elaboran una gran cantidad de dietas diarias para los pacientes ingresados, con la peculiaridad de tener que adaptar en muchos casos dicha dieta a las patologías del paciente, la dieta significa un punto de partida en la mejora o recuperación de la salud del paciente

2 Objetivos

Describir las técnicas de cocinado más utilizadas en una cocina de un hospital y su clasificación en los dos grupos de preparación de los alimentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 libros de formación académica de la escuela de Hostelería y Turismo de Gijón, en libros de preparación de oposiciones del Centro de Estudios Rivas y Mengar y en páginas de internet con información referente a la preparación de alimentos.

4 Resultados

Dentro de la preparación de los alimentos es importante destacar que existen dos grandes grupos:

1. Procedimientos de preparación de alimentos por vía húmeda:
 - Cocción: término culinario muy utilizado y conocido, consiste en cocinar un alimento o producto por la mediación del calor, se extiende esta descripción a las técnicas de cocer y hervir, que se trata de cocinar un alimento dentro de un líquido en ebullición.
 - Al vapor: uno de los métodos más respetuosos con el producto y que le permite mantener más propiedades, se trata de cocer un producto en un recipiente tapado

y cocinarlo por mediación del vapor, el género no podrá estar en contacto con el líquido.

- Guisos: se trata de la cocción lenta y prolongada de un producto, llevando a punto de consumo el producto principal.
- Frito: técnica muy utilizada de cocinado de los productos, se trata de someter a un producto a temperaturas elevadas introduciéndolo en abundante grasa, se recomienda la utilización de aceite.
- Pochado: técnica parecida a la anterior con la salvedad que el producto se introduce en una grasa a baja temperatura para que se vaya cocinando de manera lenta, puede ser una técnica utilizada previa a la fritura.

2. Procedimientos por vía seca:

- Asado al horno: es uno de los principales métodos de cocinado en una cocina hospitalaria y consiste en la aplicación de calor en un horno a productos previamente condimentados y en muchos casos con algo de líquido. El producto generalmente quedará dorado por el exterior y jugoso y cocinado en su interior.
- A la plancha: se cocina por mediación del calor en una plancha metálica o similar y con un poco de grasa, principalmente aceite los alimentos.
- Salteados: se cocina a fuego vivo los alimentos, tales como las verduras, ciertas carnes, marisco, etc.; haciéndolos saltar sobre la sartén

5 Discusión-Conclusión

La formación del personal de una cocina hospitalaria es fundamental, en muchos casos entra personal con poca experiencia previa o ninguna, es importante la realización de cursos formativos que les permitan conseguir competencias en cocinado y preparación de alimentos, también el reciclaje formativo del personal más veterano para aprovechar y sacar el máximo rendimiento a los aparatos existentes en cocina.

La buena utilización de las técnicas de cocinado son muy importantes, conociendo sus tiempos de cocción para que los alimentos conserven sus propiedades nutricionales y para esto también consideramos importante el nivel de compromiso y profesionalidad por parte del personal de una cocina hospitalaria.

6 Bibliografía

1. <https://www.uo.edu.mx>
2. <https://www.bonviveur.es/preguntas/que-es-saltear>
3. <https://www.institutotomaspascualsanz.com>

4. <https://www.navarra.es>

Capítulo 538

PINCHES DE COCINA EN LA DIETA BASAL Y DIETAS TERAPÉUTICAS

PIEDAD GARCÍA LEON

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO

M. CARMEN GÓMEZ PEREZ

ANTONIA HERRAEZ LOPEZ

1 Introducción

La alimentación ocupa un lugar muy destacado en la manifestación y desarrollo de las patologías que una persona padece: obesidad, diabetes, hiperglucemia, hipertensión y enfermedades digestivas respiratorias, cardíacas, oncológicas. Los alimentos pueden ser el causante de una enfermedad pero también juegan un papel importante en su evolución. Una alimentación inadecuada o insuficiente debilita el proceso de recuperación y alarga la estancia en el hospital, lo que a su vez aumenta las posibilidades de sufrir malnutrición.

Las dietas de los hospitales escogen los alimentos más idóneos para asegurar que un enfermo conserve o logre un buen estado de nutrición además de contribuir a su bienestar social y físico. El objetivo de estas dietas es conseguir un efecto preventivo de mantenimiento o terapéutico.

Existen diferentes tipos de dietas: basal o normal destinada a pacientes que no necesitan una alimentación especial pero con el objetivo de mantener un estado

óptimo de nutrición y las dietas terapéuticas que están adaptadas a personas con necesidades nutricionales específicas, pueden ser la solución a una anomalía o complementarias de un tratamiento. Existe una gran variedad de dietas terapéuticas, algunas de las más conocidas son las dietas de progresión: líquida, semilíquida y blanda, las dietas de restricción calórica, realizadas normalmente para personas obesas o con sobrepeso, la dieta hiperproteica e hipoproteica, sin gluten, astringente, laxante, o con restricción de glucémica

2 Objetivos

- Identificar puntos débiles en la propuesta y elaboración de los menús hospitalarios.
- Indicar diferentes pautas que pueden seguirse para mejorar la alimentación en 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

La comida de los hospitales es un tema delicado por naturaleza que supone un importante desafío dentro de la gestión hospitalaria, han de contribuir a que el paciente mejore y mantenga un buen estado nutricional generando el menor coste posible. Los nutricionistas encargados de realizar las dietas y el personal de cocina que elabora los correspondientes platos se esfuerza en que los menús sean variados y del agrado del paciente, ¿pero se está realmente consiguiendo? La gastronomía hospitalaria española nunca ha gozado de muy buena fama entre los pacientes.

Hay diferentes estudios que señalan que la desnutrición hospitalaria afecta entre un 20% y un 80% de los pacientes dependiendo del tiempo que permanezcan hospitalizados y del tipo de dieta al que estén sometidos, lo que puede derivarse de que los nutrientes que contiene cada elaboración no sean los suficientes o los

necesarios en cada caso, se dan muchos casos en que numerosos productos altamente procesados están incluidos con bastante frecuencia en las dietas de los hospitales lo que crea muchas dudas sobre estas, o por no ingerir la totalidad de los alimentos (un 40% de la comida ofrecida regresa a la cocina sin haber sido consumida), esto puede ser debido en parte al rechazo o preferencia por determinados sabores, colores, texturas, olores, temperaturas o formas que condicionar la aceptación del producto por parte del enfermo, o en parte por algunos malos hábitos a la hora de comer, como hacerlo de pies, con visitas o recibiendo revisiones.

La alimentación en los hospitales es un proceso industrial complejo en el que participan diferentes profesionales y que cuenta con numerosos planos de actuación, en ocasiones los menús se realizan en los centros sanitarios pero en otros muchos casos delegan esta responsabilidad en empresas de catering, muy eficaces en materia de seguridad e higiene alimentaria pero no tanto cualidades nutricionales y organolépticas. En ambos casos están condicionados por las asignaciones presupuestarias que han reducido considerablemente el gasto por menú asignado a cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los profesionales del área de la alimentación hospitalaria intentan continuamente mejorar la calidad y presencia de los productos ofrecidos, ampliar los menús, aplicar adecuadamente las técnicas de elaboración y cocción, colaborar con otros de los actores de este proceso fomentando la creación de tiempos exclusivos para las comidas, libres de consultas y exploraciones, la existencia de comedores y la ayuda a personas que no pueden alimentarse por sí solas u observando y motivando a los pacientes para que injieran completamente las elaboraciones ofrecidas.

Una atención más individualiza y personalizada podría suponer una mejoría en el grado de aceptación de los pacientes hacia la comida y sobre todo una mayor aportación económica por parte de las autoridades competentes podría derivarse en la contratación de más personal de cocina, nutricionistas y dietistas, en la adquisición de productos de más calidad y en la maquinaria necesaria para realizar las elaboraciones con un resultado más apetitoso, nutritivo e inocuo.

6 Bibliografía

1. Nutrición en los hospitales (internet) Disponible en: <https://www.ocu.org/>

alimentacion/comer-bien/noticias/menus-hospitales

2. Dietas terapéuticas (internet) Disponible en: <https://revistamedica.com/dietashospitalarias/>

Capítulo 539

EL PINCHE DE COCINA EN DIFERENTES TRASTORNOS QUE PUEDE APARECER EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA SANITARIA

PIEDAD GARCÍA LEON

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARÍA CARMEN LÓPEZ NAVARRO

M. CARMEN GÓMEZ PEREZ

ANTONIA HERRAEZ LOPEZ

1 Introducción

Los trastornos en la alimentación tiene que ver con la conducta que se tiene con ellos y la relación de los mismos con el peso, caracterizados por distorsiones en el pensamiento así como en la conducta. Suele desarrollarse normalmente en personas jóvenes, llegando a darse en más del 90% de los casos en mujeres.

Tienen una etiología multicausal, influyendo en su aparición factores sociales, culturales, biológicos, familiares y psicológicos.

Existen varias clasificaciones dentro del trastorno de la conducta alimentaria como puede ser la anorexia nerviosa y la bulimia entre otros.

En la consulta de atención primaria es donde primeramente se detecta el trastorno con la alimentación, convirtiéndose por ello el primer sitio para prevenir, detectar y tratar este trastorno con un manejo multidisciplinar.

Dentro de la prevención de atención primaria se encuentra la educación para la salud en alimentación en distintos tipos de paciéndose según sus necesidades, lo que esto facilita el abordaje de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

La evolución de estos trastornos es muy variable y cursa con recaídas y ciclos de recuperación.

Según distintos estudios se establece que un 49 % de los casos tiende a la cronificación, un 50% a la recuperación y, en casos fatales, sobre todo en anorexia, un 1% de mortalidad.

Donde se lleve a cabo el tratamiento del paciente cuando se detecta el problema va a depender de la gravedad física que presente en ese momento.

El tratamiento puede ser llevado a cabo en la consulta de Atención Primaria o puede ser necesaria la derivación a un centro de Atención Especializada, donde el tratamiento se realizará de forma ambulatoria en centros de día y/o especialidades o mediante ingreso hospitalario en unidades TCA.

2 Objetivos

Objetivo general:

- El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influyen diferentes trastornos que puede aparecer en la conducta alimentaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos encontrar diferentes tipos de trastornos de la conducta alimentaria:

- Anorexia nerviosa: consiste en una restricción y reducción de la ingesta de alimentos en nuestro cuerpo, por lo que desencadena en una importante pérdida de peso. La persona que lo padece tiene miedo a ganar peso. Durante todo el tiempo que se padece este trastorno, el afectado tiene gran dificultad para reconocer la gravedad de su bajo peso o también es incapaz de ver su estado físico y la pérdida de peso que ha sufrido. También es común que dan un excesivo valor a su imagen física y a su peso corporal actual. Hay dos tipos de anorexia nerviosa:

Restictiva: la pérdida de peso se debe a la dieta, el ayuno y al ejercicio en excesivo.

Atracones / purgas: durante los últimos 3 meses la persona que lo sufre pasa por momentos de vómitos autoprovocados o emplean incorrectamente laxantes.

- Bulimia nerviosa: se caracteriza por la aparición de episodios recurrentes de atracones. Entendemos por atracón a ingerir excesivas cantidades de comida en nuestro cuerpo a la que la mayoría de la gente puede tomarse en un periodo determinado de tiempo. Suele ir acompañada de una sensación de pérdida de control durante este episodio. También es habitual que la persona que lo sufre lo haga a escondidas. Las personas con bulimia nerviosa tienen una gran precaución por su peso y por su imagen corporal.

- Trastornos por atracones: episodios recurrentes de atracones. La persona que lo sufre suele comer mucho más rápido de lo normal y a pesar de sentirse lleno y no tener sensación de hambre, aún sigue comiendo. Los atracones produce malestar en la persona que los realiza.

Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria:

El tratamiento en los TCA exige la colaboración multidisciplinar y puede hacerse en varios niveles de atención y recursos asistenciales como pueden ser consulta externa, hospital del día y área de hospitalización.

Los objetivos principales del programa de tratamiento son los siguientes:

- Normalizar el peso y lograr un estado nutricional compatible con la salud física y mental.

-Corregir las complicaciones físicas que derivan de la desnutrición.

- Sacarle de la cabeza al paciente el miedo que tiene a aumentar el peso.

- Tratar las alteraciones del estado de ánimo

- Mejorar la autoestima.

Solucionar u orientar cualquier problema personal o psicosocial.

En cuanto a tratamientos farmacológicos, para la anorexia nerviosa, la medicación no está indicada como primera opción de tratamiento. Los fármacos más utilizados son los antidepresivos.

Para la bulimia nerviosa y trastornos por atracones la medicación suele tener

una indicación mas clara que en la anorexia nerviosa pero siempre asociada a un tratamiento integral. Para esto estaría indicado el uso de la fluoxetina, que es un antidepresivo.

Hay que destacar, que tanto el tratamiento para la anorexia como de la bulimia, tiene que ir ligado a un buen apoyo de profesionales y familiares.

El aumento de estos trastornos requiere que haya una formación específica de diversos profesionales que se dediquen a esta patología.

Es importante inculcar una buena alimentación y saludable a las personas desde su etapa infantil para lograr evitar esto trastornos en un futuro.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios sobre los trastornos de conducta alimentaria están en continua investigación sobre el tema. Varias líneas de investigación se están centrando en estudiar los rasgos de personalidad , la neurobiología, las hormonas, la función y estructura del cerebro y la genética para intentar entender mejor las causas biológicas ocultas de los TCA.

Los descubrimientos genéticos están avanzando a gran velocidad en la anorexia nerviosa pero más lentamente sobre la bulimia nerviosa o en el trastorno por atracones.

El tema sobre la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria está todavía a medio explorar y al que le queda mucho terreno por investigar. Debido al aumento de casos de estos trastornos, está habiendo un aumento de estudios sobre este campo.

6 Bibliografía

1. Americanpsychiatricassociation:diagnosticandstatisticalmanual ofmentaldisorders.Cuartaedición.Washington,1994.
2. Ames-frankel j, devlin mj, walsh t, strasser tj, sadik c, oldham jm, roose sp: personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa:clinicalcorrelatesandchangeswithtreatment.Jclinpsychiatry,53:3, 1992.
3. Apiquianr,fresana,nicolinih:evaluacióndelasicopatología(escalas enespañol).JGHEditores

Capítulo 540

LA CONFECCION Y FORMALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD

AURORA LOPEZ LOPEZ

MARIA JOSE LABARRA PEREZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES CORTÉS RUIZ

YOLANDA LEGANÉS VIANA

MARÍA CONSUELO COLLADO GARCÍA

1 Introducción

1 INTRODUCCION

Un documento es información escrita y recogida en cualquier medio tangible, ya sea papel, gráfico, audiovisual o informático, a través del cual podemos probar algo.

La ley considera documentos de gestión estatal los cuales son emitidos por dichos órganos, son el resultado de la actividad administrativa durante el ejercicio de las funciones y facultades que les asigna la normativa.

Los documentos administrativos sirven para indicar, informar y comunicar asuntos derivados de diversas relaciones de los ciudadanos con las agencias gubernamentales, estos documentos reflejan estos asuntos, y a su vez sirven para validarlos en el tiempo.

Por circunstancias , en los últimos años, las administraciones públicas han puesto en marcha la digitalización de la historia clínica, creando una digital y única que facilita el acceso a profesionales y usuarios.

Los documentos y formularios administrativos tienen especial importancia por ser el principal medio de comunicación entre los ciudadanos y las organizaciones administrativas, por lo que, tanto en su estructura como en su contenido, deben ser elaborados de forma clara y transparente, en la información existente que está a disposición del ciudadano, debe ser utilizada adecuada y eficazmente.

No existe una forma legal obligatoria para la creación de un documento administrativo, pero suelen tener estos elementos comunes:

Cabecera: Contiene el logo de la empresa, número de expediente y clave. Título: Contenido especial

Datos que identifican el documento: Destinatario, fecha, asunto e identidad del destinatario.

Cuerpo: es el contenido de la letra. pie: Todas las firmas se colocan cuando se formaliza el documento.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

- Analizar la función del auxiliar administrativo para la confección y formalización de documentos en los centros sanitarios.
- Definir los criterios para una correcta presentación de documentos médicos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

3 METODOLOGIA

Para la realización de éste trabajo, se realizó una búsqueda que consta de revisiones bibliográficas sistemáticas de literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros, y también en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, se revisaron artículos, selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas. Los criterios de selección determinaron que debían ser publicados en los últimos diez años y en español o inglés.

4 Resultados

4 RESULTADOS

De acuerdo con la legislación vigente revisada, así como con la bibliografía analizada, es importante que el personal administrativo conozca el siguiente procedimiento a la hora de preparar los documentos oficiales. Cuando se expidan documentos que contengan actos administrativos, incluidos los documentos de puro trámite, deberán justificarse y demostrarse con información sobre la autenticidad del emisor, la cual se indicará mediante firma manuscrita o símbolo que generalmente garantice la autenticidad, por medios informáticos o telemáticos, según lo habilitado en el real decreto.

Para demás documentos, especialmente con contenido de informativo, no se requiere formalización, basta con indicar el autor del documento. Cuando se preparan documentos con medidas administrativas, incluidas las formalidades (los destinatarios son ciudadanos), se prepara la partida con la siguiente información:

1. El nombre del documento que representa, el tipo, su contenido principal y a la vez, el procedimiento en que se inscribe.
2. Número o clave asignada para identificar el expediente del documento para facilitar la mención del ciudadano en la comunicación que va conducida por la administración.

En los documentos oficiales se deberá proporcionar la siguiente información:

- A. El nombre completo del cargo o actividad del titular de la autoridad administrativa encargada de expedir el documento; Nombre y apellido de la persona que protocoliza el documento.
- B. En los casos en que se implementen artículos sobre el régimen jurídico de la administración pública y procedimiento administrativo se hará mediante otorgamiento de facultades, se renovará esta situación haciendo constar lo dispuesto por la autoridad y el nombre del cargo o trabajo de la persona que lo oficializa-
- C. Lugar y fecha de formalización del documento.
- D. Identidad del destinatario del documento por su nombre, si es persona natural, razón social en caso de persona jurídica privada o nombre completo de entidad o sociedad.

5 Discusión-Conclusión

5 DISCUSION-CONCLUSION

Al elaborar los documentos, el auxiliar administrativo debe tener en cuenta los aspectos de formalización y preparación explicados en el párrafo anterior, protegidos por la legislación y bibliografía vigente, como aspectos importantes de la formalización y preparación, que debe tener en cuenta, los cuales tienen que ser claros y expresar de manera concisa para que el destinatario específico del mensaje o documento pueda entenderlo con menos esfuerzo, utilizando un número justo y suficiente de palabras, evitando darle vueltas, y consiguientes repeticiones y problemas, así se puede evitar que el destinatario o los solicitantes de los documentos incurran en errores de interpretación al leer los mismos.

6 Bibliografía

6 BIBLIOGRAFIA

1. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
2. Real Decreto 1465/1999, de 17 de septiembre, por el que se establecen criterios de imagen institucional y se regula la producción documental y el material impreso de la Administración General del Estado.

Capítulo 541

EL PINCHE DE COCINA EN LA LIMPIEZA CORTE Y PRE-LAVADO DE LOS DISTINTOS ALIMENTOS.

MIRIAM BARBERO NAVARRO

CRISTIAN DELGADO QUINTANILLA

BELEN TERCERO DOCON

1 Introducción

El pinche se encargará de los cortes de las carnes y de pescados, de tener que lavar y limpiar bien para poder tener un buen preparado a la hora de ser cocinados estas carnes podrían ser de vacuno, ovino y caprino que suelen necesitar que se les limpien por ciertas partes no comestibles, ejemplo, huesos, grasas, vasos sanguíneos, nervios, tendones, etc.. Es necesario saber bien cómo hacer esos cortes y no quitar mas de la proporción necesaria. El pinche debe ser conocedor de que las carnes no se pueden lavar antes de su cocinado, solo en caso de necesidad debe hacerse de modo inmediato antes de su cocinado. En el caso del pescado, se hace con técnicas de preparación particulares:

Cortar las aletas

Limpiar las escamas

Eviscerado de tripas y agallas

Pelado

Cortar enfuentes

En el caso de las verduras y hortalizas son completamente diferentes, aunque siempre con sus características propias:

Eliminación de porciones no comestibles, hay que separar la proporción no comestible para conseguir mejorarla para después poder comerlas y aprovechar lo máximo el alimento así poder sacar los nutrientes necesarios y saber cuáles son las partes que son demasiado duras es el mismo caso si hablamos de las frutas.

2 Objetivos

Conocer los cortes de las carnes, pescados y hortalizas para sacar el máximo partido a esos alimentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, GOOGLE académico y se han consultado artículos en las principales base de datos.

4 Resultados

Cuando hablamos de las carnes el pinche de cocina debe saber como hacer los cortes y que quitar o dejar, es muy importante seguir el protocolo, si están congeladas, saber el proceso de descongelación y no deben ser lavadas.

En el caso del pescado hay que cortar las aletas, se tiene que hacer desde la cola hasta la cabeza, con el dorso hacia arriba, se corta la aleta dorsal y girando después la anal y las pectorales.

Cuando se trate de las escamas se corta en sentido contrario a las escamas, desde la cola a la cabeza, usando el escamador con mucho cuidado para no perjudicial la piel.

Las tripas y agallas, para los pescados redondos se tiene que hacer a través del opérculo izquierdo, entre la cabeza y las branquias, para no desgarrar el vientre. Cuando son de pequeño tamaño, se debe hacer a través de un corte en el vientre, desde el orificio anal hasta las branquias.

Para los pescados planos se hace de igual manera, una vez se ha levantado el opérculo.

El pelado, los lenguados, rape, cazón, anguilas, etc, se les tiene que quitar la piel. En los moluscos cefalópodos de gran tamaño deben quitarse las vísceras, pico, ojos y la piel. En cambio si son pequeños, como los chipirones, no se les quita su piel.

En el caso de las hortalizas.

Algunas verduras contienen una proporción importante de material desechable (47 % en los espárragos, 20 % en las coles, 18 % en los tomates, etc.) de ahí el pinche tiene que quitar las partes no comestibles. Las hojas de las coles, coliflor, lechugas, etc. También hay otras técnicas de pelado por ejemplo en el caso de las patatas se puede reducir cuando son hervidas con la piel, así se facilita a la hora de la separación de la piel y podemos reducir los desperdicio en un 6 %.

5 Discusión-Conclusión

El pinche deberá seguir a rajatabla este tipo de procedimiento al manipular estas ciertas carnes, tipos de pescados y hortalizas, manteniendo siempre una correcta manipulación de los productos antes de ser cocinados por el cocinero que en este caso es él, el encargado de cocinar toda la comida. El pinche después de terminar de cortar y lavar todos los alimentos deberá de dejar todo en correctas condiciones para el siguiente turno, todo colocado en su sitio para así tenerlo listo y poder seguir el mismo proceso en el siguiente turno que sería el turno de la tarde y así todos los días.

6 Bibliografía

Libro de oposiciones MAD

Años de experiencia en este sector.

Capítulo 542

PREVENCIÓN DE LA FATIGA POSTURAL” MEJORA LOS HABITOS POSTURALES”

SILVIA FERNANDEZ CANO

MARGÓ IGLESIAS OTERO

MARÍA ALEJANDRA DÍAZ PELÁEZ

EVA MARTINEZ MAGADAN

1 Introducción

La higiene postural es el conjunto de normas y actitudes cuyo objetivo es mantener la correcta alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar posibles lesiones. El auxiliar administrativo dedica muchas horas de su jornada laboral a estar en la misma postura sentados junto al ordenador dando citas y atendiendo las llamadas telefónicas entre otras muchas cosas , debido a la carga de trabajo que suelen tener a lo largo de la jornada laboral, es muy frecuente que no tengan el debido cuidado en tener una correcta postura y el problema es que con el paso del tiempo acabaran resintiéndose y teniendo dolores que pueden derivar en problemas graves como pueden ser hernias cervicalitas, dorsalgias, , tendinitis, o síndrome del túnel carpiano... para prevenir estas situaciones debemos poseer de un material adecuado dentro de nuestro puesto de trabajo que nos permita estar más cómodos, como puede ser disponer en primer lugar una mesa de trabajo adecuada con las medidas necesarias para poder desempeñar las tareas administrativas y una silla cómoda y ancha en la que se pueda regular la altura y disponga

de apoyabrazos, un reposapiés que nos permita tener los pies en una posición adecuada en la que puedan descansar y un ordenador y teclados adecuados.

2 Objetivos

El presente artículo tiene por objetivo analizar y reforzar los hábitos e higiene postural que tienen los auxiliares administrativos e identificar los malos hábitos posturales ya que pasan muchas horas en la misma posición debido a que la mayoría de las tareas se centran en estar sentados mirando las pantallas, o cogiendo las llamadas telefónicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 CLAVES: Hábitos Posturales, Higiene postural, pantallas, factores de riesgo.

4 Resultados

La fatiga postural es uno de los principales motivos de preocupación en el ámbito de la salud laboral y principalmente dentro del sector administrativo debido al aumento en el número de problemas que surgen en los huesos y los músculos y una de las causas principales son las posturas incorrectas hay mil formas incorrectas de sentarse, pero unas de las mas usuales son(la cabeza adelantada, hombros caídos, columna curvada hacia adelante, zona lumbar que no apoya en el respaldo...,) el pasarse muchas horas sentado frente a la pantalla del ordenador, baja iluminación y los movimientos repetitivos; La palabra fatiga, se hace referencia a la disminución de la capacidad física y mental del trabajador después de realizar una tarea durante un periodo de tiempo prolongado. Para evitar tener problemas de espalda se debe llevar un estilo de vida sano, dormir bien, comer sano, realizar deporte, no practicar el sedentarismo, durante la jornada laboral se debe tener la mesa de trabajo adecuada a nuestras necesidades, se debe regular la altura de la silla y debemos de disponer de los dispositivos acorde a nuestras

necesidades, debemos de trabajar en un ambiente de trabajo seguro, se debe intentar dar pequeños paseos, realizar pequeños giros con la cabeza y el cuello, disponer de un buen reposapiés y visitar al fisioterapeuta con regularidad se debe evitar el estatismo postural ya que es un factor de gran incidencia en los dolores y trastornos musculares es la contracción muscular mantenida durante horas, asociada a la inmovilización de los segmentos corporales en determinadas posiciones y a una gesto importante de las manos en el teclado. Como resultado de este capítulo podemos determinar que para tener una buena posición postural debemos de seguir una rutina adecuada y metódica.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga Postural se observa generalmente , sobre todo en los auxiliares administrativos.

Las causas surgen debido a las malas posturas adoptadas en los puestos de trabajo es por ello que se debe de seguir las recomendaciones que imparten desde los servicios de prevención de riesgos laborales en cuanto a las medidas a adoptar y se debe procurar evitar giros posturales o laterales del tronco, se debe mantener una postura correcta frente al ordenador, evitar el estatismo postural, hacer ejercicio y se debe buscar ayuda profesional acudiendo de vez en cuando a su fisioterapeutas para mitigar los posibles dolores que puedan surgir por pasar tanto tiempo en la misma posición.

6 Bibliografía

www.ablaempleo.es

www.ucm.es

www.revistamedica.com

Capítulo 543

TRABAJO SOCIAL Y DAÑO CEREBRAL

MARÍA BERMÚDEZ SORIANO

MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA

LAURA BUSTOS BOTIJA

CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define el daño cerebral adquirido (DCA) como “una lesión en el cerebro que sucede después del nacimiento y que no está relacionado con enfermedades congénitas o degenerativas. Estas lesiones pueden ser temporales o permanentes y provocar una discapacidad funcional y/o falta de adaptación psicosocial”. La principal causa del daño cerebral es el ictus, seguido de los traumatismos craneoencefálicos o los tumores cerebrales o las infecciones. El Daño Cerebral Adquirido, es una discapacidad que necesita una atención específica por parte de los distintos profesionales sanitarios, por ello es imprescindible realizar una continuidad en la intervención del caso, y la existencia de una coordinación asistencial entre las personas profesionales facilitara el progreso de la persona afectada.

Los profesionales del trabajo social ejercemos un papel importante en la intervención con las personas que han sufrido o sufren este tipo de patologías, ya que nos encargamos de proporcionar una atención adecuada a las necesidades de las personas que sufren un Daño Cerebral Adquirido y a sus familias durante todo el

proceso de atención tras padecer esta circunstancia, somos un enlace indispensable en la integración e inclusión en todos los ámbitos de la vida de la persona con DCA y en sus familias.

2 Objetivos

Exponer la importancia del trabajador social en pacientes con daño cerebral

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes documentos específicos sobre daño cerebral sobrevenido para hacer una lectura tanto general como específica de la enfermedad y la posible afectación a las familias, incidiendo en el papel del trabajador social en la intervención social que se lleva a cabo con personas con DCA y sus familiares.

4 Resultados

Las personas con daño cerebral pasan por 3 fases diferentes en las que van evolucionando poco a poco mediante la rehabilitación especializada.

Fase aguda: la persona al hospital a través de la unidad de cuidados intensivos o la unidad de ictus, posteriormente pasaría a planta y desde ahí comenzaría a proporcionarse algo de rehabilitación física, una vez el paciente se haya estabilizado se da el alta. Los profesionales del trabajo social nos encargamos de orientar y proporcionar información a la familia sobre lo que es el daño cerebral, las secuelas, y se profundiza en la búsqueda de alternativas de atención sociosanitaria para la continuidad de los cuidados de la persona tras el alta. La familia se encuentra en una situación de angustia ante el desconocimiento y preocupación de los hechos sucedidos, nuestro deber como profesionales es dar apoyo a la familia para la futura rehabilitación.

Fase subaguda: se inicia la rehabilitación hospitalaria específica, que tiene una duración media entre 6 y 18 meses, dependiendo de la evolución de la propia persona. Se ofrecen los servicios hospitalarios como unidades en régimen de hospital de día o las unidades de rehabilitación ambulatorias. Los trabajadores sociales tenemos la función de informar a la familia de los posibles centros y servicios sociosanitarios que se pueden prestar en la rehabilitación de la persona, tales como los anteriormente descritos.

Fase crónica: se inicia una vez se han estabilizado las secuelas de la persona y a pesar de su rehabilitación la persona que ha sufrido el DCA no ha mejorado más. Por ello, se procede a mantener aquellas mejoras logradas durante la rehabilitación y se comienza a potenciar la inclusión social de la persona, aquí es donde entramos los profesionales del trabajo social ofreciendo información y orientación sobre posibles recursos, prestaciones sociales, (certificado discapacidad o prestaciones y servicios relacionados con la dependencia) servicios o ayudas económicas.

5 Discusión-Conclusión

Las personas profesionales del trabajo social servimos como agente de apoyo a las personas que sufren un DCA y a sus familias, aportando una atención individualizada y específica, prestando, informando y orientándolas sobre los recursos existentes para trabajar conjuntamente, en coordinación de otras personas profesionales, para fomentar y potenciar la inclusión tanto social como laboral, en su caso, de todas las personas con daño cerebral. Por ello, los equipos multidisciplinares (profesionales como neurólogos, terapeutas ocupacionales, facultativos, fisioterapeutas...) van a trabajar conjuntamente para asegurar la mejora de la calidad de vida de la persona con DCA y la de su familia.

6 Bibliografía

Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con daño cerebral adquirido. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.
Cuadernos FEDACE sobre daño cerebral sobrevenido.

Capítulo 544

LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PERSONAL DEL TRABAJO SOCIAL

MARÍA BERMÚDEZ SORIANO

MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA

LAURA BUSTOS BOTIJA

CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

1 Introducción

La intervención psicosocial está basada en el modelo psicosocial, el cual comenzó aplicarse en los años veinte por autoras reconocidas históricamente como Mary E. Richmond, Gordon Hamilton, o Harry Perlman. Podemos definir como intervención psicosocial al conjunto de acciones orientadas a disminuir el riesgo y problemas sociales que una persona o un grupo social está viviendo, de esta manera las personas profesionales del trabajo social estaremos contribuyendo a buscar la mejora de calidad de vida de la persona y su bienestar, social, emocional, familiar, comunitario... trabajando y actuando desde la protección social que nuestra Carta Magna establece como derecho de todas las personas, atendiendo a cualquier tipo de colectivo para cubrir sus necesidades básicas y promover la vida comunitaria, estableciendo e incrementando las redes sociales y de apoyo de todas las personas, siendo ellas mismas las principales agentes de

cambio de su propia vida, con la guía de las personas profesionales del trabajo social.

Este modelo de intervención se preocupa principalmente por el bienestar del individuo, teniendo en cuenta su aspecto psicológico y social que conforma cada caso, es decir, la situación contextual de la persona, teniendo en cuenta factores influyentes en la vida de la persona a la que atendemos como factores internos o factores externos.

2 Objetivos

El objetivo de la intervención psicosocial en trabajo social es ayudar a la persona a desarrollarse con el fin de alcanzar su autorrealización individual y ser consciente de su situación para actuar como principal agente de cambio.

Los objetivos específicos de la intervención psicosocial pueden ser los siguientes:

- Detectar las necesidades que le han llevado a llegar a determinada situación
- Corregir aquellas conductas carentes y conflictivas
- Fomentar sus capacidades y potencialidades

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre diferentes textos documentales sobre el modelo de intervención psicosocial, consultando artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, incidiendo en aquellos aspectos característicos y especializados sobre la temática en cuestión.

Además, se han realizado técnicas como la entrevista a profesionales del trabajo social que se basan en este modelo de intervención para enriquecer el desarrollo de la investigación realizada.

4 Resultados

El proceso de intervención psicosocial que siguen los profesionales del trabajo social a los que se les han hecho la entrevista, es el siguiente:

Fase Inicial

Primero se trata de comprender el problema, conocer por qué la persona ha llegado a dicha situación y ayudarla a comprender que es lo que está sucediendo. La técnica más efectiva para evaluar y analizar la situación es la entrevista, acompañada de una visita domiciliaria y la observación directa.

Una vez se conozca la situación, se procederá a desarrollar tanto un diagnóstico social como un pronóstico de la situación acontecida. Se utilizarán técnicas como DAFO o el árbol de problemas, para apoyar el análisis y estudio de la situación.

Fase Tratamiento

Cuando el profesional del trabajo social haya detectado la problemática y conozca la situación, procederá a diseñar y elaborar un plan para el tratamiento de la persona usuaria, atendiendo a sus necesidades y demandas psicosociales, apoyándose en otras personas profesionales en su caso.

Así mismo, podemos señalar las siguientes técnicas de trabajo para ejecutar el tratamiento adecuado a la persona:

- Trabajo directo. La persona profesional del trabajo social trabaja directamente con la persona para ayudar a cambiar ciertos factores de malestar internos o externos a la persona
- Trabajo indirecto. La persona profesional del trabajo social trabajara con el entorno, es decir, que va a modificar ciertas cosas para que favorezcan a la persona usuaria

Defina la técnica a implementar, la persona usuaria y su profesional de referencia iniciaran, con previo consenso, el diseño de su plan acción, donde se reflejarán los objetivos a seguir.

Fase Evaluación

La evaluación debe ser continuada, con el objetivo de poder variar aquellos aspectos carentes en el plan de acción y poder así adaptar en todo momento la situación de la persona usuaria a su propio tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Las personas profesionales del trabajo social deben de coordinarse, en su caso, con otros profesionales sanitarios como el personal que ejerce la psicología, para favorecer el bienestar de la persona usuaria; de esta manera, estaremos implementando y apoyando a la persona no solo facilitando el apoyo social que como profesionales del trabajo social prestamos, sino también un apoyo emocional contando con la guía de profesionales especializados en la rama, como son los psicólogos, así lograremos mejorar la calidad de vida de la persona usuaria con las máximas garantías, mediante la aplicación de distintas disciplinas profesionales, atendiendo a las necesidades individuales de cada persona.

6 Bibliografía

Viscarret Garro, Jesús. Modelos de Intervención en Trabajo Social. Alianza Editorial. Madrid Disponible en: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2009/09/capitulo-8-modelos-de-intervencion-en-ts.pdf>

Amalio Blanco. Intervención Psicosocial. Pearson. Disponible en: <http://biblioteca.univalle.edu.ni/files/original/4cd5f06c868876d9423787e65f95adfa44997694.pdf#page=8>

Pamela Ibarra. Modelo Psicosocial. Disponible en: <https://es.slideshare.net/cosasvariasenventa/modelo-psicosocial>

Capítulo 545

EL TRABAJO SOCIAL Y SU ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

MARÍA BERMÚDEZ SORIANO

MARÍA DEL SAGRARIO NOMBELA VILLA

LAURA BUSTOS BOTIJA

CARLOS ALEJANDRO ABELLAN BERMUDEZ

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida de la misma, desarrollo cognitivo, afectivo, emocional, intelectual y laboral, es decir, con la capacidad de integración que tiene una persona en el medio social en el que esta convive; apoyando y acompañándola en su proceso de recuperación, sirviendo de guía terapéutica.

Los profesionales del trabajo social somos responsables de realizar una intervención social acorde a las necesidades de la persona con enfermedad men-

tal, teniendo como objetivo potenciar su capacidad de desarrollar recursos individuales, y ser capaz de utilizar aquellos que ofrece el medio para abordar la situación personal. Por ello, desde el trabajo social apoyamos desde distintos niveles de actuación para garantizar la mejora continuada de la persona, siendo esa guía y apoyo que necesita.

Los niveles de intervención son:

- INDIVIDUAL; donde conocen a la persona y se trabajan sus motivaciones e interés, velando por sus derechos y favoreciendo su inclusión
- FAMILIAR, encaminada hacia la orientación y aceptación de la situación, conocer limitaciones y dificultades que conlleva...
- GRUPAL, ya que se trabaja con grupos terapéuticos como grupos de auto ayuda
- COMUNITARIO, mediante la coordinación sociosanitaria tanto de salud como de servicios sociales

2 Objetivos

El objetivo principal ligando el trabajo social con la salud mental de las personas es mejorar la calidad de vida de las personas que están sufriendo algún tipo de problema personal, social, enfermedad, en una etapa de su vida determinado garantizando una atención a sus necesidades.

Siguiendo los objetivos estratégicos definidos por el Plan de Salud Mental, podemos destacar los siguientes objetivos específicos:

- Analizar necesidad de salud y atención sociosanitaria, adecuando la oferta de servicios a estas necesidades
- Ofrecer programas asistenciales integrados orientados a la continuidad asistencial
- Promocionar hábitos de vida saludable en población

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 profesionales del trabajo social, formamos parte de un equipo interdisciplinar para abordar una intervención social adecuada a todas las personas que sufren algún problema mental. Nuestro perfil profesional se encuentra en distintos dispositivos sanitarios como:

- Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Las intervenciones van dirigidas a niños y adolescentes, familiares, intervención grupal, intervenciones en los centros educativos e intervención comunitaria.
- Unidad Salud Mental Adulto. Además de las intervenciones anteriores (eliminando las relativas a los menores) se incorpora el trabajo en el domicilio.
- Unidad de Conductas Adictivas
- Unidad de Media Estancia. Las funciones del trabajador social son, atención social, atención familiar, coordinación con instituciones tanto privadas como públicas, visitas a domicilio.
- Centro Atención al Menor. Las actuaciones que el profesional del trabajo social lleva a cabo son: información, evaluación, planificación, intervención directa, intervención indirecta, docencia.
- Residencia comunitaria
- Centro de Rehabilitación psicosocial y laboral. Se llevan a cabo programa individualizados donde se trabaja con la persona y su entorno íntegramente.
- Unidad de Hospitalización Breve (UHB, en adelante). Las acciones relacionadas con el trabajador social son: atención social individual, atención familiar, intervención grupal y comunitaria, e intervención con el equipo interdisciplinar.
- Unidad de trastorno de Alimentación. Las funciones del trabajador social son: atención social individual, intervención, intervención con el equipo interdisciplinar, intervención comunitaria, acciones formativas, investigación y coordinación
- Hospital de Día (tanto en la especialización de adultos como en la de infantojuvenil). Las acciones son las mismas que en las UHB

El personal de trabajo social adecua su intervención según las características de la persona, su familia y su entorno, detectando las carencias y necesidades socio-sanitarias teniendo como fin último la mejora de la persona con la que se interviene en dicho dispositivo sanitario. Por ello, se trabaja desde una asistencia integral de la persona, para poder evitar situaciones de exclusión social desde la detección precoz e intervención directa con la persona, en coordinación con otros profesionales de la rama sanitaria, adaptándose a las necesidades de la persona y facilitando los recursos sociales que se encuentren en su comunidad y entorno,

incrementando su plena inclusión para lograr su recuperación de una manera óptima.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales del trabajo social aportamos una visión social a la intervención con la persona, haciendo hincapié en aquellos aspectos sociales deficitarios de la persona, acompañándola en su proceso vital, y trabajando conjuntamente los objetivos planteados para lograr su pronta recuperación, independientemente del recurso o servicio al que este asistiendo según sus características y necesidades, acorde a la patología y situación a abordar.

No solo nos dedicamos a realizar una intervención social, también somos imprescindibles en actuaciones como lo son la promoción en salud mental o la sensibilización al resto de la ciudadanía, aportando una mayor concienciación a todas las personas, se logra en mayor medida la integración social y laboral de los pacientes que sufren algún tipo problema mental, mediante la comprensión y cohesión social.

6 Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Promoción Salud Mental. Disponible: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Plan de salud mental 2018-2025. Documento técnico. Consejería de Sanidad. Disponible en: https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20180425/salud_mental_2018-2025.pdf

Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental. Disponible en: https://docm.jccm.es/docm/descargarArchivo.do?ruta=2010/11/29/pdf/2010_19857.pdf&tipo=rutaDocm

Capítulo 546

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA SECCION DE CONTABILIDAD

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

PAZ DÍAZ GONZÁLEZ

ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA

1 Introducción

Dentro del sistema sanitario, las funciones de los profesionales administrativos en el ámbito de la salud son más que necesarias e importantes, puesto que se encargan de tareas de diversa índole como son: la gestión de citas de los usuarios, las tareas asistenciales, recepción de llamadas, atención al público...

El administrativo contable es el encargado de llevar el control, la gestión y dirección de la contabilidad administrativa dentro de una distribución. De hecho, su trabajo va más allá de realizar los asientos contables.

Orden de 28 de mayo de 1984, por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

El Hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada, y complementaria que requiera su zona de influencia, en ellos se desarrollan además de tareas asistenciales, funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad e investigación y docencia, complementando las actividades de la atención primaria.

La superación de un centro de salud o un Hospital, es una práctica privada, es la organización de los datos de los clientes y de la información financiera. Una vez que se controla de manera adecuada la pérdida en caja, podemos garantizar el desempeño de los gastos necesarios para ofrecer un buen servicio; esto se traduce, en un mejor desempeño y por fidelización de tus pacientes.

La Contabilidad Hospitalaria, también llamada Contabilidad Analítica, a través de la contabilidad se puede conocer el coste y la productividad de los servicios en que estructurado un hospital.

2 Objetivos

El objetivo que se persigue con la realización de esta investigación es dar a conocer las funciones del Auxiliar Administrativo en el departamento de contabilidad, así como poner en valor las funciones que el mismo realiza dentro del equipo del que forma parte.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Que es la contabilidad, la contabilidad es un instrumento fundamental para cualquier negocio, centro u hospital, sabemos que cuando vigilamos nuestra contabilidad sabemos exactamente cuáles son nuestros ingresos y gastos, podemos plantear y estudiar de la mejor manera para cumplir con nuestros objetivos, y llegar a ellos sin dificultad alguna.

En el caso fijado del negocio de la salud, es importantísimo tener un servicio de contabilidad que permita tener investigaciones ordenadas de los gastos e ingresos, bien sea para clínicas o para consultorios independientes u hospitales. También, de esta forma serán capaces de ajustar precios, de manera que cubra el sostenimiento del centro de salud y que aún sea accesible para los pacientes.

La contabilidad gerencial o de gestión, es la rama contable que entrega la información necesaria para las funciones de administración de un hospital, centro y para el administrativo y tiene como relaciones como la planeación, dirección, organización y el control, también se le conoce a la contabilidad de gerencia como contabilidad administrativa.

El sistema contable variará dependiendo de cada clínica, centro u hospital y tomará en cuenta algo de estos aspectos como tamaño, cantidad de pacientes atendidos, especialidades y trabajadores. Sin embargo hay algunos factores importantes que se deben tomar en respeto en cualquier clínica o consulta privada. Hay otros factores muy importantes que son la información administrativa que le permite a la gerencia, la organización de tomar decisiones de manera más informada y, por lo tanto más eficiente.

Uno de los sistemas de gestión más importantes de los Hospitales es: “Enterprise Resource Plainning – ERP” esta gestión, se define: une todas las áreas del hospital, lo que automatiza e integra los procesos.

El sistema ERP de la gestión hospitalaria es un software especialmente perfeccionado para ayudar a mejorar el servicio de un hospital en todas las áreas: empleados, pacientes, inventarios, contabilidad en general, etc., calcular la mayoría de las tareas y concentrar toda la información.

5 Discusión-Conclusión

Los Auxiliares Administrativos en el departamento de contabilidad ayudan a evaluar el desempeño de cada uno de los departamentos que componen la contabilidad, averiguando los tanteos más débiles con el propósito y con el fin de acabar con ello.

También proporcionan a la gerencia información básica sobre los tanteos fundamentales que se necesitan para desarrollar la contabilidad exacta.

Los Auxiliares Administrativos, mediante la contabilidad hospitalaria, registran las operaciones que afectan económicamente, a una entidad hospitalaria, como toda entidad dedicada a una actividad de servicios públicos como privados, deben manejar un estudio de sus costes para producir un servicio y generar ganancias, y deben llevar un registro de sus transacciones diarias.

Se recomienda, consultar especialistas, a invertir en un sistema de contabilidad automatizado que permita un manejo de datos concentrado y automático desde cualquier ordenador con el mismo sistema. Esto permitirá que los empleados de los centros de salud se especialicen en el uso de una plataforma específica en la cual estará guardada la información de clientes, proveedores, aseguradoras,

trabajadores y mucho más.

Los Auxiliares Administrativos en Contabilidad deben saber utilizar los programas específicos para desempeñar sus funciones más importantes, además los Auxiliares Administrativos deben de tener un puesto de trabajo adecuado según la Ley Prevención de Riesgos Laborales en cuanto mobiliario, luz y temperatura.

6 Bibliografía

Libros, y apuntes de opositores de los Auxiliares Administrativos.

https://www.google.com/search?q=el+auxiliar+administrativo+en+contabilidad+de+un+hospital&rlz=1C1ONGR_esES991ES991&oq=el+auxiliar+administrativo+en+contabilidad+de+un+hospital&aqs=chrome..69i57j33i160l2.21412j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

<https://blog.agendapro.com/centros-de-salud/contabilidad-para-medicos-o-clinicas>

Capítulo 547

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.: ERGOFTALMOGÍA: FATIGA VISUAL POR USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS.

PAZ DÍAZ GONZÁLEZ

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

ENCARNACION CHILLERÓN HERRERA

1 Introducción

Los auxiliares administrativos prestan sus funciones como personal estatutario integrante de un equipo multidisciplinar, ya sea en la atención primaria (Centros de Salud, Consultorios), como en la especializada (hospitales, centros de especialidades, etc).

Este personal, trabaja en distintas áreas, atendiendo personal y/o telefónicamente, pero también en otras áreas en las que el uso con las pantallas de visualización es más prolongado, como en facturación, contabilidad, facturación, recursos humanos, almacén.,.

El estudio principal es ver como afecta el uso continuado de las pantallas de visualización a estos trabajadores, pero haciendo más incapié, en los trabajadores en el Área Administrativa que presentan problemas visuales como la presbicia, miopía, astigmatismo,.,

Es importante hacer referencia a las siguientes leyes, por lo que respecta a la prevención y protección de los trabajadores:

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

Pantalla de visualización: se refiere a cualquier pantalla alfanumérica o gráfica, que es capaz de representar texto, números o gráficos, independientemente del método de representación visual utilizado. Las más utilizadas en el ámbito laboral son los equipos informáticos.

2 Objetivos

El objetivo principal del estudio de este capítulo es:

- Ayudar a mejorar la ergonomía de los trabajadores con respecto al uso las pantallas de visualización.
- Prevenir diferentes problemas que puedan ser causados por el uso continuado de las pantallas de visualización y mejorar el buen uso con respecto a las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Analizamos diferentes conceptos para hacernos una idea de lo que se pretende conseguir con este estudio:

Ergoftermología es la ciencia que nace de la unión de la ergonomía y la oftalmología y que trata de optimizar las condiciones de trabajo en relación a la salud visual de los trabajadores.

La presbicia o anomalía o defecto del ojo que consiste en la imposibilidad de ver con claridad los objetos próximos y que se debe a la rigidez del cristalino. La presbicia (vista cansada), es muy frecuente en personas de edad avanzada.

Existen causas de la fatiga visual por el uso inadecuado de pantallas de visualización de datos y factores ambientales y ergonómicos que originan molestias

visuales, estos están relacionados con el uso de los equipos informáticos y su colocación, con el entorno y la organización del trabajo.

Por ello se recomiendan que en el entorno, haya una buena iluminación, ya que puede disminuir los riesgos en la apreciación de imágenes y evitar accidentes por la falta de visibilidad y deslumbramiento. Se debe utilizar el aporte de luz de ventanas principalmente, situar las pantallas de visualización a una distancia no superior a 40 cm., la altura que pueda ser visualizada dentro del espacio comprendido entre la línea de visión horizontal y la trazada a 60° bajo la horizontal. Así se evitará las posiciones forzadas del cuello.

Lo que se pretende con la buena iluminación es mejorar la seguridad y salud del trabajador, con una buena calidad y reducir esfuerzos innecesarios, que pueden causar fatiga visual, pesadez de ojos, picores, escozor, lo que conlleva a frotarse los ojos, también dificultad borrosa, vértigos y mareos, también pueden aparecer dolores musculoesqueléticos, que ocasionan dolores de espalda y nuca .

5 Discusión-Conclusión

Conforme cumplimos años, y sobre todo a partir de los 40, todos en mayor o menor medida perdemos la capacidad de enfocar a distancias cortas porque la cápsula del cristalino (que es una lente que tenemos dentro del ojo) va perdiendo su elasticidad.

No hay que confundir la fatiga visual con la vista cansada o presbicia, que es un problema fisiológico relacionado con la edad.

Se empieza a notar por ejemplo cuando intentamos leer un mensaje en el móvil y tenemos que alejarlo para verlo bien. La presbicia es un defecto refractivo que no se puede prevenir y la única solución es mediante la corrección óptica con gafas de cerca o bien quirúrgica.

Uno de los requisitos de la ergo oftalmología es disminuir los efectos negativos de los aparatos informáticos para los trabajadores, en este caso auxiliares administrativos, que permanecen muchas horas en sus puestos de trabajo, expuestos a estos efectos, por lo que es importante seguir unas buenas recomendaciones de ergonomía, no solo en el aspecto visual sino también en las posturas que se deben adoptar al sentarse y también el entorno de luz, como hacer descansos de unos minutos cada hora, levantarse, usar filtros protectores.

La importancia de hacer uso de las recomendaciones anteriormente descritas favorecerá nuestra salud y así podremos evitar posibles trastornos visuales y posturales.

6 Bibliografía

1. <http://www.semac.org.mex>
> archivo
2. <https://admiravision.es/fatiga-visual-por-uso-de-pantallas-de-visualizacion-de-datos/>
3. <https://www.oftalvist.es/blog/uso-excesivo-de-pantallas-vision>
4. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
5. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-8671>

Capítulo 548

¿CÓMO REALIZAN LOS CELADORES LAS MOVILIZACIONES CON GRUA DE LOS PACIENTES Y QUE FUNCIONES TIENE ESTE PERSONAL EN ESTE ASPECTO?

YOLANDA MADRID ALARCOS

MTERESA DONADO LADERAS

ESTEBAN TEJADO VELASCO

JUAN CARLOS REQUENA BUENO

VALENTIN LARA ORTIZ

1 Introducción

La grúa es una herramienta auxiliar que utiliza el personal sanitario para movilizar al paciente dependiente. Con este elemento auxiliar se podrá realizar la movilización del paciente de una forma mucho más segura y evitar así el riesgo de lesiones, tanto del paciente como de su cuidador. Con la utilización de la grúa no será necesaria la ayuda de ninguna otra persona. Tan solo el cuidador será necesario para su movilización, dado que su utilización es muy sencilla.

Con la utilización de la grúa se podrán realizar todas las tareas para un buen cuidado del paciente. Desde incorporarlo para hacer un cambio desde la cama al sillón, para realizarle el aseo o incluso para llevarlo al inodoro y que realice sus necesidades sin tener que retirar el arnés. Además, se podrán utilizar para una gran variedad de fines terapéuticos como la rehabilitación en piscinas o la rehabilitación en sala.

Estas grúas no solo podrán ser utilizadas en Centros Sanitarios, sino que su uso también podrá ser extendido al uso domiciliario. De esta manera los familiares de una persona con movilidad reducida podrán realizar las tareas de movilización, traslado, aseo y rehabilitación de un modo más cómodo y sin la necesidad de realizar grandes esfuerzos.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario con la grúa en la movilización de pacientes.
- Explicar que son las grúas auxiliares, como se realizan los movimientos básicos y como colocar el arnés al enfermo de la unidad sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 grúas auxiliares son un tipo de ayuda técnica que permite realizar la movilización de los pacientes dependientes que no tengan ningún tipo de movilidad o esta sea reducida. Lo podrán realizar de una forma segura y a la vez cómoda, tanto para el paciente como para el cuidador, evitando así las posibles lesiones sufridas en la espalda por parte del cuidador al reducir los esfuerzos que debe realizar.

Los movimientos que se van a realizar con la grúa básicamente serán dos, desde la posición de tumbado realizar el traslado al sillón o silla de ruedas y viceversa.

Para la colocación del arnés se han de seguir los siguientes pasos:

Desde la posición de tumbado:

1. Estando el paciente en posición decúbito supino (boca arriba), colocarlo en posición decúbito lateral (de lado).
2. Colocar el arnés sobre la cama bien estirado.
3. Girar al paciente sobre el arnés y colocarlo en posición decúbito lateral sobre el otro lado.
4. Pasar al paciente a posición decúbito supino.
5. Colocar las bandas inferiores de forma entrecruzadas.

Desde la posición de sentado:

1. Colocar el arnés desde arriba hacia abajo por la parte de atrás del paciente. Reclinado levemente al paciente para facilitar la maniobra.
2. Pasar las bandas inferiores de forma entrecruzada.

Para la maniobra de elevar al paciente se seguirán los siguientes pasos:

1. Se acercará la grúa y bajará el brazo.
2. Colocar las bandas superiores del arnés enganchando en el lugar correspondiente (la más corta).
3. Colocar las bandas inferiores en los enganches contrarios a las bandas.
4. Elevar al paciente con suavidad y transportarlo al lugar correspondiente. Para la movilización de la grúa con el paciente en suspensión se han de abrir las patas de la grúa para conseguir una mayor estabilidad.

A la hora de posicionarlo en el lugar deseado se seguirán los siguientes pasos:

1. Colocar al paciente sobre la superficie deseada.
2. Se descenderá el brazo de la grúa.
3. Se sujetará con una mano el arnés para ayudarse a colocar al paciente en la posición deseada y con la otra mano se descenderá el brazo.
4. Se retirará el arnés de forma inversa a como se colocó.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto, la utilización de un medio auxiliar mecánico como es la grúa para la movilización y transporte de los pacientes encamados con movilidad nula ayudara a intervenir sobre el paciente. De modo que facilitará por parte del cuidador al desplazamiento de este a la hora de realizarle

los cuidados básicos como la higiene. Con la utilización de esta herramienta auxiliar se evitarán lesiones por ambas partes. El paciente evitará ser dañado durante su manejo y el cuidador evitará la realización de sobre esfuerzos a la hora de su movilización que pueden provocar lesiones de espalda. Por otro lado, al ser necesario tan solo un cuidador para realizar el movimiento del paciente, el resto de personal podrá atender los cuidados de otros pacientes o realizar otras tareas.

6 Bibliografía

1. <https://ortopediaenlinea.com/arneses/>
2. <https://moovintecmovilidad.es/diferencias-minusvalia-movilidad-reducida/#::text=Las%20personas%20con%20movilidad%20reducida,tener%20o%20no%20una%20discapacidad.>

Capítulo 549

LA GRAN IMPORTANCIA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA TÉCNICA DE DECUBITOS LATERALES

YOLANDA MADRID ALARCOS

MTERESA DONADO LADERAS

ESTEBAN TEJADO VELASCO

JUAN CARLOS REQUENA BUENO

VALENTIN LARA ORTIZ

1 Introducción

Los decúbitos laterales derecho (DLD) y decúbito lateral izquierdo (DLI) entran dentro del grupo tan importante, llamado cambios posturales, dichos cambios son muy utilizados en pacientes con poca movilidad y dependientes. Gracias a ellos, podemos evitar la aparición de heridas llamadas úlceras por presión (UPP).

A no ser, que existan contraindicaciones de los decúbitos en un paciente, siempre deberán realizarse, dependiendo de diversos factores, como la edad, estado nutricional, estado de hidratación, etc. Serán realizados cada dos o tres horas. Siempre deberá ser valorado dependiendo de ciertos grados de dependencia y los factores que hemos comentado anteriormente.

Para entender, lo que podemos evitar gracias a estas movilizaciones, vamos a definir las úlceras por presión (UPP):

Las UPP son una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Este tipo de ulceraciones tienen diversos estadios (I, II, III, IV). Estos números constatan de menor a mayor la gravedad de las lesiones. El estadio I habla de un eritema (enrojecimiento de la piel), y el estadio IV es la máxima lesión, pérdida de tejido en la que puede apreciarse el hueso.

Este tipo de lesiones, puede alterar de manera muy excesiva y de empeoramiento, la vida del paciente y la estancia hospitalaria. Aquí, es donde el celador, juega su papel, y un papel muy fundamental para el paciente encamado, evitando este tipo de lesiones.

En este capítulo, hablaremos de la realización de los decúbitos laterales, y la colocación de almohadas, así, se evitarán presiones entre los planos duros, dejando entre medias, planos blandos, y así, también, mejorar la comodidad del hospitalizado.

2 Objetivos

Conocer el método efectivo de colocación de un paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) y la colocación de almohadas para evitar la aparición de úlceras por presión (UPP) bajo las técnicas y el protocolo de actuación del celador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 explicar los pasos a seguir de la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) partiremos de la base de que el paciente se encuentra en Decúbito supino (DS).

Para comenzar, el celador, deberá seguir los siguientes pasos:

1. Se lavará las manos y se colocará los guantes. No tienen que ser estériles.
2. Una vez, en la habitación, se deberá explicar al paciente lo que se le va a realizar, y se pondrá ante todo su intimidad, mediante biombos, y con la puerta cerrada.
3. Se posicionará la cama completamente en horizontal, y si la cama, además, puede moverse en bloque, se colocará a la altura en el que el celador pueda efectuar la técnica sin lesionarse.
4. Retiraremos la almohada de la cabeza, así, será mucho más sencillo para su movimiento. Se retirará con cuidado, teniendo precaución con la cabeza del encamado.
5. Para comenzar la movilización, el paciente debe ser trasladado hacia la punta de la cama. Para el decúbito lateral derecho, se le trasladará hacia el lado izquierdo, para el decúbito lateral izquierdo, será al contrario, hacia el lado derecho. Para ello, el celador, realizará el movimiento en tres toques (primero los hombros, después la cadera y por último, las piernas). Es una buena forma, para evitar lesiones y evitar hacer daño al paciente, pasar uno de los brazos por debajo de los hombros y después de cadera, hasta llegar al otro extremo, mientras que con la otra mano acompañarlo hacia el cuerpo del celador. La colocación de las piernas es más sencilla, basta con agarrarlas con las manos y llevarlas con el resto del cuerpo.
6. Una vez, que el paciente se encuentra completamente recto en el borde de la cama, se colocará su pierna derecha flexionando la rodilla y dejando su pie apoyado en la cama (en el caso de que queramos el DLI, si queremos el DLD será la pierna izquierda). La otra pierna permanecerá extendida.
7. Después, se empujará suavemente su cuerpo, apoyando una de las manos en su hombro más cercano al del celador, y otra de las manos en el trocánter de la pierna flexionada. De tal manera, que el paciente se quedará de lado.
8. Debemos prestar mucha atención a la sensación del paciente al realizar la técnica de movilización, si le duele, o es incómodo para él.
9. El hombro y el brazo que están en contacto con la cama, es importante que no se queden “atrapados” por lo que deberemos corregir esa postura, con un solo movimiento. El celador introducirá su mano por debajo del hombro, y se arrastrará levemente hacia fuera,

así, garantizaremos una posición ergonómica correcta.

10. El brazo que se encuentra más alejado del colchón, deberá encontrarse con el codo flexionado, conduciendo la mano hacia arriba. Así, no existirá una posición muy rígida.

11. Una vez terminada la movilización, el profesional, colocará las almohadas, la primera será la de la cabeza, es de vital importancia colocarla rápido, así evitaremos lesiones en el cuello del paciente.

12. Se colocará, también, una justo detrás de la espalda del encamado, para evitar que deshaga el cambio postural.

13. Otra de las almohadas se coloca entre ambas piernas, así se evitarán presiones entre las rótulas y tobillos.

14. También, se puede colocar otra almohada entre los brazos. Aunque no es tan usual colocarlas, ya que no suelen coincidir ambos codos.

15. Finalmente, cuando el paciente se encuentra perfectamente colocado, le arroparemos, y le dejaremos lo más cómodo posible.

16. Nos despediremos, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos. Las úlceras más comunes suelen darse en decúbito lateral, son en trocánteres, tobillos, cóndilos, costillas, acromion y oreja. También, es muy importante hidratar la piel antes del cambio postural, mediante ácidos grasos, se debe impregnar en las zonas más propensas a úlceras por presión en esta posición. Las mencionadas anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el presente capítulo a pesar de que el celador, es un personal no sanitario, es uno de los que más contribuye al confort del paciente.

Gracias a sus técnicas y conocimientos es capaz de lograr el bienestar del paciente en el tiempo que requiere ser ingresado.

Si el celador no realizara correctamente sus funciones, podría desestabilizar al paciente, provocar lesiones o incluso, provocárselas a sí mismo.

La práctica de estas técnicas, como son los cambios posturales requieren de unos conocimientos y unos protocolos que no pueden ser realizados por cualquier persona, debe ser una combinación perfecta, que aporte al paciente bienestar y no dolor o incomodidad, e incluso en el peor de los casos lesiones.

El celador es un profesional con capacidad de determinar cada cuanto tiempo y que movimientos son los mejores para el paciente encamado. Por todo esto, el celador, es una figura indispensable en cualquier unidad de un hospital.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100008.

Capítulo 550

PAPEL, IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)

YOLANDA MADRID ALARCOS

MTERESA DONADO LADERAS

ESTEBAN TEJADO VELASCO

JUAN CARLOS REQUENA BUENO

VALENTIN LARA ORTIZ

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión en la piel que se produce por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado. La causa de su formación, principalmente, es la presión ejercida en los tejidos entre dos planos duros produciendo falta de oxigenación en los mismos (isquemia).

Las prominencias óseas fisiológicas del paciente y la cama, silla, calzado, etc, son los principales planos duros que producen la presión en los tejidos.

Otras fuerzas mecánicas como la fricción o rozamiento y el cizallamiento también son causa de formación de úlceras por presión.

Pueden afectar a todas las capas de la piel (epidermis, dermis e hipodermis), a las articulaciones, músculos y tejido óseo.

Además, hay que tener en cuenta otros factores que son propios del paciente como la incontinencia urinaria y fecal, alteraciones nutricionales, percepción sensorial disminuida producida por diabetes mellitus, estado de conciencia o procesos terminales.

Las zonas principalmente afectadas, son los talones, las tuberosidades isquiáticas, la región sacra y las caderas.

Se estima que, al menos el 95% de las úlceras por presión son evitables siempre que se pongan en práctica medidas de prevención, por lo tanto, son un indicador negativo de la calidad de los cuidados prestados al paciente.

2 Objetivos

-Explicar de manera detallada que son las UPP o úlceras por presión, porque se producen, manera de tratarlas y prevenir su aparición por parte del personal celador.

-Explicar la manera de movilizar al paciente por el celador para que no le aparezcan este tipo de úlceras por presión y exponer la importancia que este personal tiene en estas tareas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Factores de riesgo en la formación de úlceras por presión. a) Extrínsecos:

1.- Presión: hay que tener en cuenta la fuerza de la presión capilar ejercida, así como la duración de la misma, siendo una presión leve pero mantenida en el tiempo más perjudicial que una presión intensa durante un corto espacio de tiempo.

2.- Humedad: la humedad procedente del sudor, agua, orina o heces produce maceración en la piel haciéndola más vulnerable a las heridas

3.- Cizallamiento:

fuerzas tangenciales que combinan presión y fricción, permaneciendo la piel fija, pero desplazándose la estructura ósea que recubre.

4.- Tratamientos farmacológicos. b) Intrínsecos:

1.- Edad avanzada: a mayor edad mayor pérdida de elasticidad en la piel, disminución del espesor del tejido celular subcutáneo y disminución de capilares con reducción de aporte sanguíneo cutáneo. 2.- Incontinencia: humedad y aumento del pH por el efecto de las bacterias ureasas positivas produciendo mayor de la permeabilidad de la piel.

3.- Fiebre: aumenta el metabolismo celular incrementando el riesgo de necrosis isquémica.

4.- Malnutrición: ingesta insuficiente de proteínas que inhibe la cicatrización de las úlceras.

5.- Diabetes: acelera el proceso de necrosis por la microangiopatía.

6.- Inmovilidad.

7.- Trastornos neurológicos con déficits sensoriales y motores.

Principales localizaciones.

1.- Decúbito supino: occipital, escápula, codo, sacro y talón.

2.- Decúbito lateral: costillas, oreja, cresta iliaca, cóndilos, maléolos, hombro y trocánter

3.- Decúbito prono: mejilla, mamas (mujeres), genitales (hombres), rodillas, punta de los dedos de los pies.

4.- Sedestación: omoplato, cresta iliaca, sacro, zona poplíteas, trocánter, isquion, pies. - Escalas de valoración del riesgo más importantes Para valorar el riesgo de aparición de úlceras en un paciente concreto se utilizan una serie de escalas que es importante conocer: escala de Norton, escala de Braden, escala de Arnell y la escala de Emina suelen ser las más utilizadas.

Clasificación

También existen diferentes formas de clasificar las úlceras por presión, aunque la más generalizada es la que se basa en la profundidad y en la extensión del daño en los tejidos.

Se clasifican en cuatro grados o estadios. a) Grado I: zona enrojecida en la piel que no se vuelve blanca cuando se presiona con el dedo (la úlcera por presión empieza a formarse). La piel puede presentar decoloración con calor, edema y dolor en la zona. Piel íntegra. Se trata de las más leves, pero si no se curan en

pocas horas pueden pasar a un grado mayor b) Grado II: aparece una llaga abierta o una ampolla, la zona de alrededor puede estar roja e irritada. La epidermis y/ o dermis aparece rota. c) Grado III: pérdida total del grosor de la piel formando un agujero abierto denominado cráter. Tejido subcutáneo dañado, pero sin afectar al hueso, tendones o músculo. d) Grado IV: daño en el músculo y a veces en los tendones, llegándose a ver incluso el hueso. Aparece tejido muerto (esfacelos o escaras) y puede haber socavamiento o tunelización hacia zonas más extensas.

Posicionamiento del paciente para evitar úlceras por presión.

- 1.- Mantener los talones protegidos y elevados de la superficie de la cama.
- 2.- Utilizar almohadas o cuñas para separar las prominencias óseas.
- 3.- Para evitar la lesión en el trocánter mayor hay que limitar la rotación del paciente a 30° tanto desde el decúbito dorsal como ventral. Nunca posicionar en decúbito lateral puro y extremo.
- 4.- Si la patología del paciente lo permite, mantener elevada la cabecera de la cama en 30.º
- 5.- Corregir la posición evitando sobrecargas sobre úlceras existentes. 6.- Se desaconseja la inmovilización a excepción de indicación médica específica y por breves períodos de tiempo.

Posiciones básicas recomendadas.

- 1.- Decúbito dorsal con 30° de rotación tanto hacia la izquierda como hacia la derecha, aliviando la presión con un triángulo debajo de la región glútea (derecha o izquierda), elevación de la cabecera en 30° y control de la posición de los pies.
- 2.- Decúbito dorsal con flexión de caderas y rodillas con almohadas o cuñas separando las prominencias óseas.
- 3.- Decúbito ventral con 30° de rotación tanto hacia la izquierda como hacia la derecha con almohadas o cuñas separando las prominencias óseas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión el papel del celador en el cuidado y prevención de las úlceras por presión (UPP) es fundamental, ya que estas úlceras aparecen por muchos motivos y para conseguir una buena calidad asistencial es importante medir nuestra actuación como celadores y fomentar la formación continuada, actualizar nuestros conocimientos y trabajar en equipo para conseguir un objetivo común, que es el de garantizar una buena calidad asistencial y el bienestar de las personas a cargo

de dichos profesionales.

Es por eso que hay que resaltar la importancia de los celadores para que estos trabajen unidos para conseguir unos buenos resultados. El papel del celador en el cuidado de las (UPP) se hace primordial y se debería ser reconocida su labor en los cuidados de dichas dolencias.

6 Bibliografía

- 1- Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión. Edición bilingüe. [Internet] [citado 2006] Disponible en <https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1316>
- 2- Guía de cuidados: prevención de las úlceras por presión. [Internet] [citado 15 junio 12] Disponible en https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/guia_cuidados_preencion_upp.pdf
- 3- Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio de Salud de las Illes Balears. [Internet] [citado febrero 18] Disponible en <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1581/2018-guia-upp-es.pdf>
- 4- revistamedica.com/importancia-celador-cuidado-ulceras-por-presion/

Capítulo 551

EL CELADOR PARA TRASLADAR DOCUMENTOS EN LA ZONA DE ARCHIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS

MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

JOSE LUIS GONZALEZ AMOR

JUAN SALDAÑA SANCHEZ

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA

1 Introducción

El archivo es donde se almacenan y organizan todas sus historias. Clínica para pacientes bajo el cuidado de un centro médico. Las funciones generales de un repositorio son almacenamiento de documentos, acceso a documentos, sistematización de archivos, información, educación, etc. Las historias se ordenan por el número que se les asigna cuando se abren. Omarnik es la obligación de transferir el historial médico y documentos adicionales a la habitación del hospital correspondiente al archivo central. La frecuencia de los casos de los funcionarios de reclutamiento fue establecida por el jefe del documento de almacenamiento de aviones centrales. La información clínica sobre un paciente se puede almacenar de la siguiente manera:

- En archivo. Solo almacena datos básicos del paciente. Este registro se puede encontrar en todos los departamentos y tiendas del policlínico. - En consultoría o registros de fábrica. Incluye historia. La clínica del paciente está siendo tratada. En caso de que el paciente sea ingresado en el hospital, el caso designado será trasladado al departamento. La función del oficial de seguridad con respecto a los registros médicos se expresa en la dirección de operaciones o transmisión de mensajes orales, documentos, correspondencia o elementos que le encomienden autoridades superiores, así como en el traslado de equipo o mobiliario de un servicio a otro

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con las actuaciones del celador para el traslado de documentos y objetos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La entrega de documentos y efectos debe ser rápida, confiable, ordenada y segura, tomando las medidas adecuadas para garantizar que los documentos y elementos encomendados lleguen sin daños. - Manejar mensajes diciendo:

La comunicación verbal son los mensajes, instrucciones o información de cualquier tipo que el tutor envía al destinatario. El Gobernador tendrá cuidado de no divulgar el contenido de las comunicaciones orales. Los supervisores deben comunicarse verbalmente con sus colegas, supervisores, subordinados o el público. (instrucciones, mensajes, información, etc.) sean indicados por su responsable o por sus profesionales autorizados. - Transmitir historias clínicas y documentos: La transferencia de registros médicos implica el transporte razonable hasta el destino de los registros médicos encomendados por los superiores. Expediente

clínico significa cualquier tipo o tipo de soporte que contiene un conjunto de datos e información médica. La historia (IB) se entiende como un conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones y todo tipo de información sobre el estado clínico de un paciente y su evolución a lo largo del proceso asistencial. Manejo de historias clínicas: La adecuada atención del paciente requiere que el personal médico del centro disponga de la historia clínica del paciente. Se marcarán todas las entradas y salidas de los registros médicos y de servicio del destinatario o remitente. El objetivo es saber siempre la ubicación de los registros dentro y fuera del hospital. Una vez ayudado, el historial se devuelve al archivo para que esté disponible para la próxima restauración. El Cuidador se encargará de la transferencia de documentos médicos no solo en el caso de transferir al paciente para pruebas adicionales, sino también en el caso de transferir el NS y documentos adicionales entre los Archivos.

El HC central y el servicio hospitalario, y viceversa, están sujetos a prioridades y cronogramas establecidos por el administrador de registros central, quien es responsable de determinar la frecuencia con la que se recopilan los registros médicos. Los tutores no proporcionarán registros médicos a personas no autorizadas y deben cooperar en el mantenimiento de los documentos que se lleven para el transporte y para evitar su pérdida accidental. Al igual que con todos los empleados, el Gobernador tiene el deber de actuar con moderación y mantener la información segura.

HC y documentación complementaria del paciente. El mando de reserva es inviolable. El incumplimiento de las disposiciones anteriores será motivo de sanción disciplinaria. El tutor solo debe tener acceso a los datos de HC necesarios para realizar las funciones encomendadas (nombre, habitación, cama, etc.). El tutor no está autorizado para facilitar el acceso al HC, si alguien lo solicita se indicarán los pasos a seguir para reclamarlo. - Trasladar equipos o muebles de un servicio a otro:

Para el traslado de muebles, equipos y accesorios, el custodio se hará presente en la unidad solicitante luego de recibir la solicitud de traslado y efectuar el traslado. A continuación, le pedirá su consentimiento. También retirará las camas o colchones que se encuentren en mal estado para su renovación o almacenaje, siempre respetando los horarios, rutas y prioridades establecidos, evitando en lo posible cualquier inconveniente que pueda alterar el orden o normal funcionamiento del producto habitual del Instituto. - Transporte de cohetes de oxígeno:

El cuidador es responsable de transportar los cartuchos de oxígeno y reponerlos cuando estén completos, asegurándose de que estén listos para su uso, y será responsable de entregarlos durante el transporte del paciente que recibe

oxigenoterapia. Al recibir una solicitud para reemplazar el tanque de oxígeno, el personal de valet organizará el transporte desde el almacén correspondiente hasta la unidad de pedido. Luego recogerá y transportará los cilindros de oxígeno vacíos al depósito apropiado. - Transferir muestras biológicas:

Al recibir muestras para análisis posteriores, es importante que lleguen al laboratorio en condiciones adecuadas para no alterar los resultados del análisis. Los guardabosques serán responsables de enviar las muestras a los laboratorios correspondientes y recolectar los resultados. Todas las muestras deben conectarse a la hoja o evidencia de la solicitud requerida por un médico. - Distribución de productos farmacéuticos:

Todos los días, los distribuidores de medicamentos y otros productos farmacéuticos en las unidades del hospital, siempre implementan el horario, la ruta, la prioridad se instalan y eliminan los requisitos para las farmacias en los servicios. El hospital y los proporcionó en la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando como personal no médico que trabaja en el hospital, pudimos familiarizarnos con los conceptos básicos relacionados con la transferencia de documentos y artículos por parte de los cuidadores. Ya sabemos qué es un archivo y sus funciones clave y cómo se puede almacenar la información clínica de un paciente. Esta transición debe hacerse de forma rápida, ordenada y segura. Estamos familiarizados con el proceso de manejo de mensajes verbales, transferencia de documentos y registros médicos, traslado de equipos o muebles de un servicio a otro, transporte de tanques de oxígeno, despacho de medicamentos y envío de nuestros biológicos.

6 Bibliografía

1. <http://www.cgtsanidadlpa.org>

›... PDF Resultados web.

Tema 8: El Traslado de Documentos y Objetos - CGT Sanidad.

2. <https://formacurae.es>

12. El traslado de documentos y objetos. Manejo y traslado de - Formacurae 3-
<https://dioposiciones.com>

› E... PDF las funciones de celador relacionadas con la documentación clínica
-Oposiciones

Capítulo 552

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON MATERIALES Y DISPOSITIVOS DE AYUDA

JUAN SALDAÑA SANCHEZ

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA

MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

JOSE LUIS GONZALEZ AMOR

1 Introducción

Cuando hablamos de movilización nos referimos a las técnicas y habilidades en el manejo de los pacientes a la hora de moverlos de la silla de ruedas a la camilla y/o a la cama.

Los celadores deberán tener conocimientos sobre la movilización, las posiciones anatómicas, los cambios posturales, la mecánica corporal, la higiene postural, etc. De hecho, conocerán la utilización de los diferentes materiales y dispositivos de ayuda en la movilización de pacientes.

La actuación del celador previamente ante el paciente en la movilización será informarle de la actuación a realizar y le pedirá su colaboración en dicha acción,

de hecho, al conocer el proceso a realizar, el paciente se sentirá más seguro en el movimiento, hasta favoreciéndolo.

Las habilidades técnicas serán de gran rigor en la figura del celador. Por lo tanto, adoptará todas las posturas correctas para la movilización y el traslado de pacientes, de este modo evitará lesiones corporales futuras.

En el equipo multidisciplinar el celador es una pieza de gran importancia, en el acomodo de pacientes, dado que es el encargado de movilizar tanto a pacientes, como aparatajes y objetos de grandes dimensiones y grandes pesos.

La figura del celador es de gran polivalencia en el medio hospitalario por sus múltiples funciones.

2 Objetivos

Analizar la figura del celador ante la movilización de los pacientes, actuando de forma correcta sobre el manejo de higiene postural y los materiales y dispositivos de ayuda que existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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: movilización, higiene postural, mecánica corporal, posiciones anatómicas, cambios posturales y materiales y dispositivos de ayuda.

4 Resultados

El conjunto de técnicas es la movilización frente a los pacientes que tiene que realizar el celador para moverlos y colocarlos correctamente. Para ello, tiene que realizarlas en colaboración de otro profesional (celador) en pacientes no colaboradores o pesados, y/o con materiales o dispositivos de ayuda.

Estos materiales o dispositivos de ayuda, se utilizarán para hacer más sencilla y segura la movilización, los pacientes estarán seguros y no sufrirán ningún tipo de molestia y el personal hospitalario (celadores) les supondrá menos esfuerzo y más segura la movilización.

Estos materiales y dispositivos de ayuda son los siguientes:

- Sabanas.
- Rolón.
- Transfer.
- Trapecio.
- Discos.
- Escabel o taburete.
- Grúas (existen de 3 tipos: eléctrica, mecánica e hidráulica).

La higiene postural:

Es adoptar una correcta postura tanto en un ejercicio estático como dinámico, es decir, repartir correctamente el peso de un objeto a la hora de moverlo o transportarlo, para minimizar la carga en la columna vertebral.

- Postura correcta: no dolerá la espalda, se cansará menos y aumentará la seguridad en el paciente.
- Postura incorrecta: levantamiento incorrecto con carga excesiva, número escaso de profesionales o realizar tareas en espacios limitados, postura incorrecta y utilización de equipos obsoletos.

En el medio hospitalario el celador es muy propenso a padecer trastornos músculo-esqueléticos (zona dorso lumbar), debido a la mala ergonomía o higiene postural.

La mecánica corporal:

El celador deberá acatar unas normas al realizar el transporte o movilización del peso de un paciente u objeto, es decir, deberá mantener su posición alineada para evitar sufrir lesiones. Por ello es tan importante una buena mecánica corporal, teniendo siempre en mente una buena postura, coordinado movimiento del cuerpo y equilibrio, ya que puede desencadenar no hacer este proceso bien, problema al paciente, también al profesional.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber analizado la postura del celador ante la movilización concluimos, en la serie de habilidades y de técnicas que tiene que aplicar el celador en la movilización de pacientes, así como en la mecánica corporal e higiene postural. Si el profesional no aplicara estas técnicas, podría ocasionarle el trabajo un problema, ya que estaría expuesto al riesgo de las lesiones lumbares, perjudiciales para su salud. Es fundamental, que todos los profesionales de la salud sigan unas normas de buena mecánica corporal. El celador es una pieza muy importante en hospitalización, debido a que gracias a ellos se pueden movilizar a los pacientes, para

los aseos, sentarse en el sillón, trasladar alguna prueba, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 553

MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POR EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

EDUARDO SALAZAR LÓPEZ DE LA OLIVA

MARÍA TERESA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

JOSE LUIS GONZALEZ AMOR

JUAN SALDAÑA SANCHEZ

1 Introducción

En un servicio de urgencias la actuación de cada profesional es fundamental para una correcta evolución del paciente. En este caso vamos a centrarnos en la figura del celador y en las técnicas que debe seguir para hacer más fácil y productivo ese trabajo.

El celador en este servicio es el punto de unión entre la consulta médica y el paciente. Entre otras muchas de sus funciones se encuentran las de recibir y trasladar al paciente a la consulta específica, así como a las pruebas complementarias que este precise. Para ello ha de tener unos conocimientos básicos de movilización y manejo de los distintos materiales de inmovilización, para evitar agravar la patología del paciente o su lesión.

Estos conocimientos también son importantes para ayudarnos a reducir el riesgo de lesiones corporales que se originan en el propio celador. Es un trabajo en el que se realizan movimientos repetitivos que en la mayoría de los casos requieren el uso de la fuerza física y la coordinación muscular, viéndose con frecuencia lesiones en la columna vertebral y sobrecargas musculares, a veces llegando a ser graves e incapacitantes. Por todo ello es importante tener un buen aprendizaje de las técnicas y adquirir unos hábitos de trabajo adecuados y saludables.

2 Objetivos

- Conocer las definiciones de movilización e inmovilización.
- Conocer los principales dispositivos de movilización e inmovilización, principalmente en pacientes que lleguen al servicio de urgencias y también en aquellos que necesiten una posterior hospitalización

3 Metodología

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

4 Resultados

La movilización del paciente es el conjunto de técnicas para moverle o colocarle correctamente en el lugar donde se encuentra (cama, camilla...) y el transporte a diferentes lugares del centro hospitalario, ya sea en silla de ruedas, camilla o cama.

Existe una movilización activa en la que el paciente colabora con el personal sanitario y una movilización pasiva en la que el paciente está limitado o incapacitado para hacerlo y son realizadas en su totalidad por el personal sanitario.

Las técnicas correctas de movilización para evitar lesiones corporales son mantener la espalda recta, contraer glúteos y abdomen y utilizar la fuerza de las piernas como apoyo para levantarse y moverse. También debemos mantener próximo a nuestro cuerpo el objeto o paciente que vamos a trasladar o sujetar para acercar los centros de gravedad. Siempre utilizaremos medios mecánicos para cargas

superiores y la ayuda de más personal sanitario si la movilización es demasiado pesada. Hay que recordar que es mejor empujar que tirar ya sean camas, sillas de ruedas, camillas...

La inmovilización del paciente es el conjunto de técnicas para asegurarlo a la silla, cama o camilla de una manera temporal y con la supresión de movimiento de una zona corporal.

Materiales para la movilización de pacientes encamados:

-Tabla de transferencia o transfer: es un dispositivo rectangular y plano compuesto por un material impermeable, muy útil y sencillo de manejar. Se utiliza para movilizar al paciente de una cama a otra, de una camilla a otra, de una camilla a una cama o viceversa o de una cama o camilla a una mesa de exploraciones complementarias o viceversa.

-Elevador hidráulico o grúa: es manual, pero con un sistema de gatos hidráulicos que lo convierten en un utensilio de fácil manejo. Tiene una base con ruedas lo que le hace totalmente móvil y un arnés para la sujeción del paciente. Normalmente es utilizado para movilizar a pacientes con movilidad reducida desde la cama hasta el sillón y viceversa o elevarlos para un cambio de cama o aseo personal.

Materiales para el traslado de pacientes:

-Silla de ruedas: uno de los dispositivos más utilizado para aquellos pacientes que pueden desplazarse en posición sentado.

-Camilla móvil: a diferencia de las fijas utilizadas en consulta, estas constan de ruedas articulables, permiten la elevación del cabecero y los pies, disponen de barandillas de protección y frenos y tienen soporte para incorporar un pie de suero.

-Cama mecánica: consta de ruedas articulables, sistema de frenado, barandillas de protección, permiten gran variedad de posiciones y movimientos mediante un mando incorporado.

Materiales de inmovilización:

-Collarines cervicales: son imprescindibles ante una sospecha de lesión en la columna cervical. Hay distintos tipos y tamaños, pero todos evitan los movimientos de la cabeza. No debe retirarse hasta que se realicen al paciente las pruebas oportunas y descartar lesión.

-Dama de Elche o inmovilizador tetracameral: su objetivo es impedir que la cabeza del paciente se mueva hacia los lados en un traslado. Consta de una base a la que se adhieren dos piezas laterales con un orificio para observar posibles otorragias y se unen mediante un velcro y unas correas. Al igual que el collarín, no debe retirarse hasta la realización de pruebas y descarte de lesión. Ambos se pueden

utilizar sin peligro en las salas de rayos o TAC.

-Férulas de inmovilización de extremidades: existen distintos tipos y modelos. Expondremos las más habituales en el medio hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En un servicio de urgencias se ve todo tipo de situaciones con o sin riesgo vital. Por ello hay ocasiones en las que es muy importante una actuación rápida y conjunta de todo el equipo de profesionales.

En este caso, nos centraremos en la importancia que tiene que el celador esté cualificado con una buena formación de base para proporcionar un servicio de calidad al paciente.

El celador, por ser el encargado de trasladar a los pacientes debe conocer los principales materiales destinados para ello y para su correcta movilización e inmovilización, protege la salud o lesión del paciente y su propia higiene postural

6 Bibliografía

1. <http://www.celadoresonline.blogspot.com/> Actuación del celador en el Servicio de Urgencias.
2. Jiménez, M. R. O., Velencoso, G. J., López, M. D. R., García, M. V. R., Paños.
3. M. R. T., López, E. G., & Berbegal, J. P. Organización y funcionamiento del sistema de triaje y circuitos asistenciales del servicio de urgencias del Chua.
4. Suárez, L. V., Castellano, C. H., & Montesdeoca, O. D. (2019). Triaje, historia y perspectiva actual. *Egle*, 6(13), 39-52.
- Déniz Montesdeoca, O., Verona Suárez, L., & Hernández-Castellano, C. J. (2019). Triaje en Atención Primaria ¿Mito o realidad?.

Capítulo 554

EL CELADOR Y LA CLASIFICACION DE RESIDUOS SANITARIOS

CARMEN OLMOS PEINADO

SONIA CASTILLO LOZANO

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

1 Introducción

Se define a los residuos sanitarios como a cualquier tipo de desecho o basura que se generan en los diferentes servicios donde se desarrolla una actividad de atención a la salud humana.

El celador debe saber distinguir los diferentes tipos de elementos residuales que se generan dentro del ambiente de trabajo de una Institución Sanitaria, ya que se debe a la gran variedad de procedimientos, acciones, etc., que día a día se realizan en ellas, esto supone un riesgo importante de sufrir y producir infecciones, tanto a los pacientes como a los trabajadores, si no se hace un buen uso de estos residuos.

La gestión de estos residuos es de vital importancia, ya que esto supone una gran peligrosidad para la salud, estas gestiones se deben realizar en el centro donde se generen este tipo de residuos, por eso es muy necesario hacer de manera correcta la separación de estos residuos dependiendo su origen, ya sea por clase y grupos,

se debe hacer un correcto envasado, se debe realizar un transporte seguro y eficaz por parte del centro productor y se almacenaran los diferentes residuos en sitios apropiados para cada tipo. Una empresa externa es la que se encarga de hacer una adecuada recogida, transporte, tratamiento y eliminación de estos residuos sanitarios.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán exponer los distintos tipos de residuos que se generan en los centros sanitarios, así como su correcta manipulación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “clasificación de residuos sanitarios”.

4 Resultados

Los residuos sanitarios en un centro hospitalario o en un centro de salud, son generados día a día, algunos de estos son residuos sanitarios que son similares a los residuos urbanos, lo cuales también son residuos específicos de riesgo, residuos sanitarios citotóxicos, etc.

Los residuos se pueden agrupar de varias maneras, entre las que se encuentran:

1. Los residuos generales asimilables a los domésticos: este tipo de residuos se generan fuera de una actividad sanitaria y no precisan de unas medidas especiales en su gestión. Entre este tipo de residuos, están los alimenticios y aquellos residuos procedentes de las actividades de limpieza y de mantenimiento.
2. Los residuos sanitarios asimilables a domésticos; estos se producen como consecuencia de unos trabajos asistenciales en los centros sanitarios y de aquellos procesos de investigación, los cuales no se consideran como residuos sanitarios peligrosos.
3. Los residuos peligrosos de origen sanitario; este tipo de residuos se producen como consecuencia de una actividad sanitaria, de servicios médicos o de servicios de veterinario, procesos de investigación, que llegan a implicar algún tipo de

riesgo potencial para los profesionales que estén en contacto o para el medio ambiente.

4. Los residuos de origen no sanitario: estos se consideran altamente peligroso por el gran potencial perjudicial para las personas o el medio ambiente. Estos deben de ser gestionados de forma correcta y están sujetos a procedimientos especiales o normativas específicas y así como sujetos de centro generador del residuo.

5. Los residuos radiactivos: este tipo de residuos están regulados mediante una normativa específica.

Existen varias maneras de hacer una clasificación correcta de los residuos sanitarios en el ámbito de trabajo sanitarios, se debe hacer una correcta separación y manipulación para el correcto desecho seguro, dependiendo del tipo de residuo y del tipo de peligrosidad, como son desde agujas, material radiológico procedentes de algunos tratamientos, gasas, apósitos, jeringuillas, inyectables, bisturís, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los residuos sanitarios se definen como cualquier tipo de sustancia u objeto sólido, líquido o gaseoso que está contenido en algún envase o no, la persona responsable de estos residuos, se tiene que deshacer responsable se deshaga o tenga de forma obligatoria que desprenderse, ya que son generados por actividades sanitarias.

Existe un riesgo asociado a la manipulación propia de los materiales de los trabajos sanitarios, que no están relacionados con el peligro vinculado estos residuos. La correcta gestión de los residuos en los centro de trabajo, ayudara a mejorar la calidad e imagen de los centros, así como la calidad en el ambiente laboral, según se indica en la Ley de Prevención de Riesgos Laborables.

6 Bibliografía

- www.revistasmedica.com
- www.scielo.org

Capítulo 555

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES EN UN HOSPITAL

CARMEN OLMOS PEINADO

SONIA CASTILLO LOZANO

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

1 Introducción

El Celador tendrá que conocer todas las posiciones y los tipos de movilizaciones que se pueden hacer y saber realizarlas. Antes de comenzar deberá de seguir unos pasos:

- Se debe hablar con el paciente para explicarle a donde va a ir.
- Adoptar las medidas de higiene necesarias.
- Preparar el sitio donde van a trabajar, apartando los elementos que puedan estorbar.
- Asegurarnos que esté en todo momento seguro antes de realizar el movimiento.
- Frenar la cama.
- Tener cuidado con sueros, drenajes, ondas, etc.
- El paciente no debe pasar frío en el trayecto, se tapara con una manta si fuera necesario.

Una de las principales funciones del celador es la del traslado de pacientes, este traslado deberá realizarse en las mejores condiciones posibles para el paciente y siempre con la máxima seguridad para el paciente.

El celador es el principal encargado de realizar la movilización de los pacientes y el que sitúa al paciente en la posición necesaria para una intervención, realización una prueba, traslados o para realizar cambios posturales.

En el Real Decreto 619/1988 de 17 de abril, se considera como paciente de traslado a "aquellas personas enfermas, accidentadas que no pueden valerse por ellas mismas, o por otra razón sanitaria, que se efectúa en vehículo acondicionados para este fin".

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es analizar y describir los diferentes tipos de traslados existentes en el ámbito hospitalario y las normas generales para su realización 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

Existen diferentes tipos de traslados:

- Con bastones, muletas o andadores: el celador acompañará al paciente manteniendo el mismo ritmo que lleve el paciente.
- En silla de ruedas: este traslado se realiza cuando el paciente no puede o no debe caminar. Este traslado se realizará en sentido normal de la marcha, salvo las siguientes excepciones: para ascensores y rampas.
- En cama o camilla: El traslado en cama se realizará cuando el paciente no puede o no debe sentarse para usar una silla de ruedas. El paciente durante el traslado deberá permanecer tumbado e ir en el sentido de la marcha, mientras el celador estará detrás de él empujando la cama o camilla.

Las funciones del Celador vienen recogidas en la orden del 5 de julio de 1971, en su artículo 14 punto 2 establece que:

-Tendrán a su cargo el traslado de los enfermo, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.

-Trasladarán los cadáveres al mortuorio

Los traslados se realizarán de una forma o de otra dependiendo de la capacidad física del paciente a trasladar. Por lo general la gente que acude a un hospital suele tener baja la capacidad física para moverse lo cual el celador deberá hacerse cargo de ese traslado.

El celador tiene que seguir unas normas generales a la hora de mover al paciente:

- Seguir todas las instrucciones del personal sanitario.
- Guardar en todo momento la intimidad del paciente.
- Adaptar las medidas de higiene necesarias para cada caso.
- Evitar movimientos bruscos durante la movilización del paciente.

Durante todo el traslado debemos procurar:

- Usar guantes.
- Comprobar que el paciente es el que debemos trasladar.
- Comprobar cuál va a ser su destino.
- Explica al paciente o sus familiares que es lo que vamos a hacer.
- Llevar la documentación necesaria.
- No dejar solo al paciente en ningún momento hasta que se lo entreguemos a otro profesional.

5 Discusión-Conclusión

En la medida de lo posible el traslado deberá realizarse lo más rápido posible, sin correr pero sin entretenerse. En el caso de tener que detenerse en el trayecto deberemos de asegurarnos de usar el freno ya sea de la silla de ruedas o de la cama. En algunos casos en que el paciente lo precise, el celador deberá de ir acompañado por personal facultativo.

El traslado de pacientes dentro de un hospital es una función de los celadores que está regulada mediante la orden 5 de julio de 1971, esta función no está exenta de riesgos que se pueden controlar, así como de otros que pueden surgir inesperadamente debido a las distintas patologías que pueda sufrir el paciente.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-traslado-pacientes-silla-de-ruedas-cama->

camilla/

Capítulo 556

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

CARMEN OLMOS PEINADO

SONIA CASTILLO LOZANO

LIDIA MARÍA RICHARTE ALMENDROS

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

1 Introducción

El celador debe acompañar a los pacientes desde que entran en un centro hospitalario. Y harán el traslado de esto a la planta de hospitalización en el caso que fuese preciso. Dentro de la planta de hospitalización, el celador es necesitado en varios servicios y en algunas situaciones, como son en la movilización, traslado tanto de pacientes, así sea de mobiliario y aparatos.

El celador que desarrolla su trabajo en una planta de un hospital, debe reunir unas aptitudes como son: paciencia, humanismo, dinamismo, y espíritu de equipo. Las funciones que un celador presta en la planta, son muy diferentes como variado es el trabajo que prestan en una planta hospitalaria.

Los pacientes que llegan a las plantas de hospitalización acompañados por un celador y siempre con la historia clínica que se entregará en el control de la Enfermería.

Los celadores realizan una labor necesaria para que funcione bien el hospital, este debe actuar de manera eficaz y responsable, para ello debe conocer bien sus funciones. Estas funciones están recogidas en la Orden 5 de Julio de 1971 del Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Una de las principales funciones es ayudar a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, para hacerles las camas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son conocer las funciones del celador como parte integrante dentro del equipo en la planta de hospitalización.

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

En puesto de celador de una planta hospitalaria, requiere de las mismas aptitudes que en un Celador de urgencias, las funciones entre estos dos tipos de celadores, son más variadas, ya que en el trabajo en planta, presta las siguientes funciones:

- Darán cuenta siempre por escrito a los superiores de cualquier tipo de anomalía en la conservación del edificio o de los materiales.
- Se harán cargo de los pacientes que lleguen a la planta.
- Ayudaran al personal de enfermería en las tareas de amortajar a los fallecidos, vistiéndolos con una sábana por encima antes de que sean trasladados al mortuario.
- Atenderán aquellas órdenes del personal médico o personal de enfermería. respecto a la distribución de la “farmacia pesada”.
- Retiraran de los almacenes los materiales de la planta en la que ha sido autorizado, así como entrega el de los desechos.
- Dirigirse con el enfermo a la habitación que se le designe, ayudando a los auxiliares de enfermería para encamarlo y llevar el carro o camilla a su procedencia.

- Llevaran los informes verbales o escritos a los servicios que les ordenen, procurando hacerla con rapidez y diligencia.
- Traslado de los enfermos en la cama al servicio que les requiera el personal médico.
- Enseñar a los usuarios si fuera necesario a utilizar bien los ascensores.
- Debe controlar la entrada y salida de visitas en la planta.
- Ayudaran a los TCAE a lavar a los enfermos masculinos.
- Transporte y colocación de la botella del oxígeno a la cabecera del paciente.
- Conservación y vigilancia de los materiales y enseres de la institución.
- Traslado de los aparatos y los materiales.
- Afeitaran a los pacientes en las zonas en las que se va a intervenir.

5 Discusión-Conclusión

El celador es un personal no sanitario que se tiene que adaptar a realizar sus funciones en un equipo multidisciplinar, cuya misión y objetivos es combinar talentos individuales que constituyen una unidad. El trabajo de un hospital no sería viable sin los celadores, son el motor más importante para el funcionamiento del mismo ya que es el primero que recibe al paciente y es el último quien lo despide. Una buena formación es necesaria para poder funcionar con la mayor urgencia posible, ya que en este servicio en numerosas ocasiones el tiempo de actuación puede influir en el resultado final y las consecuencias que pueda sufrir el paciente.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/>
www.google.es

Capítulo 557

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

IVAN GARCIA MENDEZ

RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE

SUSANA CERRO HERNANDO

1 Introducción

La autopsia clínica o “Necropsia” se define como la apertura y examen de un cadáver para verificar el estado de los órganos y las posibles causas de la muerte. Las funciones de un celador dentro del servicio de anatomía patológica, son muy diversas, ya que depende del servicio o de la unidad en el que se desarrolle su actividad profesional. Es muy necesario definir una serie de protocolos, sobre todo en aquellas funciones que el celador tiene que realizar, en el servicio de anatomía patológica.

Al celador que trabaja en el servicio de anatomía patológica se le conoce comúnmente como “el celador auxiliar de autopsias”, es uno de los responsables de hacer el traslado del cadáver del mortuario a la sala de autopsias, donde es preciso hacer el deposito del cadáver en la cámara frigorífica, si la autopsia clínica no se llega a realizar en ese momento o colocarlo en la mesa de autopsias, si esta se hace de forma inmediata.

Las funciones del celador en la unidad de anatomía patológica, no solo se limitan a las relacionadas con la función auxiliar en la realización de autopsias clínicas. El celador de este servicio es el que se encarga del transporte de las muestras histológicas entre la unidad y el resto de las dependencias del hospital.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son conocer las funciones principales de un celador como auxiliar en la autopsia clínica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en los 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

Una de las funciones principales de un celador, es el traslado de los cadáveres al mortuario. Una vez el cadáver está colocado, al celador le son encomendadas un tipo de funciones Antes de la autopsia o después de esta, como son:

- Conducción de las muestras orgánicas y cualquier otro tipo de material (carretes fotográficos, historial clínico, etc.) al departamento que correspondas, en las condiciones de conservación y manejo que establecen el personal facultativo.
- Pesar los órganos, realizar anotaciones que sean necesarias e introducir en cubos herméticos los restos humanos que sean requeridos por el médico anatomopatólogo para su traslado.
- Extracción del cadáver de la cámara frigorífica y, llevarlo a la sala para identificarlo, con nombre y apellidos en un lugar perfectamente visible en el cuerpo de la persona fallecida.
- Limpieza de la sala, la mesa y el material que utilice en la autopsia.
- Preparación del instrumental y los elementos auxiliares.
- Auxiliar al profesional titulado en todas aquellas prácticas que no impliquen en ningún caso hacer uso del instrumental sobre el cadáver.
- Limpieza externa e internamente al cadáver, así como realizar el rellenado de los huecos viscerales (generalmente, con papel de celulosa).

- Preparación del cadáver para llevar a cabo la autopsia clínica, desamortarlo y colocarlo en la posición correcta en la mesa de autopsias.

Dentro de estas funciones de los auxiliares en autopsias, el celador desarrolla otro tipo de funciones dentro de la unidad de anatomía patológica, entre las que nos encontramos:

- Revisar de forma periódica los cadáveres para asearlos o subirlos a la cámara frigorífica si fuese necesario.
- Dar información a los familiares sobre dependencias del hospital, horarios, etc.
- Suministro a el libro de registro, donde se anotarán los siguientes conceptos referidos al paciente fallecido:
 - Fecha y hora de salida del mortuario.
 - Servicio de procedencia, planta y cama.
 - No de orden de Registro.
 - No de historia clínica.
 - Nombre y apellidos.
 - Fecha y hora de entrada en el mortuario.
- Conducción a los representantes de empresas funerarias de la manera más discreta posible.

5 Discusión-Conclusión

El celador que presta sus servicios en anatomía patológica, tiene unas funciones muy importantes, debe ser una persona que trabaje con mucha seriedad y con muchísimo respeto, ya que en todo momento debe cumplir las instrucciones, pautas y las órdenes suministradas por el personal médico, siempre debe cumplir con la premisa de no utilizar ningún tipo de instrumental sobre el cadáver.

Se debe recordar que es preciso tratar en todo momento el cadáver de la persona que ha fallecido con total respeto, dignidad, consideración y seriedad.

El celador también es la persona responsable de ordenar y de colocar las muestras recibidas en el laboratorio, así como también es el encargado de suministrar a la unidad los productos que son necesarios para llevar a cabo la conservación y procesamiento de las muestras.

6 Bibliografía

- Pubmed
- www.revistamedica.com

Capítulo 558

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD

IVAN GARCIA MENDEZ

RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE

SUSANA CERRO HERNANDO

1 Introducción

Un centro hospitalario consta de varios edificios y servicios con unas funciones muy concretas en cada uno de ellos.

Dentro del área de Hospitalización, se encuentra el Servicio de Partos. Las pacientes llegan a este Servicio por distintas unidades, ya sea desde las consultas de urgencias o de Admisión Central, siempre en el caso de que el parto se trate y sea programado o una cesárea.

Dentro de un área hospitalaria de partos, existen varias categorías de profesionales que actúan dentro este Servicio, como son el personal médico, el personal de enfermería, matronas, auxiliares de enfermería, celadores, auxiliares administrativos, etc. Todos estos trabajadores desempeñan unas funciones y tienen un papel importante dentro del área y/o servicio.

Las pacientes de este servicio, llevan un seguimiento continuo durante toda la gestación, ya sea a través de los centros de atención primaria (matrona),

como en el Servicio de Consultas de Ginecología-Obstetricia. El proceso de este seguimiento se evalúa durante el proceso del feto, así como de la gestación y se valora el proceso del parto.

Dentro de esta unidad, se tiene que estar muy atento en la evolución de las pacientes en planta y hacer el traslado de la misma, dependiendo del momento en que esta se encuentre, ya que dentro de la planta existen distintos áreas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo eran conocer y describir las funciones de los celadores en la unidad de maternidad.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática sobre la literatura científica de libros y en los principales artículos, así como en las principales bases de datos de Medline, Pubmed y Scielo, así como en buscadores de internet.

4 Resultados

Dentro de las funciones de un celador que presta sus servicios en el servicio de maternidad, son muy variadas, entre las que se encuentran:

- Trasladar el aparataje que sea necesario en este servicio.
- Llevar el material que sea necesario para el quirófano.
- Trasladar a los recién nacidos con su historia a la unidad neonatal o consulta.
- Recibir al paciente, prestando atención a si necesita ayuda en silla, cama, o camilla.
- Trasladar a los pacientes y sus historias para la realización de ecografías, una vez finalizada la prueba se debe ir a por ellas.
- Trasladar a los pacientes a las diferentes consultas: consulta de eco, anestesia, hospital de día, etc.
- Indicar al paciente de que informe sus datos, en el servicio de admisión.
- Llevaran las recetas y retiraran los medicamentos urgentes en farmacia.
- Revisar y mantener en perfecto estado todo el material, camas, carros, porta sueros, etc., siempre procurando que estén siempre en su sitio e informando al supervisor/a de cualquier anomalía para su reparación

- Transporte de las analíticas al laboratorio.
- Llevaran a las pacientes que lo precisen a que les realicen el preoperatorio.
- Avisaran al personal de enfermería de su llegada, entregándole la hoja de admisión.
- Transporte de las muestras a anatomía patológica.
- Ingresaran a las pacientes en área de hospitalización con la historia clínica y avisando a enfermería.
- Trasladaran las historias de alta en control y llevar a archivos.
- Colaboración junto con el personal sanitario en el aseo, cambios posturales, levantar y acostar a las pacientes.
- Traslado a las pacientes a las salas de parto y/o quirófanos.
- Recogerán los preoperatorios para las intervenciones pendientes.
- Mantendrán el orden en la planta y el buen uso de las instalaciones.
- Trasladaran a las pacientes de alta que lo necesiten en cama o en carrito
- Trasladar a las madres a la unidad para lactancia o para alguna prueba.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que se encuentra y recibe a los pacientes que llegan al hospital, ya que las pacientes llegan en un estado de nerviosismo al Servicio y en muchas ocasiones, les resulta muy difícil la comprensión de los protocolos a seguir en ese momento.

El papel del celador es muy importante dentro del servicio de maternidad y partos, es una figura indiscutible, ya que es la primera persona que ve un paciente cuando llega al centro. Es el personal que se encarga de los traslados a las paciente, desde el área de urgencias o de hospitalización hasta la planta y harán el traslado dentro de la planta al resto de unidades de la misma.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
www.scielo.org

Capítulo 559

EL CELADOR EN EL ASEO DE UN PACIENTE ENCAMADO

IVAN GARCIA MENDEZ

RAÚL JESÚS GARCÍA VELASCO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

JOSÉ ANDRÉS TOMÁS CLEMENTE

SUSANA CERRO HERNANDO

1 Introducción

El aseo se puede definir como un acto de proporcionar limpieza y una serie de cuidados corporales para conservar la salud y prevenir enfermedades.

Por ello esta tarea la realizan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), ayudados por los celadores y bajo la supervisión de las enfermeras. Los celadores son los que movilizan al paciente y cambian de posturas.

Según la Orden de 5 de Julio de 1971 de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Las funciones de los Celadores vienen recogidas en su artículo 14.2, en ella dice "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".

A la hora de realizar el aseo deberemos de tener en cuenta:

- Comprobar que la temperatura del agua sea la adecuada.

- Mantener una temperatura de ambiente adecuada.
- Evitar las corrientes de aire.
- Se aislara al paciente mediante una cortina para preservar su intimidad.
- Preparar todo el material que sea necesario antes de empezar.
- El aseo se realizará por la mañana junto con el cambio de ropa de cama y todas las veces que sea preciso por ejemplo cuando hay pañales.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es determinar la importancia y los objetivos del aseo de los pacientes encamados y conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Medline.

4 Resultados

El auxiliar en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado de llevar a cabo este baño del paciente, ya que se encuentra encamado y sin posibilidad de movilización, por lo que será necesaria la ayuda del celador para realizar estos movimientos.

Una de las principales funciones de un celador en un centro sanitario es la movilización de los pacientes encamados y la ayuda al aseo, modificar los puntos de apoyo es una tarea fundamental y aporta muchos beneficios al paciente, es importante pensar en la persona, conocer en la medida de lo posible su lesión o patología y acometer la acción de la manera más eficaz y sensible posible.

Los pasos a seguir para el lavado del paciente por el TCAE y el celador son estos:

- Se le explica al paciente lo que se le va a hacer.
- Se coloca el celador en un lado de la cama y el TCAE en el otro para garantizar la seguridad del paciente al movilizarlo.
- Se coloca al paciente en la posición adecuada, generalmente en decúbito supino, si no hay contraindicaciones, y se procede a lavar la parte anterior del cuerpo,

siempre tapado para preservar la intimidad.

- Para lavar la parte posterior del cuerpo se coloca al paciente en decúbito lateral, a su vez se hace la cama de ese lado para luego volver a girar y terminar de hacerla.
- Se enjabona la zona a lavar, se aclara y se seca, asegurándonos que no quede la piel húmeda.
- Se le hidrata la piel.
- Se viste al paciente con camisón o pijama limpios.
- Se peina y si es preciso se le cortan las uñas de las manos y de los pies.
- Se acaba de hacer la cama y se coloca al paciente cómodamente en la posición más adecuada.

Antes de acometer cualquier movilización para el aseo de un paciente encamado, el celador deberá seguir unos pasos:

- Hay que informar al paciente de lo que se le va a realizar, es importante motivar al paciente en su participación y transmitirle tranquilidad y seguridad.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Controlar el entorno, así como un ambiente agradable.
- Preparar previamente todo el material que se pueda necesitar durante la movilización, así como el material utilizado para el aseo.
- Adaptar la cama a la altura o posición con el fin de facilitar la acción y favorecer la mecánica corporal con el fin de evitar lesiones al celador.
- Frenar la cama y poner barandillas para que se sienta más seguro.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto es fundamental el desarrollo de acciones formativas, así como cursos de formación continuada, planificadas y adaptadas al perfil del trabajador, basadas en la mejora de las capacidades competenciales.

Los celadores adscritos a las plantas de hospitalización, o incluso en las unidades de cuidados intensivos, ayudaran a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el aseo de los pacientes encamados, encargándose de la movilización de los mismos. Ellos deben adquirir una serie de competencias técnicas (así como diferentes posturas) para desarrollar con seguridad las movilizaciones de los pacientes, con el fin de conservar su salud y seguridad del paciente.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/>

Pubmed

Capítulo 560

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS

ANTONIA RUIZ PINILLA

ANDREA ROMERO PARADA

MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO

RAQUEL PECES OCHOVO

JESUS MANUEL CASTRO GARCIA

1 Introducción

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.

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. 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, pasan gran parte de su vida conectados a la máquina de diálisis, por eso es muy importante la adaptación.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este 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

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.

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 confiados 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.

5 Discusión-Conclusión

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.

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.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov>.

<https://revistamedica.com/>

Capítulo 561

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ANTONIA RUIZ PINILLA

ANDREA ROMERO PARADA

MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO

RAQUEL PECES OCHOVO

JESUS MANUEL CASTRO GARCIA

1 Introducción

La imagen para el diagnóstico se define como todas aquellas pruebas de imagen que le son realizadas a los pacientes con fines diagnósticos, con los resultados que se obtiene de estas pruebas, se van a utilizar para el estudio y así llegar a proceder a realizar un diagnóstico y en la menor medida el pronóstico y dar el tratamiento que seguir que seguir el paciente para tratar las enfermedades que pueda tener.

El Celador que presta sus servicios dentro de las áreas de radiodiagnóstico, es el encargado de la realización de unas funciones específicas, como son el traslado de los pacientes hasta el servicio de radiología desde la sala de urgencias donde se encuentre, también ayudara al paciente para que se coloque de manera correcta y adecuada para poderle realizar las exploraciones indicadas por el personal médico.

El personal que se encarga del traslado de los pacientes dentro de un hospital es el celador. El celador es la primera persona que los pacientes ven cuando llegan al centro hospitalario y quien lo reciben en la puerta de urgencias, cuando estos necesitan una silla para el desplazamiento, también es la última que el paciente ve cuando va a abandonar el Hospital, ya que lo acompaña con la silla de rueda, tras ser atendido por el personal del hospital.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones del celador en el servicio de radiodiagnóstico de los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

El servicio de radiodiagnóstico es uno de los servicios más demandados dentro de un centro hospitalario y no siempre cuenta con los recursos humanos deseados por lo que, además de ser eficaz, es necesario que también sea eficiente.

Las funciones principales funciones de los celadores dentro del servicio de radiodiagnóstico, se encuentran:

- Tramitación en la mayor brevedad posible, cualquier tipo de comunicación verbal, documento, correo o cualquier tipo de comunicación que les orden sus superiores, estarán obligados a entregarlos.
- Asegurar de que todo el material sanitario que el paciente necesita
- (sueros, oxígeno, etc.) se encuentre en las condiciones adecuadas, informando de
- cualquier deficiencia al personal sanitario.
- Deben estar localizados en todo momento en el Servicio de Radiodiagnóstico
- Ayudar a el radiólogo a posicionar al paciente para realizar mejor de las pruebas necesarias

- Traslado de los pacientes desde el servicio de hospitalización o desde el servicio de urgencias, al servicio de radiología, para realizar la técnica correcta y después volver los pacientes al lugar de origen.
- Asistencia de una solicitud de un médico, superior o administrador, para retener y trasladar a los pacientes que así lo necesiten.
- Realización de aquellas tareas de limpieza asignadas por orden de situación, ubicación, nivel de dificultad, peso de los objetos o zonas a limpiar.
- Notificación a los supervisores de forma inmediata de todos los daños e irregularidades, que se observen durante la limpieza y mantenimiento del edificio y equipo.
- Respeto todas las normas internas del servicio de diagnóstico radiológico. No dirán ni aconsejarán a los familiares y visitantes sobre los diagnósticos, investigaciones y tratamientos que se les presten a los pacientes, y mucho menos se les dará información sobre su pronóstico, directamente la consulta sobre el parte la dirá del Médico responsable.
- Cuidado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo un celador dentro del servicio de radiodiagnóstico es de vital importancia, porque ayuda y facilita las labores de los trabajadores que trabajan dentro del servicio de radiodiagnóstico.

Por ello es muy importante y necesario, el desarrollo de una organización y sincronización en conjunto de todo el equipo del servicio de radiodiagnóstico.

El celador es la última persona que el paciente ve en el centro médico cuando ha sido dado de alta.

El servicio de radiodiagnóstico es de los servicios que más demanda tiene dentro de un centro hospitalario, con lo cual tiene una gran carga de trabajo y el celador es una pieza fundamental en este servicio, para descargar esa carga de trabajo.

6 Bibliografía

Pubmed www.revistamedica.com

Capítulo 562

PINCHE DE COCINA Y SU FUNCIONAMIENTO EN PLENA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS EN LA COCINA HOSPITALARIA

RAMIRO LOPEZ FAJARDO

JOSEFA GARCÍA SALMERÓN

MELISSA PEDROSA GARCÍA

MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ

RAUL DE LA FUENTE MILLA

1 Introducción

La pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ha afectado a todos los ámbitos de la vida de los ciudadanos. Tanto en la vida privada como en la pública, hemos tenido que introducir cambios para adaptarnos a la nueva situación con todo lo que ella conlleva.

Desde un primer momento, el ámbito sanitario ha sido, por razones evidentes, el más afectado por la pandemia. Desde la atención primaria hasta la hospitalaria, los protocolos han evolucionado a medida que se ha ido obteniendo más información acerca de este nuevo virus y su forma de transmisión.

Como es obvio, los diferentes departamentos dentro de los hospitales han sido afectados de distinta forma por la pandemia y sus consecuencias. En nuestro

caso, queremos centrarnos en la cocina hospitalaria y sus trabajadores. Aunque no es un área de atención directa al paciente, sí existe un contacto directo con el paciente que supone un riesgo tanto para el paciente como para los trabajadores: la comida preparada en la cocina hospitalaria será ingerida por el paciente, y los utensilios utilizados por el paciente regresarán a la cocina para su limpieza. Por todo ello, consideramos interesante valorar los efectos del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) en la cocina hospitalaria y el personal que en ella trabaja.

2 Objetivos

- Determinar los riesgos relacionados con el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19) en la cocina hospitalaria.
- Valorar los efectos de la pandemia en los protocolos de actuación en la 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

COVID-19 y seguridad alimentaria:

Según la EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria), no habría pruebas de que los alimentos sean en sí mismos una fuente de transmisión del coronavirus.

Si bien se cree que el brote inicial en China fue resultado de la ingesta de algún animal infectado, a día de hoy no se tiene constancia de ningún caso de transmisión del virus a través de alimentos. Esto, unido a los datos obtenidos durante anteriores brotes de coronavirus (SARS y MERS) en los que la transmisión por vía alimentaria tampoco se produjo, lleva a la conclusión de que los alimentos no son una vía de transmisión de la enfermedad

La OMS (Organización Mundial de la Salud), por su parte, asegura que el coronavirus no es capaz de sobrevivir ni multiplicarse sin un huésped vivo, por lo que no podría mantenerse con vida en la superficie de los alimentos ni sus envases. Aun así, esta organización recomienda lavarse las manos correctamente antes y después de su manipulación para minimizar las probabilidades de contagio.

Aún con todo esto, hay que tener en cuenta que el virus sí se transmite entre personas por gotas infecciosas. Estas gotas pueden contaminar los alimentos y así hacer llegar el virus de unas personas a otras. Es por esto que utilizar unas correctas prácticas de higiene es de extrema importancia para lograr dos objetivos principales:

- Mantener la seguridad alimentaria.
- Ofrecer a la población hospitalaria el acceso a una fuente segura de alimentos.

Recomendaciones de actuación en la cocina hospitalaria:

En primer lugar, hay que tener en cuenta que, en la medida de lo posible, debe evitarse el acceso de personas ajenas al servicio a la cocina hospitalaria. Sin embargo, por razones prácticas resulta imposible evitar totalmente el contacto con personal ajeno al servicio como proveedores, repartidores, etc.

En casos en los que el contacto sea inevitable, se tomarán medidas como:

- Utilizar protección de barrera: mascarillas, cubrecabello, bata...
- Evitar el contacto físico, programando entregas y otras situaciones de contacto para que se produzca el menor número de coincidencias entre personas posibles.
- Desinfectar correctamente objetos que vayan a ser tocados por diferentes personas.

En cuanto a las medidas de protección entre trabajadores del servicio de cocina hospitalaria, las recomendaciones incluyen:

- Retirar abalorios y recogerse el cabello antes de ponerse la ropa de trabajo y los sistemas de protección de barrera.
- Higienizar periódicamente las superficies y objetos de uso común como taquillas, picaportes...
- Colocar dispensadores de desinfectante hidroalcohólico para el uso de los trabajadores, así como carteles informativos acerca de técnicas de lavado de manos.
- Mantener los espacios correctamente ventilados.
- No entrar a la cocina con la ropa utilizada en el exterior, ni salir al exterior con la ropa de trabajo.

Pese a lo mencionado anteriormente en referencia a la incapacidad del virus para sobrevivir en superficies de objetos, se tomarán una serie de medidas de prevención en relación a la manipulación de materiales en la cocina, que incluyen las siguientes:

- Desechar inmediatamente los embalajes, teniendo cuidado de no apoyarlos sobre superficies de trabajo.
- Cuidar la desinfección de objetos y superficies utilizando, por ejemplo:
 - Detergentes clorados.
 - Amonios cuaternarios.
 - Etanol superior a 70°.
- Higienizar el menaje de cocina utilizando medios mecánicos con temperaturas superiores a 82-85°C.

Por último, se deben tener en cuenta las siguientes medidas de protección en lo referente a higiene personal:

- No acudir al trabajo si se tienen síntomas compatibles con la enfermedad. Si los síntomas aparecen durante la jornada laboral, avisar al superior para poner en marcha el protocolo correspondiente.
- Evitar cualquier manipulación innecesaria de los productos.
- Evitar tocarse ojos, nariz y boca.
- Usar correctamente el material desechable como guantes, mascarillas... cambiándolos cuando sea necesario.
- Lavarse las manos frecuentemente y de forma correcta según protocolos.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) viene afectando a todos los ámbitos de la vida de los ciudadanos, incluyendo el laboral. Dentro del ámbito sanitario, la pandemia ha afectado a todas las áreas, entre ellas a la cocina hospitalaria.

Si bien el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) no se transmite por vía alimentaria, sí es posible su transmisión por gotas que pueden contaminar superficies, objetos y alimentos.

Los protocolos de higiene y seguridad en la cocina alimentaria han cambiado desde el inicio de la pandemia, debiendo tenerse en cuenta la necesidad de limitar el contacto directo entre personas, la correcta utilización de mecanismos de barrera y protocolos de higiene personal, y las nuevas técnicas de desinfección que garantizan la seguridad de trabajadores y pacientes.

6 Bibliografía

1. <http://efsa.europa.eu>

Coronavirus: no hay pruebas de que los alimentos sean una fuente o una vía de transmisión del virus.

2. <https://www.who.int/es>

Capítulo 563

EL PINCHE DE COCINA LAS TEMPERATURAS BAJAS COMO MÉTODO DE CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS

RAMIRO LOPEZ FAJARDO

JOSEFA GARCÍA SALMERÓN

MELISSA PEDROSA GARCÍA

MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ

RAUL DE LA FUENTE MILLA

1 Introducción

La congelación de alimentos es una de las formas más comunes de conservar alimentos. Es importante tener en cuenta que los alimentos que pueden congelarse deben ser correctamente preparados y envasados. Además, no todos pueden conservarse a temperaturas bajas durante el mismo tiempo, por eso es necesaria la rotulación de los envases.

El frío del congelador, inferior a los -18°C , detiene la actividad bacteriológica y enzimática que descompone los alimentos, por lo tanto la descongelación es algo a tener en cuenta para que los alimentos vuelvan a su estado normal sin perder las propiedades saludables.

Es necesario que los procesos de congelación y descongelación se hagan de una manera correcta. Los productos que ya fueron congelados no pueden volver a congelarse, y siempre debe evitarse que se rompa la cadena del frío.

Por otra parte, la refrigeración de alimentos consiste en la conservación de alimentos a una temperatura entre 3°C y 0°C para lograr que los microorganismos se desarrollen de una manera más lenta y dejen de producir toxinas.

En casos de cámaras de refrigeración, no se mezclarán los distintos tipos de alimentos para evitar la contaminación cruzada, así como en refrigeradores domésticos se envasarán correctamente antes de guardarlos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar cuál es el proceso de congelación y descongelación de alimentos para que no pierdan sus propiedades.

Objetivos secundarios:

- Identificar los alimentos que pueden ser congelados, crudos o cocidos, y el tiempo que pueden mantenerse en el congelador.
- Presentar la forma correcta de refrigeración 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 e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Los alimentos que se venden etiquetados bajo la mención «ultracongelados» son los que se han sometido a una congelación rápida con la finalidad de conservar las características intrínsecas del producto. Se trata de una congelación sin interrupción a una temperatura igual o inferior a -18 °C en todas sus partes que interrumpe la actividad microbiológica que pueda alterar la calidad un producto

alimenticio y, por este motivo, es necesario mantener dicha temperatura hasta el momento de su consumo.

Por otra parte, también podemos congelar alimentos o platos elaborados. En este caso se debe tener en cuenta la preparación de los mismos para su correcta congelación. Deben envasarse inmediatamente después de su cocción y se recomienda disminuir su temperatura de forma rápida, con la ayuda de un abatidor de temperatura que mejore la calidad y la seguridad de los alimentos acorde a normativa alimentaria.

Las carnes y aves pueden permanecer congeladas durante 10 meses como máximo. Los pescados hasta los 6 meses de congelación y los mariscos no más de 2 o 3 meses. Las verduras y hortalizas deben ser preparadas para su congelación y pueden congelarse durante 9 meses. Se limpian, se pelan y cortan, incluso muchas veces se escaldan, es decir se sumergen en agua hirviendo durante unos minutos, para desactivar enzimas que pudieran perjudicar sus condiciones saludables. Las frutas pueden congelarse durante un año como máximo después de ser lavadas y muchas veces fraccionadas o escaldadas. Debido a los diferentes períodos de tiempo de cada tipo de alimento, es necesario que sean rotulados con fecha para que sean utilizados dentro del tiempo establecido.

Alimentos como verduras para ensaladas, champiñones, natas y algunas salsas que tienden a cortarse durante su regeneración no son aptos para ser congelados. El proceso de descongelación debe realizarse a bajas temperaturas para evitar la proliferación de los microorganismos. Por eso se recomienda mantener el producto congelado en el refrigerador para que pierda lentamente su estado de descongelación. Si se va a cocinar inmediatamente es necesario que el calor llegue a todas las partes del alimento en forma homogénea. Nunca se pondrá el alimento bajo el grifo para su descongelación, ya que perdería nutrientes.

La regeneración de platos calientes debe llegar a una temperatura superior a 65°C y la de platos fríos, hasta 8°C. Siempre se recomienda que se haga un cálculo de los alimentos que son necesarios en el momento de la descongelación, debido a que nunca se congelará un alimento que ya ha sido congelado anteriormente.

Mantener los alimentos en temperaturas inferiores a 3 °C, sin bajar de los 0 °C, es el proceso de refrigeración, que consiste en hacer que los microorganismos se desarrollen de manera más lenta y dejen de producir toxinas, aumentando su vida útil.

En las cámaras de refrigeración no se pueden mezclar diferentes alimentos. Se debe evitar la contaminación cruzada sin mezclar alimentos crudos con los que ya están cocinados. Tampoco se podrán introducir las cajas de proveedores a las cámaras, ni las latas de conserva.

Las carnes se podrán refrigerar durante 3 o 4 días, las aves, 4 o 5 días y los pescados 1 o 2 días. La leche podrá conservarse en la nevera durante 3 o 4 días, las verduras entre 5 y 7 días, y los huevos durante 2 o 3 semanas. Los platos elaborados podrán conservarse durante 1 y 3 días, se recomienda que estos últimos se enfrien en un abatidor antes de ser congelados.

5 Discusión-Conclusión

Los alimentos deben llegar a ser consumidos en las mejores condiciones, conservando su calidad, nutrientes, sabor y textura. Sobre todo cuando los consumidores son personas que probablemente no se encuentren en un estado óptimo de salud, debemos garantizar que su alimentación sea adecuada y ayude a mejorar sus condiciones. Por este motivo debemos ser cautelosos a la hora de conservar los alimentos a bajas temperaturas, teniendo en cuenta si los alimentos han pasado por un proceso de congelación o refrigeración y respetar los protocolos para su regeneración, ya sea para platos fríos o calientes. El etiquetado y envasado de alimentos es fundamental para impedir la actividad y multiplicación de microorganismos, así como la correcta descongelación para evitar la proliferación de los mismos y que llegue al consumidor en condiciones adecuadas

6 Bibliografía

1. Guía para congelar y descongelar alimentos. [Internet] 27 de septiembre de 2019 [citado el 19 de marzo de 2021] Disponible en: <https://www.restaurantesolfamara.com/2019/09/27/guia-para-congelarydescongelar-alimentos/>
2. Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas de 21 de diciembre de 1988. Relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre los alimentos ultracongelados destinados a la alimentación humana (89/108/CEE) [Internet] [citado el 23 de marzo de 2021] Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:01989L0108-20130701&qid=1616520366479&from=EN>
3. Romero Bordejé Portalatín. Línea Fría Completa en el Ámbito Hospitalario.

Capítulo 564

LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN EN LA COCINA HOSPITALARIA Y EL PINCHE

RAMIRO LOPEZ FAJARDO

JOSEFA GARCÍA SALMERÓN

MELISSA PEDROSA GARCÍA

MARÍA PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ

RAUL DE LA FUENTE MILLA

1 Introducción

En la Organización hospitalaria la alimentación cobra un valor especial, ya que no solamente hay que hacer llegar hasta los pacientes la comida adecuada, sino que también en las debidas condiciones de rapidez, temperatura, comodidad de uso y por supuesto Máximo rigor sanitario.

Es fundamental que todos los trabajadores de la cocina hospitalaria, incluyendo la figura del pinche, extremen las precauciones para que el producto ofrecido sea de calidad gastronómicamente, hablando si no que también se actúe con el máximo rigor sanitario, impidiendo la contaminación.

La higiene personal en la manipulación de alimentos a la hora de prevenir las intoxicaciones y enfermedades alimentarias es fundamental, por lo que es importante que el manipulador sea consciente de la higiene personal. En la cocina

hospitalaria se preparan y sirven grandes cantidades de alimentos que se destinan a pacientes que muchas veces tienen desnutrición o incluso están inmunodeprimidos, es por eso que los pacientes están en un riesgo mayor de contraer alguna enfermedad o intoxicación alimentaria.

Es por esto que la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos implica la adopción de medidas institucionales de higiene personal y colectiva, limpieza y desinfección diaria de utillaje, así como de las zonas de elaboración y preparación, y una desratización y desinsectación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la higiene alimentaria como: "El conjunto de medidas necesarias para asegurar la salubridad, inocuidad y buen estado de los productos destinados a la alimentación, en todas las etapas de su preparación".

La contaminación del alimento se puede producir en cualquier etapa, no solo en la elaboración y distribución al realizar prácticas incorrectas de manipulación y/ o conservación. Por ello hay que cumplir con las normas de higiene y buenas prácticas de manipulación en todo el proceso, desde la materia prima hasta llegar al emplazado, pasando por todas las fases.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Mejorar las competencias de los manipuladores de alimentos en las buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos en la cocina hospitalaria

3 Metodología

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

4 Resultados

Se deben llevar a cabo unas buenas prácticas de manipulación durante las siguientes fases:

1. Transporte de vehículos

El camión debe tener la caja de almacenamiento de alimentos independiente de la cabina del conductor. La temperatura de la caja de almacenamiento debe ser la que necesite el alimento para su correcta conservación. Productos refrigerados hasta 7 grados y productos congelados entre -14 y 18 grados. El vehículo debe estar siempre limpio, los envases de los alimentos estarán contruidos con materiales aprobados por el Ministerio de Sanidad. El transportista vestirá ropa de color claro, que se pondrá durante la carga y descarga de los alimentos perecederos.

2. Recepción de alimentos

Revisar la documentación que acompaña a la mercancía y comprobar que los envases y embalajes están intactos y con etiqueta.

3. Almacenamiento de los alimentos

Todos los alimentos estarán colocados sobre estanterías a unos 30 centímetros del suelo, y se colocarán por clases. Los alimentos más próximos a caducar serán los que estén en la zona visible de las estanterías. Los alimentos que requieran frío se almacenarán en cámaras frigoríficas y congeladores.

4. Preparación de los alimentos

Esta fase incluye todas aquellas actividades que se realiza sobre alimentos, en la zona o locales dedicados a cuartos fríos, para el posterior cocinado de los mismos, este es un puesto habitual de la figura del pinche de cocina. Se volverán a revisar los alimentos de manera que sigan conservando sus propiedades y sean correctas las fechas de consumo. No se utilizarán las zonas de preparación como lugar de almacenamiento.

5. Cocinado de los alimentos durante esta etapa hay que procurar que el alimento mantenga sus cualidades nutritivas, armonizando el tratamiento térmico y el tiempo que este dure con el mantenimiento de la calidad nutritiva. De esta manera, el alimento será seguro desde el punto de vista sanitario.

6. Emplatado y servicio

No tocar objetos ajenos a la actividad como dinero o útiles devueltos, pues pueden estar contaminados. Servir inmediatamente una vez el alimento está cocinado. Utilizaremos utensilios adecuados para emplazar evitando utilizar las manos. Es obligatorio conservar muestras testigo que son muestras de menús que se han elaborado en la cocina.

5 Discusión-Conclusión

Además de las buenas prácticas de manipulación, los manipuladores de alimentos son una de las principales fuentes de contaminación, la piel, las manos, la nariz, la boca, los oídos y el pelo son partes del cuerpo con los que hay que tener especial

cuidado cuando se manipulan alimentos. También debe tenerse cuidado con los cortes o heridas, con el tipo de ropa, con los objetos personales como son joyas y con los hábitos higiénicos en general. Cada mercancía debe ser manipulada de forma distinta y de acuerdo a su naturaleza.

Este proceso se realiza por medio de una serie de equipos que permitan minimizar los tiempos de manipulación y almacenamiento y contribuyan a la eficiencia. Debemos saber que los microorganismos están en todas partes, por lo que debemos controlar su presencia desarrollando medidas correctivas para su eliminación.

6 Bibliografía

1. Rojas, L,Willms ,k (2017, noviembre7) .APLICACION DE LAS BPM EN LA COCINA HOSPITALARIA. Revista unida científica, 1(2). Recuperado a partir de <http://162.243.26.97/un/index.php/un/articule/Viesques/16>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Capítulo 565

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE MUESTRAS

ANTONIA RUIZ PINILLA

ANDREA ROMERO PARADA

MARÍA ISABEL BELLÓN CRESPO

RAQUEL PECES OCHOVO

JESUS MANUEL CASTRO GARCIA

1 Introducción

Al acto de obtener una muestra se le denomina muestreo y normalmente son analizadas y tomadas en los laboratorios.

Esta 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 aquel 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.

Una muestra biológica es una determinada cantidad de cualquier sustancia o material cuyo origen es un organismo.

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

Los principales objetivos de este capítulo 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 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

Normas básicas para el transporte de muestras:

- La muestra debe estar en todo momento correctamente identificado, 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, estas 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

Las funciones del celador son consideradas básicas en el transporte de las muestras, ya que ayudaran al correcto desarrollo de sus funciones.

Se conoce lo que es una muestra y lo que puede llegar a 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.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del celador respecto al transporte de muestras biológicas, ya que un mal uso podría dar un error en el diagnóstico.

6 Bibliografía

- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 566

LOS ESTUDIOS REGLADOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LAURA CUESTA ESTRADA

1 Introducción

El personal administrativo es el encargado de la realización de la función administrativa en alguna entidad, desarrollando labores de gestión técnica, económica y administrativa, así como de apoyo o asesoramiento, con la mayor calidad posible y procurando la satisfacción del cliente. Su participación dentro del equipo de trabajo resulta fundamental para el buen funcionamiento de las empresas, especialmente si este personal complementa los estudios básicos de la rama administrativa con otros más específicos como ofimática, idiomas o formación complementaria como recursos humanos, contabilidad, fiscalidad, etc.

España es uno de los países donde los jóvenes tienen más dificultad para encontrar empleo. Estos estudios están orientados a la inserción laboral, aportando un personal cualificado y certificado que responde a las demandas de las empresas, pueden ser una solución. Estas titulaciones cumplen con la normativa vigente y su oficialidad es válida para todo el territorio nacional. Además la posibilidad de realizar prácticas en centros asociados se presenta como una ventaja, al acercar a los estudiantes al mundo laboral.

Si bien en algunos puestos administrativos públicos no son requisito obligatorio de acceso a algunos de sus puestos de trabajo, sin duda resulta de especial interés su estudio, debido a que en mucho de ellos supone una ayuda la puntuación extra que se obtiene con ellos y estar así en disposición de estar mejor colocado en las bolsas de empleo de cara a llamamientos para ofertas de contratos laborales o ser baremados en procesos selectivos.

En el caso concreto del personal auxiliar administrativo para la bolsa temporal del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), la titulación baremable es el Ciclo Formativo de Grado Medio en Gestión Administrativa y la puntuación obtenida para la bolsa de demandantes de empleo es de 1,5 puntos, según el último Pacto sobre Contratación de Personal Temporal del Servicio de Salud del Principado de Asturias del año 2021.

2 Objetivos

- Conocer las titulaciones existentes para trabajar como administrativo en el ámbito sanitario y sus formas de acceso.
- Conocer las salidas profesionales tras la obtención de dichas titulaciones.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica narrativa en las principales páginas web de organismos oficiales relacionados con sanidad, educación y formación así como de los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas del territorio nacional. A su vez todas las normas legales que fueron encontradas y regulan cada estudio, se consultaron en los Boletines Oficiales del Estado o de la Comunidad Autónoma, según el caso, y en concreto dentro de estas últimas en los boletines del Principado de Asturias, ya que es la comunidad a la que se refiere este estudio más en profundidad, debido a la cercanía laboral y profesional de la autora.

Además se realizó una búsqueda secundaria con el buscador Google Académico de las palabras clave “auxiliar administrativo”, “formación profesional”, “sanidad” en los últimos 10 años.

4 Resultados

La titulación para el personal administrativo está encuadrada en la familia profesional de Administración y Gestión.

Por nivel profesional se pueden encontrar titulaciones de grado básico (Título Profesional Básico en Informática de Oficina y Título Profesional Básico en Servicios Administrativos), medio (Técnico en Gestión Administrativa) y superior (Técnico Superior en Administración y Finanzas y Técnico Superior en Asistencia a la Dirección), así como cursos de especialización aunque no hay ninguno dirigido al profesional administrativo como tal.

Todas las titulaciones y sus curriculums vienen reguladas por Reales Decretos y órdenes respectivamente, publicados en el BOE y en los decretos publicados en los boletines oficiales de las CCAA.

Pueden ser cursadas en centros públicos o privados y en modalidad presencial o a distancia según la oferta formativa, siendo realizada siempre en centros acreditados por la administración laboral competente

BÁSICO

Requisitos de acceso:

Simultáneamente 15 años (o cumplirlos ese curso) y no superar los 17, haber cursado el primer ciclo de ESO o, excepcionalmente, el 2º de ESO, haber propuesto el equipo docente a los padres/madres/tutores legales su incorporación a un ciclo de FP Básica.

Salidas profesionales:

Trabajos como auxiliar de oficina, servicios generales, de archivo, información, digitalización, ordenanza, telefonista.

MEDIO

Requisitos de acceso:

Graduado en ESO o superior, FP Básico, Técnico o Técnico Auxiliar o equivalente, 2º de BUP, acceso universidad mayores de 25 años o acceso mediante prueba (mínimo 17 años).

Salidas profesionales:

Trabajos en cualquier sector de actividad, como apoyo administrativo o de oficina relacionados con pagos, comercio o personal, prestando atención al cliente o ciudadano.

SUPERIOR

Requisitos de acceso:

Título de Bachiller, 2º curso de cualquier modalidad de Bachillerato experimental, FP Grado Medio o Superior, Especialista o equivalente, 3º de BUP o COU, Titulación Universitaria o equivalente, acceso universidad mayores de 25 años, acceso mediante prueba (mínimo 19 años o 18 para Técnico).

Salidas profesionales:

Mismo campo laboral que el grado medio pero en tareas administrativas de gestión y asesoramiento laboral, comercial, contable y fiscal prestando atención al cliente o ciudadano. Puede ser responsable de la atención al cliente así como encargarse de la gestión del archivo y las comunicaciones de la empresa.

En relación con el funcionamiento y el acceso a las bolsas de trabajo en sanidad se expone el funcionamiento del SESPA.

El ciclo baremable para el SESPA es el CFGM de Gestión Administrativa. El

alumno titulado de este ciclo debe estar inicialmente inscrito en la bolsa de demandantes de empleo del SESPA, por lo tanto, ha debido aprobar un proceso selectivo con anterioridad.

Una vez titulado el alumno, debe presentar en alguno de los registros de SESPA el documento que acredita correspondiente pago de las tasas de dicha titulación, junto con un escrito donde se solicita su actualización para la bolsa de demandantes de empleo.

La actualización de la puntuación del demandante será visible el día 16 del mes siguiente a su registro, tal y como se expone en el último Pacto sobre Contratación de Personal Temporal del Servicio de Salud del Principado de Asturias del año 2021.

5 Discusión-Conclusión

Este resumen pretende facilitar y orientar a futuros estudiantes en el campo de la administración en relación con los requisitos de acceso y posibles salidas profesionales, pudiendo ayudar en la toma de decisiones a la hora de decantarse por uno u otro en función de los objetivos planteados en su carrera profesional. Puede resultar una herramienta ágil y cómoda, dando una visión global de la oferta formativa en la rama de Administración y Gestión.

La realización de prácticas profesionales en empresas en los módulos de FP acerca a los estudiantes y les ayuda a mantener contacto en empresas reales que les acerca al futuro mundo laboral.

La posibilidad de una mejor y precoz inserción al mundo laboral, y de ser más competitivos gracias a la obtención de los títulos expuestos es esta revisión puede ser de ayuda a la hora de su elección, ya que incluso en situaciones de crisis o falta de trabajo, posee un alto nivel de empleabilidad.

6 Bibliografía

1. Decreto 49/2016, de 10 de agosto (BOPA 17-VIII-2016)
2. Real Decreto 127/2014, de 28 de febrero (BOE 05-III-2014)
3. Decreto 182/2012, de 8 de agosto (BOPA 16-VIII-2012)
4. Real Decreto 1631/2009, de 30 de octubre (BOE 01-XII-2009)
5. Decreto 119/2013, de 11 de diciembre (BOPA 23-XII-2013)
6. Real Decreto 1584/2011, de 4 de noviembre (BOE 15-XII-2011)
7. Inserción laboral de los graduados en enseñanzas de Formación Profesional [Internet]. Gob.es. [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/laborales/insercion.html>

Capítulo 567

FUNCIONES DEL CELADOR. ORDEN DEL 5 DE JULIO DE 1971 POR LA QUE SE ESTABLECE EL ESTATUTO DE PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ISAMEL JESUS RUEDAS GIL

MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL

MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS

1 Introducción

Los celadores, en el organigrama de los centros sanitarios se encuentran dentro del grupo de personal subalterno, este personal se encarga de aquellas tareas no técnicas. Al tratarse de una categoría inferior puede recibir ordenes del resto de categorías. Dichas ordenes estarán orientadas al desarrollo de las funciones de los celadores en los distintas instituciones sanitarias.

Dentro del grupo subalterno encontramos la siguiente clasificación: la escala general, la cual esta compuesta por los jefes de personal subalterno (jefes de

celadores) y los celadores, y la escala de servicio que esta compuesta por limpiadoras, pinches, fogoneros, lavanderas y planchadoras.

Las funciones de los celadores se encuentran recogidas en la Orden del 5 de julio de 1971, pero al ser una orden vigente con más de 30 años ha quedado un poco obsoleta. Por ello, en la Ley 30/1984 del 2 de Agosto, se recoge en su disposición transitoria cuarta que el personal que se encuentre regulado en ese estatuto se regirán por la legislación que al respecto se dictamine.

Por otro lado, en la ley 14/1986 Ley General de Sanidad se establece que los profesionales que desarrollen sus funciones en centros sanitarios, se regirán según el Estatuto Marco que aprobase el Gobierno en dicho momento. Este estatuto se aprobó en 2003 con la Ley 55/2003 del 16 de diciembre.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del personal subalterno recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971.
- Conocer la legislación vigente sobre las funciones del personal subalterno, celadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones de los celadores vienen recogidas en el artículo 14.2 de la orden del 5 de julio de 1971.

Estas funciones tal y como aparecen en dicha orden son:

- 14.2.1.-Trasladar aquella documentación, objetos o comunicaciones verbales que le han sido ordenadas. Del mismo modo, deberán trasladar los aparatos necesarios de una unidad a otra dentro del recinto sanitario.
- 14.2.2.- Realizar los turnos de guardias establecidos en los turnos rotatorios.

- 14.2.3.- Ejecutar actividades de limpieza cuando el personal femenino no pueda realizarlo por ellas mismas.
- 14.2.4.- Comprobarán que tanto pacientes como familiares no utilicen el material, mobiliario y ropa del centro sanitario de manera indebida.
- 14.2.5.- Actuarán de ascensoristas cuando las necesidades asistenciales del centro sanitario lo requieran. Asignándoles exclusivamente el cometido de atender las urgencias, quirófanos y pacientes que se encuentren en la unidad de cuidados intensivos.
- 14.2.6.- Impedirán el acceso al centro sanitario a aquellos familiares o visitantes que no tengan permiso para acceder.
- 14.2.7.- Se encargarán de vigilar durante la noche, el interior y exterior de la institución sanitaria.
- 14.2.8.- Mantendrán el silencio necesario de pacientes y acompañantes en los servicios, unidades y dependencias del centro sanitario.
- 14.2.9.- Comunicarán los desperfectos del material utilizado por ellos mismos, a sus jefes de personal subalterno.
- 14.2.10.- Controlarán el acceso de los familiares a las habitaciones e los pacientes, e impedirán que introduzcan comidas o bebidas para el paciente.
- 14.2.12.- Le corresponderán exclusivamente el traslado de los pacientes dentro del centro sanitario, o desde la ambulancia al centro.
- 14.2.13.- Se encargarán de movilizar a los pacientes que no pueden realizarlo por ellos mismos, durante el aseo diario y el cambio de sábanas.
- 14.2.14.- Excepcionalmente, se encargarán de asear a los pacientes masculinos que se encuentren encamados y que no puedan realizarlos por ellos mismos.
- 14.2.15.- Rasurarán a los pacientes que van a ser intervenidos cuando no se encuentren disponibles los peluqueros del centro sanitario.
- 14.2.16.- En los quirófanos ayudarán en aquellas tareas que le encomienden siempre que no se realicen funciones superiores de otras categorías.
- 14.2.18.- Ayudarán al equipo de enfermería durante la colocación y retirada de la cuña a los pacientes que no puedan ser movilizados.
- 14.2.19.- Colaborarán en la preparación del paciente fallecido, siendo función exclusiva del celador el traslado del fallecido al mortuario.
- 14.2.20.- Se encargarán de limpiar la mesa de autopsias y la sala.
- 14.2.21.- Cuidarán, alimentarán y limpiarán a los animales que son utilizados en los laboratorios experimentales. Estas funciones serán supervisadas por los médicos encargados de dichos animales.
- 14.2.22.- Mantendrán la protección de datos de los pacientes y no comentarán ningún dato clínico con pacientes y familiares.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran la normativa vigente en la cual se encuentran recogidas las funciones que deben desarrollar el personal subalterno (celadores) dentro de las distintas instituciones sanitarias. Dicha normativa es la Orden el 5 de julio de 1971 y el Estatuto Marco del 16 de Diciembre de 2003 (Ley 55/2003).

Datos que demuestran la gran necesidad de actualizar las funciones llevadas a cabo por los celadores en los distintos centros sanitarios, ya que dichas funciones han quedado obsoletas y muchas no son realizadas en la actualidad. Dichas funciones estaban orientadas a un sector masculino dentro del cuerpo subalterno ya que por aquella fecha los celadores eran masculinos en su totalidad, pero en la actualidad se cuenta con un sector femenino más amplio al masculino.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- Ley 55/2003 del 16 de Diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

Capítulo 568

FUNCIONES DEL JEFE DEL PERSONAL SUBALTERNO, JEFE DE CELADORES. ORDEN DEL 5 DE JULIO DE 1971 POR LA QUE SE ESTABLECE EL ESTATUTO DE PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL

MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS

ISAMEL JESUS RUEDAS GIL

1 Introducción

En el grupo E de funcionarios de las instituciones sanitarias se encuentra la agrupación profesional (el cuerpo subalterno), los cuales se encargarán de tareas de custodia, vigilancia, controlar, trasladar, movilizar y de otras funciones análogas, como cuidar la limpieza de las instituciones sanitarias, comprobar el acceso de visitantes, informar de la localización de consultas y diferentes servicios...

Para pertenecer al grupo E de funcionarios no se requiere ninguna titulación técnica educativa, únicamente se exigirá el certificado escolar o graduado escolar. A dicho grupo pertenece el personal subalterno.

Los jefes de personal subalterno (jefes de celadores) se encuentran dentro del personal subalterno en los organigramas de las instituciones sanitarias. Concretamente, sus funciones se encuentran recogidas en el artículo 14.1 de la Orden del 5 de julio de 1971, donde se encuentran reunidas las funciones del personal subalterno.

Aquellas funciones que no se encuentren detalladas en la normativa vigente, serán llevadas a cabo en consonancia con su categoría.

El personal subalterno es dividido en dos escalas, por un lado se encuentra la escala básica de servicio (pinches, lavandería, limpiadora, etc.) y por otro lado se encuentra la escala general, en esta escala es donde se encuentra tanto los celadores como los jefes de personal subalterno.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del jefe de personal subalterno (jefe de celadores) recogidas en la Orden del 5 de julio de 1971, concretamente en el artículo 14.1.
- Conocer la legislación vigente sobre las funciones del personal subalterno y las funciones del jefe de personal subalterno.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones de los jefes de personal subalterno (jefe de celadores) vienen recogidas en el artículo 14.1 de 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. Mientras que las funciones de los celadores se encuentran recogidas en el artículo 14.2 de dicha orden.

Las funciones que deben desarrollar los jefes de personal subalterno durante el desarrollo de su jornada laboral son:

- 14.1.1.- Profesará, por mandato del Director de Gestión y Servicios del centro hospitalario, la jefatura de celadores. Para ello, deberá ordenar a estos que realicen sus funciones de manera efectiva y respetuosa.
- 14.1.2.- Deberá enseñar a los celadores la realización de sus funciones dentro del servicio en el que se encuentre, de manera correcta, rápida y eficaz. Del mismo modo, deberá mostrar la localización de cada servicio dentro del centro sanitario.
- 14.1.3.- Se encargará de que los celadores que se encuentren a su cargo cumplan con el horario de jornada establecido y no abandonen su puesto de trabajo, salvo causas justificadas y siendo comunicadas a la jefatura de celadores.
- 14.1.4.- Se encargará de comprobar que la limpieza del centro sanitario es la adecuada. Mientras que los celadores rendirán cuentas a ellos de los desperfectos que vean en las instituciones.
- 14.1.5.- Controlarán el acceso de paquetes al centro sanitario, realizando las inspecciones necesarias de los paquetes transportados por personal externo a la institución.
- 14.1.6.- Deberán mantener el régimen de acceso al centro sanitario por parte de familiares y visitantes. Impidiendo el acceso a aquellas personas que no estén autorizadas para ello.
- 14.1.8.- Deberán controlar que los celadores vistan el uniforme establecido por el centro sanitario y en las mejores condiciones posibles.
- 14.1.9.- Se encargarán de informar a los familiares de los pacientes fallecidos los trámites que deben llevar a cabo con la funeraria.
- 14.1.10.- Llevarán a cabo aquellas funciones ordenadas por sus superiores más inmediatos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado “Funciones del jefe del personal subalterno, jefe de celadores. 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” nos demuestran las funciones llevadas a cabo por los jefes de personal subalterno.

Cabe destacar que dicha normativa data del año 1971, por lo que es evidente la necesidad de revisar, modificar y actualizar las funciones tanto del jefe de personal subalterno, como del personal subalterno al que dirige los celadores. Como se ha podido comprobar, un ejemplo claro de la necesidad de esta modificación

de la normativa, es que los jefes de personal subalterno realizan funciones de vigilancia o control de bultos, función que actualmente es llevada a cabo por el personal de vigilancia de seguridad. Al igual que, deberán encargarse personalmente de que la limpieza de la institución sea la adecuada, cuando en la actualidad hay una empresa de limpieza encargada de todos los asuntos de limpieza de la institución.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- Ley 55/2003 del 16 de Diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

Capítulo 569

EL PAPEL DEL CELADOR EN LOS CAMBIOS POSTURALES Y EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

JULIO DA SILVA TAMARGO

1 Introducción

Durante la estancia hospitalaria, el encamamiento o la inmovilización prolongada es una circunstancia frecuente debida a múltiples causas; pacientes ancianos con enfermedades agudas y/o crónicas que se descompensan y se vuelven dependientes, pacientes con enfermedad terminal, politraumatismos por accidentes de tráfico o laborales... Independientemente de la causa que obliga al paciente a permanecer en cama, si no se le aplica un protocolo adecuado de cambios posturales y de movilización precoz su salud se resentirá a todos los niveles; aparecerán contracturas musculares y rigideces a nivel articular, pérdida de masa muscular y ósea, problemas respiratorios y acumulación de secreciones, problemas a nivel cardiocirculatorio (por ejemplo riesgo de aparición de trombos en extremidades inferiores), y por supuesto, los problemas a nivel de piel con riesgo inminente de aparición de úlceras por presión (1)...

En este capítulo, nos centraremos en este último problema de salud; la aparición de úlceras por presión y qué papel juega el celador en su prevención a través de los cambios posturales. El celador/a está integrado dentro de un equipo multidisciplinar encargado de proporcionar al paciente el máximo confort y bienestar

posible mientras no pueda moverse de forma independiente, evitando que permanezca en la misma posición durante horas, ayudándolo a mantener una postura correcta y alineada que evite dolores, vigilando que su piel permanezca intacta (1)... y su colaboración en el protocolo de cambios posturales y movilización pautado es fundamental.

2 Objetivos

- Definir las úlceras por presión.
- Conocer las condiciones que favorecen o facilitan su aparición.
- Explicar que son los cambios posturales y cómo influyen en la prevención de las úlceras por presión.
- Describir la participación del celador/a en la ejecución del protocolo de cambios posturales y movilización.

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y revisión de la bibliografía y documentación científica existente (libros, revistas, páginas web, artículos; en bases de datos como Medline, PubMed, ClinicalKey, Scielo...) con la intención de responder a las preguntas que se abordan en los objetivos. Se ha tratado de seleccionar información reciente, dando prioridad a la relacionada fundamentalmente con el ámbito hospitalario.

4 Resultados

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en español, definen las úlceras por presión o escaras como: “Úlcera producida por presión prolongada sobre la piel y los tejidos, cuando se permanece en una posición durante un periodo prolongado, como cuando se está en cama. Las áreas óseas del cuerpo son las más frecuentemente afectadas, volviéndose isquémicas, por la presión sostenida y constante” (2).

Determinadas condiciones del paciente favorecen o facilitan su aparición como por ejemplo la incapacidad para moverse de forma independiente, alteraciones cognitivas severas, nutrición deficitaria o inadecuada, adultos mayores y frágiles, presencia de determinadas enfermedades como la diabetes y por supuesto la existencia de una piel alterada o deteriorada (enrojecida, húmeda por incontinencia,

con rozaduras o irritaciones) (3).

Pueden clasificarse en cuatro categorías; que van desde la presencia de una piel roja pero no dañada que cuando la aprietas no se pone blanca sino que sigue enrojecida hasta lesiones más graves que implican la destrucción de piel y tejidos a distintos niveles (4).

Con los cambios posturales se pretende fundamentalmente prevenir su aparición y conseguir a ser posible que la piel se mantenga intacta y sin signos de eritema. Los cambios posturales deben de ser individualizados, teniendo en cuenta la situación concreta de la persona a la que se le aplican. Los cambios posturales pueden definirse como colocación del paciente encamado o con inmovilización prolongada, en diferentes posiciones a lo largo del día y de la noche para evitar que aparezcan problemas a consecuencia de la falta de movimiento. Suelen ejecutarse cada dos o tres horas si el paciente está en cama, utilizando para ello el decúbito supino y los dos decúbitos laterales fundamentalmente y en ocasiones, también el decúbito prono. Cuando existe la posibilidad de que el paciente permanezca sentado en su sillón porque la situación clínica lo permite, se modificara la posición con más frecuencia (cada quince o treinta minutos), recolocándolo en sedestación para que la base de apoyo cambie (5).

Para realizar los cambios posturales, el celador/a junto con el resto del equipo que colabora con él, utilizarán almohadas o cojines de diferentes tamaños que evitarán que los relieves corporales más expuestos rocen con la cama. Además existen protecciones locales como los apósitos de espuma o las taloneras de algodón tradicionales que protegen talones y maléolos. Las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) son colchones colchonetas, cojines... que permiten redistribuir cargas cuando el paciente se encuentra encamado (6). Existe en el ámbito hospitalario, un protocolo bien definido para colocar al paciente con inmovilización prolongada en los distintos decúbitos y en sedestación. Este protocolo señala como debemos posicionar al paciente y donde debemos de colocar las distintas almohadas y cojines para que el paciente mantenga la posición deseada, se mantenga bien alineado y se consiga que los relieves óseos que apoyan sobre la superficie de la cama, en las distintas posiciones, estén descargados y protegidos.

El celador/a puede participar en el cumplimiento del protocolo de cambios posturales y en la prevención de escaras siguiendo algunas recomendaciones (1,6):

- Seguir un protocolo de cambios posturales que esté bien organizado y adaptado, si es necesario, a las características del paciente (individual).
- Colocar al paciente en posición cómoda y asegurándonos de que está bien alineado en su cama. Tener siempre en cuenta, que en cada posición que adopte el

paciente se debe evitar el apoyo sobre zonas óseas prominentes. Para ello utilizaremos cojines, almohadas, protecciones, colchones especiales... como se dijo anteriormente.

- Evitar arrastrar al paciente por la superficie de la cama para que la piel no se irrite o erosione; si es necesario utilizaremos una sábana entremetida para desplazarlo sin rozar.
- Asegurar una limpieza e hidratación adecuada de la piel.
- La ropa de cama y la que viste el paciente debe de estar igualmente limpia, seca y bien estirada (las arrugas no son recomendables).
- El momento en que ejecutamos el cambio postural, conviene prestar atención a la piel para detectar rojeces o irritaciones. Si se detectan a tiempo y se ponen en conocimiento del resto del equipo evitaremos complicaciones y favoreceremos el bienestar del paciente durante su ingreso.
- Se debe estimular siempre la movilidad del paciente. Si puede participar y colaborar con nosotros aunque sea realizando pequeños cambios de posición a lo largo del día debemos animarlo a que lo haga.

5 Discusión-Conclusión

El encamamiento o la inmovilización prolongada es una condición frecuente durante el ingreso hospitalario. Múltiples problemas de salud se generarán como consecuencia de esta falta de movilidad del paciente, y las úlceras por presión son uno de los más importantes. El celador/a, integrado dentro de un equipo multidisciplinar, juega un papel fundamental a la hora de la prevención de de estas lesiones en la piel contribuyendo a la comodidad y el bienestar del paciente durante su hospitalización. Para ello, participará junto con otros profesionales en la aplicación de un protocolo de cambios posturales y movilización bien organizado y si es necesario adaptado a las necesidades del paciente. Este protocolo no solo consistirá en posicionar al paciente en su cama o en su sillón cada dos o tres horas. Implicará el conocimiento por parte de todos los miembros del equipo, de toda una serie de recomendaciones para que sea efectivo.

6 Bibliografía

1. Enfermo encamado y falta de movilidad: guía de recomendaciones al paciente [Internet]. Madrid: Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección Comunidad de Madrid; 2006 [citado el 16 de septiembre

- de 2022]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/enfermo_encamado_y_falta_de_movilidad_0.pdf
2. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. edición 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado el 18 de mayo de 2017; citado el 13 de junio de 2017]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
3. Guía fase para la prevención de las úlceras por presión [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.; 2017 [citado el 16 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://escuelapacientes.riojasalud.es/files/erc/informacion-profesionales/ulceras-por-presion.pdf>
4. Úlceras por presión: Categorías | Úlceras.net [Internet]. Ulceras.net. [citado el 17 de Septiembre de 2022]. Disponible en: <https://ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>
5. El celador en su relación con los pacientes. Aseo, traslado y movilidad de los pacientes. Técnicas de movilización de pacientes. Actuación en la UCI. Uso y mantenimiento del material (auxiliar, grúas, transfer, sillas, camillas, sujeciones, correas...). Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sevilla: 7 Editores. Editorial MAD; 2018. pág. 149-214.
6. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión [Internet]. País Vasco: Osakidetza; 2017 [citado el 19 Septiembre de 2022]. Disponible en: https://ulceras.net/publicaciones/upp_es.pdf

Capítulo 570

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON LOS PACIENTES COVID. POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO

MIGUEL GARRIDO BUSTILLOS

ISAMEL JESUS RUEDAS GIL

MARÍA TRINIDAD CABELLO ÁNGEL

1 Introducción

Los pacientes covid que se encuentran hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos son pacientes que requieren actuaciones específicas tanto del equipo médico como del equipo de enfermería debido a las características de su patología y sintomatología.

La mayoría de los pacientes que han sido ingresados en las unidades de cuidados intensivos han sufrido graves problemas para respirar, por lo que han tenido que ser intubados a su llegada a la unidad. Mientras que un alto porcentaje de estos pacientes han necesitado estrategias terapéuticas concretas como su posicionamiento en decúbito prono, lo que les ha llevado a mejorar sus parámetros de ventilación-perfusión.

Para el posicionamiento del paciente en decúbito prono es necesaria la participación de seis profesionales mínimo, entre ellos:

- El médico responsable de dicho paciente. Este médico intensivista se encargará de dirigir la movilización del paciente desde la cabecera de la cama, ya que será el encargado de sujetar el tubo orotraqueal.
- Dos enfermeras, una de ellas será la responsable del paciente. Estas enfermeras serán las encargadas de controlar las canalizaciones, catéter, sondajes... durante el proceso de movilización.
- Dos o tres auxiliares de enfermería que servirán de apoyo al celador durante la movilización.
- Uno o dos celadores, los cuales serán los encargados de movilizar al paciente hacia un lado, siempre bajo las ordenes y supervisión del médico intensivista responsable del paciente en ese momento.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de la movilización del paciente en decúbito prono.
- Enumerar el material necesario empleado durante la movilización.
- Enumerar los profesionales necesarios para llevar a cabo la movilización del paciente en decúbito prono.

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

Antes de comenzar a realizar el procedimiento de movilización del paciente hacia la posición de decúbito prono, es de vital importancia que este todo el material preparado para poder realizar la actuación de manera rápida y eficaz, sin la necesidad de perder tiempo para localizar el material necesario en ese momento. Por ello, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería dejarán preparado el siguiente material antes de iniciar la movilización:

- Cama de UCI que permite la articulación.

- Cuatro almohadas para elevar al paciente y que no roce su cuerpo con la cama(tórax, abdomen, muslos, empeines).
- Sábana para posicionar al paciente en decúbito prono.
- Almohada para la cabeza.
- Parches para evitar los roces por presión.

Por otro lado, el equipo de enfermería deberá disponer del siguiente material:

- Electrodos para cambiar los que tiene en la posición de decúbito supino.
- Pulsímetro.
- Ambú.
- Aspirador y sondas para aspirar.
- Carro de paradas. Se comprobará el material existente en el carro de paradas antes de comenzar el procedimiento.
- Aceites como mepentol o linovera.

- Pasos a seguir durante el procedimiento.

El primer lugar, se avisará a todo el personal sanitario y no sanitario que van a intervenir en el procedimiento para que preparen todo el material y ellos estén disponibles.

En segundo lugar, se dispondrá a preparar al paciente. Para ello, se comprobará el funcionamiento de todas las sondas, vías, drenajes, tubo orotraqueal. Se valorará la posibilidad de quitar perfusiones continuas que no sean de vital necesidad durante el procedimiento.

En tercer lugar, se procederá a movilizar al paciente a la posición de decúbito prono con la ayuda de una sábana. Se dispondrá a liar la sabana de abajo del paciente con una sabana de arriba. Se moverá al paciente hacia un lado de la cama y se dejará caer hacia el otro lado, de tal manera que se queda centrado en la cama y poca abajo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo llamado “Actuación del celador con los pacientes covid. Posicionamiento del paciente en decúbito prono.” nos ha demostrado la necesidad de los pacientes covid que se encuentran ingresados en la unidad de cuidados intensivos de ser movilizados hacia la posición de decúbito prono, ya que les permite respirar adecuadamente. Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, es necesaria la participación de mínimo 6 o 7 profesionales para llevar a cabo dicha movilización. Y cave destacar la importancia de que dicha actuación debe estar previamente

preparada, con el personal disponible y el material preparado, y seguir las indicaciones del médico intensivista responsable del paciente.

6 Bibliografía

- GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018

Capítulo 571

EL PINCHE DE COCINA EN CONTACTO CON LOS MÁS COMUNES MICROORGANISMOS PATÓGENOS DE LOS ALIMENTOS. LAS BACTERIAS

MARIO ORTEGA LAIN

ADOLFO AVILA GUALDAMEZ

MÓNICA MARTÍN APARICIO

MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO

CELIA DIANA CRUZ GALLEGO

1 Introducción

Es muy común, que si no se lleva a cabo una correcta limpieza e higiene de los alimentos y todos los materiales que se utilizan para su preparado (cortado, remojo, cocción, etc.) se contaminen fácilmente.

También, es muy común, que simplemente, se contaminen por estar en contacto con otros alimentos que estén en mal estado, o incluso solo por no respetar la temperatura necesaria para su conservación, o rompiendo la cadena de frío.

Un microorganismo patógeno muy común, es la bacteria, este ser microscópico, tiene unas características muy propias y que vamos a comentar a continuación:

Las bacterias son seres que pertenecen al mundo de las moneras, son organismos procariotas, con ribosomas 70s (los ribosomas son orgánulos que llevan a cabo la síntesis de las proteínas, pero con un tamaño mucho menor).

Estos microorganismos no tienen núcleo, todo lo contrario a nuestras células, ni tampoco membrana celular, ni mitocondrias.

Su ADN es bicatenario (ya que está formado por dos cadenas), algunas, tienen ADN en forma de plásmidos (que se encuentra esparcido por la membrana celular).

No poseen citoesqueleto, por lo que no poseen una forma estricta.

Pueden llegar a ser aerobias o anaerobias, esto facilita en muchas ocasiones, que crezcan a sus anchas en los alimentos.

Las bacterias pueden ser de distintas formas, como cocos, bacilos, espirilos, etc. También, algo muy característico de estos seres son los pili o pelos, llamados flagelos, que les ayudan al desplazamiento y el movimiento.

Presentan una pared celular y cuentan con mesosomas (repliegues internos dentro de la membrana).

Por supuesto, el pinche de cocina, no trabaja con la biología, pero si está muy relacionada con la contaminación de los alimentos.

Existen bacterias muy comunes dentro de la alteración de la comida, que las conoceremos en los apartados siguientes.

2 Objetivos

Conocer los microorganismos patógenos más comunes que podemos encontrarnos en los alimentos contaminados.

Comprender 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

A continuación, vamos a mostrar los principales microorganismos (bacterias) patógenos que influyen en la nutrición humana:

- *Staphylococcus aureus*: se transmite por vías respiratorias o por objetos inanimados. Produce infecciones superficiales de la piel, celulitis, faringitis, endocarditis infecciosas, sepsis, meningitis, etc.
- *Streptococcus pneumoniae*: es reservorio es el ser humano y se transmite a través de las gotitas respiratorias infectadas, aguas y bebidas infectadas. Produce sinusitis aguda, traqueobronquitis, neumonías, etc.
- *Bacillus anthracis*: produce la enfermedad conocida como carbunco que es una enfermedad contagiosa de herbívoros que se propaga a los humanos mediante contacto directo con animales infectados. Se puede transmitir por consumo de carne poco cocida de animales con carbunco y tiene alta mortalidad.
- *Clostridium perfringens*: produce intoxicaciones alimentarias. La mayoría de los brotes son debidos a mala refrigeración y almacenamiento de alimentos precocinados. Los principales alimentos implicados son carnes rojas y aves con gran cantidad de esporas. Los síntomas aparecen tras 8-24 horas tras la ingestión.
- *Clostridium botulinum*: se produce generalmente por ingestión de alimentos con la toxina preformada. Se asocia a conservas caseras mal esterilizadas y que se consumen sin calentamiento previo, ya que la toxina se inactiva por cocción doméstica a 100°C durante 10 minutos. Las esporas son muy resistentes al calor y requieren temperaturas de 120°C para su inactivación. El período de incubación dura entre 18-36 horas. Puede haber dolor abdominal antes de la parálisis flácida, pero no produce diarrea.
- *Helicobacter pylori*: bacilos móviles con flagelos. Generalmente, la bacteria entra a formar parte de la flora gástrica durante la infancia. El humano es el único reservorio y, por tanto, se transmite de persona-persona. Provoca gastritis, úlceras y cáncer gástrico.
- *Campylobacter*: bacilos móviles mediante flagelos. Provoca enteritis diarreica, enfermedades extraintestinales, etc. se transmite mediante alimentos crudos o poco cocinados.
- *Vibrio cholerae*: produce el cólera que es una enfermedad diarreica, provocando deshidratación grave con alta mortalidad por shock hipovolémico.
- *Salmonella*: se adquiere a partir de productos alimenticios contaminados con desechos o productos animales principalmente huevos, carnes, aves de corral, lácteos y sus derivados. Provoca náuseas, vómito, dolor abdominal, diarrea y fiebre.

- *Escherichia coli*: es la principal productora de diarrea infantil. Se transmite mediante carne picada contaminada, vegetales crudos y aguas residuales.
- *Listeria monocytogenes*: puede provocar listeriosis, una enfermedad intestinal o una enfermedad invasiva, afectando en este caso al feto en personas embarazadas y causando síntomas graves en personas no embarazadas, dando lugar a la muerte en casi 1 de cada 20 casos. Se transmite a partir alimentos listos para el consumo con una vida útil prolongada, tales como salchichas o patés, pescados ahumados, productos lácteos, así como ensaladas preparadas, verduras y frutas frescas.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de los microorganismos patógenos, en este caso, las bacterias, que pueden contaminar los alimentos, siendo los más comunes es de vital importancia, ya que es un problema de salud que podemos encontrarnos en las cocinas de un hospital.

El pinche de cocina debe conocer los modelos de almacenamiento, temperatura e higiene que debe tener cada alimento que se utiliza.

Si no se llevara el protocolo de actuación higiénico a cabo, las consecuencias podrían ser fatales para el paciente, produciendo desde mal gastrointestinal hasta problemas graves de salud.

El pinche de cocina, es fundamental en sus funciones y conocimientos ante cualquier incidente de contaminación, ya que es el personal que más en contacto se encuentra con los menús de los pacientes.

6 Bibliografía

Ildefonso J. Larrañaga, Julio M. Carballo, M^a del Mar Rodriguez y José A. Fernández (1997). Editorial: Mc Graw Hill. Dietotética y dietoterapia.

Capítulo 572

EL CELADOR EN URGENCIAS

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

MARCOS MARTÍN GONJAR

ESTEBAN RUBIO SOBRINO

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO

1 Introducción

Se le llama Urgencias Hospitalarias a la Unidad dependiente del hospital que se establece para dar a los enfermos no ingresados una asistencia lo más inmediata posible. Se encuentra en una zona muy accesible de la institución sanitaria y posee un acceso perfectamente diferenciado del resto de servicios del hospital, todo esto desde la calle. Desde el interior de esta tiene un acceso directo a diferentes Unidades, como quirófanos, radiología, etc., su servicio se administra las 24 horas del día, todos los días del año.

Este servicio se caracteriza por ser el único que el ciudadano puede acudir sin cita previa y sin que lo pauten un médico, debe de ser usado por las personas que padezcan alguna patología grave o que por sus características se puedan catalogar de urgente y necesite de rápida atención e intervención médica, por este motivo la Unidad cuenta con uno de los mejores equipos multidisciplinarios de personal y equipamiento.

Una vez que la persona que hace uso de la Unidad acceda al servicio de urgencias, debe indicar el porqué de su presencia y presentar, ella o la persona que le

acompañe la cartilla sanitaria para que sea afiliado y se pueda comprobar si tiene derecho a la asistencia médica, así poder consultar su ficha personal, extrayendo la pulsera de control identificativa.

Posteriormente, desde el servicio de enfermería se realizará el correspondiente triaje para comprobar el grado de urgencia que padece el usuario y si debe de ser atendido y diagnosticado por el médico de Urgencias inmediatamente o por el contrario puede esperar un turno lógico, si es de esta última manera, puede esperar en el lugar de espera habilitado para los enfermos, en caso contrario se dará preferencia a esta persona para una atención prioritaria.

A continuación, y una vez realizado el correspondiente diagnóstico, se le darán las pautas de tratamiento y posteriormente el alta del servicio de Urgencias. En caso de enfermedad que requiera ingreso hospitalario o uso de quirófano, el paciente será ingresado en Planta o en quirófano para continuar con los estudios pertinentes.

2 Objetivos

Conocer específicamente las labores del Celador en esta Unidad.

Conocer el manejo de la cama y la silla de ruedas con pacientes.

Controlar la entrada de personal en la Unidad de Urgencias.

Estar siempre dispuesto y atento a lo que se le ordene por el 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, recomendaciones de la OMS y las bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

El Celador en el ámbito de esta disciplina es el profesional que informa y traslada a los usuarios del servicio de Urgencias, siendo su eficacia y rapidez a la hora de realizar el trabajo asignado fundamental para el adecuado diagnóstico del paciente, realizando un servicio constante bajo relevos.

Cuando un paciente necesitado de atención sanitaria accede a las dependencias de la Unidad de Urgencias, la primera persona que le recibe es siempre el Celador de hospital en la función de Celador de Urgencias. Este debe preguntar al paciente de forma clara y amable por qué requiere el servicio e indicarle que puede trasladar sus documentos, documento nacional de identidad y cartilla sanitaria, a la zona de admisión de urgencias y posteriormente esperar sentado o bien ofrecerle una silla de ruedas, si el profesional observa que la necesita, para su espera hasta que le atienda la enfermera y le confeccione el correspondiente triaje.

Una vez que el paciente sea avisado por el médico para la entrevista, será el Celador el que le acompañe, bien caminando o trasladado en silla de ruedas, esta última opción será la elegida, siempre que sea posible, para evitar una caída del paciente en caso de que tenga algún desvanecimiento.

En caso de que el médico de Urgencias pautе alguna prueba, el Celador realizará el traslado del enfermo con carácter de urgencia a la Unidad necesaria, oftalmología, radiología, traumatología, etc.

Si el médico considera que necesita ingresar al paciente para darle un tratamiento con los servicios médicos especializados, el Celador le trasladará, con la eficacia requerida, en silla de ruedas o en cama a la Unidad del Paciente en la sección hospitalaria que sea preciso, e irá siempre acompañado del historial médico que hará entrega al puesto de enfermería de la planta que se establezca.

Otra misión del Celador en este servicio es el control de acceso para evitar que entren en la Unidad personal no autorizado, auxiliándose de personal de seguridad privada en el caso de que pueda surgir alguna incidencia no deseada. Y todas aquellas otras tareas que se le requiera por el personal sanitario y que estén dentro de sus obligaciones en la Unidad de Urgencias.

5 Discusión-Conclusión

El Celador de hospital, cuando desempeña su labor como celador de la Unidad de Urgencias, se encuentra bajo las órdenes de los servicios médicos y de enfermería para realizar su labor de cara a la atención del paciente con patología que necesita atención urgente, facilitándole la atención más eficaz y cercana posible.

Los Celadores son unos profesionales no sanitarios necesarios y su formación en el trato y manejo de situaciones no técnicas, pero de cercanía y empatía hacia el enfermo, deben ser unas constantes en el desempeño de su labor profesional, sus ganas de dar una buena atención al paciente, su cercanía en el trato y sus buenos modales harán el resto.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-urgencias/>

<https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>

<https://congresosicepa.com/poster-celador-urgencias/>

Capítulo 573

EL CELADOR EN LA UNIDAD CARDÍACA Y CARDIOLOGÍA

MARCOS MARTÍN GONJAR

ESTEBAN RUBIO SOBRINO

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

1 Introducción

La unidad cardíaca forma parte de la Unidad de cardiología clínica, y es una unidad especial y muy preparada con personal muy experimentado, desde Cardiólogos a Celadores es el tipo de profesionales que se dan en este servicio. Los profesionales aquí destinados atienden a pacientes hospitalizados y a consultas externas. Las pruebas que se realizan para diagnosticar las enfermedades en este servicio varía dependiendo del tipo de paciente y de la patología que presentan, siendo las más habituales las siguientes:

- ECG, Electrocardiograma es un procedimiento sencillo que mide la actividad sistólica y diastólica del corazón. Esta actividad coronaria emite una señal eléctrica que el electrocardiograma detecta y sus datos se interpretan por el especialista.
- ECG, Holter es un instrumento que sirve para medir y registrar la actividad eléctrica del corazón, pero a diferencia del ECG es por un tiempo prolongado,

mientras el paciente realiza su vida normal.

- Prueba de esfuerzo, es una prueba que mide la reacción del corazón ante una prueba de actividad física que el cardiólogo establece.
- Ecocardiografía, existen varios tipos de ecocardiografías, pero básicamente se trata de una ecografía de corazón mientras realiza su función natural, pudiéndose visualizar el correcto funcionamiento de las válvulas y el resto de estructuras del músculo coronario.

Dentro de la Unidad Coronaria, existe la Unidad de Diagnóstico por imagen. Las realizaciones de pruebas en esta Unidad se realizan con procedimientos no invasivos, son técnicas de imagen como la Gammagrafía y los Spect cardíacos.

La Unidad de Hemodinámica se encarga de los estudios coronarios para el diagnóstico avanzado de anginas de pecho e infartos de miocardio.

En la Unidad de arritmias, se realizan pruebas de estudio en pacientes que pierden la capacidad de regulación del latido y se les da su correspondiente tratamiento. Y por último, la Unidad de Cirugía cardíaca es el lugar donde se realizan las intervenciones invasivas, y se encuentran bajo un amplio equipo de cirujanos cardíacos, anestesistas, personal de enfermería, y personal auxiliar como auxiliares de enfermería y Celadores.

2 Objetivos

Aprender las funciones básicas del celador en el servicio cardiología como parte de un equipo multidisciplinar.

Desarrollar su labor con la mayor prontitud y eficiencia al servicio de sus superiores para el bienestar del enfermo.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

El celador con destino en este servicio tan especializado, debe dominar las técnicas de traslado y movilización de las posiciones más usadas de pacientes con la finalidad de dar al enfermo los cuidados requeridos.

Los distintos eslabones de personal en esta disciplina son, el médico cardiólogo, el servicio de enfermería y el Celador destinado en este servicio.

Las funciones más importantes del Celador en Cardiología y la Unidad cardíaca son:

- Estar a disposición permanente del servicio médico, quirúrgico y de enfermería, para realizar los traslados en cama o silla de ruedas y ayudar en las movilizaciones que se le requieran a personas sometidas a pruebas cardíacas.
- Trasladarán los documentos y material necesario, así como las muestras a los lugares que se le encomienden.
- Vigilarán que los pacientes, familiares y vistas que se establezcan, no hagan uso ni manipulen el material sensible existente de la unidad.
- La discreción a la hora de hacer comentarios a los familiares y enfermos debe ser una regla constante en su trabajo, esta función es exclusiva del médico o el cirujano que se encuentra al cargo del paciente.
- Harán de guardianes de acceso a la Unidad para evitar la entrada de personal no autorizado, evitando que se produzcan ruidos, cerrando las puertas y ventanas para aislar a los pacientes de molestias y su intimidad.
- El celador realizará la evacuación y traslado de pacientes para la realización de pruebas y además ayudará a las movilizaciones para el aseo para pacientes con movilidad reducida o en estado de ausencia de espíritu.

Estas actuaciones del celador son muy importantes para el mejor desarrollo de la Unidad y por ende el mejor bienestar del enfermo en la unidad de cardiología.

5 Discusión-Conclusión

El celador es conocedor del manejo y la aplicación de los cambios posturales y traslados de encamados y en sillas de ruedas de los pacientes en la Unidad de Cardiología, usando su experiencia para facilitar la labor del médico cardiólogo y resto de personal sanitario.

La labor del Celador como trabajador auxiliar en la Unidad de Cardiología es muy necesaria, su función de traslado de enfermos y material sensible es muy valorada por sus superiores y los enfermos ingresados en la Unidad de cardiología, ya que, aunque no es un profesional sanitario, sus funciones tan cercanas a estos da a los

enfermos una seguridad asistencial que les hace tener una mejor calidad de vida y bienestar objetivo.

6 Bibliografía

Orden de 5 de julio de 1971, del M. de Trabajo, se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. <https://revistamedica.com/importancia-funcion-celador-uci/>

Capítulo 574

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE LOS PACIENTES EN SILLA DE RUEDAS

VÍCTOR GUILLÉN SORIA

CARMEN CERVILLA ROLDÁN

FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN

MARIO LÓPEZ LÓPEZ

ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

La movilidad reducida supone una gran falta de autonomía para los pacientes que la sufren, por lo que necesitan durante algún momento de su vida la ayuda necesaria para completar esa carencia.

En el caso de pacientes en silla de ruedas, las necesidades suelen ser muy diversas, no es lo mismo las necesidades de un paciente joven que las de un paciente mayor al que aparte de la falta de movilidad, se le suman otras patologías como demencias, problemas cardiorrespiratorios, etc.

La función del celador en el transporte y movilización de estos pacientes es primordial, pues es el profesional que la realiza tanto cuando están ingresados en el hospital como en las visitas ambulatorias. Tiene que realizarla siempre con la

mayor seguridad para el paciente, y en la medida de lo posible respetando su autonomía.

El transporte de estos pacientes lo realiza el celador solo salvo algún caso excepcional, atendiendo a las instrucciones recibidas por médicos y enfermeras que estén a cargo del paciente. Por otro lado, la movilización la realizará acompañado de auxiliares y enfermeras si fuera necesario.

Es por ello que la formación del celador en todo lo referente a la movilización y transporte del paciente en silla de ruedas es necesaria al ser él el que la suele realizar.

2 Objetivos

Identificar las funciones del celador en el transporte y movilización de los pacientes.

Distinguir las necesidades que pueda exigir el paciente según su enfermedad.

Resaltar la importancia del apoyo del celador en estas funciones.

3 Metodología

Por un lado, se recoge información en las bases de datos informatizadas.

Además, se realizará una revisión bibliográfica, en manuales y protocolos de actuación a seguir con este tipo de pacientes.

Y por último se revisan instrucciones de uso y manejo de sillas de ruedas y estudios realizados de la forma de utilizarla.

4 Resultados

Tras el trabajo realizado hemos obtenido los siguientes resultados :

El celador es un elemento fundamental en la movilización y traslado de los pacientes en silla de ruedas, una labor que se realiza de una manera cotidiana en los centros sanitarios.

La ayuda que el celador realiza, en la movilización de este tipo de pacientes, se deberá adaptar a las necesidades de los mismos, que podrá variar atendiendo a criterios como su enfermedad, su discapacidad, etc.

Si el celador consigue llevar a cabo estas funciones con diligencia y profesionalidad pueda dar lugar a una mejora en el bienestar del paciente mejorando su autoestima, y por qué no, incluso la propia salud del paciente

La función auxiliar de movilización que el celador realiza con este tipo de pacientes puede realizarse de diversas maneras:

Ayuda del celador para el traslado del paciente a la cama o viceversa.

Ayuda en su caso si fuera necesario, al aseo.

Ayuda para trasladarlo a una camilla para realizarle alguna prueba o exploración necesaria.

Una vez movilizado se procederá el transporte del paciente, esta labor la realizará al celador en solitario, por lo que durante el transporte deberá tener en cuenta:

- La necesidad de oxígeno del paciente.
- Se asegurará de que todos los sueros y drenajes, vayan correctamente enganchados en sus respectivos soportes.
- Portarán los documentos necesarios del paciente, tales como la historia del paciente, peticiones de pruebas diagnósticas etcétera.
- También tendrá en cuenta la temperatura evitando durante el transporte que el paciente no pase frío no pasando por zonas frías o con mucha corriente.
- La intimidad también es un elemento a tener en cuenta, por lo que se evitará pasar por zonas muy transitadas, y se tapaná al paciente con una sábana.
- Durante el trayecto podemos necesitar usar el ascensor, donde entraremos primero tirando de la silla de espaldas al ascensor
- También puede ser necesario subir o bajar rampas para subir empujaremos la silla desde atrás, con el paciente de cara a la marcha y para bajar, el celador caminará de espaldas a la rampa.
- Todas estas labores se realizan siempre con la máxima protección para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador como responsable del traslado de los pacientes en silla de ruedas, dentro del hospital o centro de salud velará en todo momento por su salud, realizando el traslado con la mayor premura posible y la máxima seguridad, pero teniendo en cuenta que no se debe de correr ni poner en peligro en ningún momento la integridad del paciente.

Es necesario tener los conocimientos necesarios sobre el paciente, para poder realizar el traslado con la máxima seguridad y el conocimiento para sortear los obstáculos y dificultades que pudieran surgir durante el mismo.

Es muy importante su conocimiento por lo que el celador debe estar instruido y formado en el manejo de la silla de ruedas, dando así una buena imagen del profesional y de la calidad del servicio prestado por la institución.

6 Bibliografía

Técnicas básicas de enfermería. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

DOLORES PIÑA RUIZ, JOSE MAUEL PEREZ SANTANA, MANUEL ALÉS REINA, JOSE MANUEL CAR.

Traslado del paciente al centro sanitario.

RUTH GARCÍA-MOYA, FRANCISCO JOSÉ MUÑOZ TORREJÓN, ESTER RESANI MARTÍNEZ.

Capítulo 575

LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN LAS ENTRADAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

VÍCTOR GUILLÉN SORIA

CARMEN CERVILLA ROLDÁN

FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN

MARIO LÓPEZ LÓPEZ

ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

Las funciones de los celadores vienen expuestas en el punto 2 del artículo 14 del estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social. Dentro de estas funciones se encuentra la de vigilar las entradas, no permitiendo el acceso a su dependencia más que a las personas autorizadas para ello.

El celador es la persona que tiene por oficio velar o vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo en un establecimiento público.

Además, es con el que primero se contacta cuando llegamos, ya sea como usuario o como paciente a un establecimiento sanitario como un hospital, centro de salud...

En las instituciones sanitarias surgirán diversas situaciones en las que el celador tendrá que intervenir, por lo que el conocimiento de sus funciones es necesario. Concretamente, el celador de puerta debe tener un carácter extrovertido y buena facilidad de palabra, ya que deberá responder correctamente todas las preguntas que el paciente o usuarios, realicen sobre el funcionamiento del hospital, la manera de relacionarse con el paciente o usuario será siempre de una manera correcta y respetuosa, empatizando en todo momento con sus problemas y necesidades.

2 Objetivos

- Diferenciar las funciones del celador en las diferentes entradas de la institución.
- Identificar la actitud correcta que tiene que tener el celador en este puesto.
- Valorar la importancia del trabajo que hace el celador en este ámbito.

3 Metodología

Realizar una revisión bibliográfica y se recogerá información en bases de datos informatizada.

Hacer una recopilación de protocolos de actuación, de diferentes servicios de salud y normas de control interno, de diferentes instituciones sanitarias.

4 Resultados

Como ya hemos comentado el celador es el que recibe al paciente a las entradas de la institución, diferenciando su labor que varía según sea como paciente o usuario.

Por lo tanto, la imagen recibida por el paciente o usuario es muy importante. Debe comenzar con una recepción empática, proporcionando al usuario confianza.

Como trabajadores de la institución somos representativos de ella por eso debemos cuidar nuestra imagen.

Debemos escuchar de una manera activa para proporcionar al paciente la impresión de que sus problemas son reconocidos y valorados.

Esta labor de información la puede realizar un celador, tanto en hospital como en un centro de salud.

Cuando un paciente accede a ellos la recepción es muy importante, en ella se orienta al paciente de donde tiene que ir para realizar las pruebas y consultas evitando que los pacientes deambulan por la institución entorpeciendo muchas veces el trabajo de la misma.

La labor de control viene recogida en sus propias funciones como son las siguientes:

Vigilará las entradas de la institución, no permitiendo la entrada del personal no autorizado. También tendrá a su cargo la vigilancia nocturna.

Vigilará el acceso y estancia de los familiares y visitantes de las habitaciones de los enfermos.

Se asegurará de que no se introduzcan paquetes y objetos no permitidos.

Vigilará el comportamiento de los enfermos y los visitantes.

Buscará el mayor orden y silencio en toda la dependencia de la institución.

Todas estas labores se realizan, como norma general, en las distintas puertas de la institución.

En la entrada de urgencias, también añadiremos las siguientes:

Saldrán siempre a recibir a los pacientes ya vengan en ambulancia o vehículos propios.

Los dirigirán al servicio de admisión, siempre que la situación lo permita o lo llevarán a la zona de triaje, mientras la familia proporcionará los datos administrativos.

Avisará al personal sanitario cuando sea preciso.

Mantendrá la entrada provista de silla de ruedas.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona con la que se contacta, cuando se acude a un establecimiento sanitario ya sea como usuario o como paciente. En las instituciones sanitarias surgirán diversas situaciones, en las que el celador tendrá que resolver, por lo que el conocimiento de sus funciones es primordial.

Debe orientar o informar a los pacientes en su labor en la puerta principal, teniendo en cuenta las circunstancias por la que atraviesan los pacientes y familiares. Por lo que debe dirigirse a ellos, con respeto y la mayor empatía posible.

Todo ello no debe de ir no debe impedir su labor de control y acceso, que las instituciones hayan adoptado.

Es una labor delicada, donde se le pone muchas veces a prueba, pero que debe realizarla con el máximo rigor y la máxima profesionalidad.

6 Bibliografía

Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social art 14.2

Imagen personal y corporativa interna y externa Cindy Galindo 2016.

La importancia de comunicar el contacto y diplomacia, especialización del celador en puertas principales de acceso al hospital

Capítulo 576

EL CELADOR Y EL RIESGO PSICOSOCIAL

MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA

MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ

MONTSERRAT TOLEDO VELA

JOAQUIN DE LEMOS DELGADO

MÓNICA MORAL ROMERO

1 Introducción

Los riesgos psicosociales son un conjunto de factores, directamente relacionadas con las características de trabajo y la organización del trabajo, que afectan a la salud física y mental de los trabajadores. Las condiciones laborales negativas y una carga de trabajo excesiva o mal organizada, pueden dar lugar a la aparición de conductas y actitudes inadecuadas, a la hora de realizar el trabajo y a la vez, que se vea perjudicada seriamente la salud de los trabajadores. Estas consecuencias pueden ser, estrés, depresión, fobias, desmotivación laboral, etc.

El trabajo en los centros sanitarios está reconocido, como una fuente de estrés y carga mental, lo que puede derivar en estados de estrés y fatiga laboral y mental. Los factores de riesgo, pueden llevar a un menoscabo en la salud del trabajador y estos guardan una relación muy directa de las condiciones de seguridad. El celador es uno de los trabajadores hospitalarios, que se ve sometido a este riesgo de forma continua y directa, a lo largo de su etapa profesional.

Los riesgos psicosociales y en particular el estrés laboral, se ha convertido en uno de los principales problemas de la Salud y de la Seguridad en el trabajo y por ende de bajas laborales. Esto repercute en la productividad del personal sanitario. Siendo una de las principales causas de enfermedades y accidentes laborales. Una de las categorías profesionales que más riesgo tiene de padecerlos, son los celadores.

Por ello, es importante poder identificar los factores, que puedan llegar a modificarse y así evitar en la medida de lo posible, las consecuencias patológicas y adversas sobre la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Dar a conocer al personal celador de las instituciones sanitarias información importante y medidas preventivas sobre los riesgos psicosociales en el trabajo.

Objetivo secundario:

Reflejar que son problemas a los que se enfrenta todo el personal que desarrolla su labor profesional en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura 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 trabajadores de centros sanitarios, en particular el celador, están expuestos a diferentes riesgos, riesgos de seguridad, higiénicos (biológicos, químicos y físicos) y riesgos psicosociales, siendo estos últimos, donde nos vamos a centrar, porque son los más afectan y preocupan a este colectivo, siendo también, los

más difíciles de detectar. Teniendo estos efectos graves para la Seguridad y la Salud.

El estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales, más importantes en nuestra sociedad y de los más ampliamente estudiados. Ya que este, puede provocar enfermedades en el personal hospitalario. Y esto se traduce en pérdida de productividad, enfermedades y deterioro en la calidad de vida. Todo esto puede contribuir a otros problemas de salud laboral, como trastornos en el músculo esquelético y poner en peligro la Seguridad en el puesto de trabajo, de aquí la importancia de saber identificar a tiempo y este trastorno, para que esto no contribuya a la aparición de otros problemas.

Estos riesgos surgen como consecuencia de la carga mental, los turnos, el ritmo de trabajo, todo ellos relacionado con una mala organización de trabajo.

Formas de prevención:

- Para poder prevenir esto sería importante conocer funciones y responsabilidades, definiendo el rol de cada trabajador, rompiendo la monotonía en el puesto de trabajo.
- Conocer las limitaciones de cada uno.
- Mejorar la comunicación y transmisión de la información necesaria para el desarrollo de la tarea.
- Estructurar el trabajo en pequeños bloques, para conseguir lograr esas metas pequeñas con instrucciones claras y bien definidas.
- Priorizar las tareas de mayor necesidad e inmediatez.
- Facilidad para acudir a un superior y directo.
- Alternar en la medida de lo posible, el tipo de tarea, para que esta no resulte monótona.
- En el trabajo a turnos, sería conveniente aumentar las pausas y tiempo de descanso.
- Formación necesaria por parte del trabajador y de la empresa, para una mayor motivación e implicación en el centro sanitario.
- Hábitos de saludables, dormir lo suficiente, comer de forma saludable, ejercicio,

tiempo para el ocio, etc.

- Conciliación familiar y social.
- Revisar las condiciones ambientales.
- Prevención de riesgos laborales, definiendo los objetivos y metas preventivas.
- Establecer protocolos de detención de riesgos psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los riesgos psicosociales, son los principales factores de riesgo para la Salud laboral o Medicina Preventiva, de ahí la importancia, de evaluar esos riesgos. Las estrategias de adaptación pueden ser de dos tipos, de organización o individual.

La implantación de estas ayudas para el celador, suponen una mejora, evitando la aparición de problemas psicosociales derivados de la carga de trabajo.

Ya que pueden intervenir, en aspectos donde el celador tiene poco o ningún control y también es muy importante la labor del trabajador a nivel individual, que busque estrategias de adaptación a los nuevos cambios y al ritmo estresante del trabajo en un centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://www.uso.es/guia-frente-a-los-riesgos-psicosociales-que-afectan-a-los-sanitarios/>
 2. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-deteccionriesgos-psicosociales-profesionales-sanitarios-13086321>
 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=138475>
 4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000400323
1. <https://www.uso.es/guia-frente-a-los-riesgos-psicosociales-que-afectan-a-los-sanitarios/>

2. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-deteccionriesgos-psicosociales-profesionales-sanitarios-13086321>

3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=138475>

4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000400323

Capítulo 577

LAS FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA

MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ

MONTSERRAT TOLEDO VELA

JOAQUIN DE LEMOS DELGADO

MÓNICA MORAL ROMERO

1 Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define al paciente terminal con aquel con una enfermedad progresiva, incurable y sin una respuesta razonable a un tratamiento concreto, con una esperanza de vida de seis meses a un año.

En situaciones de enfermedad terminal, el objetivo del celador y todo el equipo de profesionales no es la recuperación del paciente, es vigilar los síntomas, la atención completa, aliviar el dolor y el apoyo familiar.

Los principales criterios que definen la etapa final son:

- Presencia de enfermedad progresiva e incurable.
- Tiene un fuerte impacto emocional en los pacientes y sus familias con respecto al proceso de sufrimiento y muerte.

- Hay poca o ninguna respuesta al tratamiento agresivo específico del trastorno subyacente.
- El impacto es severo, multifactorial y con la presencia de varios problemas o síntomas: dolor, estreñimiento, náuseas y vómitos, enfermedades e infecciones bucales, pérdida de apetito, insomnio, dificultad para respirar, micción, incontinencia urinaria, cambios en el tejido corneal, anuria y mantenimiento, etc.

Los cuidados paliativos pueden reducir la carga sobre las familias, reducir la probabilidad de que la familia experimente un duelo complejo y prepararse para la muerte de un ser querido.

Los cuidados paliativos también permiten que los pacientes reciban atención médica en las instalaciones durante un período de tiempo, no porque la necesiten, sino porque sus familiares cuidadores necesitan un descanso. A esto se le llama cuidado de relevo para brindar alivio a la familia.

Es importante que los celadores se comuniquen de manera precisa y verbal mediante un diálogo comprensible y honesto, con gestos, comportamientos y actitudes no verbales altamente sensibles hacia estos pacientes con esta situación tan delicada al igual que hacia sus familiares.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Exponer el papel de los celadores con los pacientes de las unidades de paliativos.

Objetivo secundario:

Describir las particularidades del paciente en cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es fundamental la función del celador ante un paciente miembros del equipo (médicos, enfermeras, celadores, psicólogos, etc.), un apoyo muy grande para el paciente, por lo que deben ser muy cuidadosos y profesionales en su trabajo.

El comportamiento del celador es continuo tanto para mejorar la calidad de vida del paciente, para asegurar la continuidad y asistencia personalizada, para mantener la dignidad del paciente, para ayudar, junto a otros compañeros, a mantener la higiene diaria y una correcta postura para intentar que tenga la mayor comodidad posible. Actuar al extremo frente a la familia y estar atento a sus comentarios.

El celador debe desarrollar empatía (la capacidad de estar en el lugar de alguien y comprender lo que está sintiendo o pensando), escuchando y hablando sobre las necesidades psicológicas del paciente y con los familiares.

Hay cinco etapas por las que puede atravesar una persona con una enfermedad terminal antes de aceptar la muerte, pero no todas, pero al menos dos.

- Negación: es la protección del paciente contra la enfermedad.
- Ira: Fases de desacuerdo, enfado, disgusto e insatisfacción.
- Negociaciones: (de acuerdo) el paciente acepta la idea de que va a morir, pero trata de retrasar o retrasar el resultado tanto como sea posible.
- Depresión: El período de depresión y desánimo. Respuesta.
- Aceptación: el paciente está preparado para el desenlace. La gente llora de diferentes formas.

El celador siempre debe respetar sus creencias y necesidades religiosas y tratar a cada persona por separado y de manera diferente. Un equipo de cuidados paliativos generalmente consta de, médicos. El tratamiento es supervisado por un médico de cabecera y un profesional de la salud o un director médico.

Cada paciente puede elegir un médico de familia. Este podría ser su antiguo médico o un buen proveedor de atención médica. Personal de enfermería. La enfermera irá a su casa, su familia o cualquier otro lugar para brindar asistencia. También es responsable de la coordinación del equipo de cuidados paliativos. Asistentes a domicilio. Los asistentes de atención domiciliaria pueden brindar apoyo adicional para las actividades diarias, como cambiarse de ropa, bañarse y

comer.

Consejeros espirituales, el pastor, sacerdote, pastor de la iglesia u otro consejero espiritual puede brindar ayuda y consejo espiritual para toda la familia. Trabajador social, los trabajadores sociales brindan asesoramiento y apoyo. También puede proporcionar referencias a otros sistemas de apoyo.

El farmacéutico proporcionará un seguimiento de la dosis y sugerencias sobre las formas más eficaces de aliviar los síntomas. Los voluntarios capacitados brindan una variedad de servicios. Por ejemplo, compañía de pacientes, asistencia de profesionales de la salud, transporte y otras necesidades prácticas de asistencia. Otros expertos. Los terapeutas del habla, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales pueden brindar el tratamiento necesario. Un asesor en dolor capacitado brindará apoyo y orientación después de la muerte de un ser querido en un centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de este análisis, llegamos a la conclusión de que los celadores juegan un papel muy importante para quienes se especializan en la atención de enfermedades terminales. El bienestar de un paciente debe ser el objetivo principal del personal sanitario.

La formación específica en cuidados paliativos es de gran ayuda para la adecuada atención profesional de la enfermedad terminal. Cuando está llegando el final de la vida del paciente, hay que tomar las medidas necesarias para lograr la comodidad del paciente y todo el personal sanitario de la unidad nos esforzamos por reducir el malestar del paciente tanto como sea posible. En estos casos, la familia es parte de este proceso y el celador debe empatizar con ellos y mostrar respeto y mucho cariño.

El celador tiene que tener en cuenta la comunicación verbal y la no verbal que sea correcta y tiene que ser paciente en todo momento con su actitud. Debe ser respetuoso, empático y colaborador siempre. Sus cuidados al igual que su actitud han de ser óptimos y prevenidos ante la situación tan difícil como la de un paciente terminal.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com>
2. <https://www.logoss.net/file>
3. <https://congresosicepa.com>

Capítulo 578

EL CELADOR EN LAS FUNCIONES DE APOYO A LOS EQUIPOS SANITARIOS

MIGUEL ÁNGEL GALLEGO ORTEGA

MARÍA LUISA NIETO ALCARAZ

MONTSERRAT TOLEDO VELA

JOAQUIN DE LEMOS DELGADO

MÓNICA MORAL ROMERO

1 Introducción

El celador es el profesional no sanitario que más cerca está de los pacientes que realiza las funciones y actividades dispuestas en el punto 2, del articulado del Estatuto del personal no sanitario de la Seguridad Social, comenta que se debe estar en posesión del en el 14 Certificado de Escolaridad o titulación equivalente, actualmente con el Título de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (o con categoría profesional homologada y reconocida en Ordenanza Laboral o Convenio Colectivo).

En muchas ocasiones lo escrito no se asemeja a la realidad sanitaria, un celador es el profesional no sanitario que en el hospital moviliza y transporta a los pacientes, transporta la documentación y todas aquellas tareas que precisan de documentación y aquellas actividades en las que el personal sanitario precisa de ayuda para poder realizarlas. Es básico poder desarrollar el articulado para poder

describir y especificar las funciones y actividades que desarrolla en función del lugar del centro sanitario y del centro sanitario.

El desarrollo profesional del celador es básico si forma parte del equipo multidisciplinar para el cuidado integral e integrado del paciente tratado, así como es primordial su formación profesional para poder brindar cuidados de calidad a las personas que atiende. La figura del celador tiene una función muy importante de apoyo interno para el personal sanitario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Describir la figura del celador según la legislación vigente en la actualidad, sus funciones y distintas categorías.

Objetivo secundario:

Mostrar que el celador forma parte del engranaje del sistema sanitario como parte de un equipo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 y actividades de los profesionales no sanitarios, como lo es el celador, vienen recogidas en el artículo mencionado anteriormente, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

El Estatuto se aprobó en la forma de Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971, siendo publicado en el Boletín Oficial del Estado el 22 de julio de 1971. Es por lo que debemos tener en cuenta que las funciones y actividades no

se actualizan a la realidad actual, como ocurre en otras categorías desde hace más de 40 años y hay Comunidades Autónomas que han establecido sus propios reglamentos en cuanto al desempeño de un celador como los tigas en Madrid.

Entre las funciones de estos profesionales no sanitarios tan cercanos a los pacientes, estas son algunas de las más habituales que realiza un celador sanitario:

- Movilizar y acomodar a los pacientes.
- Trasladar objetos y documentos que le son entregados o mandados a su búsqueda.
- Realizar actividades y tareas de apoyo al personal sanitario.
- Vigilar en el centro sanitario donde desarrolla sus funciones.
- Higiene de los pacientes.
- Procurar el mayor silencio en los centros sanitarios.
- Fomentar y procurar el orden en los centros sanitarios.
- Realizar las tareas de limpieza de los objetos que le son propios como la grúa.
- Tener a su cargo y cuidados a los animales utilizados en los quirófanos y laboratorios experimentales.
- Informar a los superiores de aquellos objetos en desperfectos o con anomalías.
- Ejercer sus funciones en un sistema rotario de turnos o fijo en función del centro.
- Excepcionalmente, podrían estar encargados de los ascensores.

Añadimos que el profesional no sanitario del celador presenta muchas alternativas que van evolucionando hasta llegar a definirse la categoría profesional no sanitaria del celador. Así nace el cuerpo de celadores que existen en todos los centros sanitarios que tienen hospitalización y en algunos de atención primaria y especializada que no conllevan ingresos. Las funciones aquí no son exclusivas, ya que en cada servicio o unidad se desarrollan unas u otras.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, las tareas y actividades de este profesional como es el celador dependerán del puesto concreto que ocupen y del centro sanitario y tendrán que tener las capacidades para desarrollar determinadas funciones, labores y actividades que le sean demandadas por sus inmediatamente superiores. Aquí se muestra la importancia de esta figura tan desconocida para muchos en el ámbito hospitalario.

Dentro de un centro sanitario de internamiento u hospitalización no solo tienen contacto directo con los pacientes o usuarios, los profesionales sanitarios como médicos o enfermeros, porque entre las labores y actividades del celador de hospital es básico el contacto con pacientes y familiares, además del contacto con el personal sanitario y administrativo del hospital o clínica en la que ejerce su labor profesional.

En resumen, un celador sanitario es un profesional imprescindible para el buen funcionamiento diario del sistema sanitario en cada servicio de salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/portadaLibroBlanco.pdf>
2. ALICIA ESTRELLA PÉREZ (COORD.) VV.AA Conocimientos básicos y funciones del celador. Edit. Formación continuada Logoss, 2001.
3. Celadores del Insalud, centro de estudios procesales 4º Edición. 01/1998.

Capítulo 579

EL CELADOR Y LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS

ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA

ROSA MARIA ARNEDO GIL

ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA

SAGRARIO CONEJO JUEZ

1 Introducción

Para conocer la correcta utilización de los equipos de protección individual es necesario saber que es y para que está destinado su uso. Un EPI es cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador o trabajadora para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

El uso del EPI ha sido vital para afrontar la pandemia generada por el virus SARS COV2, pero además del uso de los equipos de protección individual ha sido muy importante las medidas de prevención adoptadas, como son; mantener la distancia de seguridad, una correcta higiene de manos y el uso de mascarilla en toda la población global.

Para el trato de estos pacientes se deben de llevar precauciones estándar siempre que se atienda a este tipo de pacientes, esté confirmado el contagio o solo sea una sospecha: higiene de manos, guantes, bata, protección respiratoria y protectores oculares.

Además, se tienen que llevar unas medidas para el contacto de estos pacientes con los trabajadores:

- El número de personal en contacto con un paciente infectado debe limitarse.
- El personal de riesgo (patología previa, embarazo o lactancia, trastorno inmunitario) debe evitar en la medida de lo posible el contacto con pacientes infectados.
- En las zonas de recepción de pacientes debe instalarse barreras físicas para evitar el contacto con los trabajadores, y en caso de no poderse, debe haber una distancia mínima de un metro.
- El material de uso no crítico deberá desinfectarse antes de usarse en otra persona.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes equipos de protección individual.
- Conocer su correcta utilización en cada caso.
- Analizar que equipo de protección individual es más adecuado en cada caso.

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

- Equipo de protección individual. Mascarilla. Protección. Covid-19.

4 Resultados

¿Qué tipos de equipos de protección podemos encontrar?

En primer lugar, ropa de protección, donde podemos adaptar el nivel de hermeticidad y de cobertura según el agente del que nos queramos proteger, un ejemplo son las batas quirúrgicas.

A continuación, encontraríamos los equipos de protección ocular y facial, como son las gafas de protección, con o sin protección lateral o las gafas de montura integral. Además de las pantallas faciales que se han recomendado para la protección contra el covid-19 ya que la estructura produce una completa protección de la cara.

También encontramos guantes de protección que pueden ser contra microorganismos, contra productos químicos o los guantes médicos o sanitarios que son los más utilizados por los celadores.

Por último, encontramos la utilización de los equipos de protección respiratoria, muy utilizados en la pandemia para reducir el contagio del virus. Dentro de este tipo de protección podemos encontrar mascarillas auto filtrantes (FFP1, FFP2 o FFP3), NR (protegen durante un solo turno) o R (reutilizable), con o sin válvula de exhalación. Mascarillas quirúrgicas, tipos; I, II, IIR (R; resistente a las salpicaduras). También podemos encontrar medias máscaras con filtros de partículas y máscaras completas con filtros de partículas, aunque de forma menos común. ¿Qué pasos debemos seguir para ponernos el EPI de forma correcta?

1. Debemos colocar los materiales adicionales necesarios, como son los contenedores de residuos.
2. Tener claro que EPI vamos a usar en cada ocasión, dependiendo del paciente que vamos a atender.
3. Nos ponemos la bata de forma que cubra todo el cuerpo, y la abrochamos.
4. Colocamos la mascarilla y verificamos el correcto ajuste de esta. A continuación, colocamos la protección ocular.
5. Por último, nos ponemos los guantes que deben colocarse por encima de los puños de la bata.

¿Qué pasos debemos seguir para retirarnos el EPI de forma correcta?

1. Retirar los guantes, teniendo en cuenta que los guantes después del uso con cada paciente se retirarán además de la bata. Enrollar sobre sí mismo, evitando que toque la parte exterior tu cuerpo. Tiramos al contenedor adecuado.
2. Realizar estricta higiene de manos.
3. Retirar las gafas desde la parte de atrás, goma de sujeción. Y haz lo mismo con la mascarilla desde atrás. A continuación, realiza la limpieza de los equipos.
4. Realizar de nuevo una estricta higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

En la fase inicial del coronavirus aunque había muy pocos contagios y la transmisión de la enfermedad a partir de personas asintomáticas era desconocida,

pudo ocasionar casos entre el personal sanitario que no estaba bien protegido. Posteriormente, la tasa de contagios se vio afectada por el grave problema mundial de desabastecimiento de equipos. La conclusión obtenida en un estudio realizado en un hospital de Madrid fue que, si bien la transmisión intrahospitalaria es importante, también lo son la transmisión intrafamiliar y comunitaria. Para poder valorar la importancia de un equipo de protección individual nos remontamos al inicio de la pandemia, cuando los equipos de protección individual eran muy escasos y esto causó muchos contagios provocados por el desconocimiento de la enfermedad en un principio, y por el desabastecimiento de materiales tan necesarios como las mascarillas, batas y guantes. Por tanto, creemos que la utilización de los EPI además de una correcta puesta y retirada del equipo de protección individual es de vital importancia, ya que nos protege del contagio de agentes biológicos como es el Covid-19 y evita la diseminación del virus de un paciente a otro.

6 Bibliografía

1. Equipo de protección individual [Internet]. Es.wikipedia.org. 2021 [citado el 8 marzo 2021]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Equipo_de_protecci%C3%B3n_individual
2. [Internet]. Mincotur.gob.es. 2021 [citado el 8 marzo 2021]. Disponible en: https://www.mincotur.gob.es/es-es/COVID-19/industria/GuiaFabricacionEpis/Generalidades/Tabla_resumen_de_productos_EPI_y_PS_v2.pdf
3. [Internet]. Ww2.uniondemutuas.es. 2021 [citado el 8 marzo 2021]. Disponible en: <https://ww2.uniondemutuas.es/wp-content/uploads/2020/03/CartelEPIS.pdf>

Capítulo 580

ACTUACIÓN Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS DE LOS CELADORES: PLAN DE EMERGENCIA

ROSA MARIA ARNEDO GIL

ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA

SAGRARIO CONEJO JUEZ

ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS

ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA

1 Introducción

Los centros sanitarios se componen de un conjunto de instalaciones en el que se desarrollan diferentes actividades que son susceptibles de sufrir y producir inundaciones, explosiones e incendios. Por ese motivo se hace necesario en estos establecimientos sanitarios un Plan de Emergencias para las diferentes contingencias que pudieran suceder, en el que se debe tener en cuenta el objetivo de controlar y organizar los recursos tanto humanos como materiales que existen. La Norma Básica de Autoprotección de los Centros, también incluye los criterios esenciales de carácter mínimo y establece la obligación de elaborar, implantar y mantener operativos los Planes de Autoprotección.

La necesidad de planificar las situaciones de emergencia es absolutamente necesaria, debiendo contar con planes de emergencia para las diferentes contingencias, naturales y artificiales, sin importar lo baja que sea la probabilidad de

que sucesos tales como incendios, explosiones, derrames de sustancias químicas, etcétera, puedan producirse.

Para todo el mundo es fácil imaginarse las peligrosas y difíciles circunstancias que rodean a los incendios o cualquier otro tipo de desastre producido en edificios cuando las vías de evacuación han sido inutilizadas como resultado de esa catástrofe, quedando atrapadas personas y bienes en su interior con la consiguiente pérdida social y económica.

2 Objetivos

Transmitir la importancia de la actuación del celador en el supuesto de una emergencia.

Conocer los diferentes tipos de emergencias.

Profundizar en los diferentes métodos de colaboración entre todos los colectivos implicados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica a través de la búsqueda sistemática en Google, y se han seleccionado artículos procedentes de publicaciones revisadas. Se ha llevado a cabo una consulta en diferentes referencias legislativas y busca bibliográficas sobre emergencias en los centros sanitarios y la actuación del personal en el Plan de Emergencias.

4 Resultados

Lo primero en que tenemos que fijarnos es en el propio concepto de emergencia, que es aquella situación en la que existe un peligro inmediato, real y probable.

Podemos dividir las emergencias en tres tipos:

1. Emergencia general: es el accidente que precias de la actuación de todos los equipos y medios de protección del establecimiento y la ayuda de medios de socorro y salvamento exteriores.
2. Emergencia parcial: es el accidente que se puede dominar con la actuación de los equipos especiales de emergencias del sector. Sus efectos quedarán limitados a un sector y no afectarán a otros sectores colindantes ni terceras personas.
3. Conato de emergencia: es el suceso que puede ser controlado y dominado de forma sencilla y rápida por el personal y medios de protección del centro donde

se produce la emergencia.

Estos diferentes tipos de emergencia nos tienen que definir las acciones a desarrollar para el control de las mismas, garantizándose la alarma, la evacuación y el socorro.

Tiene que comprender:

1. Identificación y clasificación de la emergencia:

- En función del tipo de riesgo.
- En función de la gravedad.
- En función de la ocupación y los medios humanos.

2. Procedimientos de actuación ante emergencias:

- Detección y alerta.
- Mecanismos de alarma. o Identificación de la persona que dará los avisos. o Identificación del centro de coordinación de atención de emergencias de Protección Civil.
- Mecanismos de respuesta frente a la emergencia.
- Evacuación y/o confinamiento.
- Prestación de las primeras ayudas.
- Modos de recepción de las ayudas externas.

3. Identificación y funciones de las personas y los equipos que llevará a cabo los procedimientos de actuación en emergencias.

4. Identificación del responsable de la puesta en marcha del Plan de Actuación ante Emergencias.

Resulta fundamental la integración del Plan de Autoprotección en el Plan de Emergencias para el correcto funcionamiento de los Protocolos de Emergencia, la coordinación entre la dirección del Plan de Autoprotección y la dirección del Plan de Protección Civil.

La implantación del Plan de Autoprotección requiere la identificación del responsable de programas de formación y capacitación para el personal, así como un programa de información general para los usuarios, con señalización y normas para los visitantes.

Los Planes de Emergencia y Autoprotección tienen que mantener la eficacia y actualización con programas de formación, sustitución de medios, ejercicios y simulacros, a la vez que estar sujetos a un programa de auditorías e inspecciones.

La actuación del celador en el Plan de Emergencias será:

- Los celadores componentes del equipo de segunda intervención tendrán que dotarse de la máxima información sobre la emergencia a través de la centralita. Tomar los medios materiales a su disposición y presentarse en el lugar de la emergencia bajo la supervisión del Jefe de Intervención.

- El resto de los celadores, bajo la coordinación del Jefe de Personal Subalterno atenderá a las directrices de este sobre vías de evacuación y acciones a desarrollar para el traslado y seguridad de los pacientes y visitantes.

5 Discusión-Conclusión

Los Planes de Emergencia son necesarios e imprescindibles para el correcto funcionamiento de los Centros Sanitarios. Un Plan de Emergencias es el conjunto de actividades y medios destinados para que las personas afectadas por un siniestro sepan coordinar sus esfuerzos con el fin de minimizar las consecuencias del mismo.

El equipo formado por los celadores es una parte fundamental del mismo, al ser los encargados de poner a salvo a los usuarios de los Centros Sanitarios.

La planificación es de vital importancia a la hora de la preparación de las líneas de actuación para hacer frente a las situaciones de emergencia. Se hace absolutamente necesaria la participación y el control por las administraciones públicas competentes, las cuales serán las encargadas de requerir a los titulares de la actividad las medidas necesarias para hacer frente a nuevos peligros, con lo que se hace completamente ineludible que los diferentes planes estén en permanente revisión y se adapten a cualquier tipo de nueva necesidad, siempre teniendo en cuenta los medios y el personal necesario.

6 Bibliografía

- Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo por el que se desarrolla la Norma Básica de Autoprotección, modificado por el Real Decreto 1468/2008, del 5 de septiembre.
- Ley 31/1995, de 8 de septiembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Artículo 20.
- CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS

Capítulo 581

MODELOS DE SUEÑO EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADULTA REPRESENTACIÓN POR EL CELADOR

ROSA MARIA ARNEDO GIL

ENRIQUE GONZÁLEZ VILLAESCUSA

SAGRARIO CONEJO JUEZ

ALBERTO FERNÁNDEZ CASAS

ANA ISABEL COGOLLUDO LUDEÑA

1 Introducción

El diccionario académico nos manifiesta que el sueño es un estado de reposo y descanso en que se incluyen a todos los seres vivos, en especial a las personas, que está durmiendo, como también nos dice que es como un deseo o necesidad de dormir.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, la definición será: que el sueño es un período de reposo fisiológico que permitirá al cuerpo y a la mente descansar y reponerse. En este acto el ser humano empleará un tercio de su vida total y es, además, una de las actuaciones que más repetirá a lo largo de ella, noche tras noche y día a día.

El sueño lo podemos concretar como una actuación que todos los seres vivos que sin excepción realizan y que este tiene una finalidad principalmente reparadora.

Si esta finalidad que se quiere lograr respecto a un sueño reparador y este no se produjese, tendrá unos efectos negativos que, repercutirán en nuestro organismo en lo más vital y básico como pueden ser las diversificaciones en el estado de ánimo como pueden ser los cambios repentinos y las alteraciones del humor, o una alta tasa de irascibilidad, bajada de la capacidad de concentración y atención con lo cual estamos poco alerta, gran aumento de visión negativa, fatiga corporal y mental, crecimiento de la ansiedad y estrés, toda esta sintomatología patológica nos va a transportar a un menoscabo en nuestra calidad de vida que nos trasladara a ser candidatos de enfermedades, de trastornos y alteraciones del sueño además se verá repercutida y dañada nuestras costumbres y nuestra vida diaria.

2 Objetivos

Ver y exponer las recomendaciones y las directrices en los adultos mayores y población infantil para crear unos hábitos saludables y aumentar la calidad reparadora del sueño.

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. Hemos realizado búsquedas en diferentes buscadores de internet, en Scielo, Pubmed, revistas científicas, temarios de oposiciones, en diferentes páginas relacionadas con los residuos sanitarios y con la profesión del celador en los centros sanitarios. Analizando los distintos residuos sanitarios que nos encontramos.

4 Resultados

Para que, toda esta sintomatología patológica no llegue a manifestarse, se debe seguir una serie recomendaciones y directrices de la referente como higiene en el sueño, ya que nos pasamos durmiendo la tercera parte de nuestras vidas.

Las recomendaciones para un sueño reparador y saludable. Las directrices que se pueden llevar a cabo en adultos son:

- Al igual que al acostarse, o a la hora de levantarse, ajustar un horario fijo.
- El descanso posprandial, no supera nunca más de la media hora.
- Evitar la toma de tóxicos como pueden ser el tabaco y las bebidas alcohólicas.

- Evitar la toma de bebidas estimulantes, así como la cafeína o refrescos, seis horas antes de acostarse.
- Las cenas deben ser de poca cantidad y ligeras.
- Se procurará no practicar ejercicio físico a última hora de la tarde y antes de acostarse, ya que el horario ideal es por las mañanas y mejor al aire libre.
- No llevar ropa de cama apretada, esta debe ser cómoda.
- Mantener la aireación de la habitación en idóneas condiciones de renovación de aire y a una temperatura que nos agrade.
- Evitar tener demasiada iluminación, luz y aislarse de los ruidos.

Las recomendaciones de sueño en la población infantil no tienen muchas diferencias con las de los adultos:

- Procurar un horario fijo para despertarse y dormir. Lo idóneo sería antes de las 9 de la noche.
- Horario de siesta fijo y acorde para cada etapa infantil y no deben ser largas.
- Crear momentos agradables para la asimilación de la rutina a la hora de dormir.
- La habitación del niño será, una zona agradable para dormir: temperatura, oscura y sin ruido ni distracciones.
- A la hora de acostarse y durante la noche, evitar iluminación de pantallas. Al contrario que por la mañana que sí, es beneficiosa.
- No proporcionarle cenas o almuerzos pesados a la hora de dormir, evitar el ejercicio.
- Y evitar los dulces en específico el chocolate horas precedentes de irse a la cama.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver son variables y múltiples las directrices a seguir y las pautas de conseguir obtener un buen sueño y que además nos reponga para todo el día y estemos en un estado de alerta, aunque perteneciendo a una cultura occidental como puede ser la española, las costumbres de vida en ocasiones no nos consiente llevar a cabo esta serie de pautas y hábitos, pero no nos tenemos que empeñar en cumplirlas todas, sino mucho mejor en las que a cada persona le venga mejor en lo relativo al descanso nocturno, porque nadie se conoce más a sí mismo que la propia persona para conocer lo que debe hacer o evitar y sobre todo lo que a cada persona le perjudica o le es beneficioso

6 Bibliografía

1. Medina Cordero A., Feria Lorenzo D.J., Oscoz Muñoa G.. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Oct [citado 2022 Mayo 11]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.
2. Masalán A M. Patricia, Sequeida y Julia, Ortiz C Marcela. Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos: Education and Behavioral Approach Programs. *Rev. chil. pediatra* [Internet]. 2013 Oct [citado 2022 Mayo 11] ; 84(5): 554-564. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000500012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000500012>.
3. <https://www.semal.org/es/prensa-tv/la-importancia-de-dormir-parapresentar-un-buen-estado-de-salud-y-bienestar-emocional>.
4. <https://psicopedia.org/2748/higiene-del-sueno-12-pautas-para-un-suenoreparador/>.

Capítulo 582

LA FUNCIÓN AUXILIAR DEL CELADOR EN LOS ASEOS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

VÍCTOR GUILLÉN SORIA

CARMEN CERVILLA ROLDÁN

MARIO LÓPEZ LÓPEZ

FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ AUÑÓN

ISABEL MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

Una de las funciones principales del celador es la función de auxiliar en los aseos a los pacientes que estén dentro de las instituciones sanitarias, resaltar también que lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados, o que no puedan realizarlo por sí mismos. Todo esto siempre atendiendo a las indicaciones de los supervisores de planta o personas que los sustituyan.

La higiene adecuada de los pacientes es una suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades, con una buena higiene personal evitaremos el agravamiento de la enfermedad.

Esta labor la realizará el celador, generalmente acompañado de una auxiliar y según la gravedad del paciente también de una enfermera.

Por eso es muy importante que el celador conozca los tipos de aseos y la forma de realizarlos.

Durante este estudio resaltaremos la importancia del celador en estas funciones, ya que sin un aseo adecuado del paciente se puede agravar la enfermedad, además de tener en cuenta también la dignidad e intimidad del paciente cuando se le realizan los aseos

Por último, todo esto lo llevará a cabo el celador, siempre con una actitud respetuosa y profesional, dándole al paciente la confianza de que las acciones que se le están llevando a cabo son las correctas.

2 Objetivos

Reconocer las funciones, las funciones auxiliares que tiene el celador en los aseos de los pacientes.

Resaltar la importancia del aseo del paciente para conservar la salud del propio paciente

3 Metodología

Se recoge la información en las bases de datos informatizadas, además también se llevará a cabo una revisión bibliográfica en manuales y protocolos de actuación del celador en las funciones de aseo con los pacientes y por último se revisarán los protocolos de los diferentes tipos de aseos y la forma de realizarlos.

4 Resultados

La función del celador durante los aseos será la de ayudar al auxiliar de enfermería bajo la supervisión de la enfermera.

Con el aseo conseguimos mejorar la calidad de vida del paciente, estimulando la circulación sanguínea, previniendo las lesiones que se puedan producir en la piel mucosa y eliminando las células muertas y suciedad, evitando así el mal olor y disminuyendo la temperatura en caso de fiebre.

Durante el aseo se debe tener en cuenta que la temperatura sea la adecuada, comprobando el agua y evitando las corrientes de aire.

Además para respetar la intimidad del paciente se le aislará tras un biombo y para no irritar su piel si fuera necesario, los jabones utilizados serán neutros.

El aseo generalmente se realizará por la mañana, pero si fuera necesario podrá realizarse en cualquier momento del día. Además este momento también será aprovechado para el cambio de sábanas, y funda de almohada.

En el desempeño de esta función auxiliar, el celador también tendrá que realizar cambios posturales, como viene recogido en el estatuto del personal no sanitario. Ayudarán a las enfermeras o ayudantes de plantas, al movimiento y traslado de enfermos encamados que requieran un trato especial en razón de sus dolencias para hacerle las camas.

Cuando por circunstancias especiales, concurrentes en el enfermo, no pueda este ser movido solo por enfermeras o auxiliares de planta, el celador ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de los excrementos de dicho enfermo.

Normalmente, el celador solo suele realizar la función de ayuda en el aseo a los pacientes que requieren que se les realice el aseo en la cama, esta función se llevará a cabo con la siguiente secuencia:

1. El celador se coloca a un lado de la cama y la TCAE al otro.
2. Se explicará al paciente que se le va a hacer.
3. El celador se lavará las manos y se pondrá guantes, que desechará después de cada aseo.
4. Se colocan los pacientes en la posición adecuada, protegiendo la intimidad del paciente.
5. Se lavará al paciente, y seguidamente se secará la parte del cuerpo lavada.
6. Se cambiará el agua, cuantas veces fuera necesario.
7. Terminado el baño se procederá a vestir al paciente.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en el aseo es, como en la mayoría de las actuaciones, la de auxiliar al personal sanitario. Eso no le inhibe de saber diferenciar los distintos tipos de aseos a realizar a los pacientes y la forma de realizarlos.

Cuanto más formado esté el celador mejor será su actuación para mejorar el bienestar del paciente. La percepción de bienestar que obtiene el paciente con una correcta realización de los aseos no solo puede influir en su opinión durante el trato recibido o de los profesionales que los realizan, sino también en la propia salud del paciente, proporcionándole una pronta recuperación.

6 Bibliografía

Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería .Hospital Universitario reina Sofía

Técnicas auxiliares básicas de enfermería Grau Gil edición 2017.

Auxiliar de enfermería 7 séptima edición edición 2016 Evangelina Pérez

Capítulo 583

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN EL ANALISIS FISICOQUÍMICO DE LOS ALIMENTOS EN EL CONTROL DE CALIDAD

ANA BONILLA JIMENEZ

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

HORTENSIA ROJAS SANCHEZ

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

1 Introducción

El análisis fisicoquímico de los alimentos es un aspecto fundamental que debemos tener en cuenta si queremos asegurar su calidad. En este análisis se incluye la evaluación de múltiples parámetros y permite determinar aspectos tan importantes como el valor nutricional de los alimentos, controlar que los alimentos y las materias primas cumplen los parámetros exigidos por los organismos de salud, así como estudiar las posibles adulteraciones y falsificaciones. Nos permite conocer la composición química de los alimentos, tanto a nivel nutricional (contenido proteico, azúcares, vitaminas, sales minerales, grasas) como a nivel de determinaciones y cuantificaciones de aditivos, sustancias contaminantes (como son los plaguicidas, metales pesados, antibióticos) y también de alérgenos.

Es necesario que los alimentos pasen por este tipo de análisis para asegurar que son aptos para el consumo humano y para asegurar que cumplen con las características y composición que se espera de ellos, es decir, en este análisis se evalúan principalmente los criterios de salubridad e inocuidad y sus características nutritivas.

Dentro de este análisis, podemos incluir cuatro grandes aspectos:

- Análisis de composición y valor nutritivo.
- Análisis de impurezas.
- Detección de fraudes (Aquí podemos encontrar distintos tipos de fraudes que desarrollaremos más adelante).
- Análisis físico.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina, las características y los tipos de análisis fisicoquímico de los alimentos en el control de calidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como hemos dicho previamente, podemos incluir cuatro grandes aspectos dentro del análisis fisicoquímico:

- Análisis de composición y valor nutritivo: analiza la composición química de los alimentos con parámetros como proteínas totales, grasas totales, saturadas y trans, hidratos de carbono, azúcares, fibra alimentaria, cenizas, humedad, colesterol, minerales, vitaminas, alérgenos, contaminantes químicos, etcétera.
- Análisis de impurezas: consiste principalmente en el análisis de los contaminantes físicos, es decir, la detección de impurezas y cuerpos extraños presentes en el alimento.

- **Detección de fraudes:** un fraude es una acción que implica un engaño al consumidor. Podemos encontrar distintos tipos de fraude:
 - **Fraude contra la cantidad:** también se le llama adulteración, y hace referencia a productos que contienen una cantidad (peso o volumen) inferior a la anunciada, como, por ejemplo, en el caso de una leche que ha sido aguada.
 - **Fraude contra la calidad:** consiste en la alteración voluntaria de las características y propiedades de un alimento para simular que es de mejor calidad. Es habitual encontrar en el mercado alimentos altamente procesados que han sido alterados, por ejemplo, por adición de potenciadores del sabor que enmascaran materias primas de inferior calidad.
 - **Fraude contra la pureza:** consiste en la presencia de sustancias que de por sí no deberían encontrarse en el alimento, como restos de pesticidas, plaguicidas o medicamentos veterinarios. En algunas ocasiones, por ejemplo, se recolecta la fruta antes de tiempo para obtener un mayor beneficio económico, a pesar de que aún puede contener restos de pesticidas.
 - **Fraude contra el estado del alimento:** es uno de los fraudes con mayor riesgo, ya que puede afectar a la inocuidad del alimento y, por tanto, a la seguridad del consumidor. Por ejemplo, la modificación de la fecha de consumo preferente de un alimento.
 - **Fraude contra la identidad del alimento:** en ocasiones se le llama falsificación alimentaria, y consiste en engañar en cuanto a la marca, origen u otras propiedades del alimento con la finalidad de venderlo como un producto de mayor calidad. Por ejemplo, hamburguesas etiquetadas como carne de vacuno que contienen carne equina o quesos etiquetados con denominación de origen falsa.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad y la calidad de los alimentos, es uno de los temas que más preocupación genera a nivel público, sobre todo si se refiere al ámbito hospitalario, de ahí la importancia de establecer medidas y sistemas de control de calidad y seguridad de los alimentos; todo ello con el fin de satisfacer las necesidades de los enfermos, adaptándose a su proceso de enfermedad. Los pacientes esperan que los alimentos aportados por el hospital cumplan con las normas básicas de inocuidad y calidad, de ahí la importancia de establecer sistemas de control de alimentos, como una herramienta más de tratamiento en su estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. LOS CONTROLES DE CALIDAD EN EL SECTOR ALIMENTARIO
- Manuel Dorado, director de Aenor Laboratorio (31 de Enero 2014)
<https://www.interempresas.net/Quimica/Articulos/118931-Los-controles-decalidad-en-el-sector-alimentario.html>
2. ANALISIS FISICO - QUIMICO DE ALIMENTOS - Edwin uriel (20 de Mayo 2012) <http://biolifepuno.blogspot.com/2012/05/analisis-fisico-qu>•
Análisis físico: evalúa mediante métodos objetivos ciertos parámetros físicos de los alimentos, como la viscosidad, el color, el peso o el tamaño. imico-dealimentos.htm

Capítulo 584

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA REGLAMENTACIÓN ALIMENTARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

ANA BONILLA JIMENEZ

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

HORTENSIA ROJAS SANCHEZ

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

1 Introducción

La Unión Europea persigue dos objetivos básicos en materia de seguridad alimentaria: por un lado, tratan de proteger la salud y los intereses de los consumidores; y, por otro lado, buscan asegurar un correcto funcionamiento del mercado único existente en todo el territorio de la Unión.

Para ello, se centra en tres líneas básicas de actuación:

- Elaboración de una normativa sobre seguridad de los alimentos, piensos e higiene alimentaria.
- Asesoramiento científico que sirva de base para la toma de decisiones en este ámbito.

- Conseguir una aplicación efectiva de lo anteriormente mencionado.

Con la entrada de España en la Unión Europea en 1986, toda la normativa estatal existente sobre seguridad alimentaria tuvo que ser adaptada a la legislación europea. Es lo que se conoce como periodo de homologación, por el cual se fueron derogando gran parte de las Reglamentaciones Técnico-Sanitarias vinculadas al Código Alimentario Español y se fueron incorporando las directivas comunitarias.

Además, con la firma del Tratado de Maastrich en 1993 y el establecimiento del mercado único europeo, todo esto tuvo una importancia aún mayor. Si existía la libre circulación de alimentos a través de todo el territorio de la Unión, era vital que se implantara legislación orientada a regular tres aspectos básicos para la seguridad alimentaria, los cuales desarrollaremos a continuación

2 Objetivos

Conocer, como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina, cuál es la reglamentación alimentaria en la Unión Europea.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como hemos dicho en la introducción, la regulación respecto a la seguridad alimentaria en la Unión Europea está regulada por tres aspectos básicos que son:

- La creación de una única frontera exterior y creación de Puntos de Inspección Fronterizos (PIF). Cualquier producto alimentario que pretenda entrar en la Unión Europea deberá pasar por un control en estos puntos y, una vez dentro, puede circular libremente por todo el territorio. Por tanto, el control que se lleva a cabo en cualquiera de estos PIF debe ser idéntico y esto se armonizó mediante dos directivas que fueron transpuestas al ordenamiento jurídico español

mediante el Real Decreto 1977/1999.

- Establecimiento de normativas sanitarias de aplicación en todos los países miembros. Todos los alimentos y productos alimentarios producidos en la Unión Europea deben tener el mismo nivel de seguridad, por tanto, es necesario establecer normativas comunes. Estas también fueron transpuestas a nuestro ordenamiento mediante reales decretos, como el Real Decreto 2207/1995, de 28 de diciembre, por el que se establecen las normas de higiene relativas a los productos alimenticios, entre muchos otros.

- Armonizar los controles oficiales que se lleven a cabo por las autoridades sanitarias en todo el territorio. Como en los casos anteriores, se desarrollaron directivas que fueron transpuestas a nuestro ordenamiento mediante reales decretos. En 1996, se produjo un hecho que impulsó un gran cambio en la política de seguridad alimentaria de la Unión Europea: la crisis de las vacas locas.

Tras todo el esfuerzo de los estados por adaptarse a la política europea, este hecho provocó una gran crisis de credibilidad y confianza sobre las instituciones europeas y esto provocó un replanteamiento de toda la legislación sobre seguridad alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

La política de nutrición tiene como objetivo informar al público no a corto plazo sino a largo plazo.

Si bien es cierto que algunos países como Francia y Estados Unidos están tomando acciones más rápidas, como eliminar las galletas y refrescos de las máquinas expendedoras y máquinas expendedoras universitarias, en lugar de reemplazarlas por frutas o alternativas más saludables, y así promover la salud y el buen comer y los hábitos. Sin embargo, todas las medidas se toman al mejorar la salud de la población es un buen reemplazo, incluso si es lento, por supuesto, otras actividades deben desarrollarse a partir de áreas positivas. Aparte de otras, y por lo tanto, encontrar grandes problemas y un gran alcance de acción.

6 Bibliografía

1. SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA UE - Web Oficial de la Unión Europea (2021) https://europa.eu/european-union/topics/food-safety_es
2. LEGISLACIÓN - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2021) http://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/detalle/legislacion_higiene_alimentos.htm

Capítulo 585

EL PINCHE DE COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO: LA DIETA PARA PERSONAS CON DISFAGIA

ANA BONILLA JIMENEZ

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ HERVÁS

HORTENSIA ROJAS SANCHEZ

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

1 Introducción

La capacidad de tragar puede variar en las personas con disfagia, lo que significa que es posible que no estén nutridas e hidratadas de manera óptima, e incluso pueden desnutrirse y deshidratarse. Ocasionalmente, puede haber una violación de seguridad al tragar, lo que puede conducir a complicaciones respiratorias bastante graves. El tratamiento de este síntoma requiere medidas que incluyen un diagnóstico adecuado e intervenciones terapéuticas, incluido el asesoramiento nutricional y la terapia o reeducación de la deglución. ¿Qué es tragar? La deglución es el proceso de transporte de alimentos y líquidos desde la boca hasta el estómago. Este es un proceso fundamental que requiere la integridad de las capacidades físicas y funcionales de las estructuras anatómicas involucradas. Al mismo tiempo, es una operación compleja porque implica la ejecución de una

serie de secuencias motoras voluntarias e involuntarias, que en última instancia están bajo el control del sistema nervioso central. Con esta patología podemos encontrar varios tipos de disfagia:

Disfagia: esta es una afección en la que es difícil mover los alimentos de la boca al esófago debido a la incomodidad o la interrupción del paso. Disfagia esofágica: Sensación de que la comida se pega o se atasca en el fondo de la garganta o en el pecho después de empezar a tragar. Dependiendo de la gravedad de la disfagia, se recomendarán ajustes tanto para alimentos sólidos (variables en volumen, textura, textura) como líquidos (espesantes, mezclas). La recomendación general para pacientes con disfagia es evitar alimentos con las siguientes características: - Doble textura, comida pegajosa, comida resbaladiza, comida aguada al morder, comida que se puede salir, comida fibrosa, comida con piel, grumos, huesos, comida con semillas, comida crujiente y comida seca, dura y seca.

2 Objetivos

Conocer cada uno de los tipos de alimentos que engloban a cada limitación y comprender la importancia del pinche de cocina en este ámbito.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A continuación, describiremos la dieta que debe conocer el ayudante de cocina cuando la recomienda un dietista a un paciente. TIPOS DE DIETA POR TIPO Y MODELO DE DISFAGIA:

El primero puede ser el llamado Turmix. Es una dieta para pacientes con disfagia orofaríngea más severa. La menta se usa en cremas y purés porque solo crea una textura triturada. El motivo de este tipo de dieta es conseguir que en la cantidad que consumimos encontremos los nutrientes que necesitamos para una dieta equilibrada. Otra dieta es la dieta de rehabilitación para tragar. Este tipo de dieta

implica cambiar de una dieta para disfagia más severa (con una textura de referencia completa como se mencionó anteriormente) a una dieta para disfagia leve (entrenamiento de deglución prolongado) o dieta para pacientes hospitalizados sin un trastorno de deglución. Para entender esto, podemos decir que la dieta reformada de una golondrina es similar a una dieta semisólida, donde los alimentos que aparecen en la dieta son alimentos de consistencia casi normal y otros alimentos absolutamente prohibidos se consideran muy peligrosos. . . ¿Para qué tipo de paciente es la siguiente dieta para la disfagia? Deben cumplir dos requisitos:

- Hay disfagia de leve a moderada en la fase orofaríngea. Tener suficientes dientes y la capacidad de masticar los alimentos incluidos en esta dieta. Manipulación de porciones de alimentos.

1 pulgada sin riesgos. La dieta final será la Dieta avanzada de reentrenamiento de la deglución. Con esta dieta difícil de tragar, vamos un paso más allá. Está destinado a pacientes con disfagia leve o líquida en la fase orofaríngea. Podemos pensar en ello como una transición de una textura que reduce la deglución a una textura normal que evita los líquidos. Este tipo de dietas deben evitarse en la siguiente lista de grupos dietéticos y deben ser totalmente controladas por el servicio de cocina del hospital.

- Textura dual: para mezclas líquidas y sólidas como sopa con fideos, verduras, carne o pescado, cereales con leche o muesli, trocitos de yogur, frijoles, plátanos, pan, etc. Alimentos resbaladizos que se esparcen en la boca, como guisantes, arroz, cereales integrales (lentejas, garbanzos), pasta.
- Productos que suelten agua tras un bocado: hablamos de sandías, sandías, naranjas, peras de agua.
- Alimentos que pueden pasar de sólido a líquido en la boca, incluyendo crema o gelatina con poca estabilidad. Alimentos con fibra como piña, lechuga, apio y espárragos.
- productos con piel o escamas, huesos pequeños, tendones y cartílagos; pescado con espinas: alimentos con piel o semillas, como frutas y verduras (mandarinas, uvas, tomates, guisantes, soja).
- Alimentos crujientes y secos o productos que se deshacen en la boca: tostadas y galletas, bizcochos, patatas fritas y productos similares.
- Productos secos y duros como pan de cereales, frutos secos, etc.

5 Discusión-Conclusión

Hemos demostrado en los apartados anteriores la importancia de las diferentes dietas y alimentos que encontramos en los pacientes que padecen la patología de la disfagia. Estos alimentos tienen que ser conocidos y controlados a la perfección por el pinche de cocina hospitalario, ya que sin esos conocimientos podría

provocar el fallecimiento de algún hospitalizado que posea dicha patología. En este caso, vemos que no solo es importante el conocimiento de los alimentos sólidos, sino que los más peligrosos son los líquidos, los cuales podrán ser espesados mediante espesantes o gelatinas para su correcta deglución sin peligro de broncoaspiración.

No solo hay que prestar atención a la textura de los alimentos, sino también que el plato contenga los suficientes nutrientes para la evolución clínica positiva del paciente.

6 Bibliografía

[https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.ción alimentaria](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.ción_alimentaria)

Capítulo 586

EL CELADOR: PERSONAL DE ALTO RIESGO EN LA INFECCIÓN COVID 19

MARIA CRISTINA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

El 31 de diciembre de 2019, autoridades de la República Popular China, comunicaron, una cifra importante de casos de Neumonía de etiología desconocida en Wuhan, precisando que esté, está causado por una nueva cepa de coronavirus que fue denominado SARS-COV-2. Este coronavirus, causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término de COVID-19.

El virus va en aumento y los casos se van transmitiendo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), dado la elevada tasa de propagación y su gravedad, al darse cuenta de su capacidad de contagio, declaró el brote de SAR-COV-2 en China como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

Las cifras son alarmantes, más de 50.000 contagiados en España son personal sanitario.

Dada la gravedad de la situación la OMS, determina el 11 de marzo 2020 que la COVID-19, se trata de una pandemia internacional, decretándose en España el 14 de marzo el estado de alarma.

Para los celadores de un hospital trabajar en tiempos de COVID, exige un gran esfuerzo de adaptación a los cambios surgidos por la pandemia y en este proceso es relevante atender los aspectos psicosociales y organizativos para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores a corto y medio plazo.

Desde este momento todos los centros sanitarios se han visto obligados a ir modificando sus protocolos de y planes de actuación con el fin de combatir al virus y evitar el riesgo de contagios.

Según datos del Ministerio de Sanidad, un 10% del total de los trabajadores contagiados son celadores.

2 Objetivos

Exponer el papel del celador durante el COVID 19.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión integrada en una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas webs oficiales de las que hemos obtenido una serie de artículos de los cuales hemos recogido información.

4 Resultados

El celador es la primera persona con la que contacta enfermos y familiares al llegar a un centro sanitario, se exige por parte de este un conocimiento de las medidas generales aplicar independientemente de su diagnóstico o presunto estado de infección del paciente.

Como medidas de gestión preventivas generales y de organización están entre otras:

- Higiene de manos, es la medida más eficaz para prevenir la transmisión de microorganismos.
- Adoptar las medidas de higiene al toser o estornudar, cubrirse la boca y nariz con pañuelos desechable o con el codo flexionado.
- Evitar tocarse la boca, los ojos y la nariz.
- Usar la mascarilla adecuada a la actividad que se realiza con el ajuste adecuado de la misma.
- Limitar el tiempo de exposición al virus el mínimo posible.
- Mantener en lo posible la distancia de seguridad de al menos 1,5 metros.
- Se debe disponer de solución hidro-alcohólica en dispensadores al alcance de todo el personal y de la población.

Precauciones estándar por contacto y por gotas serán, entre otras:

- La higiene de manos es la medida principal de prevención y control de la infección. La utilización de guantes no exime de realizar la correcta higiene de manos cuando estos se retiran.
- Guantes, usar siempre que se vaya a tener contacto con sangre, fluidos, secreciones, excreciones y otros materiales potencialmente contaminados.
- Bata, será resistente a líquidos, nunca se reutilizará y sirve para evitar la contaminación de la ropa y de la piel.
- Protección respiratoria, se utilizará la mascarilla quirúrgica, FP2 o FP3, comprobar que estén ajustadas y no sale aire por las zonas laterales.
- Protección ocular, en caso de que se generen aerosoles, se utiliza protección ocular ajustada o protector facial completo.

Los EPI, deben quitarse y desecharse antes de abandonar el recinto donde se encuentra el paciente.

- Toda la ropa y calzado de trabajo, una vez terminado el trabajo, la ropa de introduce en una bolsa para gestionarse su lavado y desinfección.

5 Discusión-Conclusión

Para acabar con esta pandemia la mejor forma es evitar el contagio y para eso es importante seguir todas las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

Por otra parte, la justificación de la formación por parte del servicio de Medicina Preventiva de todo el personal habitual y de nueva incorporación sobre las medidas de prevención e higiene y sobre la utilización de equipos de protección individual, así como los programas de seguridad del paciente.

El Plan de respuesta temprana ha sido creado por el Ministerio de Sanidad, el cual contempla un apartado de Formación del Personal, dando máxima importancia a la necesidad de capacitar a todo el personal del entorno sanitario, de todos los conocimientos y herramientas sobre protocolos de actuación para hacer frente a la COVID 19.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de la Seguridad y Salud en el trabajo. Prevención de Riesgos Laborales COVID -19.
2. Información científico-técnica sobre el COCID 19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

3. Universidad Complutense de Madrid. Sanicovid19: impacto emocional al frente en el trabajo por la pandemia del COVID 19 en personal sanitario.
4. " Importancia " del celador/a durante la COVID 19. Revista Ocronos Vol.III. N° 7.

Capítulo 587

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS FUNCIONES EN URGENCIAS

JONATAN VICENTE BARROSO

ANTONIA RUIZ PINILLA

MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

1 Introducción

Los Auxiliares Administrativos suponen la primera toma de contacto del paciente con los centros sanitarios, ya sean hospitales o centros de salud, cuando acuden a estos para ser atendidos por urgencia o emergencia. Son los que van a recoger la información necesaria para que se pueda trasladar a los profesionales de la salud y los que van a mantener informado al acompañante.

El servicio de urgencias es un servicio que se considera especial porque los pacientes que acuden ante una urgencia vital, una emergencia, una dolencia etc. Es importante saber que la valoración va en función de la gravedad que tenga el paciente y el riesgo que entraña para su vida.

El personal auxiliar administrativo desempeña un papel importante en el ámbito de las urgencias, la comunicación es esencial para establecer una adecuada relación con el paciente, implementándose de forma eficiente y confiable y que

permita mejorar la calidad en la atención y más aún en la seguridad para el paciente.

El servicio está compuesto por el personal sanitario y el personal no sanitario el cual desempeñan su trabajo lo más rápido posible para atender a cada uno de los pacientes y poder valorarlo y tratarlo para intentar que mejore y enviarlo cuanto antes para su domicilio o hacer un ingreso hospitalario.

2 Objetivos

Conocer las distintas vías por las que se puede acceder al servicio de Urgencias y describir las funciones del auxiliar administrativo en un servicio especial como 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.

4 Resultados

Las principales funciones del auxiliar administrativo a realizar en la atención de urgencias y emergencias son:

- Registrar al paciente, identificándolo de manera inequívoca.
- Coordinar la organización de todo el proceso asistencial.
- Gestionar la documentación clínica, que abarca la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.
- Informar a los familiares y acompañantes.
- Tramitar la documentación relativa a cuestiones judiciales.
- Proteger los datos del paciente, especialmente protegidos, en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre.
- Facilitar la realización de reclamaciones en caso de ser solicitadas.
- Elaborar el informe de alta de urgencias, expedido al final de cada proceso asistencial.

Es muy importante que la información esté bien registrada para evitar riesgo como por ejemplo que si el paciente necesita aislamiento, si queda ingresado, si queda en boxes, en observación, en alta, etc. Después de llevarse a cabo la recepción/admisión del paciente, se lleva a cabo el triaje, que a través de un sistema de clasificación donde se le asignará una prioridad, aquí se distinguen 5 niveles:

- Nivel I- (ROJO): tiene prioridad absoluta y atención inmediata. Son todas aquellas situaciones en las que exista alteración del equilibrio hemodinámico, que requieran resucitación de la función de un órgano.
- Nivel II (NARANJA): estas situaciones son urgentes de riesgo vital, dolor muy intenso o inestabilidad. Son situaciones con riesgo para la vida o la función orgánica. El estado del paciente es serio y debe ser tratado rápidamente.
- Nivel III (AMARILLO): esta situación es urgente, pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas o terapéuticas.
- Nivel IV (VERDE): urgencia menor. Estas situaciones son menos urgentes, sin riesgo vital para el paciente.
- Nivel V (AZUL): situaciones menores o no urgentes, que no requieren ninguna exploración diagnóstica o terapéutica. Permite la espera incluso hasta 4 horas. A veces son problemas clínico-administrativos.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es el personal encargado de organizar, gestionar, programar y planificar una parte de la actividad asistencial, ya que no solo se limita a la gestión de la información, justificantes, papeleo de accidentes, gestión de las citas de revisión después del paso del paciente por el servicio de urgencias, sino también a la gestión para solicitud de camas para ingresos, cambios de UVI a planta, de paritorio a planta, etc.

Las urgencias y emergencias sanitarias requieren de una atención protocolizada y adaptada a cada centro sanitario, que debe ser perfectamente conocida y aplicada en las distintas situaciones que se puedan producir.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
Pubmed

Capítulo 588

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA TARJETA SANITARIA

ANTONIA RUIZ PINILLA

MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

JONATAN VICENTE BARROSO

1 Introducción

El auxiliar administrativo es quien gestiona la tarjeta sanitaria que se realiza en el centro de atención primaria correspondiente al área y el domicilio del paciente y el programa utilizado para la gestión de este es el SIPRES.

La tarjeta sanitaria se define como un documento individual, personal e intransferible, donde la identidad del individuo o usuario está garantizada con una serie de datos personales referentes a él. Con ella se obtiene el derecho a la asistencia sanitaria y el acceso a los servicios de salud de la Comunidad autónoma correspondiente a dicha tarjeta, así como los desplazamientos para el resto de las comunidades autónomas de España. Cada persona debe tener su tarjeta individual sea cual sea su edad. Toda persona tiene derecho a la atención sanitaria necesaria en el caso de pérdida de la salud.

Con esta tarjeta se puede solicitar una cita médica para el médico de familia, pediatra, enfermera o matrona a través de la página web o de la aplicación móvil. Cada usuario de la sanidad cuenta con un número de identificación único además de contar con la tarjeta sanitaria que lo identifica.

Su principal ventaja es que facilita que toda la información sanitaria quede registrada en la historia clínica.

2 Objetivos

Conocer los datos que contienen las tarjetas y los beneficios que conlleva la tarjeta sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cargo 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 asistencia sanitaria se necesita la tarjeta sanitaria individual, esta se tramita en el centro de salud por los auxiliares administrativos. Esta tarjeta sanitaria debe contener los siguientes datos:

- Identidad institucional de la Comunidad Autónoma o entidad que la emite.
- Los rótulos de “Sistema Nacional de Salud de España y “Tarjeta Sanitaria”.
- Código de identificación personal asignado por la administración sanitaria emisora de la tarjeta (CIP-AUT).
- Banda magnética que nos facilita el acceso a los datos cuando se acude a un hospital para recibir atención especializada como en el caso de urgencias.
- Nombre y Apellidos del titular de la tarjeta.
- Código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud (CIP-SNS).
- Código de identificación de la administración sanitaria emisora.
- Número del Documento Nacional de Identidad de su titular, para extranjeros será el número de la Seguridad Social.
- La fecha de caducidad de la tarjeta.

- Una fotografía del titular de la misma (en todas las comunidades no aparecen).
- Rotulado en código braille las iniciales de Tarjeta Sanitaria Individual.

Las personas que necesiten la asistencia sanitaria del Sistema de Salud deben de solicitar la acreditación de este derecho, para ello hay un organismo encargado de éste trámite que es el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Su regulación se encuentra en la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud dentro de su artículo 57.

La Tarjeta Sanitaria tiene una validez de 4 años renovables automáticamente, salvo que las condiciones de aseguramiento hayan variado de situación.

Estas bases de datos serán mantenidas por las Administraciones sanitarias emisoras de la tarjeta sanitaria individual, la información que contiene deberá facilitar la información de la población protegida, su movilidad y el acceso a los servicios sanitarios a los distintos servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

La tarjeta sanitaria es un documento que nos permite acceder al Sistema de Salud para recibir las prestaciones sanitarias, recibir consulta médica, recetas, pruebas médicas, especialistas, etc. En definitiva, realizar trámites relacionados con la historia clínica y médica de cada persona y de forma individual, también nos permite acceder a este sistema desde cualquier población, comunidad e incluso País distinto a la de residencia habitual.

Por tanto, la tarjeta sanitaria individual es un documento de uso personal exclusivo de su titular y su solicitud se realiza en el Centro de Atención Primaria que corresponda a su domicilio, siendo el Auxiliar Administrativo quien se encarga de tramitar la gestión.

6 Bibliografía

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. www.revistamedica.com
 Pubmed

Capítulo 589

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DEPARTAMENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS

ANTONIA RUIZ PINILLA

MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

JUAN MANUEL COLLADO GONZÁLEZ

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS

JONATAN VICENTE BARROSO

1 Introducción

La Administración de Recursos Humanos y de los Hospitales, es un tema verdaderamente bastante complejo, pues este se considera que todos los tipos de profesionales que integran los grupos o los equipo de trabajo, no precisamente por la cantidad de personas que podemos reunir en un centro hospitalario o Clínica, sino de los diferentes profesionales que forman el equipo en cada una de ellas, están suelen tener unas premisas y unos objetivos en la forma de trabajar de manera diferente, ya que depende el tipo de formación que reciben, por eso frente a este tipo de diversidad, los gerentes de los Recursos Humanos, tiene que estar preparados para manejar correctamente el organigrama y por eso deben

de empezar a entender y conocer a los diferentes tipos de profesionales que forman la organización, este tipo de trabajo ayuda a contribuir de alguna forma al entendimiento y en general ayuda a aportar los criterios, que deben tomar para llevar adelante la gestión de personal en instituciones de salud.

El departamento de Recursos Humanos es el que se encarga de la gestión del personal sanitario, así como de elección del capital humano, lo que llamamos personal no sanitario o, más correctamente, de los auxiliares administrativos.

2 Objetivos

Desarrollar las funciones del auxiliar administrativo en el departamento de Recursos Humanos y definir la gestión de los recursos humanos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado revisión bibliográfica y sistemática en los principales artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores de internet, con palabras clave “recursos humanos”.

4 Resultados

Dentro de las funciones que prestan los auxiliares administrativos dentro del departamento de Recursos humanos, nos encontramos las siguientes:

- Brindaran una asistencia en el proceso de reclutamiento:
- Llevaran el seguimiento de los candidatos.
- Ayudaran en todo momento en la selección de los candidatos.
- Publicaran las ofertas de empleo.
- Verificación de los datos aportados por los aspirantes, así como de la formación académica y referencias.
- Recopilación de la información de aspirantes.
- Programación de las entrevistas de trabajo y colaboración en el propio proceso.
- Ayudaran en la administración del departamento:
- Coordinación de los eventos.
- Procesamiento de las nóminas.
- Harán el seguimiento de las vacaciones y de las bajas médicas.
- Participación en la resolución de quejas, reclamaciones.

- Procesaran la información que le servirá de soporte para las diversas funciones del departamento:
- Verificar y registrar la documentación pertinente a las actividades del personal (reclutamiento, capacitación, reclamos y evoluciones de desempeño).
- Recopilación, preparación y actualización de informes y de los documentos que estén vinculados con las actividades del personal.
- Ayudar dentro del departamento en la realización de tareas administrativas diversas, tales como recepción de llamadas y correos electrónicos, redactar y distribuir documentos, programar citas y reuniones, procesar documentación pertinente de quejas, despidos, ausencias del personal, evaluación de informes de desempeño de funciones.
- Colaborar en el proceso de contratación:
- Prepararan los expedientes del nuevo empleado.
- Orientar al nuevo empleado respecto de las dudas que puedan tener.

La gestión de recursos humanos, recoge varios ámbitos dentro del departamento, como son: ámbito de aplicación de los recursos humanos es muy extenso y afecta a toda la organización, porque abarca todas las decisiones y acciones que están implicadas en las relaciones que tienen los empleados entre ellos y en las que mantiene la empresa con ellos.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones fundamentales de los departamentos de recursos humanos, será conseguir, que todos los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, que trabajan en un centro hospitalario o en un centro de salud de Atención Primaria, tengan la suficiente formación y se les motive para desarrollar sus funciones con eficiencia y eficacia.

Existen muchas tareas y funciones que desarrollan los auxiliares administrativos en los departamentos de recursos humanos sanitarios, es de vital importancia tener un equipo de profesionales multidisciplinar, con ella cada uno aportara lo mejor de cada uno en su área de conocimiento, pero siempre con sentimiento de pertenencia al grupo y con las nociones básicas para el funcionamiento interno de la organización sanitaria.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed

- www.scielo.org

Capítulo 590

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DEBER DE LA CONFIDENCIALIDAD 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. Sin embargo, debe desempeñarlas preservando la confidencialidad del paciente.

Interpretamos la privacidad de la atención médica como una garantía de procedimientos adecuados para informar a los usuarios o pacientes. La información y los datos sobre los usuarios o pacientes se pueden utilizar para otros fines solo si el paciente es consciente de este hecho y ha dado su consentimiento explícito para ello.

La confidencialidad es el derecho de un ciudadano y el deber de una organización médica responsable de garantizar la seguridad de los datos contra el uso no autorizado o el acceso injustificado a ellos. Además, la confidencialidad está relacionada con los valores de cada persona, y tienen derecho a poner límites y lo que implica su confidencialidad.

La confidencialidad y la privacidad deben valorarse juntas. Ambos derechos están incluidos en la mayor parte de la Declaración de Derechos tanto a nivel internacional como en la UE y en el estado español.

Es por eso que, es de vital importancia que el auxiliar administrativo respete este principio de confidencialidad, para poder asegurar un trato respetuoso a cualquiera de los atendidos.

2 Objetivos

Los objetivos del presente trabajo serán los siguientes:

1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar un auxiliar administrativo en respuesta al deber de confidencialidad.
2. Establecer coordinación con los diferentes profesionales del centro hospitalario para mejorar la respuesta sanitaria, guardando en secreto las características del paciente.
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

Los principios de confidencialidad que deben respetar los auxiliares administrativos están recogidos en los siguientes apartados legales:

1. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea,
 2. La Constitución española en el artículo 18
 3. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantías de derechos digitales.
 4. Ley 41/2002, de 14 de diciembre, de disposiciones básicas que regulan la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
 5. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.
- Es por todo esto que la confidencialidad es un derecho del paciente y una responsabilidad del sistema de salud, por lo que requiere el compromiso de todos los profesionales. Por un lado, la responsabilidad de los profesionales médicos que están sujetos a sus códigos éticos, por otro lado, la responsabilidad de los profesionales “no médicos” como corresponsables en esta materia, ya que son parte del proceso de tratamiento del paciente (2).

Para acceder a los datos de los pacientes, debemos tener una relación profesional y el acceso debe ser proporcionado a las responsabilidades de los distintos profesionales médicos o "no médicos". En consecuencia, el Asistente del administrador tiene acceso limitado a ciertos datos del paciente y puede tener derecho a acceder a otros datos.

Otra cosa para tener en cuenta es el respeto por la privacidad del usuario o del paciente. Es importante en el campo de la salud, ya que la privacidad incluye los valores más reservados en la vida de las personas. El administrador de atención médica debe tener en cuenta este tema como una prioridad, con la máxima discreción sobre la información disponible para la privacidad de los pacientes.

En particular, debemos tener más cuidado con determinadas poblaciones como los menores, los ancianos, los discapacitados, las personas con enfermedades mentales, los inmigrantes y los actualmente desempleados o sin recursos que necesitan tomar medidas para acceder al sistema. Tanto ellos como sus familias. Sin embargo, nos encontramos con muchas situaciones de riesgo y conflicto en el ámbito de la privacidad e intimidad que debemos tener en cuenta para poder prevenirlas. Estas pueden tener lugar en mostradores, ubicaciones de teléfonos, salas de espera y pasillos, historias clínicas informatizadas, teléfonos móviles y correo electrónico, registros médicos, informes, consultas y resultados de pruebas adicionales, conversaciones durante las pausas para el café, murmullos en el pasillo, etc. Esto está motivado por falta de formación, desmotivación, rotación o reposición de personal (3).

Por lo tanto, para garantizar la confidencialidad y el respeto a la privacidad, es necesario recibir formación y conocimiento de la legislación y normativa vigente. Es conveniente tener espacios separados para la discusión de temas especiales o más específicos como problemas relacionados con la discapacidad temporal en la atención primaria de salud, el proceso de expedición de la tarjeta sanitaria en algunos casos o contactar con centros especializados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del auxiliar administrativo es mucho más importante de lo que muchos profesionales piensan, pero eso no significa que no deba cumplir unas normas de confidencialidad.

Dada la importancia de la confidencialidad y velar por las obligaciones de los Auxiliares

Administrativos en esta materia, se recomienda que, al inicio de su carrera profesional, estén debidamente informados sobre la normativa vigente y su respon-

sabilidad individual de mantener en secreto la información que van a utilizar en su trabajo diario. En algunos casos, este compromiso puede firmarse por escrito, y esto es conveniente.

En el caso de no ser respetada la confidencialidad y, por tanto, vulnerar los derechos del usuario o paciente, puede llevar implícito sanciones administrativas, civiles o penales.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/especialidad/personal-administrativo/page/2/>
2. <https://trabajosinexperiencia.net/funciones-de-un-auxiliar-administrativo-en-unhospital/#Auxiliar-administrativo-en-un-hospital>
3. <https://www.appf.edu.es/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad-descubrecompetencias/>

Capítulo 591

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES COMO RASTREADORES SANITARIOS

NOEMÍ DURO SANCHEZ

PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ

MARGARITA BERMEJO BARRIUSO

MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN

RUFO JUAN JIMÉNEZ

1 Introducción

Las huellas se definen como herramientas esenciales de salud pública para combatir epidemias e infecciones. Gracias al tracking podremos buscar, localizar, documentar y contactar con cualquier persona que pueda haber estado infectada, de ahí el papel clave del auxiliar administrativo hospitalario o el centro médico donde prestamos servicios de detección precoz a las personas afectadas por la infección, por lo que es importante leer el procedimiento de observación dirigida en base a las recomendaciones de la Fundación. Salud mundial y próximos pasos. Este artículo es de centros médicos y por teléfono. Nuestro papel de auxiliar administrativo es fundamental porque la doble función de seguimiento y coordinación con el resto del personal médico que trabaja en el centro facilitará la

supervisión de los reclusos. Una vez activado el protocolo, se pondrán en contacto con cualquier persona conocida como "contactos cercanos" con personas activas. Como se describe en la Estrategia de Detección Temprana, Vigilancia y Control del Departamento de Salud, Covid 19, el contacto cercano generalmente se define como cualquier persona en el mismo lugar que la persona enferma, a más de 2 metros de distancia y a más de 15 minutos. . . Al recopilar datos sobre todos los contactos y hablar con las personas durante el mayor tiempo posible, el equipo de seguimiento recrea un mapa de dónde puede moverse el virus en un momento dado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir los pasos a seguir durante el rastreo en pandemia.

Objetivos secundarios:

- Destacar la capacidad y valor del auxiliar administrativo para las labores de rastreo.
- Exponer la situación del rastreo en otros países.

3 Metodología

Para la elaboración del presente 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, Dialnet y las palabras claves han sido: rastreo, rastreadores contagiados, confinamiento, funciones del personal auxiliar administrativo, Covid-19.

4 Resultados

Es difícil precisar exactamente cómo funcionan las herramientas de seguimiento de la comunidad fuera de línea. Esto se debe a que, de acuerdo con la estrategia delineada por el Ministerio de Salud, la responsabilidad del proceso en curso recae en el público. En consecuencia, la organización del personal, si el estudio es realizado por personal médico o no médico, así como la financiación general, los recursos, las preguntas y la organización del estudio, como hemos dicho, que varía según la región. El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Médicas (CCAES) confirma que no se requiere formación específica para servir de guía.

Supervisión suficiente. Por otro lado, la forma en que se gestiona la información en la comunidad también es diferente entre estas Comunidades Autónomas y otras Comunidades Autónomas, alertando a un determinado grupo de seguidores en cada zona para realizar la vigilancia, digamos anteriormente. No se requieren conocimientos médicos previos, como hacer llamadas telefónicas, cargar datos en la aplicación para PC, preparar informes, monitorear el estado del paciente y más, ya que el soporte administrativo del NHS está acostumbrado a familiarizarse con el sistema y hablar con los pacientes por teléfono e informarles sobre diferentes situaciones. ¿Hay rastreadores en otros países?:

- España no es el único país donde se pueden encontrar asociaciones positivas. El resto del mundo también está involucrado en el comercio o la trazabilidad. En USA En Estados Unidos, por ejemplo, los datos que recibieron los rastreadores en agosto dieron "rayos X" de la situación en cada estado, y había varios miles de ellos de servicio. - Bélgica cuenta con call centers con más de 2.000 localizadores de contactos encargados de informar de posibles contactos, mientras que en Irlanda el ejército coordina la función de seguimiento con el sistema nacional de salud. Alemania, Francia y Gran Bretaña; Toda la UE utiliza rastreadores. - En Asia, Corea del Sur es uno de los países más efectivos en términos de vigilancia, gracias en parte al llamado 'sistema de gestión inteligente Covid-19' que impone controles más estrictos, mientras que China parece haber logrado mitigar la propagación del virus bastante bien también. En Wuhan, el epicentro de la pandemia de Covid-19, el brote está bajo control con 81 seguidores por cada 100.000 habitantes. Es cierto que esta carga de trabajo se puede reducir con fuentes tecnológicas fácilmente disponibles como GPS, Bluetooth o NFC.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias de rastreo son, y han sido, de rutina en países como Estados Unidos en otras epidemias anteriores, han dado resultado y se están poniendo en marcha, no solo con personal del sistema de salud, sino con estudiantes voluntarios para construir un ejército de rastreadores para realizar una tarea enorme dada su extensa población.

Todavía es pronto para evaluar el impacto que tendrá el rastreo en todo el mundo, aunque los ejemplos asiáticos auguran un resultado muy positivo. El papel de los rastreadores y rastreadoras es, por el momento, muy importante para hacer el seguimiento, al igual que la importancia de su formación para realizar a la perfección su trabajo, sin olvidar la responsabilidad última que tiene cada persona para ayudar a frenar la pandemia.

6 Bibliografía

1. <https://www.rtve.es/television/20201016/rastreadores-ante-covid-19-comotrabajan/2045820.shtml>
2. <https://www.formacionalcala.es/>.

Capítulo 592

EL TRABAJO A TURNOS Y LA REPERCUSIÓN SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

NOEMÍ DURO SANCHEZ

PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ

MARGARITA BERMEJO BARRIUSO

MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN

RUFO JUAN JIMÉNEZ

1 Introducción

Los trabajos a turnos son aquellos que se realizan de forma colectiva por distintos grupos continuados de trabajadores, cumpliendo cada grupo una jornada laboral de 8 horas, siendo el total diario de 16 horas o de 24 horas. Según el Estatuto de los Trabajadores, el trabajo a turnos es toda forma de organización del trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o semanas.

La sanidad está activa durante los 365 días del año, las 24 horas, lo que obliga a sus trabajadores a trabajar a turnos, si bien no es todos los puestos, es imprescindible un servicio continuado, en muchos de ellos sí, y no solo es necesario para los médicos y enfermeros, es necesario todo tipo de profesionales. En un hospital se

precisa de atención continua, tanto en las plantas de hospitalización como en el servicio de urgencias. Los auxiliares administrativos también están sometidos a este sistema rotativo de turnos, si bien no es el puesto que más personal tiene en este régimen de trabajo, hay que tener en cuenta que muchos lo están y esto afecta a su vida diaria.

2 Objetivos

Analizar de forma breve cómo afecta la turnicidad al auxiliar administrativo en el sistema sanitario y sus soluciones para llevarlo lo mejor posible

3 Metodología

La metodología empleada para realizar este presente capítulo se basa en una búsqueda bibliográfica sobre artículos publicados en diferentes bases de datos científicas tales como: Cuiden, Medline, Dialnet y Scielo, así como diferentes consultas en el buscador Google Académico. Se establecieron una serie de palabras clave, acordes con el tema llevado a estudio.

De los numerosos resultados obtenidos, finalmente se llevaron a estudio 5 por ajustarse al objetivo propuesto. Todos los resultados llevados a estudio quedan reflejados en la bibliografía del trabajo.

4 Resultados

La turnicidad se ha convertido en parte de un riesgo laboral, conlleva varios peligros para el trabajador, a largo y corto plazo. El trabajo a turnos exige un cambio de ritmos en el cuerpo, mantenerlo activo cuando debería descansar y viceversa. Estos cambios en los periodos de descanso del cuerpo son problemáticos, pueden llevar a una falta de descanso, insomnio, dolor de cabeza, migraña, esto unido a la vida personal y familiar del trabajador hacen que sea complicado para el cuerpo adaptarse a los horarios de forma que no se resientan las horas de descanso. Los horarios familiares son siempre los mismos, la mayoría de la gente tiene un horario fijo de trabajo y por ello se dificulta la conciliación familiar y social con la profesional. Se tiene en cuenta también los cambios en los horarios de las comidas, los trastornos digestivos que ello provoca y las necesidades de controlar concienzudamente lo que se come y cuándo se come.

Se debe de controlar a los trabajadores que trabajan a turnos para evitar que caigan en malos hábitos que puedan repercutir en su salud física y mental, ya que estos problemas pueden llevar a enfermedades graves, además de un bajo rendimiento en el trabajo o absentismo laboral. Los auxiliares administrativos que trabajan en el servicio de urgencias deben de tener una motivación extra a la hora de enfrentarse a los turnos de trabajo y organizar su semana o su mes en base a estos turnos. La organización es la base del éxito en estos casos, poder realizar tareas domésticas, familiares y personales en los diferentes días, aunque no sea siempre a las mismas horas, ayuda a la motivación y a que el ánimo no decaiga en el trabajador, provocando problemas de ansiedad o depresión.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el auxiliar administrativo, si bien no es una categoría que esté muy expuesta a los turnos laborales, debe de tenerse en cuenta que puede pasar y debe de estar preparado para ello en la medida de lo posible. Se le han de dar ciertas pautas y recomendaciones y a ser posible de ha de dar estos puestos a personal joven, por debajo de los 45 años, ya que son puestos con riesgos más altos en personas de elevada edad. Es fundamental la prevención en estos casos y el seguimiento de los trabajadores para que no caigan en rutinas que puedan empeorar los problemas desarrollados a raíz de la turnicidad.

6 Bibliografía

6 Bibliografía

1. Mateu Morey, M. El impacto que causa la turnicidad sobre personal sanitario y la afectación sobre los ritmos circadianos.
 2. Lizarte Castillo, M., Montero Madej, A., Peral Bueno, N., & Postigo Higuera, E. (2012). Efectos de la turnicidad sobre la ansiedad y salud psicológica en profesionales sanitarios de centros hospitalarios.
 3. Velilla, L. G., Pueyo, J. B., Arana, L. A., Rodríguez, P. C., Rollán, P. B., & Alonso, T. A. (2022). Repercusiones de la turnicidad en la toma de decisiones del personal sanitario. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(1), 190.
 4. Díaz-Sampedro, E., López-Maza, R., & González-Puente, M. (2010). Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. *Enfermería clínica*, 20(4), 229-235.
- Jiménez, J. F. la turnicidad y el estrés laboral

Capítulo 593

HIGIENE POSTURAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

NOEMÍ DURO SANCHEZ

PETRONILA HIDALGO RODRÍGUEZ

MARGARITA BERMEJO BARRIUSO

MARIA JOSEFA HERNANDEZ PAGAN

RUFO JUAN JIMÉNEZ

1 Introducción

Parte de nuestro tiempo lo pasamos en la jornada laboral y dependiendo de las tareas que tengamos que realizar adoptamos una postura u otra, lo que hace que tengamos que conocer como cuidar nuestra columna. Forzar posturas inadecuadas desencadenará problemas de espalda.

Hoy en día un porcentaje muy alto de trabajadores, como son los auxiliares administrativos, realizan su trabajo sentado frente al ordenador y realizando llamadas y además necesitando un espacio adecuado para escribir. Eso no siempre es así y por ello nos lleva a realizar posturas inadecuadas que acabamos resintiéndolo físicamente.

Debemos adoptar las medidas que recomiendan los expertos como por ejemplo los fisioterapeutas para evitar los daños producidos por las malas posturas o en el caso de que aparezcan mitigar sus síntomas para mantener nuestra productividad y evitar el absentismo laboral.

Debemos tomar unas medidas especiales respecto al entorno de trabajo, mobiliario, equipos con los que trabajamos para tener una higiene postural sana, así como llevar un estilo de vida adecuado, evitando el sedentarismo que es muy perjudicial, al igual que lo comentado anteriormente.

Realizar descansos cada cierto tiempo tanto físicos como visuales es muy importante para prevenir los daños mencionados, así como un entorno de trabajo agradable sin estrés para evitar estar tensos.

2 Objetivos

- Explicar las posturas adecuadas que debemos adoptar para tener una correcta higiene postural.
- Conocer qué debemos tener en cuenta para que nuestro lugar de trabajo sea apropiado para nuestra espalda.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre 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 higiene postural es un conjunto de normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar lesiones. Su objetivo es aprender una serie de normas y adquirir unos hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades en el trabajo y en la vida diaria.

Existen estas recomendaciones, entre otras:

- Mantener una postura correctamente frente al ordenador.
- Evitar girar el tronco.
- Evitar estar muy estático.
- Hacer relajaciones cada cierto tiempo.

La carga que soporta nuestra columna vertebral en posición sentada es de 145 kg aproximadamente con lo cual después de 8 horas de trabajo de un auxiliar administrativo es bastante lesivo.

Debemos tener en cuenta los siguientes factores:

- Silla de trabajo que nos permita sentarnos correctamente con la espalda apoyada en el respaldo y los pies en el suelo.
- La pantalla del ordenador debe estar frente a nosotros, evitando así tener el cuello girado constantemente.
- El teléfono, la impresora y demás aparatos deben estar a nuestro alcance para evitar posturas que puedan dañarnos la espalda, hombros.

Se debe disponer de un espacio amplio y adecuado para poder escribir sin realizar malas posturas que nos lesionen. Los aparatos como teclado y ratón también deben estar colocados adecuadamente para evitar lesiones en muñecas y dedos. Es muy importante garantizar la ergonomía para nuestro puesto de trabajo, pero además debemos cuidar nuestra higiene postural realizando descansos de 10 minutos a la hora para hacer estiramientos que rompan con la postura mantenida en esa hora de trabajo.

También es esencial el descanso visual, apartando la vista de la pantalla 5 minutos por cada media hora de trabajo. Ajustar el brillo de la pantalla, evitar los reflejos y colocarnos a 50 cm de distancia de ella también nos ayudará.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene postural es agradable para el entorno de trabajo y un diseño ergonómico adecuado de ese entorno de trabajo favorece el desarrollo pleno de nuestras actividades diarias y por tanto de nuestra productividad, evitando daños.

El 50 % de las bajas laborales corresponden a problemas músculo-esqueléticos producidos en su mayoría por las malas posturas adoptadas en nuestro trabajo y en nuestra vida cotidiana. Es la segunda causa crónica.

Debemos adoptar las medidas que nos recomiendan los profesionales de la salud para evitar estos problemas y en el caso de que aparezcan, mitigar sus efectos y que no nos impidan realizar nuestras tareas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.fisiolledo.com.

Capítulo 594

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

LILIANA RONDON MARIN

RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN

ALEJANDRO CHORRO LOPEZ

JOSÉ LUIS ARIAS PERALES

ERNESTO SANCHEZ TELLO

1 Introducción

Los quirófanos son las salas más complejas del recinto hospitalario y cuentan con la tecnología más avanzada, por lo que deben ubicarse en un lugar de fácil acceso. Se comunican claramente con las áreas médicas centrales y los servicios centrales y aliados donde se concentra el acceso inmediato a los recursos técnicos. El quirófono es la sala principal, y la higiene del hospital debe cumplir con los estándares de higiene. Se debe hacer especial énfasis en la prevención en el quirófono, ya que el ambiente hospitalario afectará directamente la infección del paciente. Debemos evitar estos contagios porque hay muchas actividades en los hospitales, como la necesidad de apoyo material complejo, todo el personal, pacientes, equipos, etc. Otro aspecto importante será proporcionar lo más estéril posible para que los especialistas (dispositivos médicos) y los wathers sean completamente respetados por los estándares básicos de la salud personal. Además,

la sala de operaciones previene la contaminación de la herida de higiene. El material de aislamiento bacteriano más grande de ASEG Rando no puede introducirse en los cuerpos extraños (libros, revistas). El quirófano debe tener barreras especiales para aislarlo del resto del hospital y del exterior. También necesita aire acondicionado y aire acondicionado aislado. El acceso al personal externo debe estar prohibido y debidamente señalizado con carteles.

2 Objetivos

Explicar e indicar las funciones que tienen los celadores de los quirófanos de los centros hospitalarios y la importancia que tienen

3 Metodología

Se ha optado por desarrollar una investigación de naturaleza bibliográfica, realizada por medio de una búsqueda y revisión en bases de datos como PubMed, Scilo y Medline.

Se ha realizado la consulta de artículos relacionados con las funciones del celador en el quirófano, utilizando descriptores como: celador, quirófanos, higiene y equipo.

4 Resultados

Es importante explicar la principal responsabilidad de un celador, que es el traslado de los pacientes de su sala y/o habitación, a la sala de operaciones y luego a la sala de recuperación / despertar y viceversa, mientras se ocupa del historial clínico de cada paciente y lo clasifica donde le corresponde. Si se requieren sus servicios, el personal de enfermería debe permanecer en el área preoperatoria durante el procedimiento quirúrgico del paciente. El personal de enfermería trabajará con el anestesiólogo para colocar al paciente en la posición adecuada, primero colocando al paciente para la anestesia y, siguiendo las instrucciones del anestesiólogo, el paciente se colocará correctamente en la mesa de operaciones para el procedimiento. En quirófano se garantizará el cumplimiento de las normas básicas de conducta en cuanto a higiene y esterilidad, con especial cuidado, el uso de ropa de quirófano, uniforme y calzado específico, en caso contrario, además de polainas, gorro de sujeción del cabello y cobertura. Será responsable de vigilar las entradas y salidas, comprobar el estado de la instalación e informar

de posibles desperfectos e infracciones en caso de ser necesario. Enviarán los documentos, análisis y exámenes realizados durante la intervención a laboratorios, bancos de sangre, servicios de disección patológica (biopsias), etc. También ayudará a restringir o movilizar a los pacientes que requieran asistencia cuando lo solicite un médico, enfermera o gerente. Hay que mover todo el equipo y accesorios necesarios para la cirugía en el quirófano, mover equipos de RX, máquinas de ultrasonido, bucles de anestesia, etc. Y en caso de muerte del paciente, el cuidador tiene que transportar al paciente a la morgue. Serán misiones de supervisor, todas de características similares a las anteriores y no debidamente descritas.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos en este capítulo es que la zona quirúrgica es un área separada que lo distingue de otras unidades de atención, y una comprensión detallada de sus estándares y protocolos operativos es esencial para mantener a los pacientes saludables y prevenir la propagación de cualquier infección. Es importante destacar que, dado que el cuidador es el responsable de transportar al paciente desde la habitación hasta el quirófano, sabe cómo brindarle al paciente todo el apoyo y la tranquilidad posibles durante el trayecto. Los cuidadores deben poder trabajar en equipo, ya que esta es un área donde la buena comunicación y la coordinación del equipo son muy importantes.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en quirófano [internet]disponible en <https://revistamedica.com>
2. Higiene en quirófanos [internet]disponible en <https://eternosaludable.com>

Capítulo 595

LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL MOMENTO DEL PARTO EN PLENA PANDEMIA Y LA COLABORACIÓN DEL CELADOR

JOSÉ LUIS ARIAS PERALES

ERNESTO SANCHEZ TELLO

LILIANA RONDON MARIN

RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN

ALEJANDRO CHORRO LOPEZ

1 Introducción

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

Mostrar las diferentes consecuencias que se pueden sufrir en el ámbito obstétrico derivado del COVID-19.

- Revisar las recomendaciones que aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado.

3 Metodología

Se ha optado por desarrollar una investigación de naturaleza bibliográfica, realizada por medio de una búsqueda y revisión en bases de datos PubMed, Scielo, Medline. Consulta de artículos relacionados con la atención a los pacientes terminales, fallecidos y sus respectivas familias.

Se han utilizado descriptores como: celador, paciente o enfermo terminal, cuidados paliativos, fallecimiento.

4 Resultados

Recomendaciones, para el sanitario de atención médica y no sanitarios, durante el parto:

Las recomendaciones siguientes se aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado:

- La madre infectada debe ser ingresada en una sala de aislamiento con presión negativa en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Todos los proveedores de atención médica hospitalaria deben tener máscara de gas, pantalla protectora facial, gafas, guantes quirúrgicos y bata para atender casos confirmados de COVID-19.
- Se debe informar a las mujeres para que utilicen el transporte privado en lugar del transporte público y, si se requiere una ambulancia, la madre debe estar en cuarentena por posible COVID-19.
- Las mujeres deben ser conscientes de que se debe alertar a una partera a su asistencia antes de ingresar al hospital.
- Las mujeres deben usar una mascarilla quirúrgica adecuada y no deben quitarse hasta que la mujer esté aislada en una habitación adecuada.
- Las mujeres deben ser guiadas directamente a una sala de aislamiento, solo el personal esencial debe ingresar a la sala y las visitas deben mantenerse al mínimo.
- Todas las habitaciones de la madre que se utilicen deberán lavarse después de su uso según las directrices de esterilización del hospital.
- Los proveedores de atención médica deben notificar de inmediato al personal de control de infecciones en sus unidades sobre la futura madre que ha confirmado COVID-19.
- Los proveedores de atención médica deben asegurarse de que la madre pueda cumplir los requisitos de control de infecciones.
- Los proveedores de obstetricia deben obtener un historial de viajes detallado de todos los pacientes y definitivamente deben preguntar sobre los viajes en los últimos 14 días a áreas comunes de COVID-19.
- Para la recolección de muestras con torunda nasofaríngea de COVID-19, todos los sanitarios deben usar un respirador purificador de aire motorizado.
- Se recomienda ejercicio para reducir la ansiedad, la depresión y el estado de ánimo negativo durante este brote de enfermedad para los sanitarios con la cuarentena prolongada.
- Es obligatorio para todos los profesionales sanitarios que la autoprotección, el autocuidado y la higiene de las manos sean importantes.
- La unidad obstétrica debe estar equipada con instrumentos reutilizables y lavables a máquina que puedan desinfectarse fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario priorizar la mejora de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, así como la educación, el apoyo y la capacitación de los proveedores de atención médica en el control de la epidemia de infecciones. Todos los países involucrados con la epidemia del virus deben publicar sus datos de investigación y recomendaciones clínicas como base para la atención futura hasta que las pautas evolucionen a medida que se disponga de más datos y se acumule experiencia. Compartir datos puede ayudar a los países que probablemente se verán afectados por la epidemia del virus en el futuro a prevenir las complicaciones maternas y neonatales asociadas con el COVID-19.

6 Bibliografía

1. Rasmussen SA , Smulian JC , Lednický JA y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y embarazo: lo que los obstetras deben saber . Soy J Obstet Gynecol. 2020; 222 (5): 415 - 426
2. Yang H , Wang C , Poon L . Infección por nuevo coronavirus y embarazo . Ultrasonido Obstet Gynecol. 2020 ; 55 (4): 435 – 437.
3. Liu Y , Chen H , Tang K y col. Manifestaciones clínicas y resultado de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo . J Infect. 2020; pii: S0163-4453 (20) 30109-2. DOI: 10.1016 / j.jinf.2020.02.028
4. (RCOG) RCoOaG. Infección por coronavirus (COVID-19) en el embarazo, información para profesionales de la salud; 2020.
5. Liu W , Wang Q , Zhang Q y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) durante el embarazo: una serie de casos. 2020 . 202002.0373.v1.
6. Schwartz DA , Graham AL . Posibles resultados maternos e infantiles del coronavirus (Wuhan) 2019-nCoV que infecta a mujeres embarazadas: lecciones del SARS, MERS y otras infecciones por coronavirus humano . Virus. 2020 ; 12 (2): 194.
7. La L . Comprensiones emergentes de 2019-nCoV . Lancet (Londres, Inglaterra). 2020 ; 395 (10221): 311.
8. Chua MSQ , Lee JCS , Sulaiman S , et al. Desde la vanguardia de COVID-19: qué tan preparados estamos como obstetras: un comentario . BJOG. 2020. DOI: 10.1111 / 1471-0528.16192

Capítulo 596

EL CELADOR Y SU PROCESO CON UN PACIENTES CON PROBLEMAS DE CORAZÓN Y SUS CUIDADOS

JOSÉ LUIS ARIAS PERALES

ERNESTO SANCHEZ TELLO

LILIANA RONDON MARIN

RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN

ALEJANDRO CHORRO LOPEZ

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 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 brazaletes, 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 597

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL TRASLADO DE LAS DIFERENTES CLASES DE DOCUMENTOS

HUGO RABOSO ORTIZ

JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA

FELIPE ALTOZANO PEREZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

PILAR SERRANO ORTIZ

1 Introducción

En las instituciones sanitarias se generan una gran variedad y cantidad de documentación, unas se digitalizan, por el servicio de digitalización, y otras se comparten físicamente entre los distintos servicios y unidades del centro sanitario, ya sea un centro hospitalario o un centro de atención primaria, hasta su destrucción o reciclaje.

Entre las primeras, es decir, la documentación que se digitaliza se encuentran las historias clínicas de los pacientes, pero al mismo tiempo, se conservan en soporte físico durante un período de quince años desde que fallece el paciente o dos años, desde la última anotación, si los datos son irrelevantes. Esta labor la realiza el servicio de archivos del centro hospitalario.

Pero además existen una gran variedad de informes, correspondencia, volantes, programación de agendas, relación de guardias, peticiones, etc., que son de uso cotidiano y que los especialistas médicos consultan y demandan en todo proceso asistencial del paciente. Estos documentos, sí son destruidos, una vez que se han incorporado a la historia clínica o han dejado de ser útiles para la necesidad que fueron creados.

Y todo el traslado de esta documentación es función del celador, como se enuncia en el artículo 14.2, del Estatuto de Personal no Sanitario, “los celadores conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, correspondencia y objetos que se le encomienden por sus superiores”.

2 Objetivos

- Conocer los documentos que se generan en las instituciones sanitarias.
- Describir las actuaciones que el celador realiza según el tipo de documentación asignada.

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 web gráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Para comenzar con el desarrollo del capítulo se va a diferenciar entre documentos generados en un centro hospitalario y documentos generados en un centro de salud de atención primaria, aunque habrá documentación que sea la misma en ambos centros, otras solo se originan en alguno de ellos.

- Funciones de traslado de documentación por el celador en un centro de salud de atención primaria.

En un centro de salud se genera gran variedad de documentación y correspondencia. Además de las incidencias continuas que se producen en las agendas diarias de los médicos de familia, la correspondencia, su ordenación, clasificación y

reparto, que llega al centro, es labor del celador, que la trasladará a las diferentes consultas una vez recibida.

Las desprogramaciones de agendas y el reparto de pacientes genera unos documentos que el celador deberá colocar en las puertas de las consultas desprogramadas, orientando a los pacientes citados, hacia las otras consultas que se harán cargo de asistencia de estos pacientes.

Listados de vacunas, listados de analíticas, listados de consultas de enfermería, son documentos que el celador del centro de salud tiene que repartir con la mayor diligencia posible, colocándolos en lugar visible y accesible para los usuarios del centro.

También existe en el centro de salud una sala donde están las historias de los pacientes, ordenadas, o bien, por especialidad, pediatría, médicos de familia, o, ordenadas alfabéticamente, para uso corriente de los facultativos, y que el celador trasladará a la consulta demandante, una vez se le haya solicitado por el personal sanitario.

-Funciones de traslado de documentación por el celador en un centro hospitalario. Un centro hospitalario genera un gran volumen de documentación, desde informes, peticiones, pedidos, consultas, etc., no se va a entrar en el traslado de las historias clínicas de los pacientes, porque el tema daría para la redacción de otro capítulo.

El celador trasladará, siempre con la mayor diligencia posible, todos los informes derivados de pruebas diagnósticas, como puedan ser resonancias, TAC, colonoscopias, histeroscopias, etc., al servicio o consulta peticionaria, siempre preservando la intimidad de los nombres de los pacientes y el tipo de prueba, es decir, que no debe abrir nunca un sobre de estos informes.

Las secretarías de planta, de quirófanos, de todas las especialidades generan del mismo modo, mucha documentación, que una vez adjuntados a la historia clínica del paciente, tienen que destruirse. El celador portará esta documentación a la zona de la trituradora para su posterior destrucción y reciclaje.

El celador de puerta se encarga de recepcionar toda la correspondencia que llega al hospital, clasificando las distintas unidades receptoras y realizando el traslado o reparto con la mayor diligencia posible.

5 Discusión-Conclusión

Según se ha descrito a lo largo del capítulo se aprecia que en las funciones de traslado de documentación en cualquier tipo de institución sanitaria, el celador con su correcto trabajo contribuye a la fluidez y perfecto funcionamiento de la

misma, siendo un esfuerzo más del personal de gestión y servicios, para mejorar la calidad de los centros y de los pacientes.

Es responsabilidad del celador la colocación, ubicación y situación de manera correcta de toda la documentación que traslada, evitando con su acción la pérdida de datos administrativos, sanitarios o de cualquier otra índole que supusiera un perjuicio para la propia institución o para los pacientes.

El traslado de cualquier documento, el celador, lo realizará, siempre, siguiendo las instrucciones e indicaciones del personal sanitario o de cualquier superior, exactamente a la unidad o servicio indicado.

6 Bibliografía

1. El celador en el traslado de la documentación sanitaria. Disponible en <https://revistamedica.com>
2. Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, según la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971.
3. El celador en el traslado de documentos. Disponible en <https://congresosicepa.com>

Capítulo 598

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN INFORMACIÓN DE LA PUERTA PRINCIPAL DEL CENTRO HOSPITALARIO

HUGO RABOSO ORTIZ

JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA

FELIPE ALTOZANO PEREZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

PILAR SERRANO ORTIZ

1 Introducción

Cuando se visita un hospital por la puerta principal del mismo, lo primero que se divisa es el mostrador de información. En este puesto estructural de la institución sanitaria se encuentra desarrollando sus funciones propias, un celador, denominado, de puerta y también en muchas ocasiones de información.

No hay que olvidar el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones de la Seguridad Social, que en su artículo 14, define las funciones propias de los celadores, y entre ellas la función de información sobre todas las dependencias y actuaciones del centro sanitario.

El celador de la puerta principal vigila el acceso de la misma de pacientes, acompañantes y familiares de los mismos, así como de toda persona, que por un motivo

u otro tenga la necesidad de acceder al centro sanitario, por lo tanto, se podría decir, que la primera persona que se encuentra el usuario es el celador destinado en puerta.

El mostrador de información está equipado con un equipo de megafonía para casos concretos de localización o búsqueda de cualquier persona, de una centralita telefónica con todas las extensiones del hospital, y en tiempo de pandemia del SARS-COV2, se le ha dotado de una mampara protectora.

Las funciones del celador de la puerta principal son muchas y variopintas, como se van a describir a lo largo de la realización de este capítulo.

2 Objetivos

- Describir las funciones que desarrolla el celador en la puerta principal del hospital.
- Clasificar las funciones que desempeña el celador en la puerta principal.

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 web gráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

En las funciones que realiza el celador de puerta se pueden diferenciar tres tipos:

-Funciones de información. La información que el celador tiene permitida dar está relacionada con la ubicación de los diferentes servicios, consultas y demás prestaciones que ofrezca el hospital. Nunca deberá ofrecer información de nombres de pacientes o número de habitación que ocupa, se limitará a indicar la unidad hospitalaria donde se encuentre ingresado. Debido a la Ley de Protección de Datos, la información deberá ser lo más reservada posible y nunca atenderá a demandas sobre estado de salud o el proceso asistencial del paciente, dirigiendo estas consultas al médico o al personal sanitario que se ocupa del mismo.

Dentro de esta variedad también debe clasificar la consiguiente correspondencia, separadas por servicios o unidades, para su posterior reparto por el celador

correspondiente.

-Funciones de vigilancia. El celador es la primera persona que el usuario se encuentra al entrar a un hospital, por lo tanto, el celador de puerta solamente dejara acceder al recinto a las personas autorizadas para ello, como pueden ser familiares, acompañantes, visitantes médicos o agentes de reparto. Dentro de esta función de vigilancia deberá procurar que la entrada principal esté siempre libre de autos particulares y de aglomeraciones personales, dando en caso necesario, aviso al servicio de seguridad del hospital.

-Funciones de colaboración con usuarios que presentan dificultades en la movilización. El celador de puerta debe estar siempre atento a las personas que acceden al hospital, procurando, ofrecer una silla de ruedas o acompañando él mismo, a aquellos usuarios que lo necesitan por su escasa movilidad o su enfermedad. Por lo tanto, siempre tendrá provisto el lugar de sillas de ruedas y de algunas camillas, si fuese necesario, en el caso que el paciente acuda en ambulancia.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en la puerta principal del hospital debe tener unas características comunicativas amplias. Al ser la primera persona con la que los usuarios del centro hospitalario, ya sean pacientes o cualquier otro tipo de persona, se encuentran, debe ser un profesional con unas habilidades sociales que le permitan dar la información que le demandan, respetando la Ley de Protección de Datos. Como profesional del centro hospitalario, y dado el puesto que ocupa, debe saber dónde están situadas todas las ubicaciones del hospital, desde las salas de pruebas, hasta las unidades hospitalarias y debe estar familiarizado con algunos de los términos sanitarios como puedan ser los nombres de ciertas pruebas, para poder ofrecer una información exacta sobre el lugar donde se realizan.

6 Bibliografía

1. Tipos de celadores. Disponible en <https://enfermeria.com>
2. Función del celador de puerta. Disponible en <https://congresoiccpa.com>
3. Funciones del celador en la puerta de información. Disponible en <https://fiostar.com>

Capítulo 599

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR SEGÚN LOS MEDIOS DE TRASLADO DEL PACIENTE

HUGO RABOSO ORTIZ

JOSE MANUEL CASTELLANOS MOTA

FELIPE ALTOZANO PEREZ

BEATRIZ PÉREZ CAMPO

PILAR SERRANO ORTIZ

1 Introducción

Todos los pacientes, o una gran mayoría de los mismos, en algún momento durante su proceso asistencial, necesitan ser trasladados de la unidad de origen, ya sea planta, urgencias, quirófanos, pruebas diagnósticas de algún tipo, a otro tipo de servicios o unidades.

Así el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social según la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971, contempla en su articulado que una de las funciones de los celadores, es, ser el encargado de realizar los traslados y movilización de los pacientes dentro de la institución sanitaria.

Se ha señalado que los motivos para el traslado, siempre por orden facultativa o del personal sanitario, serán dentro del propio hospital para la realización de

algunas de las pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica, pautas y tratamientos, ingresos, etc.

Y para realizar estos traslados, el celador, puede disponer, según las características del paciente, el lugar de origen, el lugar de destino, de una gran variedad de medios físicos, como son la silla de ruedas, la propia cama del paciente, camillas, o incluso a pie, en casos especiales.

La realización de este capítulo va a consistir en describir las acciones que los celadores deben cumplir en los traslados, siguiendo una serie de normas concretas y específicas, según se ha reseñado anteriormente.

2 Objetivos

- Describir las características de los medios físicos que tiene el celador para la realización de los traslados de los pacientes.
- Conocer las pautas y el protocolo para la realización de los traslados en los diversos medios de traslado.

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

El celador como se ha mencionado en la introducción es el encargado, es una de sus funciones, de realizar el traslado del paciente a la unidad o servicio requerido en algún momento de la estancia del paciente en el hospital.

Entre los medios enumerados, el celador puede optar por la elección de los mismos, dependiendo de las condiciones físicas que presenta el paciente o de la unidad o servicio de destino. Estos traslados serán:

- Traslados del paciente a pie. Hay algunas circunstancias que el traslado del paciente se realiza a pie del mismo. Son pocas las ocasiones que se presentan para la realización de esta modalidad de traslado, pero existe. En urgencias después que el paciente pasa triaje de enfermería, el celador, traslada al paciente a una de las

unidades de las urgencias hospitalarias, especialidades, boxes o pediatría, según la edad, y estos traslados, un gran número de ellos se realiza a pie del propio paciente.

El celador de consultas externas, en muchas oportunidades, acompaña a pie, a los pacientes mayores hasta la puerta de la consulta citada, oftalmología, digestivo, cirugía, etc., ya que son personas mayores que se desorientan fácilmente.

En estas labores el celador irá acompañando de cerca al paciente, incluso, puede ofrecer su brazo como apoyo andador.

-Traslados del paciente en sillas de ruedas. El mecanismo de las sillas de ruedas, excepto las adaptadas, es sencillo y común en todas ellas. Constan de unos reposapiés y las perneras, ambos mecanismos pueden bajarse o subirse y abrirse lateralmente para facilitar el acomodo del paciente. Las ruedas constan de frenos, que se acciona con una palanca de movimiento, hacia adelante se frena, hacia atrás se quita el freno.

El celador al realizar los traslados con sillas de ruedas deberá levantar los reposapiés y abrir lateralmente, en caso necesario, las perneras de las mismas, no olvidando nunca frenar ambos mecanismos de las ruedas, para que la silla quede inmovilizada y se evite la caída para atrás del paciente. Estas acciones son comunes, tanto, en la sentada del paciente, como en la incorporación del mismo.

-Traslados del paciente en cama o en camilla. Son los medios más utilizados en los traslados de los pacientes en el hospital, no hay que olvidar, que son pacientes y ello implica que su estado de salud no está al cien por cien y esto ocasiona gran parte de inmovilidad, flojedad y estados de desorientación, que obligan a que se utilicen más veces estos medios de transporte.

Existen muchas variedades de camas, desde las ortopédicas, en unidades hospitalarias como la de traumatología, hasta camas electromecánicas, como en la uci, etc. En todo caso el celador en la utilización de las camas al realizar el traslado deberá tener en cuenta que los sueros, sondas y demás aparatos que lleva el paciente se encuentren a una altura superior del suelo que impida su vaciado o su rotura al contacto con el mismo y empujar la cama por la cabecera (normalmente, extraoficialmente se realiza al revés, se empuja por los pies para poder observar la cara del paciente y su estado en esos momentos),

A la hora de dejar al paciente en la unidad de destino, el celador, debe avisar de su presencia, colocar la cama en los lugares destinados para ello, y no olvidar, si llevara, subir las barandillas de protección, y el enganche del oxígeno, en su caso. El freno por supuesto debe dejarlo echado.

Con las camillas el protocolo es el mismo que con las camas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión del presente capítulo se puede señalar que en los traslados de los pacientes dentro del recinto hospitalario, el celador debe realizarlo con la máxima precaución y cuidado, procurando en todo momento el bienestar y la seguridad del paciente.

Deberá vigilar y dar aviso en caso necesario, que todos los mecanismos, como frenos, barandillas y demás abalorios que componen las sillas de ruedas y las camas o camillas se hallen en perfecto estado de conservación, sobre todo los mecanismos de los frenos y las barandillas, siendo estos los más importantes baluartes de la seguridad del paciente.

Para terminar aconsejar a los celadores que el traslado que se está realizando, es con una persona enferma, el paciente y no con una mercancía que pueda tratarse de cualquier modo.

6 Bibliografía

1. Medios de traslados en el hospital. Disponible en <https://www.enfermeriadeurgencias.com>
2. Traslados hospitalarios internos del paciente. Disponible en <https://yoamoenfermeriablog.com>
3. El celador en el traslado de pacientes en silla de ruedas, cama y camilla. Disponible en <https://revistamedica.com>

Capítulo 600

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN CELADORES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

DIEGO GÓMEZ GARCÍA

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

HÉCTOR PALACIOS BERZOSA

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Burnout se trata de un síndrome psicológico que surge de una exposición crónica a factores estresantes, provocando menores logros personales, un mayor agotamiento mental y despersonalización en el cuidado (1).

El síndrome de burnout es común en profesionales sanitarios debido a las características de su trabajo, existiendo diferencias entre servicios y países. Dependiendo de factores de riesgo como son, la edad, el sexo, personalidad y tener bajo nivel de control y autodeterminación darán lugar a que algunas personas tengan mayor disposición para desarrollar este síndrome (2).

Otros factores que afectan a la aparición del SB es el tipo de servicio donde se desempeña la labor asistencial, los servicios especiales como las unidades de

cuidados intensivos (UCI) o los servicios de urgencias (URG) tienen una serie de características que desencadenan desarrollar un posible SB. Algunas series de características que definen el desempeño en estos servicios son las siguientes: técnicas de enfermería de alta complejidad, carga de trabajo, horas extras debido a la falta de personal, no tener poder de decisión sobre la ejecución y desarrollo de la propia actividad asistencial (3).

Se plantea la pregunta de investigación debido a la importancia y prevalencia que tiene el síndrome de burnout en el desarrollo de las funciones de los profesionales sanitarios. Es importante contar con escalas de valoración objetivas y validadas que sean más conocidas dentro de nuestra profesión para poder ser aplicadas cuando se considere necesario, así se identificara de una manera precoz aquellos profesionales que sufren de SB para dar un correcto tratamiento y abordaje de la situación en ese momento (4).

2 Objetivos

Objetivo general:

Analizar a través de una revisión bibliográfica como afecta el síndrome de Burnout en celadores en el ámbito hospitalario.

Objetivo específico:

- Conocer las causas que precipitan con más frecuencia en el desarrollo del síndrome de burnout.
- Describir como evitar la aparición del síndrome de burnout.

3 Metodología

Este estudio es una revisión bibliográfica, en el cual se ha realizado una búsqueda de información en base a la literatura científica publicada siguiendo una serie de fases, las cuales se desarrollaron de junio a agosto de 2022. Durante la primera de las fases, se elaboró una pesquisa en las bases de datos electrónicas: MEDLINE/PubMed, Dialnet, SCIELO, CINAHL (Cumulated Index of Nursing & Allied Health Literature), CUIDEN y ScienceDirect; en una segunda fase, se llevó a cabo una revisión a través del servicio de catálogos de acceso libre en la Biblioteca online (Opac).

4 Resultados

El psiquiatra Herbert J. Freudenberger describió la patología del síndrome de burnout por primera vez como conclusión a una observación que se llevó a cabo con voluntarios que trabajaban dentro de su clínica en Nueva York (5).

Esto consistió en que los trabajadores tenían que sacrificar su propia salud sin recibir ningún tipo de reconocimiento por su labor, finalmente estos trabajadores desarrollaron una serie de conductas como: agotamiento y estrés hacia los pacientes que atenderían incluso a sus propios compañeros de trabajo, disminuyendo la empatía que mostraron al inicio del experimento (5).

Por tanto, se describe como una patología tridimensional y compartimental que acuña los siguientes términos: Cansancio emocional, relacionado con el agotamiento emocional en relación a los trabajadores de la salud que están en contacto directo e indirecto con los pacientes y sus familiares; Despersonalización, son sentimientos de carácter negativo y se adoptan conductas que pueden ser perjudiciales para los pacientes e incluso los propios compañeros del trabajo; Baja realización personal, debido a que los profesionales tienen una autoestima baja y no realizan su trabajo de una manera eficiente (6).

Las principales causas que lo desarrollan son el conjunto de condiciones físicas, psicológicas y sociales debido a una sobrecarga laboral, debido principalmente a la turnicidad, el trato con pacientes y familiares, también puede desencadenarse por la falta de claridad a la hora de desempeñar competencias o tareas pertinentes. Las situaciones se pueden detectar en cuatro niveles: nivel individual, relaciones interpersonales, nivel organizativo y el entorno social (6).

Las maneras para prevenir la aparición de este síndrome pueden ser varios apoyos, como el apoyo emocional que está relacionado con la preocupación a que el individuo experimenta al proceder de otro individuo o el apoyo evaluativo que se basa en un feedback de las acciones de los profesionales emprendiendo así procesar su efectividad (2).

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout puede prevenirse de varias maneras como disminuyendo la carga asistencial, fijando las acciones y las funciones propias de cada profesional de la salud, así como realizando incentivos económicos y reconocimientos para que el profesional se vea valorado y se sienta autorrealizado con su trabajo.

Cumpliendo así los objetivos propuestos por cada servicio para un correcto funcionamiento del servicio impidiendo también que existan bajas laborales que vean afectadas a la persona en cuestión y al cambio constante de personal en el mismo servicio añadiendo un gasto extraordinario. Así también se dará una asistencia de calidad a todos los pacientes y una atención mejor.

6 Bibliografía

1. Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, R Cañadas G, San Luis-Costas C, Ortega-Campos E, de la Fuente-Solana EI. Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. *Emergencias*. octubre de 2018;30(5):328-31.
2. Butera S, Brasseur N, Filion N, Bruyneel A, Smith P. Prevalence and Associated Factors of Burnout Risk Among Intensive Care and Emergency Nurses Before and During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Belgium. *J Emerg Nurs*. noviembre de 2021;47(6):879-91.
3. Durán Rodríguez R, Gamez Toirac Y, Toirac Sánchez K, Toirac Fuentes J, Toirac Terrero D, Durán Rodríguez R, et al. Síndrome de burnout en enfermería intensiva y su influencia en la seguridad del paciente. *MEDISAN*. abril de 2021;25(2):278-91.
4. Dávila FA, Nevado N. Validación de Burnout screening inventory en personal de formación del área de la salud. *Educación Médica*. 1 de octubre de 2016;17(4):158-63.
5. Seguel F, Valenzuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria*. octubre de 2014;11(4):119-27.
6. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. agosto de 2004;78(4):505-16.

Capítulo 601

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL PACIENTE QUEMADO

DIEGO GÓMEZ GARCÍA

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

HÉCTOR PALACIOS BERZOSA

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Una quemadura es “una lesión en los tejidos del cuerpo, causada por el calor, sustancias químicas, electricidad, el sol o radiación”(1). Entre las causas mas frecuentes de quemaduras encontramos las producidas por líquidos calientes o vapor, las producidas en los incendios o los líquidos y gases inflamables; también otra de las causas frecuentes de quemaduras resalta las producidas por la inhalación de humo o partículas tóxicas (2).

Las quemaduras pueden clasificarse según el daño causado en grados: 1) Primer grado: estas dañan la primera capa externa de la piel, son rojas brillantes y muy dolorosas; 2) Segundo grado: se encuentra dañada la capa externa y además una capa interna debajo de la externa; 3) Tercer grado: dañan todas las capas de la piel e incluso los tejidos, presentan un tono necrosado y no sienten dolor, puesto que está dañada toda la estructura nerviosa de la piel (1).

Las quemaduras dañan al órgano más extenso del cuerpo, la piel, produciéndose numerosos desequilibrios, entre ellos desequilibrios hidroelectrolíticos pudiendo causar incluso la muerte, la deficiencia del potasio es una causa muy frecuente de las arritmias producidas en pacientes quemados. Cuanto mayor es la superficie de quemado, así como la profundidad mayor probabilidad existe de que un paciente entre en un “shock por quemaduras” (3).

Uno de los signos de deshidratación que encontramos en estos pacientes es la producción de orina, ya que al perder las capas de la piel hay un gran riesgo de deshidratación en el paciente, y este es un indicador para saber si hay un aumento de la orina (4).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir las movilizaciones y cuidados de la piel en los pacientes que han sufrido quemaduras y que se encuentran en unidades de hospitalización. Como objetivo específico de este trabajo se plantea analizar los cuidados que obtienen los mejores resultados para restablecer la salud en el paciente quemado.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica en la que se han consultado diferentes bases de datos como: Medline, PubMed o Scielo, para encontrar información acerca del papel del celador en las movilizaciones en los pacientes con quemaduras que se encuentran en las unidades de hospitalización.

4 Resultados

El paciente quemado que se encuentra en las unidades de hospitalización precisa numerosos cuidados, entre ellos su movilización precoz y eficaz para así poder garantizar una supervivencia y la restauración de la superficie cutánea alterada. Es por ello que este proceso debe comenzar desde el momento inicial de la quemadura y puede extenderse meses y años en función de la gravedad de la quemadura (5).

Con las movilizaciones precoces en estos pacientes se evitan una serie de problemas como puede ser las rigideces articulares, evitar el atrofiamiento muscular

y también evitar la aparición de úlceras por presión, cuestión muy importante porque estos pacientes dependiendo del lugar donde hayan sufrido la quemadura, tienen más riesgo de que se formen las UPP debido a la pérdida de las capas de la piel más superficiales (6).

Las actividades a realizar son los movimientos posturales, un correcto posicionamiento en la cama, la movilización pasiva y activa y movilizaciones en quirófano si se precisara con anestesia general o durante las curas con sedación (dependiente de la extensión y gravedad de la quemadura) (7).

Cuando el paciente entra en una fase subaguda los objetivos que se plantean es conseguir un mayor grado de movilidad sobre las articulaciones que se encuentran comprometidas, mediante terapia postural, estiramientos, potenciación muscular etc. (8)

Se han evidenciado estudios que apoyan la conducta con evidencia intermedia en la que se obtienen datos a favor de la terapia postural, en los casos donde se han producido quemaduras axilares publicada por Vehmeyer-Heeman, se observó una menor incidencia de retracción axilar con una terapia postural precoz (9).

Además, es importante señalar que una buena terapia postural en el paciente quemado puede prevenir la pérdida de movimiento articular y aumentar el proceso de cicatrización si no tiene una posición adecuada, además mejora el edema, facilita la alineación de articulaciones comprometidas y evita la aparición de neuropatías (10).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones de este trabajo encontramos que el celador cumple una importante función cuando se trata de realizar cambios posturales así de realizar una buena terapia postural en las primeras fases de las quemaduras en pacientes hospitalizados, ya que hay registros científicos que encuentran evidencias que esta terapia realizada precozmente va a ayudar al paciente a no prolongar su estancia hospitalaria y tener un mayor beneficio en la cicatrización total de las heridas, así como su rehabilitación y adaptación a su vida normal. Es importante resaltar la función que le compete al celador en este momento, puesto que son los que se encargan principalmente de realizar las movilizaciones en estos pacientes con un estado de salud grave.

6 Bibliografía

1. LeMone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. 1. Pearson Educación Madrid; 2009.
2. Robles Mena D. El paciente Quemado: Abordaje Psicológico [B.S. thesis]. 2015.
3. Fernández-Cañamaque JL, Gómez-Martín C, García-Morato R, Holguín-Holgado P. Abordaje de la mano con quemaduras en una unidad de grandes quemados. 2017;43:12.
4. Macías SB, Martínez RV, Jiménez LS, Vicente ML, Cobo IT, Catalán AS. Proceso de atención de enfermería en la fase de rehabilitación de un paciente quemado. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(11):246.
5. Garnica-Escamilla MA, Ramales-Gijón JE, Guzmán-Villalobos D, Marín-Landa ÓM, Alonso-Beltrán JS, Vargas-Torres ES, et al. atrofia muscular y evaluación ecográfica en el paciente quemado. Serie de casos Muscular atrophy and ultrasound evaluation in the burned patient. Case series. Programa Anual de Actividades 2022. 2022;89(1):5-9.
6. Villamar LM. Prevención de úlceras por presión en pacientes geriátricos. Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2018.
7. Revista Brasileira de Queimaduras [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/373/pt-BR/recomendacoes-de-rehabilitacion-en-el-paciente-quemado--revision-de-literatura>
8. Delgado Pareja EE, Huaraca Pimentel R, Santos Villafuerte MC. Efecto del tratamiento fisioterapéutico en pacientes quemados, Cusco, 2022. 2022;
9. Chouza-Insua M, Viñas-Diz S, Patiño Núñez S, Martínez Bustelo S, Molina MC, Amuchástegui O. Fisioterapia en los pacientes quemados: quemaduras, tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados. Physiotherapy in burned patients: burned patients, therapist treatment and related aspects [Internet]. diciembre de 2004 [citado 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/16131>
10. Guerra-Martín MD, Cascales PL, Fernández-Rodríguez V. Intervenciones enfermeras en el abordaje de las quemaduras. Rev Cuba Enf. 2019;35(2):1-13.

Capítulo 602

EL ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON SÍNDROME DE INMOVILIDAD

DIEGO GÓMEZ GARCÍA

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

HÉCTOR PALACIOS BERZOSA

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

ALEJANDRO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los cambios fisiopatológicos que se van produciendo a lo largo de la vida derivan en síndromes geriátricos, fruto del envejecimiento, manifestándose en deterioros funcionales con limitación de la movilidad (1).

Estos cambios afectan al sistema músculo esquelético, disminuyendo la masa y fuerza muscular; al sistema cardiovascular, alteraciones de la frecuencia cardiaca y disminución de la capacidad de contracción del ventrículo izquierdo; el sistema respiratorio hay un cambio en la capacidad pulmonar y por último en el sistema nervioso se produce una alteración en los reflejos y el equilibrio (2).

El síndrome de la inmovilidad (SI) se puede definir como “una forma común de presentación de la enfermedad, originada por cambio fisiopatológico en múlti-

ples sistemas condicionados por el envejecimiento y el desuso, manifestándose como deterioro funcional con limitación de la capacidad de movilización, siendo multifactorial y potencialmente reversible en función de la etiología” (1).

Además, tiene relación con la disminución de calidad de vida, con un mayor riesgo de caídas, incremento de los ingresos hospitalarios, desnutrición y por supuesto la aparición de úlceras por presión. Para su clasificación se pueden dividir en la reducción de la movilidad, pudiendo ser así relativo o absoluto, según la duración, siendo limitado en el tiempo o crónico (permanente), o según aparición, siendo así su aparición aguda o por enfermedad crónica (3).

Con respecto a la epidemiología del SI se estima que la población mayor de 65 años, el 18% no pueden desplazarse de forma independiente necesitando de algún medio de apoyo. Se estima que las personas mayores de 75 años hay una prevalencia de SI del 50% para salir del domicilio. Todo esto agravado en el caso de ingreso hospitalario, los cuales desarrollan una mayor dependencia a AVD. Por último, aproximadamente un 33% de los pacientes ingresados en la unidad geriátrica aguda (UGA) fallece a los 3 meses y el 50% en 12 meses (4).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo se centra en describir como mejorar la calidad de vida en los pacientes geriátricos con SI mediante las movilizaciones.

Como objetivos específicos se ha propuesto: enumerar las técnicas a realizar para las correctas movilizaciones en pacientes con SI.

3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las bases de datos científicos como PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una búsqueda con las siguientes palabras clave en los términos DESH: geriatría, envejecimiento y características de la residencia.

4 Resultados

Cuando nos encontramos a pacientes con un SI avanzada y que son dependientes para la AVD se tienen que realizar unas reglas básicas en los cambios posturales

para favorecer su calidad de vida, es por ello que estas maniobras se tienen que realizar correctamente para prevenir heridas y UPP (5).

Es por ello que las movilizaciones se pueden dividir en grupos como: Movilizaciones en la habitación, para ayudar a levantarse en la cama, cambios posturales en la cama y para incorporarse; en el baño para ayudar a realizarse los autocuidados como bañarse, ducharse o utilizar el WC; así como en cualquier lugar para sentarse en una silla, ayudar a caminar o para entrar y salir de un vehículo (1).

Por eso se enuncian cinco principios postulares los cuales engloban: 1) si el paciente tiene cierta movilidad animar a colaborar en su movilización, con las indicaciones de que flexione las rodillas y separe los pies para conseguir una posición estable; 2) Mantener la espalda recta y emplear los brazos para elevar el peso en lugar de la columna; 3) mantener los brazos cerca del cuerpo para tener todo el peso cerca del cuerpo; 4) evitar giros; 5) ayudar a levantar el peso apoyando la pierna en la cama para levantarlo (6).

Para una correcta movilización se deben de seguir una serie de consejos como pueden ser, colocarse lo mas cerca posible del paciente, avisar al paciente en todo momento de la técnica y movilización a realizar, utilizar ropa que te dé mayor movilidad, utilizar una buena postura para evitar lesiones y mantener sujeto al paciente en todo momento para evitar que se caiga (1).

Además, uno de los aspectos más importantes de las personas que presenta un SI avanzado es evitar la aparición de las úlceras por presión. En primer lugar, se elabora un plan de cuidados que fomente la actividad y movilidad de la persona, y tras esto los cambios posturales hay que realizarlo cada 2 o 3 horas siguiendo un programa de rotación en las posturas, además de emplear colchones antiescaras, cojines y otros dispositivos que ayuden a aliviar la presión (7).

5 Discusión-Conclusión

Una correcta movilización en los pacientes que sean dependientes y carezcan de movilidad evita que la persona tenga más grados de dependencia, así como eludir la aparición de úlceras por presión. Además, una correcta movilización en la cama u ayuda en otros momentos del día que impliquen realizar alguna actividad para la vida diaria, evitarán que se produzcan caídas innecesarias y heridas que deriven en un ingreso hospitalario. Todas estas prácticas están encaminadas a preservar la calidad de vida en personas que presentan ciertas patologías de-

bido a su edad o a su estado físico y psicológicos. Es por ello que para manejar a las personas que presentan un deterioro de la movilidad es mejor realizar una buena prevención.

6 Bibliografía

1. Ledesma Sanjuan MI. Síndrome de inmovilidad en el paciente geriátrico. Intervención fisioterápica. 2018 [citado 10 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/31894>
2. Trastornos de la movilización y la marcha en personas mayores: Aproximación desde la atención primaria de salud (APS) Mobility and gait disorders in older people: Primary Health Care (PHC) approach - Buscar con Google [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=Trastornos+de+la+movilizaci%C3%B3n+y+la+marcha+en+personas+mayores%3A+Aproximaci%C3%B3n+desde+la+atenci%C3%B3n+primaria+de+salud+\(APS\)+Mobility+and+gait+disorders+in+older+people%3A+Primary+Health+Care+\(PHC\)+approach&oq=Trastornos+de+la+movilizaci%C3%B3n+y+la+marcha+en+personas+mayores%3A+Aproximaci%C3%B3n+desde+la+atenci%C3%B3n+primaria+de+salud+\(APS\)+Mobility+and+gait+disorders+in+older+people%3A+Primary+Health+Care+\(PHC\)+approach&aqs=chrome..69i57.283j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Trastornos+de+la+movilizaci%C3%B3n+y+la+marcha+en+personas+mayores%3A+Aproximaci%C3%B3n+desde+la+atenci%C3%B3n+primaria+de+salud+(APS)+Mobility+and+gait+disorders+in+older+people%3A+Primary+Health+Care+(PHC)+approach&oq=Trastornos+de+la+movilizaci%C3%B3n+y+la+marcha+en+personas+mayores%3A+Aproximaci%C3%B3n+desde+la+atenci%C3%B3n+primaria+de+salud+(APS)+Mobility+and+gait+disorders+in+older+people%3A+Primary+Health+Care+(PHC)+approach&aqs=chrome..69i57.283j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
3. Plan de cuidados estandarizado para el cuidador informal del paciente geriátrico crónico dependiente - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/85810?ln=es>
4. Mera Chamorro CE. Evaluación del nivel de riesgo ergonómico presente en el personal asistencial por movilización de pacientes geriátricos en un hospital privado. julio de 2018 [citado 10 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/3075>
5. Villamar LM. Prevención de úlceras por presión en pacientes geriátricos. Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2018.
6. Beaskoa AMU. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Complutense de Madrid; 2016 [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=127938>
7. Rodríguez J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. 2013 [citado 10 de abril de 2019];

Disponible en: <http://dspace.uvic.cat/xmlui/handle/10854/2314>

Capítulo 603

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, FUNCIONES EN LA DIGITALIZACIÓN DE DOCUMENTOS EN ÁMBITO HOSPITALARIO Y DE LA SALUD

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

AZAHARA ALCARAZ HERRERA

TAMARA CALSO VIZCAINO

ELVIRA DE LA CRUZ BARATO

MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO

1 Introducción

El servicio de digitalización tiene como objetivo el mantenimiento y el contacto con la historia clínica, procesarla y gestionar la información documental de los pacientes y del entorno de trabajo.

El auxiliar administrativo, el cual presta sus servicios en el área de digitalización de documentos o historias clínicas, debe tener una titulación específica para la gestión y organización de archivos y para el correcto desarrollo de la disciplina del archivo a nivel digital.

Una falta de sistemas flexibles para encontrar y prevenir la pérdida física de los registros médicos de los pacientes, conlleva a una desorganización para la atención médica, lo que hace que los procesos se lleguen a posponer, esto se debe a

que el promedio de aquellos usuarios, que acuden temprano, son tratados bastante más tarde, lo que provoca una insatisfacción con los usuarios finales.

La actualización y el mantenimiento de la documentación, así como la inclusión de los datos en los sistemas informáticos, harán que se sepa en qué lugar están cada cosa.

La transformación digital en los servicios sanitarios es muy necesaria, ya que es una necesidad que reclama la sociedad, esto hará que se adapten a la nueva realidad. En los sectores sanitarios, no es una excepción, por eso los avances en cuanto a la Salud Digital van mucho más lentos.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la digitalización de los documentos en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en los principales artículos, así como en las bases de datos principales como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

La digitalización de documentos ayuda a mejorar en los accesos de la información, así como a una mejor conservación de estos documentos, posibilidad de consultar un documento desde cualquier lugar, y acceder a una red siempre y cuando se pueda, donde se encuentran estos documentos y hacerlo de una forma más rápida y segura. Con esto se disminuye el coste y traslado de las documentaciones y ayuda reduce el tiempo en la organización de los documentos.

La historia clínica cuenta con muchas dificultades con el tipo formato tradicional que se venía utilizando, porque esta sufre del deterioro con el paso del tiempo o con la posibilidad de una pérdida de las historias clínicas en el formato de papel, estas son guardadas y almacenadas en un solo lugar y en un momento determinado, con unas condiciones, en la cual la presencia de malos, ilegibles e

incompletos de los documentos, dificultan la interpretación del mensaje que se contiene, ya que su destino es ser enviado.

Las funciones de un auxiliar administrativo dentro del servicio de digitalización, son las siguientes:

- Enviarán a las clínicas los expedientes y después de que estos sean utilizados en la atención, devolverlos a la zona de archivo.
- es el encargado de mantener los expedientes clínicos,
- Serán los encargados de la búsqueda de los expedientes clínicos que sean solicitados para la atención de los pacientes.

El auxiliar administrativo es la persona que trabaja y maneja la historia clínica de los pacientes, la historia clínica es un registro ordenado y metódico, en el cual están registrados todos los resultados de aquellas pruebas clínicas que se les realizan a los pacientes, con esto se ayudara a evaluar la salud y dar un diagnóstico correcto, para poder prescribir un tratamiento adecuado a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Un auxiliar administrativo que presta sus servicios en el servicio de digitalización de documentos en centro de salud y un hospital, tiene que realizar diferentes acciones relacionadas con la tecnología. Una de las funciones principales de los auxiliares administrativos son la de digitalizar un expediente clínico de los usuarios, para que estos se puedan encontrar dentro del sistema informático de un hospital. La digitalización de las historias clínicas cuenta con múltiples factores para la gestión de los centros sanitarios. El más representativo que nos encontramos sería la garantía del deber para la conservación de los datos que están incluidos en las historias clínicas, con esto se reduce el espacio físico en las estanterías, da mucha facilidad y rapidez para poder acceder a los datos incluidos en la historia clínica de los pacientes.

6 Bibliografía

- <https://administracion.formacionalcala.es/>
- <https://congresosicepa.com>

Capítulo 604

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE GESTIÓN DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS

JOSÉ PABLO JIMÉNEZ ALAMINOS

AZAHARA ALCARAZ HERRERA

TAMARA CALSO VIZCAINO

ELVIRA DE LA CRUZ BARATO

MARIA PILAR BERMÚDEZ TOLEDO

1 Introducción

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. 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".

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 de 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.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es identificar el trabajo del auxiliar administrativo en la gestión de camas del hospital.

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

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.
- 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 encuentren 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.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo ha de manejar distinta terminología técnica, ser conocedor de los diferentes procedimientos a la hora de asignar una cama.

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.

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.scielo.org
www.revistamedica.com

Capítulo 605

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PAPEL QUE DESEMPEÑA DENTRO DE LA UNIDAD DE CITACIONES EN HOSPITALES Y EN CENTROS DE SALUD

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

1 Introducción

Hoy en día, tanto en los hospitales como en los centros de salud de nuestro país, es fundamental un sistema de gestión de citas, ya que dicha unidad tiene soluciones específicas para el sector sanitario que contemplan desde la llegada de los pacientes al centro hasta su salida del mismo.

Estas unidades de gestión están perfectamente organizadas con los sistemas de turnos, que organizan las colas de espera de forma más fácil, y son las personas que acuden a los centros las que tienen la obligación de controlar ellos mismos quien va detrás de quién. En cuanto a los hospitales se refiere, con la nueva ley de protección de datos, se ha optado por la introducción de pantallas y códigos para que en la llamada al paciente no quede reflejado ningún dato personal del mismo, con lo cual aparece su código de turno en una pantalla, y es cuando debe acceder al mostrador o consulta.

Sin embargo, la presión asistencial que va en aumento día a día, y por consiguiente una masificación en nuestros centros sanitarios y hospitalarios, todo ello aumentado por la falta de tiempo y de personal auxiliar administrativo, han hecho que con frecuencia no se pueda dar una atención de calidad al paciente. Por lo

que, el Sistema de Salud de Castilla La Mancha, ha puesto en marcha un proyecto en el que la existencia de una gestión de citas online tanto para centros de salud como para centros hospitalarios ha hecho obtener una consulta de forma rápida y eficaz.

2 Objetivos

- Brindar una buena atención al paciente, realizando para ello una correcta gestión de citas disponibles.
- Dar información a los pacientes sobre la situación de sus citas.
- Conocer las ventajas del sistema de gestión de citas online.

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 la unidad de gestión de citas, los auxiliares administrativos prestan atención personal y continua a los pacientes, de una forma continuada y permanente, así como integrada e integral. Brindar una buena atención al paciente, requiere una perfecta planificación, meticulosa organización y adecuada gestión de citas, para, en la medida de lo posible, ofrecerle la cita que mejor que adapte a sus necesidades y posibilidades para asistir a dicha cita. Todo ello hará que el paciente quede satisfecho y su asistencia a los centros hospitalarios haya sido agradable. Se le informará del día y la hora que nos aparece en pantalla en primer lugar disponible, y si le viene bien y la acepta, queda asignada a dicho paciente.

Cuando una persona se desplaza a uno de nuestros sistemas sanitarios, espera encontrar a personas que le transmitan confianza, seguridad, y muy importante será que la comunicación sea comprensible para ellos y que sobre todo les miren a los ojos y les sonrían, ya que sienten que la atención está centrada en ellos,

así como respeto por sus motivos personales para la aceptación o no de la cita ofrecida.

Además, el auxiliar administrativo desempeña otra función muy importante, ya que son muchos los pacientes que bien telefónicamente o presencialmente se ponen en contacto con la unidad de gestión de citas de nuestros centros sanitarios para requerir información sobre la situación de sus citas, la cual les será proporcionada, siempre cumpliendo con las normas vigentes de información al paciente.

Las ventajas del sistema de gestión de citas online son las siguientes:

- Evitan larguísimas colas de espera en el mostrador para solicitar una cita o pedir información.
- Reducen las llamadas telefónicas que hacen que los pacientes a atender en el mostrador esperen más tiempo aún, y que los pacientes que llaman tengan que esperar interminablemente a que su llamada sea atendida, o tengan que volver a llamar varias veces para ser atendidos telefónicamente.
- Evitan desplazamientos que a veces provocan una gran insatisfacción del paciente, ya que muchos dependen de otras personas o familiares para desplazarse, así como de autobuses para realizar la ida y vuelta.
- Mejoran la experiencia de los pacientes, ya que pueden gestionar su cita a través de internet, ya sea por un móvil, ordenador o Tablet, y la pueden solicitar ellos o ser solicitada por sus familiares también, sin ocasionar molestias para ninguno de los dos.

Para acceder al sistema de citas online, además de estar el dispositivo conectado a internet, solamente necesitan la tarjeta sanitaria para citas online con el centro de salud o el volante del especialista para citas online del hospital. De esta forma pueden solicitar sus citas, así como modificarlas, anularlas o imprimir las. Un sistema fácil y sencillo que acerca a la población al sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

El papel fundamental del auxiliar administrativo dentro de la unidad de citas en hospitales y en centros de salud, es la de la correcta gestión de citas al paciente con una humanización y una calidad de trato adecuado, para que la relación y comunicación con el profesional sanitario sea agradable, ya que el no anteponer aspectos meramente administrativos, o las prisas debido a la sobrecarga asistencial o a la falta de tiempo o de personal, hace que la prestación de la unidad de citas sea un auténtico servicio orientado al ser humano.

Con los recientes avances informáticos en la asistencia sanitaria, la creciente

tecnificación, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y el control de los costes ha hecho que la creación de un sistema de gestión de citas online sea necesario para la satisfacción y la rápida gestión de citas de los pacientes, ya que no es necesario que los pacientes se desplacen y su espera sea larga por las interminables colas en las unidades de citaciones tanto en los centros de salud como en los centros hospitalarios, sino que con unos pocos pasos los pacientes pueden gestionar sus citas desde casa, lo que hace que sea de gran satisfacción, de una mayor calidad y eficacia para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funcion-administrativo-gestion-citas/>
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005

Capítulo 606

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA PROGRAMACIÓN DE CONSULTA DE ANESTESIA DENTRO DE LA UNIDAD DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

1 Introducción

El Servicio de Anestesiología es imprescindible, está integrado dentro del sistema sanitario hospitalario y comprende una serie de profesionales sanitarios altamente cualificados, que desarrollan una gran variedad de técnicas específicas y altos conocimientos científicos, que hacen que los servicios prestados a los pacientes vayan enfocados a mejorar las condiciones clínicas que pudiesen hacer crecer el riesgo operatorio del paciente o hacer disminuir su recuperación tras una intervención clínica, o a controlar cualquier tipo de dolor, como el dolor posoperatorio o de cualquier otra índole.

Dicho servicio, que es asistencial, también puede ejercer una función investigadora y docente, acogiendo a estudiantes para formarse y realizar con éxito sus estudios de investigación.

La meta primordial del Servicio de Anestesia es el bienestar y la seguridad de los pacientes que vayan a someterse a una intervención quirúrgica, ya que se

encargan de controlar al paciente antes, durante y después de realizar la intervención quirúrgica, utilizando para ello todos los medios necesarios a su alcance para observar y vigilar los signos vitales del paciente.

El auxiliar administrativo desempeña un papel muy importante en la programación de las consultas de anestesia dentro de la unidad de lista de espera quirúrgica, ya que es la persona encargada de gestionar el pre-anestésico de los pacientes que desean intervenir.

2 Objetivos

- Detallar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la programación de las consultas de anestesia para pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica.
- Conocer la coordinación con el resto de unidades y profesionales.

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 principal función del auxiliar administrativo en cuanto a la programación de las consultas de anestesia se refiere, es asignar pacientes en el cuadrante que previamente hay ya diseñado por el mismo auxiliar administrativo en su equipo informático, un documento de Word con las horas de citas para la consulta de anestesia, y es ahí donde se inscribirán los días en los que vaya a haber consultas de anestesia, y donde en cada hueco con su hora, se citará a un paciente que se encuentre incluido en lista de espera quirúrgica y que necesite pasar consulta de anestesia para su posterior intervención. Por lo tanto, se debe de imprimir dicho documento para después rellenarlo.

La siguiente función del auxiliar administrativo, no menos importante, es la de imprimir un listado de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica donde los

pacientes se encuentran NO aptos para la consulta de anestesia, para así poderlos citar por orden de antigüedad (teniendo en cuenta si son preferentes o no), para que pasen la consulta de anestesia y sean aptos para la intervención quirúrgica. Para ello, se hará uso del programa informático utilizado en lista de espera quirúrgica. El listado llevará otros parámetros, como fecha, preferencia, etc.

El ponerse en contacto con el paciente telefónicamente es otra función a desempeñar por el auxiliar administrativo, y a través de dicho contacto se le informará del día y la hora de la consulta de anestesia, reportando todo lo hablado en el programa informático Mambrino XXI, dentro de su historia clínica, y haciendo también la gestión de la cita desde el mismo programa.

Si el paciente no contesta a las llamadas telefónicas, y tampoco se pone en contacto con nosotros por ningún medio, una vez realizadas las llamadas en tres días distintos y a distintas horas, se le dará de baja en lista de espera quirúrgica por el motivo de ilocalizable, y se le enviará una carta a su domicilio, comunicándole su baja. Si dicho paciente se pone en contacto con dicha unidad en el transcurso del plazo de treinta días, y justifica el motivo por el que no contestó a las llamadas, se le anulará la baja y volverá a estar disponible en lista de espera quirúrgica.

Puede ocurrir el caso de que el paciente por cualquier motivo, como que esté estudiando fuera, o que su trabajo no se lo permita en la fecha que se le ha comunicado, o por viaje, o por fallecimiento de un familiar, etc., necesite aplazar la consulta de anestesia, entonces, se le hará un aplazamiento como máximo de tres meses, y a partir de que haya transcurrido dicho plazo se le volverá a llamar. También ocurre que el paciente ha notado una mejoría del proceso, y no quiere intervenir, entonces, se le da de baja en lista de espera quirúrgica, indicando el motivo que nos indique el paciente, y no se le citará para el pre-anestésico, llamando al siguiente paciente por orden de lista.

La coordinación de la consulta de anestesia, es decir, profesionales médicos, auxiliares, etc. con los profesionales no sanitarios, como el auxiliar administrativo, es necesaria y eficaz, ya que para citar el pre-anestésico se necesita el contacto estrecho con la consulta de anestesia, porque hay unos huecos que nos son comunicados que están destinados a revisiones, y que debe conocer el personal administrativo para no citar en esa hora a ningún otro paciente. También está relacionada con la unidad de lista de espera quirúrgica y la unidad de cirugía mayor ambulatoria, por lo que la coordinación para un buen trabajo en equipo se hace necesaria.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de las citas de los usuarios para realizar el pre-anestésico y que pasen consulta de anestesia, los pacientes que están esperando a intervenir y que necesitan ser aptos para anestesia, el procesar los datos en el sistema informático correctamente detallando todo lo comunicado a los pacientes, el contacto con telefónico con los pacientes, y un sinfín de cometidos esenciales más, son las primordiales funciones que realiza un auxiliar administrativo y que son más que importantes y fundamentales en el desarrollo de la programación de la consulta de anestesia.

Finalmente, como en todo buen desarrollo de cualquier unidad hospitalaria, es imprescindible la coordinación con otras unidades y con otros profesionales sanitarios y no sanitarios, que hacen que todo se desarrolle perfectamente, y haya una eficaz atención al paciente y que dicha atención sea de calidad, por lo que se puede decir que, en buena parte el correcto funcionamiento de los hospitales y centros de salud dependen del trabajo de los auxiliares administrativos.

6 Bibliografía

1. <https://www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/profesionales/servicios-quirurgicos/anestesiologia-reanimacion-terapeutica-dolor>
2. <https://www.comunidad.madrid/hospital/ramonycajal/ciudadanos-oferta-asistencial/servicios-quirurgicos/anestesiologia-reanimacion>
3. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>

Capítulo 607

EL CELADOR QUE ESTÁ EN LA PARTE DE FARMACIA Y SUS FUNCIONES

CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

LAURA RODRIGUEZ MORENO

VERONICA DEL RÍO MENGUEZ

ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES

1 Introducción

Hoy en día resulta inconcebible la práctica de la medicina sin la ciencia farmacéutica, pues al pensar en el tratamiento de cualquier enfermedad, lo primero aparece en nuestra imaginación es un fármaco. Cada día en todos los hospitales y centros de salud son manipulados y administrados multitud de fármacos, y todos los ciudadanos disponen en sus casas de un pequeño almacén para analgésicos, antipiréticos, tratamientos crónicos u otros fármacos que pueden requerir su uso con cierta frecuencia. Es innegable que la farmacología ha revolucionado la práctica de la medicina y ha proporcionado avances y tratamientos nuevos los cuales han impactado y mejorado de forma notoria la calidad de vida de miles de pacientes.

La farmacia es la ciencia encargada de la preparación conservación y administración de medicamentos, así como de la investigación y creación de nuevos fármacos. Como ciencia independiente su recorrido es corto, pues nació en el siglo

XIX, a partir de ciencias como la química orgánica e inorgánica, la botánica o la bioquímica.

En cada hospital hay un servicio de farmacia que se encarga del control y la administración de fármacos a los diferentes servicios y pacientes de todo el hospital, así como del ajuste de dosis, y la preparación de fórmulas magistrales.

En el presente texto se narrarán las funciones mediante las cuales el celador contribuye al funcionamiento del servicio de farmacia de cada hospital.

2 Objetivos

- Nombrar las funciones que el celador lleva a cabo en el servicio de farmacia.
- Exponer de forma breve de qué tratan dichas funciones, destacando la labor del celador en el servicio de farmacia.
- Poner en valor la profesión del celador, imprescindible para el correcto funcionamiento del servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como ya se ha visto anteriormente, la farmacia ha contribuido notoriamente en los avances que ha conseguido la medicina moderna. Pero el papel de las farmacias va mucho más lejos de la mera administración de fármacos en nuestro sistema nacional de salud. El farmacéutico ejerce actualmente un papel informativo, asesora al ciudadano sobre el correcto uso y posología adecuada de los medicamentos, y muchas veces acorta listas de espera y reduce la sobrecarga de la urgencia y atención primaria, pues el usuario, en caso de dolencias menores, opta por acudir a la farmacia más cercana, donde el farmacéutico le aconseja un tratamiento y su dolencia se solventa sin que haya sido necesario pedir una cita en su centro de salud.

Asimismo, en cada hospital existe un servicio de farmacia que se encarga de distribuir aquellos medicamentos que por sus características no es posible su dispensación en las farmacias habituales, como citostático, opiáceos, fórmulas magistrales que requieren preparación etc. En este servicio se coordina el trabajo de multitud de profesionales, entre los que se encuentra el celador.

A continuación, se expondrán las funciones que lleva a cabo el celador en el servicio de farmacia.

Podemos dividir el material de farmacia que se maneja en el servicio de farmacia de un hospital en farmacia ligera, constituida por aquella medicación de régimen diario de cada paciente, la cual es unidosis, y por ende, se dispensa en carros de medicación unidosis; y la farmacia pesada, constituida por aquella que supera un determinado volumen o tamaño.

En primer lugar, el celador se encargará de recepcionar la mercancía comprobando que viene en perfecto estado de conservación.

El celador se encarga del transporte de la farmacia pesada por las instalaciones del hospital, desde su recepción en el muelle del hospital, donde ayudará a los camioneros a descargarla al almacén, y su posterior transporte hasta los servicios donde esta pueda ser requerida.

El celador se encargará también del transporte de los carritos de medicación hasta las plantas donde son necesarios.

Si bien la función de la realización de inventario no recae de forma directa sobre el celador, es este quien contribuye en esta labor detectando y comunicando a sus superiores aquellos elementos, paquetes o unidades que pueden faltar en los pedidos.

Una vez recibidos los pedidos, el celador será el encargado de colocar y ordenar el material recibido dentro del almacén acorde a las fechas de caducidad de manera que aquellas unidades con fecha de caducidad más próxima sean las primeras en ser dispensadas.

El celador velará y custodiará la farmacia evitando la entrada a personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto a lo largo del presente trabajo el servicio de farmacia es indispensable en cada hospital, y la farmacia como ciencia ha hecho posible avances innumerables e inmensamente enriquecedores a la práctica de la medicina moderna, que ha supuesto la cura a múltiples enfermedades y el alivio de dolencias crónicas, aportando bienestar y esperanza de vida al ciudadano. Además de far-

macéuticos, en el servicio de farmacia de los hospitales trabajan multitud de profesionales que hacen posible que este cumpla su función de administración de medicamentos a los distintos servicios y secciones del hospital que los requieren. Entre estos profesionales se encuentra el celador, encargado de múltiples funciones relacionadas con el transporte, inventario y ordenamiento del material de farmacia.

6 Bibliografía

1. TEMA 11 CELADORES www.formacurae.es
2. LA FARMACIA. (n.d.). Retrieved July 13, 2022, from www.formacurae.es
3. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 22. Funciones del Celador en la Farmacia y en el Animalario. (n.d.). Retrieved July 13, 2022, from <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funcionesdel-celador-en-la.html>

Capítulo 608

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

LAURA RODRIGUEZ MORENO

VERONICA DEL RÍO MENGUEZ

CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ

ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES

1 Introducción

Actualmente, está vigente el paradigma de la medicina moderna, definida como aquella en la que a partir de avances y descubrimientos científicos se consigue demostrar los beneficios o efectos secundarios de nuevos medicamentos o cualquier tipo de tratamiento médico sobre las personas. Es decir, es aquella medicina en la cual los tratamientos, las decisiones médicas y los protocolos de actuación se realizan siempre bajo el amparo de la ciencia y la evidencia científica.

La medicina moderna no da cabida a creencias mágicas o sucesos inexplicables, lo desconocido desde el punto de vista de la medicina moderna es todo aquello para lo cual aún no tenemos información suficiente, aquello que aún requiere investigación, y nunca será explicado por sucesos místicos o mágicos.

Por todo ello, la práctica de la medicina moderna requiere inevitablemente de la realización de pruebas complementarias, pues requieren demostración objetiva, por ejemplo, de alteraciones en las analíticas o anomalías en una placa de tórax; para así poder focalizar el tratamiento en la dolencia concreta del paciente.

En todos los hospitales de este país se realizan a diario cientos de biopsias, analíticas, colonoscopias, urocultivos, etc., multitud de pruebas complementarias que implican el manejo y manipulación de muestras biológicas, las cuales han de ser tratadas y analizadas correctamente por el personal de laboratorio.

En el presente texto se analizarán las funciones que lleva a cabo el celador en el servicio de laboratorio de cada hospital.

2 Objetivos

- Listar las funciones que el celador lleva a cabo en el laboratorio.
- Exponer de forma breve de qué tratan dichas funciones, destacando la labor del celador en este servicio
- Poner en valor la profesión del celador, imprescindible para el correcto funcionamiento del laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

El laboratorio de cada hospital es un servicio multidisciplinar que realiza pruebas complementarias a todas las especialidades, pues por ejemplo una analítica de sangre está a la orden del día en urgencias, y cualquier especialidad puede solicitarla a diario. Requiere del trabajo de múltiples profesionales, entre ellos, el celador.

A continuación, se explicarán de forma detallada aquellas funciones que recaen sobre el personal del celador con relación al laboratorio.

El celador será el encargado del transporte de muestras desde el lugar donde son extraídas, hasta el laboratorio: llevará las muestras de sangre desde la sala de extracciones hasta el laboratorio de hematología y hemoterapia, llevará las biopsias desde la sala de endoscopias hasta el laboratorio de anatomía patológica. Los urocultivos, hemocultivos y otros tipos de muestras para la realización de cultivos los transportará hasta el laboratorio, las biopsias intraoperatorias hasta el servicio de anatomía patológica, etc.

Resulta de vital importancia destacar que la mayoría de ocasiones es crucial que el transporte al laboratorio se realice en el menor tiempo posible para evitar la degradación del material biológico y así se pueda procesar correctamente y realizarse un diagnóstico correcto sin artefactos. Por ejemplo, la sangre se coagula si no se lleva al laboratorio con prontitud, o una biopsia puede degradarse por el mismo motivo. En esta misma línea, hay que recordar que el celador portará consigo un dispositivo buscapersonas en todo momento para así estar localizable cuando se necesite, y si se le llamase para la realización de una biopsia intraoperatoria, esta tarea tiene prioridad sobre todas las demás y el celador deberá acudir con prontitud para recoger la muestra y llevarla al servicio de anatomía patológica.

Así mismo, será el celador el encargado del transporte de material quirúrgico, mobiliario, etc. hasta los lugares donde sea necesario su transporte: llevará el instrumental de endoscopias, las lentes de otorrino, el material de broncoscopias, como lo son los tubos endotraqueales y broncoscopios hasta las salas de esterilización correspondiente, y, una vez hayan sido esterilizados correctamente, será el celador el encargado de llevarlos de nuevo hasta sus respectivos lugares para que puedan volver a ser utilizados.

El celador también portará toda la documentación relacionada con las pruebas complementarias que son competencia del servicio de laboratorio, llevando los informes de biopsias a la secretaría de anatomía patológica, historial clínico de los pacientes, peticiones de pruebas al laboratorio, etc. Transportará las facturas y otros documentos a la secretaría de dirección.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido observar a lo largo de este texto, el laboratorio constituye un servicio sumamente complejo que obliga y necesita del trabajo coordinado y jerarquizado de una gran variedad de profesionales, personal de laboratorio, auxiliares de laboratorio, anatomopatólogos, auxiliar de anatomía patológica, así como celadores, personal de mantenimiento, personal de limpieza y administra-

tivo, etc.

La función del celador resulta esencial para el correcto funcionamiento de este servicio, pues sobre él recae todas las tareas de logísticas que permiten un funcionamiento fluido del servicio, como lo es el transporte de muestras desde los lugares en los que son recogidas hasta el laboratorio correspondiente, o el transporte de documentación y material médico necesarios para que estas se puedan llevar a cabo.

6 Bibliografía

1. Anónimo. enfermería.top. Recuperado el 19 de Septiembre de 2021, de enfermería.top: <https://enfermeria.top/apuntes/celador/tipos-deceladores>
2. Sonsoles. (26 de Octubre de 2017). celadoresonline. Recuperado el 19 de 09 de 2021, de celadoresonline: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/elceladorfunciones-generales.htm>

Capítulo 609

CELADOR EN REPROGRAFÍA EN LOS ENVÍOS POSTALES

LAURA RODRIGUEZ MORENO

VERONICA DEL RÍO MENGUEZ

CEFERINO MARTÍNEZ RUIZ

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

ENRIQUE DACUÑA MARTIN DE VIDALES

1 Introducción

Para la realización de este capítulo y con el objetivo de aclarar algunos términos relacionados con la temática a desarrollar, nos ayudaremos del manual de celador de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana. (Edición 2017-2018). Dicho manual definen los siguientes términos:

Aviso de recibo lo define como “Forma de conocer cuando y quien recibió el envío que remitimos. Teniendo constancia de la entrega”.

Reembolso es definido como “Una gestión de cobro a distancia sencilla y segura en la que la entrega del envío al destinatario se realiza previa abono del importe”. Estos documentos van identificados con un código de barras.

Acuse de recibo es definido como “Forma de tener constancia de la confirmación de la entrega al remitir un servicio telegráfico”. De esta manera se conocerá a la persona que recepcionó el envío, la fecha y la hora.

El término Certificación es definido como “Servicio mediante el cual se tiene constancia para los fines que sean necesarios”.

Por otro lado, giro postal lo definen como “Servicio que permite el envío de dinero a cualquier parte del mundo.

Y por último, el término Western Unión lo definen como “Servicio de envío de dinero en minutos por transferencia electrónica a más de 190 países”. Dicho envío puede ser recogido en diferentes tipos de oficina.

2 Objetivos

Describir una serie de conceptos y términos a tener en cuenta por parte del celador respecto a los envíos postales en el servicio de reprografía.

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, reprografía, envíos, postales.

4 Resultados

El celador cuyas funciones deban ser realizadas en el servicio de reprografía, deberá encargarse de enviar toda la documentación relativa a las citaciones para las consultas médicas o consultas de enfermería, relativa a los proyectos de medicina preventiva.

Estos envíos postales (envío con destinatario) serán realizados a través de diferentes elementos que pasaremos a detallar a continuación.

- Carta. Medio por el cual se envía un documento en un sobre cerrado, y del cual no tenemos información, ya que esta no se encuentra indiciada y tampoco podremos conocerla.
- Tarjeta postal. Elemento de cartulina con forma rectangular. Su contenido aparece descubierto, siendo en la mayoría de los casos, un documento con mensajes personales y del momento.

- Paquetes postales. Todos aquellos envíos los cuales contengan algún tipo de objeto, carta o sobre y cuyo envío no se encuentre prohibido, siendo necesario reunir una serie de características para ser admitido en la oficina postal.
- Publicidad directa. Aquel documento cuya finalidad es publicitaria, con un destino hacia la promoción, venta de bienes o con la publicación de unos determinados servicios.
- Libros. Toda publicación editada por una editorial. Estos libros pueden estar encuadernados o pueden presentarse en fascículos.
- Catálogos. Elemento cuyo destino es la promoción de un servicio o de venta de bienes. Los catálogos deben reunir unos puntos de venta.
- Publicaciones periódicas. Son aquellos documentos editados periódicamente, y con el mismo título.

Envíos postales.

Los envíos postales son clasificados en tres categorías.

- Servicios de envíos generales.

Aquellos servicios cuya garantía es la normal, sin tener servicio de resguardo o protección de envío, ya que no presenta recibo de envío.

- Servicios de envíos certificados.

Aquellos servicios que establecen una garantía ante la pérdida, sustracción o rotura del documento. Este presentará un recibo de envío, y tendrá un coste adicional por parte de la oficina postal.

- Servicios de envíos con valor declarado.

Aquellos documentos cuyo valor será registrada anteriormente al envío, siendo devuelto el importe por el valor que ha sido asegurado.

Prestaciones.

Las prestaciones de estos servicios pueden ser:

- Ordinarios.
- Rápidos.
- Especiales.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran que el celador que cumpla sus funciones en la unidad de reprografía del centro hospitalario, deberá hacerse cargo del envío postal de multitud de documentos. Entre ellos se pueden encontrar: cartas, postales, paquetes postales, publicidad, libros, catálogos y publicaciones periódicas (semanales, mensuales, trimestrales, semestrales, anuales, etc.).

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, el celador deberá conocer cada uno de estos elementos para ejecutar correctamente sus funciones. Del mismo modo, el celador deberá conocer como son clasificados los envíos postales y las prestaciones que pueden tener estos servicios postales.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD.

Capítulo 610

EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

ALMA BEATRIZ PEDRAZA GARCIA-CALVO

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

MARCOS MARTÍN GONJAR

ESTEBAN RUBIO SOBRINO

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

El quirófano es la Unidad quirúrgica situada en el hospital para realizar operaciones quirúrgicas, requiere que sea de unas características especiales y excluyentes del resto de tareas preparatorias y posoperatorias.

Se encuentra dotada de material específico muy completo, siendo el lugar de trabajo del personal sanitario y no sanitario, como lo es el Celador, destinados en esa Unidad para atención de los pacientes con patologías que necesiten de intervenciones quirúrgicas, generalmente con anestesia, local y total o general. En esta Unidad se realizan procedimientos establecidos para evitar en lo máximo posible la entrada de bacterias y otros microorganismos que puedan infectar al paciente, ya que las cirugías que se desarrollan suelen ser muy invasivas, evitando en lo posible las temidas enfermedades nosocomiales.

Las características de las áreas físicas quirúrgicas se desarrollan en base a un establecimiento de filtros arquitectónicos y diseños operativos para impedir en lo posible la entrada de microorganismos en la fase final de la zona quirúrgica, cuya superficie será de material no poroso con el objeto de facilitar la limpieza, siendo

importante desde los materiales empleados, los equipos a utilizar, la provisión de aire e incluso los mismos profesionales, sirviendo todo esto para establecer barreras entre zonas con contaminación, zonas sépticas y zonas asépticas.

Otra característica importante de estas instalaciones es la ubicación dentro del hospital, que debe tener un inmejorable acceso desde la mayoría de Unidades operativas del hospital para que el celador traslade a los pacientes, todo esto principalmente desde las de Urgencias y la de Cuidados críticos e intensivos.

2 Objetivos

Realizar los traslados de pacientes al Quirófano.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

En el quirófano, el Celador hospitalario que realiza su cometido en dicha Unidad, cumple su función de auxiliar del personal sanitario, desde los cirujanos y anestesiistas hasta el personal de enfermería que le puedan requerir para cumplir funciones de atención a los enfermos.

Las misiones que destacan sobre las demás en su trabajo cotidiano en esta Unidad, es la realización de los traslados desde la habitación del hospital o desde la ambulancia y viceversa, acompañando en todo momento la documentación de traslado, además de realizar las movilizaciones o inmovilizaciones o sujeciones de los pacientes que a petición de los médicos cirujanos y anestesiistas se deban ejecutar antes de la operación, pero también durante la misma.

Otras funciones del Celador son el traslado de cualquier notificación y documentación que por parte de los servicios médicos le encomienden, además de trasladar a los servicios técnicos o de reparaciones los aparatos estropeados o sustituirlos por otros para que cualquier material adjudicado en esta Unidad esté en perfecto estado de uso.

También trasladarán biopsias y muestras biológicas de todo tipo en sus correspondientes contenedores al laboratorio para que se realicen los estudios que se soliciten por parte de los cirujanos.

Una labor muy importante del Celador es controlar el acceso a la Unidad de quirófanos por personal no autorizado y custodiarán el material allí existente, informando al supervisor de los desperfectos que observe desde roturas de material y mobiliario hasta los problemas con los aseos y derivados de la limpieza en general.

Estará al tanto de las normas de higiene en el quirófano, vistiendo con la debida uniformidad para evitar introducir bacterias en la zona quirúrgica, permaneciendo durante el transcurso de las operaciones en el ante-quirófano por si se le reclama para ayuda del personal activo.

Será el responsable de limpiar los transfer que se hayan podido utilizar en el traslado de los pacientes y prestará atención en la colocación del material para que todo se encuentre en el sitio previsto.

Los pacientes que deban ser intervenidos de urgencia y lleguen desde el exterior, si su limpieza es deficiente, el Celador ayudará a los auxiliares de enfermería en esta función para que con la debida rapidez sea intervenido con garantías de éxito.

Es de suma importancia que preste atención a que el material disponga de todos los útiles y accesorios y queden limpios para usos sucesivos.

En definitiva, el celador debe auxiliar en todas las peticiones que le sean ordenadas por el cirujano, anestesistas y personal de enfermería que se le reclame para dar el mejor servicio al paciente

5 Discusión-Conclusión

En esta Unidad de Cirugía se trasladan a los pacientes que deben ser intervenidos quirúrgicamente, siendo esta, una labor exclusiva del Celador del área de quirófano.

La actuación del Celador en este servicio debe ser rápida y muy eficaz, ya que, en la mayoría de ocasiones, gracias a él, la vida de pacientes en estado crítico se puede salvar.

Su profesionalidad y su formación debe estar por encima de cualquier circunstancia, ya que este, es uno de los servicios hospitalarios que más estrés laboral puede recibir un profesional, pero gracias a su preparación y compañerismo puede solventar cualquier situación estresante.

Las funciones del Celador en el quirófano son muy necesarias y están consideradas imprescindibles por el resto de personal sanitario y por los enfermos.

6 Bibliografía

<https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-quiropfano>

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/10/29/quiropfano-caracteristicas/>

Capítulo 611

EL PINCHE DE COCINA EN EL HOSPITAL EN EL MANEJO Y CONOCIMIENTO DE LOS CÓDIGOS DIETÉTICOS

ADOLFO AVILA GUALDAMEZ

MARIO ORTEGA LAIN

MÓNICA MARTÍN APARICIO

MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO

CELIA DIANA CRUZ GALLEGO

1 Introducción

Es importante definir los códigos de dietas, o dietéticos, que son los menús diferentes según el paciente y su patología que se ofrecen en un centro sanitario u hospital, y que por lo tanto, es necesario que reciban una asistencia nutricional durante su estancia hospitalaria.

Estos códigos abarcan todas las necesidades alimentarias, y deben ser comprendidas por todas las personas que componen las cocinas hospitalarias.

Los objetivos principales de estas dietas pueden ser varios como:

- Prevención de enfermedades desencadenantes por una mala o inadecuada alimentación.

- A modo de diagnóstico.
- O como complemento o ayuda terapéutica.

Se busca que el código de dietas sea lo más amplio posible, pero en muchas ocasiones es muy difícil llevarlo a cabo.

Para poder lograr una correcta alimentación dentro del centro hospitalario, se busca adaptar dichos códigos a las exigencias patológicas de cada paciente, así como a sus necesidades.

En cada hospital, y como dicte cada protocolo, podemos encontrar las dietas más comunes, y que ayudan, en este caso, al pinche de cocina y el resto del equipo (cocinero y dietistas) a abordar el trabajo.

Cada dieta tiene asignado un código, ya puede ser, por ejemplo, un número, una combinación numérica, alfabética, aunque la más común es la asignación de un número.

Por ejemplo: La dieta basal de adultos, en el Hospital Carlos Haya de Málaga, se identifica con el número "0".

En este capítulo, vamos a hablar de estas dietas que mencionamos en el párrafo anterior, y de la propia práctica de los códigos de dietas.

2 Objetivos

1. Conocer en qué consisten los códigos de dietas y las dietas que los componen, así como sus diversas variaciones.
2. Comprender la importancia de relacionar todas y cada una de estas dietas con su código correspondiente.

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 primera instancia, vamos a hablar de las dietas que son el pilar de las variaciones que suceden, y que son tan importantes de conocer por el pinche de

cocina:

1. Dieta basal o normal: Esta dieta, podemos definirla como la dieta estándar. Es aquella dieta destinada a los pacientes que no requieren unas modificaciones especiales en la dieta. Y que tan solo hay que actuar de manera nutricional. a)

Dieta basal de adulto: Básicamente, sigue el mismo canon que la dieta basal, que explicamos anteriormente, pero debe atender a los siguientes requisitos:

- Las calorías y proteínas deben cubrirse, sin excederse ni quedarse corto.
- Se deben incorporar todos los alimentos, tanto en cantidad como en combinaciones entre estos.
- Las costumbres a la hora de comer, deben ser respetadas. Por ejemplo, en España, la más utilizada es la dieta mediterránea.

. b) Dieta basal pediátrica: En este caso, nos centramos en los pacientes pediátricos:

- El aporte de las calorías y proteínas debe cuidarse, especialmente, desde la edad preescolar hasta la escolar.
- Los alimentos que se incorporan a cada menú deben ser ricos y variados, y se incluirán algunos como los lácteos, siempre que no esté contraindicado, por su aporte de calcio y magnesio.

2. Dieta terapéutica: En este caso, hablamos de aquellas dietas que van destinadas exclusivamente a los pacientes con ciertas patologías y que requieren una alimentación "distinta" o más especializada y más concreta. En las que se modifican ciertos parámetros de la dieta basal.

Su principal objetivo es ayudar a la recuperación del paciente.

Esta dieta cursa con dos objetivos fundamentales que abordan la educación y la elaboración de platos que sean agradables para el enfermo.

Aquí, distinguimos entre: a) Dieta terapéutica codificada: Son todas aquellas dietas que son más utilizadas, pero se modifican para lograr los objetivos nutricionales que se plantean para el paciente. Cuanto mayor es la incidencia de una patología, más se instauran las dietas terapéuticas sobre ella y más se especializan.

Un claro ejemplo es la dieta para diabéticos. b) Dieta terapéutica no codificada o combinadas: Se denominan así porque se utilizan las modificaciones de ciertas dietas. Una característica de estas dietas, es que suelen utilizarse muchas restricciones, por lo que son dietas difíciles de atacar.

3. Dieta personalizada: No son muy comunes, pero se pautan para pacientes con unas carencias nutricionales muy necesarias de abordar. También, por su patología, gustos, es necesario modificar o alterar las dietas que se ofrecen a los

demás.

Existen otras dietas, tales como:

4. Dietas para pruebas diagnósticas: Se utilizan para pacientes que precisan una prueba y para poder realizarse, se precisa que cambie su alimentación, por ejemplo la dieta líquida antes de una colonoscopia.
5. Dietas para enfermos inmunodeprimidos.
6. Dietas para las diferentes culturas.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos comprobar, los códigos de dietas son fundamentales para un correcto funcionamiento del trabajo en la cocina de un hospital, ya que nos permiten preparar, y planificar rápido y con eficacia las dietas que precisa cada paciente ingresado.

Si no se conocieran los códigos de dietas, o incluso, no se llevarán a cabo por el equipo de cocina, no podrían relacionarse miles de conceptos, podría haber innumerables errores o incluso no lograr las metas que se han establecido en cuanto a lo nutricional se refiere.

Todos estos problemas pueden suprimirse, a través de esta maravillosa técnica, es decir, a través de los códigos que se asignen a las dietas anteriormente descritas.

6 Bibliografía

Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (sancyd.com) salud_5af19571d6b0b_11_anexo5_manual_nutricion.pdf (juntadeandalucia.es)

Capítulo 612

RIESGOS LABORALES DE LOS CELADORES EN UN CENTRO SANITARIO

PAQUI CHOCANO RAMOS

ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ

YOLANDA SANTOS TOLEDO

ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA

ELADIA SALAZAR CARRETON

1 Introducción

Definiremos el concepto de riesgo laboral como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño o lesión derivado del trabajo. Se consideran daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo de estar realizando dicho trabajo

Podemos clasificar los FACTORES DE RIESGO LABORAL en 4 grandes grupos:

- Factores Físicos.
- Factores Químicos.
- Factores Biológicos.
- Factores Psicosociales.

En nuestro trabajo vamos a hablar de los riesgos laborales que sufren los celadores que desempeñan su trabajo en las instituciones sanitarias, independi-

entamente del servicio en el que estén trabajando, ya sea un celador de planta, como un celador de almacén o quirófano.

Intentaremos dar con las posibles soluciones a dichos riesgos para evitar accidentes en el trabajo.

Así como hablaremos también de las medidas de protección que podrán usar este personal para minimizar riesgos y como función principal anticiparse y poder evitar siempre el riesgo laboral, mediante formación y preparación.

El personal celador es prácticamente la primera persona que presta sus servicios y atención al paciente o familiares que acuden a un centro sanitario, por lo tanto es el primer contacto con pacientes del exterior, podemos decir que el celador está expuesto en primera línea al paciente que ingresa sin saber nada de su enfermedad o circunstancia, por lo que un buen arma de protección será la de la prevención, mediante mascarilla, guantes etc.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo de investigación será:

- Conocer los principales riesgos laborales a los que se enfrenta el personal celador en su día a día en un centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 riesgos más comunes que puede sufrir el personal celador, sea cual fuese su zona de trabajo, podrían ser:

1. Caídas tanto al mismo como a distinto nivel: pueden producirse por un suelo húmedo o utilizar un calzado no adecuado, antideslizante e impermeable, será primordial para evitar accidentes
2. Sobreesfuerzos: Debido a que el trabajo del celador es muy físico y trabaja todo el día cargando con pesos, ya sea con pacientes o transportando material,

es un accidente muy común. Por ello es muy importante que el celador conozca la postura corporal correcta a la hora de realizar movilizaciones y traslados con cargas pesadas y no menos importante tratar de utilizar utensilios que nos faciliten el trabajo como grúas para movilizar pacientes, sobre todo si no colaboran, transpaletas, carros etc.

3. Accidentes con agentes biológicos: se pueden producir algún pinchazo con algún objeto punzante, salpicaduras de saliva, de sangre, etc., por lo que es muy importante el uso de los equipos de protección individual (guantes, mascarilla, gafas, etc.)

4. Exposición a sustancias químicas: el celador manipulará recipientes con todo este tipo de sustancias, por lo que será muy importante que dichos recipientes o contenedores estén muy bien cerrados a la vez que identificados

5. Exposición a radiaciones: el celador que trabaje en el área de rayos estará más expuesto a este tipo de radiaciones

Por eso habrá que evitar en la medida de lo posible estar cerca de la proyección y en caso de estarlo utilizar medidas de protección como podrían ser mandiles de plomo.

6. Riesgos ligados a las condiciones psicosociales: El estrés laboral es un riesgo a día de hoy cada vez más preocupante, pues cada vez se presentan más problemas de este tipo. Una negativa experiencia en el entorno laboral puede ser precedida de trastornos psicológicos que conlleven la baja laboral debido a malas relaciones con compañeros, no sentirse a gusto trabajando, demasiadas horas trabajadas, mucha carga laboral, etc. Este riesgo también muy conocido como el famoso burnout, que vendría a decir sentirse quemado en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, los riesgos laborales están en cualquier servicio en la que el celador desarrolle su labor, los riesgos siempre existirán, pero lo que este personal tratara será de estar cada vez más preparado, formado y dotado de mecanismos o materiales para poder evitar siempre el peligro y los riesgos laborales.

Pero una vez que ocurra un accidente laboral, el celador también estará formado para poder continuar con el trámite o procedimiento de comunicación del accidente laboral a los servicios pertinentes como podrían ser mutua, seguridad social, etc.

Los riesgos laborales son muchos en esta profesión, por eso el celador tratará de trabajar correctamente, cumpliendo normas y siguiendo unas reglas, todas estas medidas tomadas por el personal celador disminuirán considerablemente

sus accidentes laborales en el centro sanitario en el cual trabajen.

6 Bibliografía

www.insst.es

www.coordinacionempresarial.com

www.revistamedica.es

Google

Capítulo 613

LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ELLA

PAQUI CHOCANO RAMOS

ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ

YOLANDA SANTOS TOLEDO

ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA

ELADIA SALAZAR CARRETON

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es un servicio de atención médica que se encarga de elegir, preparar, almacenar, combinar y dispensar medicamentos y productos sanitarios, asesorando tanto a médicos como pacientes sobre su uso seguro y eficaz. Los farmacéuticos hospitalarios trabajan en estrecha colaboración con médicos, enfermeras, auxiliares de farmacia y otros profesionales de la salud, para asegurarse de que los pacientes reciban el mejor tratamiento adecuado a su enfermedad. Los hospitales con 100 o más camas contarán con servicio de farmacia hospitalaria bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia del hospital debido al gran volumen de productos que tendrán que servir y manejar. En un entorno en el que los tratamientos son cada vez más complejos y costosos, la farmacia hospitalaria vela para que la medicación

se adecue a cada paciente. Conseguir el medicamento adecuado, para el paciente adecuado, a la dosis correcta, por la vía de administración correcta y en el horario adecuado, de ahí la gran comunicación o relación entre personal médico y personal farmacéutico.

En la farmacia hospitalaria también aparecerá la figura del celador, cuyo trabajo siempre estará en concordancia con las órdenes o funciones de la farmacia hospitalaria.

En nuestro trabajo de investigación vamos a hablar de las principales funciones que un celador deberá controlar y llevar a cabo en el servicio de farmacia hospitalaria, siempre bajo la supervisión del personal farmacéutico allí presente.

2 Objetivos

Nuestro principal objetivo el cual hemos intentado plasmar a través de nuestro trabajo será el siguiente:

- Conocer las funciones del celador en servicio de farmacia de un 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, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El servicio de farmacia hospitalaria abastecerá de toda la medicación necesaria a todos los demás servicios del hospital, desde el área de quirófanos, a plantas, consultas, urgencias, etc.

La farmacia trabajará en pleno contacto con todos los demás servicios del hospital, pues el funcionamiento, desarrollo, administración o realización de pruebas depende absolutamente del material o medicamentos que se encuentran en la farmacia.

La buena relación de la farmacia con los demás servicios será esencial para la fluidez y efectividad en el trabajo.

Por eso el personal de farmacia es conveniente que esté bien preparado y formado, sepa trabajar en grupo y sea comprensivo y afable, pues tratarán con muchísimas personas destinadas en otros servicios que posiblemente ni conozcan.

Las funciones de la farmacia serán muy importantes y específicas, siendo siempre transparentes, correctas y eficaces para el devenir de los pacientes y del buen funcionamiento del área.

Pero veamos más detenidamente las funciones o labores a desarrollar por parte del celador que trabaja en la farmacia hospitalaria del hospital:

- Recepción del material, desde medicación a otros tipos de materiales que hayan sido pedidos o requeridos por el personal farmacéutico.
- Movilizará el material pesado que se vaya recibiendo como podrían cajas de sueros.
- Transportará el material dentro de la farmacia, nunca se dejara el material fuera de lo que es el área de farmacia, se guardara y almacenará en sus correspondientes almacenes.
- Acondicionará suero y alcohol, que vayamos recibiendo.
- Trasladará desde la farmacia hasta el servicio correspondiente los carros de medicación.
- Trasladará o transportará los productos o material desde otros servicios a la farmacia.
- Preparación del alcohol y sueros para su distribución al servicio destino.
- Ayudará en los inventarios al personal farmacéutico.
- Controlará entrada y salidas de la farmacia de personal.

Aparte de las funciones propias del celador, estas serían las más específicas que este personal debería de ocuparse diariamente, concretamente en la farmacia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el servicio de farmacia, su misión principalmente es la de colaborar o ayudar en todo lo que pueda al personal sanitario y farmacéutico que allí trabaja.

Como ya hemos visto, el celador va a tener unas funciones específicas en dicha área, pero siempre está dispuesto para asistir o ayudar a, los demás compañeros. El celador tendrá la obligación también de conocerse muy bien el hospital, pues tendrá que salir y moverse de farmacia a los demás servicios a repartir material o productos farmacéuticos.

Podemos decir que la labor del celador será muy importante en farmacia, para la buena organización de materiales, la adecuada suministración de material y en general para la perfecta fluidez del servicio de farmacia del hospital, a la par que el perfecto funcionamiento de todos los servicios del hospital.

Aunque en normalmente hablamos del trabajo del celador en la farmacia de un hospital público, donde todo irá revisando por el personal farmacéutico y donde el celador jamás tomara decisiones propias respecto a medicaciones, en un hospital privado, sin embargo el celador sí que llega encargarse de funciones que no serían propias del cómo por ejemplo la de dispensar medicación al servicio que lo demande, dispensa también psicotrópicos y estupefacientes, y todo ello sin encontrarse ningún personal farmacéutico en el área. Todo quedará reflejado y anotado para la comprobación más tarde, pero realmente no es correcto ni es su deber que el celador manipule o dispense medicaciones bajo su propia decisión, pero bueno, eso ya sería otro tema a tratar.

6 Bibliografía

www.celadoresonline.blogspot.com www.revistamedica.com
manual básico del celador www.farmacias.es
www.farmaciaparque.es

Capítulo 614

EL CELADOR Y SUS ATENCIONES CON EL PACIENTE CARDIACO

PAQUI CHOCANO RAMOS

ARTURO JOSE VALCARCEL GIMENEZ

YOLANDA SANTOS TOLEDO

ANGELA MARIA GARCÍA MASEGOSA

ELADIA SALAZAR CARRETON

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca es una afección en la cual el corazón ya no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente. Esto provoca que se presenten síntomas en todo el cuerpo.

Dentro de la enfermedad cardíaca se incluye una gran variedad de enfermedades que afectan directamente al corazón. Las enfermedades cardíacas incluyen lo siguiente: Enfermedad de los vasos sanguíneos, como enfermedad de las arterias coronarias. Problemas en el ritmo cardíaco (arritmias)

No es posible revertir todas las afecciones que provocan la insuficiencia cardíaca, pero los tratamientos pueden mejorar y combatir los estados y síntomas de la insuficiencia cardíaca y ayudarte a mejorar la calidad de vida y a vivir más tiempo. Los cambios en el estilo de vida (como hacer ejercicio, reducir el sodio en la dieta, controlar el estrés, no fumar y adelgazar) pueden mejorar y mucho la calidad de vida.

Las posibles maneras de evitar la insuficiencia cardíaca es prevenir y controlar las afecciones que la provocan, como la enfermedad de las arterias coronarias, la hipertensión, la diabetes o incluso la obesidad.

La insuficiencia cardíaca puede ser constante (crónica) o puede comenzar de manera repentina (aguda). En nuestro trabajo trataremos la atención por parte del celador ante estos pacientes con insuficiencia cardíaca, desde su ingreso hasta su alta hospitalaria.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador frente a un paciente cardíaco

3 Metodología

Para la realización de este nuestro capítulo hemos realizado una búsqueda en varias páginas webs relacionadas con problemas o afecciones cardíacas.

También hemos utilizado el buscador Google académico y hemos introducido palabras clave como cardíaca o celador.

Y por último aportamos nuestro granito de arena con nuestra experiencia laboral al trabajar en un hospital en el área cardíaca con este tipo de pacientes.

4 Resultados

La hospitalización es un fenómeno frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), sobre todo en fases avanzadas de la enfermedad. Sin embargo, existe poca evidencia acerca de la incidencia de estos ingresos en la fase final de la vida, así como sobre sus causas.

La IC es una enfermedad muy frecuente que ocasiona un elevado coste sanitario. A pesar de las mejoras en las medidas de prevención y sobre todo a la información que tenemos a día de hoy, su incidencia sigue aumentando y conlleva una mortalidad elevada.

La insuficiencia cardíaca aguda presenta el deterioro rápido de la enfermedad, en cuestión de minutos, días u horas, de los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca. El tratamiento constituye una verdadera tarea interdisciplinar que requiere la colaboración de diversos profesionales. Los departamentos de emergencia, los cardiólogos (de intervención), los cirujanos cardíacos y los profesionales

de cuidados intensivos trabajan juntos para proporcionar una estabilización inicial a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda, pero se unen al equipo de atención de enfermeras, administradores de alta y médicos de atención primaria. Esto puede facilitar la transición de pacientes hospitalizados a pacientes ambulatorios. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y reducción de la tasa de recurrencia. Esta revisión enfatiza la importancia de un enfoque multimodal para la insuficiencia cardíaca aguda, con un enfoque particular en la variedad de atención brindada por varios servicios en el contexto del sistema de salud.

En este equipo multidisciplinario aparecería también la figura del celador el cual acompañaría al paciente prácticamente desde el ingreso en el hospital hasta su salida finalmente de él, haya sido intervenido quirúrgicamente o no.

Si el paciente tuvo que ser intervenido finalmente a causa de la IC el celador será el encargado de llevarlo a quirófano y posteriormente en los días posteriores a la intervención el celador ayudara junto con el equipo sanitario a la recuperación de la cirugía, movilizándolo al paciente en la cama, levantándolo de esta, prepararlo para la realización de pruebas y trasladarlo al área que el médico precise para realizar mas pruebas pertinentes.

5 Discusión-Conclusión

El paciente que ingresa por insuficiencia cardiaca, es un paciente destinado a la especialidad de cardiología del hospital. Allí será tratado por los profesionales cardiacos correspondientes, y ellos decidirán el tratamiento a seguir por parte del paciente, que puede ir desde pautarle medicación al caso extremo que sería pasar por el quirófano para ser intervenido.

Podemos decir que si el paciente tuviera que ser intervenido seria cuando mas aparecería la figura del celador frente a este,

Las funciones que realiza el celador con estos pacientes son funciones para las que este personal debe estar preparado y formado, las movilizaciones, los giros, los transportes con estos pacientes tienen que ser muy controlados y cautelosos, pues llevan vías, sueros, sondas, drenajes y sobre todo si ha sido intervenido, el paciente estará muy dolorido por lo que el celador será cuidadoso en sus movimientos

6 Bibliografía

www.mayoclinic.org
www.revescardiolog.org

www.secardiologia.es
www.revistamedica.com

Capítulo 615

EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: SUMINISTROS, COMPRAS, ALMACÉN Y TIPOS DE CELADORES ALMACENEROS

DOMINGO GRANDE TERCERO

JULIANA GOMEZ CASTRO

MARÍA CABEZAS BERMEJO

CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ

MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar del servicio de suministros que comprende el servicio de compras y el almacén general del hospital, centrándonos en los dos tipos de celadores almaceneros que existen en el almacén y las principales funciones que desarrollan cada uno de ellos.

Antes de proceder al desarrollo del tema vamos a definir conceptos que se van a utilizar durante este, para su correcta comprensión (almacén, inventario, stock y albarán).

La palabra almacén proviene del vocablo árabe al-mahzen, que significa depósito de mercancías. Por lo tanto, podríamos decir que un almacén es el sitio físico donde se guardan el material hasta que es necesario.

La palabra inventario viene del latín *inventarium* que traducida literalmente es lista de lo hallado o catálogo de cosas, el vocablo *inventarium* proviene a su vez del verbo *invenire* que se traduce por encontrar y/o hallar. Atendiendo a su etimología podríamos definir inventario como listado de materiales existentes en un almacén en un momento concreto.

Stock es una palabra de voz inglesa que hemos interiorizado en nuestro vocabulario para referirnos a la cantidad de materiales que hay en un almacén.

La palabra albarán proviene del vocablo árabe hispano albará y este a su vez del vocablo *barā'ah* del árabe clásico, que se traduce por la prueba. Atendiendo a su etimología podríamos definir albarán como el justificante que justifica la entrega de una determinada mercancía de acuerdo a un pedido previo.

2 Objetivos

- Poner en conocimiento el servicio de suministros del H.G.U.C.R.: área de compras y almacén central.
- Exponer los tipos de celadores almaceneros que existen en un almacén y las funciones que desarrollan cada uno de ellos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones del celador en el ámbito sanitario, almacén, inventario, stock, albarán, tipos de celadores almaceneros y funciones que llevan a cabo los distintos tipos de celadores almaceneros.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones del celador en el ámbito sanitario, almacén, inventario, stock, albarán, tipos de celadores almaceneros y funciones que llevan a cabo los distintos tipos de celadores almaceneros., artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Tomando como referencia el Hospital General Universitario de Ciudad Real (H.G.U.C.R.) es el servicio de suministros el encargado de proveer del material necesario al hospital.

El servicio de suministros está dividido en dos grandes áreas:

- El área de compras: que es el encargado de realizar las compras del material sanitario, instrumental necesario, implantes, mobiliario, material de oficina, material de limpieza, uniformes, lencería, etc.

Para ello realiza:

- . La recepción de ofertas de proveedores.
- . El análisis de ofertas de los proveedores.
- . La comunicación a los proveedores de la aceptación o no de su propuesta.
- . La tramitación de pedidos a proveedor.

- Almacén central:

- . Gestión de Stock

Recepción de mercancías

Distribución de mercancías a los distintos servicios hospitalarios.

En el almacén central se pueden distinguir dos tipos de celadores almaceneros en función de las funciones que desarrollan:

- Celadores almaceneros responsables del muelle de carga: Estos celadores comprueban en el albarán de entrega el número de pedido, comprueba que la mercancía recibida se entrega en buen estado (verifica estado de refrigeración en caso de que este sea necesario para mantener la integridad del producto, si el material que viene está bien conservado, sin roturas ni deterioros), comprueba que el número de unidades es coincidente (entregadas y pedidas), validada la mercancía se pasa al personal administrativo para que confirmen y realicen las acciones necesarias para anotar la entrada en el programa informático específico para ello.

Además se encargan de trasladar los paquetes al almacén.

- Celador almacenero responsable de almacén: Se encarga de organizar los productos en el almacén en las distintas estanterías, preparar los pedidos de los servicios peticionarios (con el albarán de preparación que contiene los artículos a servir a las Unidades peticionarias elaboradas por la unidad administrativa de almacén) y repartirlos.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de suministros del Hospital General Universitario de Ciudad Real que comprende el servicio de compras y el almacén central está conformado por un equipo multiprofesional (compuesto fundamentalmente por administrativos, auxiliares administrativos y celadores) que debe estar totalmente coordinado en el cual el celador almacenero que desarrolla sus funciones en el almacén central bien como responsable de muelle de carga o bien como responsable de almacén. Tanto unos celadores como otros deben conocer sus funciones y desarrollo de estas con el fin de evitar posibles incidencias que ocasionarían el desabastecimiento de materiales en los servicios internos peticionarios y, por tanto, la baja calidad de atención al paciente.

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

Servicio de suministros H.G.U.C.R. <http://etimologias.dechile.net/>

<https://es.wiktionary.org/>

<https://dle.rae.es/stock>

Capítulo 616

EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

DOMINGO GRANDE TERCERO

JULIANA GOMEZ CASTRO

MARÍA CABEZAS BERMEJO

CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ

MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que desempeña un celador en el servicio de esterilización de un centro sanitario.

La esterilización es un proceso de suma importancia en la vida diaria pero más aún en el ámbito sanitario para evitar la transmisión de infecciones bacterianas. Pero, ¿qué es la esterilización? ¿Qué es el servicio de esterilización? Y ¿qué áreas lo componen?

La palabra esterilización proviene del vocablo latino esterilización que se traduce como estéril, por tanto, atendiendo a su etimología podríamos decir que esterilización es el proceso que se realiza para eliminar cualquier tipo de vida microbiana en el instrumental que se aplica.

El servicio de esterilización es el habitáculo donde se lleva a cabo la esterilización del instrumental sanitario.

El servicio de esterilización está dividido en cuatro áreas funcionales:

- Área de recepción y clasificación del material no estéril.
 - Área de preparación y empaquetado del material textil.
 - Área de esterilización.
 - Área de descarga, almacenamiento y entrega de material estéril.
- Este servicio se haya comunicado con el resto de servicios hospitalarios a través de dos circuitos:
- De limpio. A través de este se recibe todo instrumental del hospital previamente desinfectado y limpio.
 - De sucio. A través de este se entrega todo instrumental ya esterilizado a todos los servicios hospitalarios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Poner en conocimiento funciones más importantes que realizan los celadores en el servicio de esterilización.

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:

Esterilización, servicio de esterilización, funcionamiento servicio de esterilización y principales funciones del celador en el servicio de esterilización.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: Esterilización, servicio de esterilización, funcionamiento servicio de esterilización y principales funciones del celador en el servicio de esterilización, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Las funciones del celador en el servicio de esterilización atendiendo a 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:

- Recoger el material o instrumental procedente de los distintos servicios del hospital, la recogida puede ser a través de la ventanilla del servicio de esterilización, en plantas y consultas, y por los ascensores procedentes de quirófano.
- Una vez recogido, descargar los contenedores de sucio con material para esterilizar realizando las separaciones que sean necesarias.
- Descargar las autoclaves cuando terminen los ciclos de esterilización. Colocar por contenedores el instrumental, y poner las etiquetas con la fecha de esterilización y el número de autoclaves en el que han sido esterilizados.
- Colocar el material esterilizado en el lugar adecuado para ello una vez que se han enfriado.
- Descargar los carros procedentes de lencería.
- Colocación del material fungible procedente de los almacenes.
- Entregar material esterilizado cuando se solicita en el mismo servicio, siempre con vale para la retirada y con autorización de la supervisora del servicio de esterilización.
- Reparto de material esterilizado a los diferentes servicios hospitalarios solicitantes. Teniendo en cuenta que durante el transporte del material estéril a las distintas unidades se debe garantizar la integridad del envoltorio, el material voluminoso se debe distribuir en carros herméticos, y el pequeño en bolsas de plástico cerradas. Una vez que el material se lleva a un servicio el material estéril debe ser almacenado en lugares limpios, secos y de fácil limpieza, se colocará por orden de caducidad y su tiempo en el almacén de cada unidad será lo necesario para cubrir 48 horas.
- Mantener la limpieza y el orden en el servicio de esterilización.

Todas estas actuaciones las hará respetando todas las medidas de seguridad para evitar heridas, cortes y abrasiones.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el servicio de esterilización es un pilar importante para el desarrollo del objetivo que tiene este servicio (recoger el material no estéril, esterilizar y repartir una vez esterilizado), ya que dos de sus funciones más importantes en

este servicio es la recogida de material no estéril y la entrega de material estéril en todos los servicios del hospital, por tanto, debe conocer perfectamente como debe recoger el material, lugares donde tiene que efectuar la recogida, lugares donde tiene que proceder a la entrega de material esterilizado y que medidas de seguridad tiene que utilizar tanto en la recogida como en la entrega para evitarse accidentalmente cortes y abrasiones.

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/.

<https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-7-QUIROFANOS-y-ESTERILIZACION-1.pdf>

Capítulo 617

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE U.C.I DE LOS HOSPITALES

MARTA MARTÍNEZ LARIA

JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE

LETICIA MARTÍN SERRANO

PALOMA CALERO BLAZQUEZ

MARIA ISABEL EGIDO PARDO

1 Introducción

La figura del celador es una pieza clave en las unidades de cuidados intensivos . En estos servicios, el celador juega un papel relevante en el conjunto de actividades que se llevan a cabo para aumentar y conservar la salud de los pacientes críticos que se están ingresados, tratando de favorecer su bienestar físico y psíquico en la medida en la que su patología lo permita. Las llamadas UCIS son también llamadas de Medicina Intensiva, son servicios muy complejos cuyo objetivo es que el paciente se recupere en las mejores condiciones posibles. Se tratan patologías muy severas en las que los profesionales que forman parte del equipo deben estar formados de manera específica.

El celador de UCI, ejercerá un refuerzo al personal de la Unidad y es el punto de unión con otros servicios del hospital. El celador que se encuentra destinado en estos servicios debe estar formado y preparado debido a las características especiales que tienen los pacientes que se están ingresados en estas unidades.

Existen formaciones teórico-prácticas en este campo que se deben realizar para dar una atención integral, sobre todo en lo concerniente en las movilizaciones y la higiene. Los pacientes suelen estar monitorizados y conectados a máquinas, por ellos el celador deben aprender a entender determinados parámetros a la hora de movilizar a los pacientes y realizar los cambios posturales o los traslados oportunos.

2 Objetivos

-Explicar, conocer e indicar las funciones del equipo de celadores que están en cuidados intensivos de los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las unidades de cuidados intensivos son uno de los servicios hospitalarios que exigen mayor especialización, vigilancia y control de los pacientes por el estado crítico que llegan para ser diagnosticados y mantener sus funciones vitales hasta que puedan hacerlo por ellos mismos. El celador de estas unidades debe saber realizar los cambios posturales y las movilizaciones de pacientes que no solo se encuentran encamados sino inconscientes y conectados a ventilación asistida u otras máquinas. El celador tiene que estar en estos servicios con el uniforme adecuado, tener en cuenta la asepsia en las entradas y salidas de los boxes, se evitarán los ruidos innecesarios, se encargarán de los traslados del paciente a las pruebas que no se puedan realizar dentro de la unidad, trasladarán los aparatos y materiales que les indiquen al igual que controlaran el acceso de los familiares en los horarios de visitas según los protocolos. Los celadores dentro de estas unidades son los encargados del aseo y la higiene de los pacientes junto con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Ayudarán en los aseos, en amortajar al

fallecido, siendo los responsables de su traslado al mortuario y tramitarán comunicaciones que les soliciten. Las unidades de cuidados intensivos se encuentran dentro del escalón más alto dentro de los centros hospitalarios, por lo que los profesionales que ejercen sus tareas deben poseer un alto grado de especialización. Esta realidad se debe a que los pacientes que se encuentran ingresados tienen un gran riesgo vital.

El celador debe utilizar el mismo material de protección que el resto del personal que forma parte del equipo que lleva a cabo sus labores de asistencia integral y continuada dentro de la unidad. Se suele utilizar guantes desechables, batas desechables y mascarilla de forma continuada en los tiempos de la crisis sanitaria que vivimos debido a la pandemia por COVID.

La higiene es un punto clave para la recuperación. Esto recae sobre los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el celador, bajo la supervisión de la enfermera.

El celador, durante todo el proceso, se encarga de las movilizaciones del paciente con cuidado del resto de aparatos que rodean al paciente. Ante las situaciones de ansiedad y angustia que se viven en estas unidades, el celador debe cuidar la parte emocional en la formación y atención que se ofrece al paciente y a los familiares como una unidad. La gestión de las emociones es una tarea pendiente en la formación de estos profesionales y de la atención en estas unidades por parte de los celadores.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la pieza fundamental, junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en el cuidado y la higiene de la piel a través de las movilizaciones que se realizan al paciente cada breve espacio de tiempo y la higiene diaria; y cuando se precisa en la que este profesional ejerce sus funciones con plena autonomía y en coordinación con el resto del equipo de estas unidades. Ante cualquier alteración de la piel, el celador lo debe comunicar al equipo de enfermería. El celador debe tener en cuenta que el ingreso de una persona en una de estas unidades genera una vivencia de mucha crueldad y muy traumática, por ello debe formarse en la empatía y en las relaciones, no solo con el paciente, sino con sus familiares; ya que el celador es el que bajo función delegada permite el acceso de las visitas a la unidad. Se ha llegado a decir que el celador es una de las piezas fundamentales, ya que el médico pone el tratamiento, pero quien moviliza es el celador y el paciente lo espera con ganas que llegue ese momento. El hecho de afrontar la crisis que ha provocado en la pandemia de la covid-19 ha elevado las medidas de seguridad

entre el personal de la unidad de cuidados intensivos, siendo el celador uno de ellos provocando gran impacto sobre todo a nivel emocional.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. www.formacionalcala.es

Capítulo 618

ASISTENCIA DEL CELADOR AL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL ASEO DE PACIENTES ENCAMADOS

MARTA MARTÍNEZ LARIA

JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE

LETICIA MARTÍN SERRANO

PALOMA CALERO BLAZQUEZ

MARIA ISABEL EGIDO PARDO

1 Introducción

Para introducir el tema a tratar en este capítulo, previamente se llevará a cabo una serie de definiciones, aclarando la temática. Para realizar estas definiciones, nos centraremos en el diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE) y del diccionario Oxford.

Paciente (Del lat. *Patiens*, -entis): persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.

Celador (Del lat, *celator*, oris): que cela o vigila. Persona destinada por la autoridad para ejercer la vigilancia.

Aseo: limpieza, curiosidad, esmero, cuidado...

Asistencia (aisstente): acción de prestar socorro, favor o ayuda.

Auxiliar técnico en cuidados de enfermería (auxiliaris): Profesional titulado que, siguiendo las instrucciones de un médico, asiste a los enfermos, y que está autorizado para realizar ciertas intervenciones de cirugía menor.

Analizando 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, se encuentra que en el aseo al paciente encamado se les atribuye a los celadores, ayudar al equipo de enfermería a asear al paciente encamado, movilizándolo o trasladando a estos pacientes.

En este capítulo se llevará a cabo una breve síntesis de la asistencia del celador al equipo de enfermería durante el aseo a los pacientes encamados.

2 Objetivos

- Conocer y explicar las funciones de asistencia del celador al equipo de enfermería durante el aseo a los pacientes encamados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para poder realizar las actuaciones de asistencia al personal de enfermería durante el aseo del paciente encamado, el celador deberá tener unos conocimientos básicos sobre los tipos de aseo y las técnicas para llevarlos a cabo.

BAÑO EN DUCHA

Será realizado sobre aquellos pacientes que puedan levantarse de la cama, teniendo la capacidad de mantenerse de pie o sobre aquellos que sea requerido por el médico, bajo indicaciones específicas.

Generalmente, estos pacientes son autónomos para realizar por ellos mismos esta acción. El personal solo deberá proporcionarle cada uno de los elementos necesarios para el baño.

Siguiendo las indicaciones del manual de celador de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, se procederá de la siguiente manera:

- Indicar al paciente la tarea del baño.
- Proporcionar al paciente los elementos necesarios (esponja, jabón, toallas, pijama, etc.)
- Atender al paciente durante su baño por si necesita ayuda.
- Recoger el material utilizado durante el baño.

BAÑO EN LA CAMA

Será realizado sobre aquellos pacientes que no puedan levantarse de la cama, teniendo la incapacidad de mantenerse de pie o sobre aquellos que sea requerido por el médico, bajo indicaciones específicas.

El aseo en la cama deberá ser realizado por dos personas, generalmente el auxiliar de enfermería y el celador. De esta manera, se mantendrá la seguridad e intimidad del paciente, disminuyendo el tiempo necesario para realizar la tarea.

Esta tarea será realizada cada mañana, una vez desayunado el paciente y aprovechando el cambio de sábanas de la cama.

Al igual que en el baño en la ducha, se seguirán las indicaciones del manual de celador de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, procediendo de la siguiente manera:

- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Mantener la temperatura del agua entre 37 y 40 °C.
- Preparar el material necesario.
- Lavar cada parte del cuerpo, secar bien con la toalla y proporcionar crema hidratante.
- Posicionar al paciente en la posición más cómoda para el aseo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos muestran cada una de las funciones que debe realizar el celador sobre la asistencia al equipo de enfermería durante el aseo a los pacientes encamados.

Por otro lado y como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, se muestra dos posibilidades para el aseo del paciente, dependiendo de la autonomía del mismo y de las capacidades físicas del mismo. Estas modalidades son: baño en ducha y baño completo en cama.

El baño en ducha será realizado cuando el paciente pueda levantarse de la cama, teniendo la capacidad de mantenerse de pie. Mientras que el baño en cama será

realizado cuando el paciente no pueda levantarse de la cama.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
2. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad

Capítulo 619

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

MARTA MARTÍNEZ LARIA

JOSÉ MANUEL BENÍTEZ DEL VALLE

LETICIA MARTÍN SERRANO

PALOMA CALERO BLAZQUEZ

MARIA ISABEL EGIDO PARDO

1 Introducción

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos se sitúa alrededor del 20%. Por lo que es muy recomendable mejorar y aumentar el seguimiento exhaustivo de estos pacientes mediante un profesional sanitario.

Es muy importante destacar que uno de los aspectos fundamentales es la evaluación de la conducta en los pacientes psiquiátricos. En el paciente psicótico, además de evaluar la sintomatología y los aspectos clínicos, la conducta es uno de los motivos de consulta que puede llevar al internamiento. Cuando una persona empieza a desarrollar una serie de conductas incoherentes, el caso se trata como una emergencia, lo que da lugar a pedir ayuda por parte de la misma persona, familiar u otra persona. El paciente que presenta esta situación se ve que su capacidad de adaptación está tan reducida que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional. Por lo general, los pacientes son enviados cuando su conducta provoca inconvenientes, vergüenza o sufrimiento a los demás, de manera

que aunque el diagnóstico pueda ser psiquiátrico, los síntomas están relacionados con la conducta social.

Evaluar la conducta del paciente psiquiátrico es muy importante, puesto que puede dar información en relación a la situación en la que se encuentra el paciente antes de hospitalizarlo. Igualmente, se pueden identificar si existen o no cambios favorables, como desfavorables, así como la aparición o no de nuevas conductas, que pueden surgir a raíz del tratamiento o de la hospitalización. Para todo lo explicado anteriormente, se realiza un diagnóstico psiquiátrico. Este indica la presencia de una serie determinada de síntomas que el psiquiatra detecta durante la entrevista al paciente primeramente en urgencias, como en planta, después de realizar varias pruebas o comprobaciones, pruebas, terapias, para ajustar el diagnóstico.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones del celador ante un paciente psiquiátrico en la unidad de salud mental 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. Para ello se ha utilizado las siguientes fuentes de información: revista médica, revista de salud mental, celadores online y Elsevier. Además nos hemos basado en la experiencia propia del trabajo realizado en diferentes hospitales.

4 Resultados

En este capítulo vamos a hablar del papel que presenta el equipo de celadores y sus funciones a la hora de tratar con un paciente psiquiátrico, que estará ingresado en salud mental de los centros hospitalarios y previamente con un diagnóstico o a la espera de él por parte del equipo médico.

En primer lugar es importante conocer qué son las unidades de psiquiatría, pues son aquellas unidades destinadas a la salud mental de internamiento hospitalario. En segundo lugar, este tipo de paciente presenta una patología cuya asistencia no depende de las demás, por lo que los procedimientos tanto de actuación, diagnóstico y terapia son los mismos. En la atención a los pacientes psiquiátricos

también están involucrados otro tipo de condicionantes, como pueden ser, actuaciones judiciales o de las fuerzas de orden público. Además existen otro tipo de situaciones que pueden dificultar la atención al paciente, como la negatividad a ser atendido o realizar medidas en contra de su voluntad.

A la hora de llegar el paciente al servicio de urgencias, las funciones del celador son las siguientes: Vigila la puerta de acceso a la unidad controlando las entradas y salidas, colabora con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los materiales, trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique, cuida del entorno del paciente creando un buen ambiente, vigila a los pacientes para que no se autolesionen y para evitar posibles agresiones, controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, ayuda al aseo de los pacientes, estimula la actividad física de los pacientes y colaborará en el traslado de pacientes a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones.

5 Discusión-Conclusión

Hemos observado como el papel del celador psiquiátrico es muy similar a cualquier otro tipo de celador en relación a las funciones que realizan. El paciente psiquiátrico es aquel que requiere más paciencia y comprensión que cualquier otro usuario más “común”, por lo que es muy importante que el celador conozca muy bien las características de este tipo de pacientes.

Por tanto, la labor del celador en el servicio de psiquiatría es fundamental, ya que su trabajo se complementa con las tareas del resto del personal de servicio y de apoyo. Es muy importante que el celador muestre empatía, respeto y paciencia hacia la situación de cada paciente.

6 Bibliografía

1. Revista Médica. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-celadorpsiquiatria-hospitalaria/>
2. Blog celadores online. Tema 25 “Actuación del celador”. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html>

Capítulo 620

TRABAJOS A TURNOS Y NOCTURNIDAD DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS SANITARIOS

JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ

FRANCISCA NAVARRO CASTILLO

MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA

VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ

1 Introducción

Muchos centros sanitarios funcionan durante 24 horas al día, lo que supone que sus auxiliares administrativos deban enfrentarse a horarios de trabajo que no son los habituales, generando en muchas ocasiones trastornos en la vida de los trabajadores y afectando tanto a su salud física como mental. La actividad fisiológica del cuerpo humano se desarrolla durante el día, debiendo desarrollar también durante este periodo las actividades profesionales con el fin de lograr una coincidencia entre la actividad laboral y la actividad fisiológica.

Desempeñar un trabajo a turnos y durante la noche conlleva efectos negativos en los centros sanitarios como pueden ser una bajada del rendimiento del personal, una peor atención al paciente o un aumento del ausentismo asociado en muchas ocasiones a la aparición del síndrome de Burnout entre los empleados sanitarios.

También, se registran otros efectos negativos en la salud y bienestar de los trabajadores, entre los que cabe destacar desórdenes en los hábitos alimentarios y en el sueño y alteraciones de los ritmos cardíacos. Los empleados del sector sanitario que más frecuentemente deben soportar trabajos a turnos o en horario nocturno son los médicos y enfermeras, centrándose en ellos habitualmente los estudios realizados. Sin embargo, también existen otros trabajadores como los auxiliares administrativos que con frecuencia cuentan con estas condiciones laborales, ya que los hospitales y los servicios de urgencias necesitan a estos profesionales en sus servicios de admisión durante las 24 horas del día.

2 Objetivos

Analizar los efectos del trabajo a turnos y de la realización de jornadas nocturnas en los auxiliares administrativos sanitarios, estudiando tanto las alteraciones que producen en su salud física y mental de los trabajadores como los efectos en su vida familiar y social o en el desarrollo de sus funciones en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la materia para la obtención de datos científicos utilizando las siguientes bases de datos online: Google Académico, Pubmed y Dialnet. Las variables de búsqueda han sido “riesgos de salud por turnos y nocturnidad para auxiliares administrativos sanitarios”.

4 Resultados

Según numerosos estudios, nos muestran que los trabajadores de hospitales o los servicios de urgencias de centros de salud están más insatisfechos con su trabajo que aquellos que prestan su jornada de trabajo en un único turno durante el día. Los ritmos biológicos con periodicidad diaria son los ritmos circadianos, que favorecen que una persona esté más activa durante el día y con predisposición al descanso durante la noche, viéndose afectadas determinadas funciones como la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca o la presión sanguínea.

El trabajo a turnos y nocturno hace que el auxiliar administrativo deba modificar sus funciones corporales para adaptarlas al horario de trabajo, sometiendo al cuerpo a un continuo estrés para adaptarse a los sucesivos cambios, esto en

numerosos casos suele traer consigo la aparición de muchos problemas en su salud.

Los trabajadores que desempeñan sus funciones en horario nocturno tienen un menor rendimiento que durante el día, puesto que la capacidad de atención, y la rapidez con la que se efectúan sus tareas es menor durante la noche. Este hecho se debe fundamentalmente a la baja actividad fisiológica del cuerpo humano en este periodo y a la acumulación de cansancio que suele generarse debido a la falta de horas de sueño. Algunos estudios efectuados con trabajadores sanitarios y no sanitarios muestran que aquellos que tienen turno de noche hacen una valoración de su trabajo más negativa, indicando en más casos que las tareas son cansadas y estresantes. Los empleados nocturnos están, por tanto, más insatisfechos, produciéndose además un mayor absentismo laboral.

Junto con la disminución del rendimiento, el trabajo nocturno también lleva consigo un aumento del número de errores, disminuyendo por ello la seguridad en el trabajo y generando más accidentes laborales.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos y nocturno puede provocar una serie de efectos negativos en la salud y el bienestar del auxiliar administrativo sanitario, como por ejemplo trastornos gastrointestinales y del sueño, fatiga o estrés, llegando incluso a provocar enfermedades circulatorias. Además, a lo largo de la noche se reduce su rendimiento y se generan más accidentes laborales.

Para evitar estos efectos negativos pueden tomarse una serie de medidas preventivas como puede ser la reducción de la carga de trabajo en horario nocturno, escuchar las necesidades individuales de cada trabajador, establecer los calendarios de trabajo con suficiente antelación, respetar periodos de descanso de al menos 2 días o realizar una vigilancia periódica de la salud de estos trabajadores. Sería fundamental la toma de medidas en este sentido por parte de las administraciones y organismos de gestión sanitaria para poder eliminar o minimizar en la medida de lo posible estas consecuencias negativas derivadas del trabajo a turnos y la nocturnidad.

6 Bibliografía

1. Comisiones Obreras de Castilla y León (2011). Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario.
2. Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Zabala, R., & Asúnsolo del

Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57(224), 224-241.

3. Nogareda Cuixart C., Nogareda Cuixart S. (1998). Nota Técnica de Prevención 455. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

4. Unión General de Trabajadores de la Región de Murcia (2004). Manual de prevención de Riesgos laborales en centros sanitarios

Capítulo 621

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE NÓMINAS DEL PERSONAL SANITARIO

JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ

MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ

MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA

VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ

FRANCISCA NAVARRO CASTILLO

1 Introducción

Uno de los diferentes servicios que encontramos en cada hospital o centro sanitario es el departamento o servicio de personal, es posiblemente uno de los servicios más importantes y con unos matices más variados y más complicados, pues dentro de toda su extensión engloba distintos tipos de profesionales, asistenciales y no asistenciales, cada uno de ellos con tareas y diversos objetivos, diferentes unos de otros y además con otros tipos de formación que enriquece el resultado final de la institución, debido a esa diversidad de profesionales, los auxiliares administrativos del departamento de personal deben de estar bien formados e instruidos, para conducir con máxima eficacia la buena organización del centro sanitario y para ello asimilar e integrar adecuadamente a los distintos profesionales de distintas categorías que engrosan el total de dicha institución. Contribuye a ello con este entendimiento que es básico para incluir los diferentes y exigentes

criterios muy a tener en cuenta para llevar con éxito la gestión de personal en dicha institución al servicio de la salud.

El conjunto de auxiliar administrativo del servicio de personal aportan todo el personal apto para su correcto funcionamiento, es una importante misión y de mucha responsabilidad, pues es indispensable en su resultado de aportar la máxima exigencia final basada ante todo en la máxima calidad asistencial.

2 Objetivos

- Contar con un equipo multidisciplinar de profesionales es muy relevante para poder disponer en todo momento de él y que cada uno de ellos dé todo lo mejor en el desempeño de sus habilidades y conocimientos, pues es de suma importancia.
- Sentir que perteneces a un grupo es uno de los objetivos de todo el equipo múltiple y diverso tanto en un centro de salud como en un hospital, la mala elección en la provisión de cualquier profesional daría el resultado de componente desconectado con el resto, lo que resultaría catastrófico en la excelencia en el resultado final.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Dentro de todo departamento de personal, hay diversas e incontables funciones y tareas varias en la organización sanitaria, y a continuación vamos a repasarlas.

- Elección y adhesión a la organización de diversos profesionales:
 - Debido al uso de los avances tecnológicos y dependiendo del nivel de integración a los mismos, el personal debe seleccionar y valorar quién o quienes deben incluir como nuevos efectivos a la organización.
- Contratación:
 - El departamento de personal será el ejecutor de la elección en cada momento y situación del profesional competente en cada contratación, con independencia

de su condición de estatutario o diferentes contrataciones laborales.

- Independientemente de su condición, debe basarse en toda su extensión con la legislación vigente y adecuarse a la incorporación, tiempos y oficialidad con los órganos correspondiente.

-Retribución:

- Cuando hablamos de gestiones retributivas ocurre como en otras cuestiones. La organización basa su estructura retributiva en cada servicio de salud, en el convenio colectivo propio de la administración establecido. Todo el personal debe cobrar lo estipulado en su categoría y para ello está el departamento de nóminas incluido en el de personal, y que dichas retribuciones tengan sus correspondientes cotizaciones a la Seguridad Social, así como al Impuesto de Retenciones de la Personas Físicas.

- El criterio para la retribución de cada organización sanitaria está basado en variables vinculadas al turno de trabajo de cada empleado, nocturnidades, festividades o guardias en relación con el trabajo realizado en los distintos servicios de cada hospital o centro de salud.

- Es de vital importancia disponer de sistemas de información para que la transferencia de dicha información al sistema de retribución sea efectivo para los trabajadores del servicio de personal y ofrezca una correcta retribución del servicio efectuado por cada uno de los trabajadores.

- Es primordial establecer los canales de comunicación tanto horizontal como vertical para permitir que cualquier trabajador pueda reclamar cualquier error en la retribución para que pueda ser solucionado de una manera rápida y efectiva.

-Planes de formación:

- El desarrollo profesional de los trabajadores debe ser garantizado por la organización, proporcionándoles cursos formativos, tanto a nivel de servicios como otros más transversales, que puedan otorgarles los conocimientos necesarios para ejercer con garantía sus funciones para actualizar y mejorar conocimientos y poder optar a otros servicios dentro de la movilidad interna sin hacerlo de forma traumática para ellos o los usuarios de dichos servicios.

- La participación de los profesionales en las acciones formativas que consideren adecuadas para su mejora profesional debe ser garantizada y libre, dándoles información de las novedades legales, nuevas técnicas e introducciones tecnológicas que se incorporan en el día de la profesión.

-Planes de desarrollo, movilidad y promoción interna:

- La gestión de los planes de cada individuo que forma parte de la organización, es una de las partes más importantes y en algunas ocasiones vemos que la más olvidada. Estos planes hacen que tengan las oportunidades regladas y la garantía

de igualdad y oportunidad para todos los empleados, entre servicios, así como promociones tanto en personal no asistencial (auxiliar administrativo, administrativos, técnicos de gestión) o en personal asistencial (auxiliares de enfermería, enfermería etc.).

- Cualquier proceso de movilidad o promoción interna estará perfectamente reglado, será claro en la exposición de las mismas reglas, y se hará cada cierto tiempo para ayudar en la mejora de la organización.

-Desvinculación de la organización:

- El departamento de personal es y debe ser el vigilante de que todos los movimientos de personal se realice de acuerdo a las leyes, siendo básico que toda la documentación aportada asociada a una desvinculación de cualquier centro sanitario, se realice en el momento y en la manera que diga la legislación, para evitar perjudicar a cualquiera de sus partes.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier profesional del departamento de personal, en cualquier hospital o centro sanitario, tiene entre todas sus demás funciones, una es la más importante, ya que se encarga de elegir al profesional más apto para las diferentes labores tanto médicas como asistenciales.

También otro aspecto a tener en cuenta es la formación adecuada, para incrementar en lo posible sus aptitudes y así mejorar su eficiencia. La formación del personal administrativo está hecho para trabajar en función de su equipo de trabajo, por ello su finalidad es conseguir una compenetración máxima con la organización de la salud, y lograr un ambiente adecuado para una mayor consecución de los objetivos establecidos, aunque su responsabilidad no es en ningún modo directo con el paciente, de ellos depende la planificación y ejecución de los planes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 622

PRINCIPALES NORMAS LEGISLATIVAS QUE DEBE CONOCER EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS EN RELACIÓN A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

JUANA MARÍA CANTOS BLÁZQUEZ

FRANCISCA NAVARRO CASTILLO

MARI CARMEN GOMEZ LOPEZ

MARÍA ROSARIO CASTILLO SEGOVIA

VIRTUDES SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La Constitución Española en su art. 18 garantiza, entre otros, el derecho a la intimidad personal y familiar. Este es el punto de partida donde se va a configurar un marco normativo que regulará la protección de datos personales y que, a priori, resulta bastante complejo, ya que engloba una serie de leyes tanto a nivel del ámbito estatal, como europeo.

Por tanto, diremos que las principales leyes en las que nos tendremos que fijar a la hora de hablar de la protección de datos de carácter personal son:

- La Constitución Española (art. 18). En concreto, en el art. 18.4 donde nos habla de 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.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (L.O.P.D.P.).
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (R.D. 1720/2007).
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos: RGPD)
- La Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, que regula derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2 Objetivos

Exponer cuáles serían los puntos más significativos que debería conocer el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud en relación a la protección de datos de carácter personal y qué consecuencias podría tener dicho incumplimiento.

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

Definiciones:

- Dato de carácter personal: Cualquier información de la persona que permita su identificación.
 - Fichero: Conjunto organizado de datos de carácter personal.
 - Tratamiento de datos: Todas las operaciones que permitan la recogida, grabación, conservación o cualquier acción de los datos.
 - Interesado: El titular del dato o que sea objeto del tratamiento de datos.
 - Disociación de datos: Procedimiento mediante el cual la información obtenida no se puede asociar a una persona en concreto. Este procedimiento es muy importante a la hora de acceder a los datos de las historias clínicas para las labores de docencia, investigación, estadísticas, donde existen datos que se podrían hacer públicos pero siempre previa disociación de los datos.
 - Encargado del tratamiento: Persona física o jurídica que hace uso de los datos. La L.O.P.D.P. en su título II establece una serie de principios que se deben de cumplir a la hora de manejar datos personales.
1. La exactitud de los datos: Los datos deberán de ser exactos y por tanto, actualizados cuando sea necesario.
En este aspecto, la Ley nos dice que no será imputable al responsable del tratamiento de datos la inexactitud, siempre que este haya adoptado todas las medidas para que se supriman, rectifiquen sin dilación los errores de los que tenga constancia.
 2. El deber de confidencialidad: Este será complementario al deber del secreto profesional, como podría ser el caso del personal sanitario, y además se mantendrá aun cuando hubiese finalizado la relación del obligado con el responsable del tratamiento. Es decir, no se debe de romper este principio aun cuando hubiera cesado la relación laboral.
 3. Es un tratamiento basado en el consentimiento del afectado: Entendiendo como dicho consentimiento a toda manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca de que este acepta.
Si estamos hablando de una pluralidad de finalidades, debe prestar el consentimiento para todas y cada una.
En este sentido podemos hablar del «Consentimiento Informado» en los centros sanitarios, ya que este no deja de ser una manifestación de la voluntad del paciente a someterse a una prueba, tratamiento o intervención en base a la información facilitada por el médico responsable.
 4. El consentimiento de los menores de edad: Este consentimiento será del menor cuando supere los 14 años, en caso contrario, dicho consentimiento lo prestará su tutor legal o el titular de la patria potestad.
 5. El tratamiento de datos por obligación legal, interés público o ejercicio de

poderes públicos: Solo podrá ser fundado en el cumplimiento de una obligación legal.

Los deberes del personal estatutario de los servicios de salud, según el Estatuto Marco en materia de protección de datos, serían:

Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico y por tanto respetar todas las normas que configuran la Protección de Datos de Carácter Personal.

Mantener la debida reserva y confidencialidad en relación a los datos personales de los pacientes y usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Podríamos pensar que en los centros sanitarios el deber de la protección de datos solo estaría supeditado a los datos contenidos en la historia clínica, ya que esta contiene la mayor parte de la información que manejan los profesionales sanitarios en relación con la salud del paciente. Sin embargo, existen más datos que los contenidos en ella sujetos a «Protección de Datos», y que continuamente estamos manejando los auxiliares administrativos, como pueden ser datos personales (identidad del paciente, domicilio, teléfono, etc.) que son igual de importantes a la hora de mantener su confidencialidad.

Hoy día y debido a la situación de alerta que ha originado la pandemia a la infección por SARS-CoV-2 (Covid-19) ha extendido el manejo de las nuevas tecnologías y en especial el teléfono. En muchas ocasiones no sabemos al cien por cien si la persona que está recibiendo la información es el usuario o el autorizado por este y por ello se deben de extremar las precauciones a la hora de facilitar datos a otras personas.

- Debemos poner todos los medios a nuestra disposición para garantizar la protección de los datos.
- Asegurarnos de que facilitamos datos al interesado o autorizado.
- En caso de duda, pasar política de protección de datos, es decir, sondear a la persona con otras preguntas que solo el interesado/autorizado podría saber.
- Destruir documentos que ya no son válidos utilizando los procedimientos implantados en el centro, por ejemplo, los contenedores habilitados al efecto para que posteriormente sean destruidos correctamente.
- Y sobre todo tratar los datos como si fueran los nuestros y actuar de acuerdo a la Ley y a como querríamos que fuesen utilizados nuestros datos.

6 Bibliografía

1. Constitución Española 1374
2. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
3. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
4. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
5. La Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, que regula derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
6. Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre

Capítulo 623

INVESTIGACIÓN DE NIÑO CON TEA

MARÍA FERNÁNDEZ FREIJE

1 Introducción

Niño de 5 años que desde hace 2 años se le detecta diferencias de comportamiento y aprendizajes a nivel del resto de niños de su edad. Sus padres y profesores sospechan de retraso madurativo.

En el centro educativo se le realizan una serie de pruebas, su texto en el que el resultado no es relevante para diagnóstico.

Los padres deciden llevarlo a centro privado para estudio, en el que se le realiza entrevista a los padres y al niño para la valoración y orientación familiar, en ella se le realiza una evaluación de su desarrollo y capacidades en el área, usualmente afectadas en personas con trastornos del espectro autista (TEA). Según los criterios diagnósticos del DSM-5 se indican aquellos en los que presenta alteraciones. A- Dificultades persistentes en la comunicación e interacción social a través de distintos contextos, no explicable por retrasos generales del desarrollo y manifestados por diferentes aspectos en los que cumple los criterios.

B- Conductas, intereses o actividades repetitivos, restringidos o estereotipados, en los que cumple 3 de los 4 criterios estudiados.

C- Los síntomas deben de estar presentes desde la infancia temprana (pero puede que no se manifiesten totalmente hasta que las demandas sociales excedan sus capacidades) también cumple el criterio.

D- Los síntomas en conjunto limitan e impiden el funcionamiento diario.

En base a la información obtenida en esta valoración, se concluye una impresión diagnóstica de perfil de desarrollo congruente con el trastorno del espectro del autismo (TEA) F 84.0, según DSM-5.

2 Objetivos

Conseguir una valoración del grado de TEA y si existen perfiles genéticos que puedan afectar, descubrir y confirmar el diagnóstico.

3 Caso clínico

Niño de 5 años que acude a la consulta de neuropediatría por sospecha de Trastorno del Espectro Autista (TEA) motivado por entrevista y evaluación anterior a acudir a la consulta de neuropediatría en el centro especializado de la asociación del Asperger.

Los antecedentes familiares no revelan nada madre, padre y hermanos sanos, solo una sospecha por rama paterna de dislexia, aunque no pueden confirmarlo porque nunca se hicieron pruebas, los antecedentes personales tampoco revelan nada llamativo, fue una gestación controlada, con pauta de vacunación completa. Proceso actual que presenta el siguiente desarrollo psicomotor:

Motor grueso: marcha autónoma a los 12 meses, actualmente marcha, carrera, salto, sube y baja escalones adecuada para su edad, refieren dishabilidad motora gruesa.

Motor fino: preferencia lateral diestra, come solo con el cubierto, pinza superior, manipulación adecuada.

Lenguaje: refiere adquisición de los primeros bisílabos referenciales en tono a los 10 meses, con progresión lenta en la adquisición de nuevos bisílabos, mantenimiento cierta jergafasia hasta los 3 años, intercalando algunas palabras inteligible, incluso frases completas. Actualmente, presenta un lenguaje bastante adecuado en cuanto a su contenido, con dificultades en la articulación de varios fonemas. Tiene intención comunicativa clara, tiene narración espontánea, señala, responde a lo que se le pregunta, etc. Repite estructuras por imitación de lo que escucha en los dibujos animados, con alteración del uso pragmático. Le interesa mucho aprender hablar en inglés.

Sociabilidad, interacción social adecuada, en la consulta se muestra muy sociable, mantiene el contacto ocular, tiene interés por el entorno. Tiene interés por tener contacto con iguales, aunque le cuesta seguir las normas del juego.

Conducta es inquieto, impulsivo, algo inflexible, tiene intereses en torno a videojuegos o películas de las que conoce datos muy específicos, es repetitivo, no tiene hipersensibilidad a texturas ni sonidos.

Sensorial impresión parental de visión y audición conservada.

Sueño refiere insomnio de conciliación

Alimentación adecuada, nada selectiva
Esfínteres control completo.

4 Discusión-Conclusión

Con todo lo anterior y a falta de seguir con el estudio, se puede considerar que el paciente presenta un trastorno específico del lenguaje expresivo de predominio articulatorio, se deberá de seguir con la evaluación psicométrica y psicopedagógica, pero podemos llegar a la conclusión de que el paciente actualmente tenga un trastorno de regulación de conducta en el que se detectan algunos rasgos de TEA de alto funcionamiento (intereses restringidos, repetitividad, etc.)

Plan:

- Para la adecuada catalogación de las dificultades de aprendizaje, sería recomendable contar con una evaluación psicopedagógica completa que incluya evaluación psicométrica (wsic o similar), evaluación de funciones ejecutivas (ENFEN o similar) evaluación de capacidad atencional (CARAS o similares)

Entregaremos a la familia escalas de Vanderbilt para padres y profesores.

Con todo lo anterior, el niño seguirá teniendo que acudir a consultas de neuropsiquiatría para seguir explorando y valorando su crecimiento y evaluación y analizar el resultado de las anteriores escalas solicitadas.

5 Bibliografía

Buscamos información en las consultas del materno infantil de nuestro hospital de referencia, entrevistando a varios neurólogos y al equipo de enfermería de pediatría.

Capítulo 624

LA GESTIÓN DEL ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ

1 Introducción

El administrativo en la unidad de archivo hospitalario tiene con función principal el proceso de organización y supervisión de los archivos hospitalarios. Esto incluye registros de pacientes en archivos generados por la actividad diaria del personal sanitario. El objetivo de la gestión administrativa es garantizar que la unidad de archivo del hospital funcione sin problemas y de manera eficiente.

Hay algunos aspectos clave a considerar cuando se trata de la gestión administrativa en la unidad de archivo del hospital. Primero, es importante tener un sistema claro y organizado para archivar registros. Esto ayudará a garantizar que todos los registros sean fáciles de encontrar y recuperar cuando sea necesario. En segundo lugar, es importante contar con un buen sistema para realizar

un seguimiento de los cambios en los registros. Esto ayuda a prevenir errores y garantiza que todos los registros estén actualizados. Finalmente, es importante revisar y actualizar periódicamente el sistema según sea necesario. Esto ayuda a mantener el sistema funcionando sin problemas y evita que surjan problemas en el futuro. La gestión administrativa en la unidad de archivo hospitalario es el proceso de organización y gestión de la historia clínica del hospital. El objetivo de la gestión administrativa es garantizar que los registros médicos estén completos, precisos y actualizados (1).

La gestión administrativa comienza con el ingreso de un paciente en el hospital. El miembro del personal de admisiones creará un expediente médico para el paciente, que incluirá la información personal del paciente, su historial médico y su estado actual. Esta información se utilizará para crear un plan de tratamiento para el paciente.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un administrativo en la unidad del archivo del hospital.
2. Establecer coordinación con diversos especialistas para llevar al día los registros de pacientes y archivos del personal médico.
3. Favorecer correcta elaboración en el ámbito sanitario.

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 expediente hospitalario es un registro del historial médico y el tratamiento de un paciente. Es utilizado por médicos y otros profesionales de la salud para brindar una mejor atención a los pacientes. El administrativo de la unidad de

archivo hospitalario es la responsable de la gestión de estos archivos. Se aseguran de que los archivos estén completos y precisos, y de que se almacenen en un lugar seguro y protegido. También realizan un seguimiento de quién ha accedido a los archivos y cuándo. La importancia de la gestión administrativa en la unidad de archivo hospitalario. El administrativo en la unidad de archivo hospitalario es la responsable de la organización y control de las historias clínicas. La unidad de archivo debe contar con un mínimo de un administrativo y dos empleados auxiliares administrativos. El administrativo es responsable de la supervisión de la unidad, el desarrollo y la implementación de políticas y procedimientos, la coordinación de servicios con otros departamentos y el mantenimiento del presupuesto. Los trabajadores administrativos son responsables del funcionamiento diario de la unidad, incluido el archivo, la recuperación y la distribución de registros médicos (2).

No se puede exagerar la importancia de la gestión administrativa en la unidad de archivo del hospital. Los registros médicos debidamente organizados son esenciales para una atención al paciente de calidad. Un administrativo eficaz se asegurará de que la unidad funcione sin problemas y de manera eficiente, al tiempo que mantiene el cumplimiento de todas las leyes y reglamentos aplicables. Al trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos dentro del hospital, el administrativo puede ayudar a garantizar que los pacientes reciban la mejor atención posible. Además, un sistema de gestión administrativa eficaz es parte integral del éxito de cualquier unidad de archivo del hospital. Los beneficios de un sistema de este tipo son numerosos y pueden tener un impacto positivo tanto en la calidad de la atención al paciente como en la eficiencia de las operaciones del hospital.

Una unidad de archivo bien gestionada por el administrativo puede ayudar a garantizar que los registros médicos se mantengan con precisión y sean de fácil acceso, lo que puede conducir a una mejor atención al paciente. Además, un sistema de gestión administrativa eficaz puede ayudar a agilizar las operaciones del hospital, ahorrando tiempo y dinero. Los hospitales que tienen una unidad de archivo que funciona bien informan mejores puntajes generales de satisfacción del paciente y tasas más bajas de readmisión. También tienden a tener tasas de rotación de personal más bajas, ya que los empleados se sienten más satisfechos con sus trabajos cuando están bien organizados y se administran de manera eficiente (3).

En definitiva, el administrativo en el sistema de gestión hospitalaria es funda-

mental para cualquier unidad de archivo hospitalario que desee alcanzar el éxito. Y es que la unidad de archivo hospitalario es la responsable de la organización y gestión de la historia clínica. La unidad es responsable de garantizar que los registros de los pacientes estén completos, precisos y actualizados. El administrativo en la unidad de archivo trata de información de los pacientes y profesionales de atención médica. La unidad de archivo del hospital juega un papel vital en el buen funcionamiento del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Una unidad de archivo del hospital es un lugar donde se guardan los registros médicos. Es la gestión administrativa de la unidad de archivo hospitalario. El presente capítulo tiene por objeto informar al lector sobre las funciones del administrativo en la unidad de archivo hospitalario.

El administrativo es responsable de la gestión general de la unidad de archivo del hospital. Son responsables de contratar y capacitar al personal, así como de garantizar que todos los registros médicos se archiven y mantengan con precisión. También trabajan en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital para garantizar que la privacidad del paciente esté siempre protegida.

La unidad de archivo hospitalario es una parte vital del hospital, y su gestión administrativa es crucial para su éxito. El administrativo de la unidad de archivo debe tener conocimientos sobre todos los aspectos de la unidad de archivo, incluida su organización, operación y mantenimiento. También deben poder comunicarse de manera efectiva con otros miembros del personal del hospital. Además, el administrador de la unidad de archivo debe ser capaz de manejar cualquier problema que pueda surgir dentro de la unidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>
2. <http://www.madrid.org/contratos-publicos/1354200392771/1109266180653/1354200627517.pdf>
3. <https://www.ibsalut.es/asme/ca/17-hospital/cartera-de-servicios/20-admision-y-documentacion-clinica.html>

Capítulo 625

EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: RELACIONES CON EL PACIENTE Y/O SUS FAMILIARES

DOMINGO GRANDE TERCERO

JULIANA GOMEZ CASTRO

MARÍA CABEZAS BERMEJO

CAMILO ARTURO PALACIOS MARTÍNEZ

MARIA CARMEN JIMÉNEZ ALAÑON

1 Introducción

En la mayoría de los casos la primera persona con la que intervienen los pacientes y sus familiares en el ámbito hospitalario son los celadores, por eso es muy importante tratar el tema de las relaciones de los celadores tanto con el enfermo como con sus familiares.

Cuando hablamos de relaciones, nos estamos refiriendo a las relaciones interpersonales que se dan en el ámbito sanitario entre los pacientes y/o familiares y los trabajadores del servicio de salud.

La especie humana es un ser social que está sujeto a relaciones interpersonales tanto con personas que conoce como que no conoce, mediadas por la comunicación. El celador establece en su día a día relaciones con los pacientes y sus familiares, si estas son efectivas le permitirán al celador favorecer las actuaciones

necesarias con el paciente y/o familiares, satisfacer las necesidades de estos y brindar sus servicios.

Para llegar a ello, el celador debe tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro y comprender a quién está tratando (adoptándose a cada uno de estos pacientes) procurando por todos los medios humanizar el servicio (con cosas tan sencillas como llamar al paciente por su nombre, utilizar un lenguaje claro y sencillo, sonreír, establecer un contacto cercano pero respetuoso, utilizar fórmulas de cortesía (tales como: buenos días, por favor, gracias, etc.).

2 Objetivos

Objetivo principal:

Poner en conocimiento las funciones más importantes que realizan los celadores en cuanto a las relaciones con los pacientes y/ o sus familiares.

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: funciones del celador en el ámbito sanitario, relaciones interpersonales, como humanizar las funciones de los celadores en el ámbito sanitario y funciones de los celadores relacionadas directamente con las relaciones con los pacientes y/o familiares.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones del celador en el ámbito sanitario, relaciones interpersonales, como humanizar las funciones de los celadores en el ámbito sanitario y funciones de los celadores relacionadas directamente con las relaciones con los pacientes y/o familiares, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Funciones del celador en relación a pacientes y/o familiares:

- Orientar al paciente y/o sus familiares durante su estancia en el hospital, referida tanto al propio centro como de servicios ajenos a este, como pueden ser:
 - Explicar el manejo de las máquinas de tique (con nota de cita, con tarjeta sanitaria o con D.N.I.).
 - Ubicación de los distintos servicios y unidades (registro, SAU, cafetería, consultas específicas, gabinete de pruebas especiales, quirófano, UCI, etc.) y horarios de los distintos servicios.
 - En caso de ingreso, dar información a los pacientes sobre las horas de visita y consulta para la información médica (actualmente desde la pandemia provocada por el COVID-19, como tramitar pase de acompañante).
 - Informar sobre los medios de transporte y taxis.
 - Informar posibilidades de hospedaje para familiares.
 - Atención personalizada a familiares:
 - Disminuir la preocupación de los familiares.
 - Información a los familiares sobre la planta o servicio en el que se encuentra el paciente, incidencias, tiempos de espera, traslados, etc.
 - Localización de familiares por el servicio de megafonía para traslado de avisos, información o llamadas telefónicas del exterior.
 - Canalizar las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.
- Consideraciones a tener en cuenta a la hora de desarrollar estas funciones:
- La información debe ser completa y darse siempre de forma amable, y con un lenguaje claro y sencillo para que el paciente y/o familiar la entienda fácilmente. De tal forma que la falta de comprensión o información no repercuta negativamente sobre el paciente, como podría ser perder algún derecho o demorar el tiempo para su asistencia.
 - Ser consciente de que el celador nunca puede dar información sobre patologías, diagnósticos, estado de salud, etc., del paciente y además debe guardar el secreto de confidencialidad sobre todo conocimiento que tenga debido al ejercicio de sus funciones en el ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Podríamos decir que la función principal de los celadores en relación a los pacientes y/o familiares es la de informar, y esta información debe transmitirse de la forma más humana posible, utilizando siempre un lenguaje entendible por cualquier paciente que asegure que el paciente que ya acude al centro hospitalario con la preocupación de su estado de salud (depresivo y susceptible) se le trasmita

seguridad. Que encuentre en el celador un punto de apoyo para cualquier información que necesite y que el celador le ofrezca la información de forma eficiente y eficaz, es decir, que le proporcione el servicio de calidad que se merece el paciente y/o sus familiares.

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://zonahospitalaria.com/la-relacion-entre-el-paciente-y-los-profesionales-sanitarios/>

Capítulo 626

FUNCIONES DEL ADMINISTRATIVO EN CONTABILIDAD DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ECONÓMICA DEL HOSPITAL

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ

1 Introducción

El administrativo en contabilidad de la unidad de gestión económica del hospital es responsable de la planificación y gestión financiera del hospital. Son responsables del presupuesto, la auditoría y los informes financieros. El departamento de contabilidad administrativa de la unidad de gestión económica del hospital también trabaja en estrecha colaboración con la Junta Directiva del hospital para garantizar que los asuntos financieros del hospital estén en orden. El administrativo en contabilidad de la unidad de gestión económica del hospital, su función principal es hacer las anotaciones contables de todas y cada una de operaciones económicas del hospital. Además, colabora cooperando en la elaboración de presupuestos, la planificación financiera y la previsión, además supervisa el proceso

de facturación. Además, el administrativo es responsable del cumplimiento de todas las leyes y reglamentos, estatales y locales relacionados con las operaciones financieras del hospital (1).

En la contabilidad de la unidad de gestión económica del hospital, el personal administrativo juega un papel fundamental. Son responsables de mantener registros financieros, preparar informes y garantizar que todas las transacciones cumplan con las regulaciones. El personal administrativo es responsable de una variedad de tareas en la contabilidad de la unidad de gestión económica del hospital. El personal administrativo, el proceso de contabilidad se vería significativamente obstaculizado.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un administrativo en contabilidad de la unidad de gestión económica del hospital.
2. Establecer coordinación con diversos especialistas para mantener los registros financieros
3. Favorecer el trabajo y la elaboración de previsiones.

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

Mantener registros financieros precisos es fundamental para el éxito de cualquier organización, pero es especialmente importante en la actividad de la salud. El personal administrativo debe realizar un seguimiento de una gran cantidad de transacciones y asegurarse de que todas ellas estén debidamente documentadas. Esta puede ser una tarea abrumadora, pero es esencial para mantener un sistema de contabilidad eficaz. Realizan un seguimiento del presupuesto y se aseguran de que se registran todos los gastos, transacciones, deudas, ingresos. En definitiva,

cualquier operación cuantificable. También se realizan anotaciones contables de los salarios o cualquier tipo de remuneración realizada al personal del centro hospitalario. Además, manejan todo el papeleo asociado con reclamos de seguros y registros de pacientes. Sin el personal administrativo, el hospital no podría funcionar correctamente.

El administrativo contable de la unidad de gestión económica es responsable de la ejecución del presupuesto del hospital, así como del desarrollo, coordinación y control de sus actividades financieras. También trabajan bajo las directrices de la Dirección del hospital para garantizar que los asuntos financieros del hospital se manejen de manera transparente y eficiente. El administrativo que trabaja en el departamento de contabilidad registra todos los aspectos de la información financiera, incluida la preparación y el análisis de los estados financieros, el mantenimiento de registros y la garantía del cumplimiento de las leyes y reglamentos. También desarrollan e implementan presupuestos, pronósticos y planes financieros a largo plazo. Además, pueden supervisar las inversiones y gestionar el riesgo.

El administrativo contable es un miembro clave del equipo de gestión del hospital y juega un papel vital en su éxito. Son responsables de proporcionar información precisa y oportuna que ayude a la Dirección del hospital a tomar decisiones informadas sobre cómo utilizar mejor los recursos. Sin una gestión financiera adecuada, los hospitales no podrían brindar atención de calidad a los pacientes ni cumplir con sus otras obligaciones. El administrativo en contabilidad de la unidad de gestión económica del hospital es responsable de garantizar la exactitud de los registros y estados financieros. También concilian cuentas, preparan presupuestos y controlan los gastos, brindan ayuda en el asesoramiento sobre asuntos financieros a la gerencia y al personal del hospital, esto incluye la preparación de estados financieros, el registro de transacciones y la gestión de cuentas por cobrar y cuentas por pagar.

El trabajo del administrativo en el departamento de contabilidad debe ser muy riguroso, esto requiere cualidades como responsabilidad, capacidad de trabajo en equipo, compromiso y honestidad, entre otras. El administrativo trabaja en coordinación con otros equipos, en especial puede ayudar a resolver cualquier problema financiero que pueda surgir, contribuyendo a realizar una gestión de calidad en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, La unidad de gestión económica del hospital es responsable de la salud financiera de la institución. La función del administrativo de contabilidad dentro de esta unidad es fundamental para garantizar que el hospital tenga los recursos que necesita para brindar atención de calidad al paciente. El administrativo del departamento de contabilidad del hospital realiza un seguimiento de los ingresos y los gastos, prepara los estados financieros y administra las cuentas por cobrar y por pagar, también trabajan en coordinación con otros departamentos para garantizar que se implementen medidas de presupuesto y control de costos. Sin un departamento de contabilidad que funcione bien, el hospital estaría en riesgo de inestabilidad financiera.

El administrativo de contabilidad es una parte importante de la unidad de gestión económica del hospital, para conseguir la finalidad de administrar la actividad hospitalaria de manera efectiva. Por tanto el departamento de contabilidad juega un papel vital para garantizar que el hospital funcione sin problemas y de manera eficiente, repercutiendo de forma directa en el personal y los usuarios del centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-informacion-contable-gestion-hospitales-publicos-13131441>
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es/en/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/geClif.pdf>
3. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/temario_comun_tema_04.pdf

Capítulo 627

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

MARIA DEL SEÑOR VIVEROS MUÑOZ

1 Introducción

La unidad de recursos humanos en un hospital es responsable de una variedad de funciones. El personal administrativo juega un papel importante en el apoyo a estas funciones. Los administradores son responsables de coordinar el trabajo de la unidad, mantener registros y brindar apoyo a los empleados de la unidad. También interactúan con otros departamentos del hospital para garantizar que la unidad de recursos humanos satisfaga las necesidades de los empleados del hospital.

El administrativo en un entorno hospitalario en la unidad de recursos humanos, es la persona responsable de garantizar que todos los empleados del hospital es-

tén debidamente capacitados y que entiendan sus funciones y responsabilidades dentro de la organización. El administrativo trabaja en estrecha colaboración con el equipo de gestión del hospital para garantizar que se sigan todas las políticas y procedimientos del hospital. Además, es responsable de indagar o derivar cualquier queja o inquietud que los empleados puedan tener sobre su entorno de trabajo (1).

El personal administrativo juega un papel fundamental en el ámbito hospitalario y es una parte fundamental del equipo de recursos humanos. Ayudan a garantizar que el hospital funcione sin problemas y de manera eficiente al encargarse de muchas tareas importantes. Sin ellos, la unidad de recursos humanos se vería abrumada y no podría operar de manera efectiva.

El administrativo en recursos humanos es responsable de una variedad de tareas, incluido el mantenimiento de los registros de los empleados, la programación de entrevistas, el procesamiento de la documentación de nuevas contrataciones, gestión de nóminas y todo lo que tenga que ver con el personal del hospital. Sin el personal administrativo, el departamento de recursos humanos no podría funcionar correctamente.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un administrativo en la unidad de recursos humanos en ámbito hospitalario.
2. Establecer coordinación con diversos especialistas de la unidad de recursos humanos.
3. Favorecer el trabajo y la gestión de todas las políticas y procedimientos del hospital.

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 personal administrativo en un entorno hospitalario ayuda a mantener la unidad de recursos humanos organizada y funcionando sin problemas. Son responsables de una variedad de tareas, incluido el mantenimiento de registros de empleados, la programación de entrevistas y la asistencia con la incorporación de nuevos empleados y todo tipo de gestiones que se deriven de las propias contrataciones (como nóminas, certificados, permisos...). El administrativo contribuye dentro recursos humanos a que funcione los la mayor eficacia y eficiencia posible.

El personal administrativo suele ser punto de contacto para los empleados que tienen preguntas o inquietudes sobre su trabajo y son responsables de solucionar dudas o derivar a donde las puedan solucionar. Además, también ayudan con proyectos especiales o eventos que están siendo organizados por el departamento de recursos humanos.

El personal administrativo del departamento de recursos humanos de un hospital se encarga de realizar los llamamientos de personal. Su trabajo garantiza que el proceso de contratación se desarrolle sin problemas y de manera eficiente (2). Desde la publicación de anuncios de trabajo hasta la programación de entrevistas, ayudan a garantizar que el proceso de contratación se desarrolle sin problemas. Al publicar anuncios de trabajo y administrar el cronograma de entrevistas, ayudan a garantizar que solo los candidatos más calificados sean considerados para los puestos vacantes.

El administrativo y el papel que juega en la unidad de recursos humanos en el ámbito hospitalario son de suma importancia. Una de las funciones más críticas que desempeña el equipo administrativo es garantizar que los nuevos empleados estén informados sobre las políticas y los procedimientos. 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 equipo administrativo trabaja en estrecha colaboración con la unidad de recursos humanos para garantizar que los nuevos empleados estén debidamente capacitados. (3).

La unidad de recursos humanos juega un papel vital en la provisión de esta formación. Trabajan en estrecha colaboración con la administración para proporcionar información precisa y oportuna. Sin esta formación, los nuevos empleados estarían en desventaja al intentar realizar sus funciones.

En cualquier entorno hospitalario, la unidad de recursos humanos es responsable de una variedad de tareas administrativas. Estas tareas pueden incluir el mantenimiento de registros de empleados, el procesamiento de nóminas y el manejo de beneficios. La unidad de recursos humanos también juega un papel en el llamamiento y contratación de nuevos empleados. Para tener éxito, la unidad de recursos humanos debe estar bien organizada y ser eficiente.

En general, las funciones realizadas en recursos humanos son muy valiosas para los hospitales y otras organizaciones. Al hacer un seguimiento del progreso de los empleados y documentar las inquietudes, los hospitales pueden asegurarse de que sus empleados cumplan con las expectativas y aborden cualquier problema que pueda surgir.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el administrativo en la unidad de recursos humanos, es responsable de gestionar todo lo referente necesidades de personal y garantizar que el hospital funcione sin problemas. Sin un buen administrativo en la unidad de recursos humanos sería caótica y no funcionaría correctamente. El administrativo también es responsable de facilitar los medios para capacitar a los nuevos miembros del personal y de orientarlos sobre las políticas y los procedimientos del hospital, logrando un funcionamiento con la eficacia y eficiencia.

El administrativo y el papel que juega en la unidad de recursos humanos es una función esencial para conseguir una buena gestión. Son responsables de muchas cosas, como el manejo de los archivos de los empleados, el seguimiento del tiempo libre y demás gestiones de personal. También juegan un papel clave en los procesos de contratación y formación. El personal administrativo suele ser el primer punto de contacto para los empleados, por lo que deben ser profesionales y conocer las políticas del hospital. Sin el personal administrativo, la unidad de recursos humanos no podría funcionar correctamente.

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 628

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION COMO RASTREADOR ANTE LA COVID-19

MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES

MILAGROS RESA RODRÍGUEZ

CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ

ANGEL VILLENA BLEDA

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

1 Introducción

Hablaremos del rol principal de los auxiliares administrativos del centro hospitalario o centro médico donde prestamos nuestros servicios para la detección temprana de personas afectadas por infección, por lo que es importante es que debemos conocer un proceso de seguimiento, un proceso específico basado en sobre recomendaciones recogidas por la Fundación

Salud mundial y pasos a seguir. Este artículo proviene de centros médicos y por teléfono. Nuestro papel de asistente administrativo es fundamental porque, con nuestra doble función de seguimiento y coordinación con el resto del personal médico que trabaja en el centro, esto facilitará las condiciones favorables para el seguimiento del estado de los reclusos. Una vez activado el protocolo, se pondrán en contacto con cualquier persona conocida como "contactos cercanos" de

personas activas. Tal como se define en la Estrategia de Detección Temprana, Seguimiento y Control

Ministerio de Salud Covid19 En general, se define como contacto cercano a cualquier persona en el mismo lugar que un caso positivo, a menos de 2 metros de distancia y por más de 15 minutos. Después de recopilar datos sobre todos los posibles contactos y hablar con cada uno de ellos tanto como sea posible, el equipo de seguimiento recrea un mapa de dónde puede moverse el virus en un momento dado. .

2 Objetivos

Objetivo principal:

Identificar los pasos a seguir en el seguimiento de la pandemia. Metas secundarias:

- Destacar las capacidades y valores de un asistente administrativo para el seguimiento de tareas.
- Se busca divulgación de la situación en otros países.

3 Metodología

Para la elaboración del presente 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, Dialnet y las palabras claves han sido: rastreo, rastreadores contagiados, confinamiento, funciones del personal auxiliar administrativo, Covid-19

4 Resultados

El seguimiento básico incluye el primero y el final de la cuarentena, incluida la designación de PDIA.

Durante la comunicación inicial con los contactos cercanos, se recopilará información de contacto y se darán instrucciones de aislamiento como precaución principal para el control de la transmisión, las cuales deberán seguirse durante los 10 días posteriores al último contacto con el caso. Se explicará el procedimiento para el autocontrol diario de la temperatura, así como la posibilidad de síntomas (principalmente tos, fiebre o dificultad para respirar, aunque teniendo en cuenta cualquier síntoma inusual que pueda presentarse) como dolor de garganta, diarrea, disgusto o olfato, dolor de cabeza, dolor muscular, etc.), indicando que si

se desarrollan síntomas, se debe llamar urgentemente al Centro Médico o, si se presentan síntomas severos Importante llamar al SAMU al 112. Si el contacto es una pareja de larga duración, preguntar por la PDIA a ser procesada en el momento de la primera llamada. Se dará un segundo aviso solicitando recolectar muestras PDIA 10 días después de la última exposición (generalmente 2-3 días antes), además de verificar el cumplimiento de la cuarentena y los posibles síntomas. La cuarentena terminará con el anuncio de los resultados del PDIA; En caso de resultado negativo, esta comunicación se puede establecer mediante algún tipo de mensaje de telemetría. Se considerarán llamadas adicionales para quienes tengan mayor dificultad para aislarse o acceder al sistema de salud. Los contactos de seguimiento en hogares de ancianos y centros de salud comunitarios se detallan en sus procedimientos específicos. La localización de contactos de trabajo (diferente a lo mencionado en el apartado anterior) será gestionada por el equipo de Riesgos Laborales correspondiente, coordinándose con el equipo de localización de contactos en caso de ser necesario.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias de seguimiento han sido y son populares en países como Estados Unidos.

Junto con otros brotes anteriores, han trabajado y continúan trabajando no solo con el personal médico sino también con los estudiantes voluntarios para construir un ejército de Conquistadores para un gran trabajo con su gran población. Es demasiado pronto para estimar el impacto que tendrá el seguimiento en todo el mundo, aunque los ejemplos en Asia predicen un resultado muy positivo. El papel de Pathfinder y Pathfinder es muy importante en la supervisión actual, como lo es capacitarlos para que hagan su trabajo a la perfección, sin olvidar que la responsabilidad última de cada persona es ayudar a prevenir la pandemia.

6 Bibliografía

1. <https://www.rtve.es/television/20201016/rastreadores-ante-covid-19-comotrabajan/2045820.shtml>
2. <https://www.formacionalcala.es/>.

Capítulo 629

CÓMO DEBE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO UTILIZAR UNA HERRAMIENTA CONCRETA EN SU PUESTO DE TRABAJO EN UN CENTRO DE SALUD

MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES

MILAGROS RESA RODRÍGUEZ

CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ

ANGEL VILLENA BLEDA

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

1 Introducción

El ser humano desde que nace posee la mejor herramienta de comunicación que existe: la voz.

Esta se define como un vocablo procedido del latín vox, a su vez, es el sonido que se emite para comunicarse, bien sea con palabras o con otros sonidos naturales como la risa, el llanto, el grito, etc., el ser humano la produce mediante una vibración de las cuerdas vocales mediante el aire que es expulsado por los pulmones y que sale por la laringe.

Por otro lado, se debe destacar que la voz posee varias cualidades acústicas:

- El timbre: determinado por los armónicos (componentes de una onda sonora para diferenciar sonidos) y los formantes (característica de los armónicos producidos por la resonancia).
- La intensidad o volumen: es la potencia con la que pasa el aire por la laringe, haciendo que vibren las cuerdas vocales,
- El tono/la altura: es la elevación de la voz producida por las vibraciones de las cuerdas vocales
- El ritmo: es un aspecto del habla, sobre la musicalidad con la que hablamos. También definido como una cadencia particular de la locución que la hace armónica. La falta de concienciación del cuidado y el uso de la voz sumados a la forma actual de vida, está produciendo que los pacientes con enfermedades vocales aumenten. Un trastorno en este campo puede ser creado por diversas causas, como es por ejemplo el uso inadecuado de la voz, ya sea por esfuerzo o por baja función; a su vez, se dan diversos síntomas que pueden aparecer tras su manifestación:
- Dolor al hablar o al tragar.
- Pérdida de la voz al largo de un período de tiempo, llegando a una afonía total al final.
- Ronquera, voz oscura, pérdida de armónicos.
- Tos continua.
- Inflamación de la laringe.

Por otro lado, las causas de los trastornos de la voz se pueden dividir en los siguientes factores:

- Factores laborales: Ambientales y Organizativos
- Factores personales: o De constitución física y de salud o Hábitos tóxicos o Alimentación o Medicamentos o Estrés

La ley de prevención de riesgos laborales enmarca el estudio de las características y la frecuencia de las alteraciones de la voz, debido a que el nódulo de las cuerdas vocales está incluido en el nuevo cuadro de enfermedades profesionales.

Siete de cada diez casos se debe a sobreesfuerzos y malas costumbres al hablar, utilizándose un volumen superior al del ruido ambiental.

El Día Mundial de la Voz, celebrada el 16 de abril, es una campaña de educación sanitaria, cuya finalidad es sensibilizar a todos de las patologías de la voz, su prevención, diagnóstico y tratamiento.

2 Objetivos

- Exponer cómo prevenir las alteraciones de la voz a partir del conocimiento.

- Describir hábitos saludables para que el auxiliar administrativo mejore su comunicación a través de la voz.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre el tema a tratar; a través de una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Así como se ha buscado información en diferentes bases de datos: Google académico, Pudmed, Medline.

Palabras clave: auxiliar administrativo, voz, comunicación.

4 Resultados

Es conveniente que el auxiliar administrativo haga un buen uso de su voz, debido a que es una herramienta de comunicación esencial; la comunicación es una necesidad dentro su trabajo, por ello, debe efectuarse en un tiempo preciso y de un modo adecuado.

El diálogo que un auxiliar administrativo sostiene con el paciente no debe realizarse en un tono coloquial, es decir, la intensidad debe ser regular, el tono y el timbre deben ser adecuados para no forzar la voz diariamente; paralelamente, la humedad y el ambiente en el trabajo debe tener los niveles apropiados.

Por consiguiente, es conveniente que al comunicarse se haga un buen uso de estas cualidades:

- Claridad.
- Intensidad.
- Flexibilidad.
- Énfasis.

Para dar claridad y vivacidad a la hora de expresarse y querer comunicarse es muy importante que en la conversación utilicemos los siguientes instrumentos:

- Velocidad: Si al hablar con el paciente se utiliza una velocidad excesiva o muy lenta, termina por desatender a la conversación. Normalmente, se habla a una velocidad de 120 a 180 palabras por minuto, es difícil hacerlo a una velocidad uniforme; la rapidez al hablar es un obstáculo para mejorar la dicción, pero la lentitud no resuelve la claridad. Por otro lado, la vocalización debe ser clara y la velocidad adecuada al tema a tratar, al oyente y sobre todo al tema que queremos destacar.

- Pausas: Facilita la inflexión de la voz, el cambio de tono y el ritmo; ayuda a sostener la atención.
- Ritmo: Está ligado con la velocidad; el contraste en el ritmo ayuda para que las palabras tengan la expresividad que se desea.
- Tono: Representa un papel fundamental en la comunicación; la entonación puede ser: ascendente, descendente y mixta.

Con la utilización de estas variantes, lograremos que el significado de las palabras sea más claro y conciso; una adecuada articulación de las frases facilitará la comunicación con el paciente.

Los principales trastornos son:

- La afonía: es la pérdida de voz temporalmente.
- La disfonía: es la ronquera, que puede dividirse en: Funcionales, orgánicas o mixtas.

A continuación, se nombrarán los consejos preventivos para tener una buena calidad de voz y los consejos beneficiarios para la misma.

- Beber agua: entre 6 u 8 vasos de agua diarios.
- Adoptar posturas corporales adecuadas.
- Evitar tomar café.
- No fumar
- No beber bebidas alcohólicas
- Tener una sana alimentación

Consejos en beneficio de la voz y la salud durante el tiempo de trabajo:

- Evitar gritar o forzar la voz.
- Llevar a cabo pausas y descansos para desconectar tanto mentalmente como físicamente.
- Respirar de forma correcta al hablar.
- El reposo y el ejercicio físico evitan el cansancio vocal.
- Evita los cambios de temperatura bruscos.
- Evitar el estrés.
- Reducir el ruido ambiental.
- Reducir el nivel de polvo.

5 Discusión-Conclusión

La voz es un recurso muy necesario y frecuente de la comunicación.

La interrelación entre el auxiliar administrativo y el paciente es imprescindible, para ello es necesario que la información sea sencilla, breve y clara. Asimismo,

se debe utilizar un tono y volumen de voz adecuado, todo ello para que repercuta satisfactoriamente en beneficio del paciente.

Por otra parte, Para prevenir los trastornos de la voz el mejor recurso es hacer un buen uso de la misma. Los especialistas (otorrinolaringología y foniátras) aconsejan revisiones regulares o incluso, ir al médico ante el primer indicio para que sea tratado y no llegue a convertirse en una patología aguda, debido a que, en la mayoría de los casos, los problemas derivados de la voz son reparables si se tratan correctamente.

6 Bibliografía

1. Editor. (2020, 22 junio). La voz y la importancia de cuidarla, ayudado de profesionales. Logopedia Fonema. <https://www.logopediافonema.com/blog/laimportancia-de-cuidar-la-voz/>
2. Generalitat de Catalunya. Departament d'Empresa i Ocupació, Orri Plaja, A., & Elena Juanola Pagès, E. (s. f.). El uso profesional de la voz. Treball Gencat. https://treball.gencat.cat/web/.content/09_-_seguretat_i_salut_laboral/publicacions/imatges/us_professional_veu_cast.pdf
3. La voz: una herramienta esencial para nuestro trabajo. (2016, 26 agosto). Wesser. Un buen trabajo. <https://www.wesser.es/2016/08/26/la-voz-unaherramienta-esencial-para-nuestro-trabajo/>
4. M. R. Y. de Enfermería (2019, 4 diciembre). En la sanidad, los auxiliares administrativos usan la voz como herramienta de trabajo. Ocronos - Editorial CientíficoTécnica. <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-voz-herramientade-trabajo/>
5. Real decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (BOE núm. 302, de 19 de diciembre de 2006).

Capítulo 630

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LAS URGENCIAS SANITARIAS

MARIA INMACULADA FERNÁNDEZ MORALES

MILAGROS RESA RODRÍGUEZ

CELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ

ANGEL VILLENA BLEDA

MARIA DE CORTES GONZALEZ VALCARCEL

1 Introducción

El servicio de admisión y la documentación clínica es una unidad central a cargo de coordinar en el campo de la atención primaria y especializada el área de salud, la colocación, la organización y el cumplimiento de los procedimientos que ocurren en la asistencia médica, a fin de mantener la eficiencia en el uso de recursos y cohesión de la organización frente a la paciente y su proceso de atención; Garantizando así el acceso a los beneficios en condiciones de eficiencia efectiva. El servicio de admisión y la documentación clínica establecen una estructura de apoyo en el hospital, basada en el resultado de las áreas de admisión y documentación clínica, y el producto de la gestión (pacientes y documentación) con-

figura el sistema de información, ya que las funciones de la hospitalización, emergencias hospitalarias y pacientes, integran el área de gestión del paciente;

Las funciones del archivo de historial clínico (HC) y la documentación forman el área de gestión de la documentación clínica.

En paralelo, debe y se puede evaluar de acuerdo con los resultados que se obtienen y en particular, dependiendo de su capacidad y rendimiento.

La evaluación continua a través de indicadores de actividad y calidad, ayudan a lograr un proceso compartido de la gestión del servicio de admisión, la documentación clínica y las unidades de asistencia.

2 Objetivos

Precisar y conocer las diferentes funciones que un auxiliar administrativo tiene que desarrollar para realizar un preciso y apropiado trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y sistemática de artículos relacionados en diferentes bases de datos como: Scielo, Medline, Pudmed y Google Academy, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Finalmente, se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información establecida.

Palabras claves: auxiliar administrativo, servicio de admisión, documentación clínica, funciones de las unidades administrativas.

4 Resultados

Las funciones de auxiliares administrativos en los servicios de admisión y documentación clínica están orientados a la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia del usuario.

Las funciones en las unidades administrativas son las siguientes: admisión de hospitalización: es la unidad que es responsable de la gestión de ingresos, el alto administrador y apoyo administrativo necesario que surge durante el episodio de hospitalización del paciente.

Funciones: - Solicitud y ingreso del programa.

- Gestionar las camas.

- Registre los episodios de hospitalización.
- Organizar la organización de organizaciones.

Admisión de emergencia: es la unidad que es responsable de la administración administrativa en la demanda de servicio de atención en el servicio hospitalario.

Funciones: - Son el primer punto de dar y recibir información adentro de los usuarios del servicio de emergencia.

- Administrar el ingreso urgente.
- Administrar fiestas judiciales.

Transferencias: es la unidad que es responsable de la gestión de las propuestas de transferencia de pacientes a otros centros.

Funciones: - Administre la solicitud de cita médica para consultas externas a otros centros de salud fuera del área de salud.

- Procese los reembolsos de los gastos para las transferencias.

Actividad quirúrgica: es la unidad que es responsable de la programación quirúrgica y mantenga el registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.

Funciones: - Gestionamos las intervenciones programadas de servicios quirúrgicos semanalmente.

- Planifique las salas de operaciones semanales y asignadas.
- Derivado, en el caso de las extracciones de un centro de salud.
- Administrar y rastrear pacientes en la lista de espera quirúrgica.
- Procese administrativamente todos los puntos contemplados en la Ley de Garantía de Detrás.
- Dar información a pacientes sobre su situación en la lista de espera.

Sistemas de información: es la unidad que es responsable de la recopilación y explotación de datos estadísticos.

Funciones: - Realiza informes de la actividad mensual del hospital general y los servicios.

Funciones: - abre administrativamente las agendas.

- Gestionar administrativamente las citas médicas de pacientes para la atención ambulatoria.

Codificación: es la unidad que es responsable de codificar los procesos de atención de los pacientes.

Funciones: - Cod Todos los diagnósticos y procedimientos de la hospitalización de la hospitalización.

- Codificar solicitudes de inclusión en la lista de espera quirúrgica.
- Codificar los Highs Highs.
- Codificar las altas de emergencia.
- Gestionar la validación de los datos codificados.

- Explote los datos solicitados basados en codificación.

Documentación clínica: es la unidad que es responsable de administrar la historia de las funciones clínicas: - mantener el contenido de la historia clínica.

- Acceda a la historia clínica para el usuario.

Secretarías (de planta): Funciones: - Realiza las tareas administrativas relacionadas con los pacientes ingresados.

5 Discusión-Conclusión

Las actuaciones de un auxiliar administrativo en el Servicio de Admisión de un Hospital es de una gran importancia y relevancia, ya que los pacientes que acuden deben de recibir una buena impresión de dicho hospital, deben ayudar a los pacientes en todos sus trámites, tanto personalmente como telefónicamente. Todas sus gestiones son muy amplias y de gran variedad.

Los trabajadores de este Servicio deberán estar a disposición del paciente, así como de sus parientes más próximos.

Es el órgano institucional, unido a la gerencia del hospital, de enlace con los pacientes y usuarios, que ayuda en el aumento de la calidad asistencial mediante el conocimiento de la opinión de los pacientes y sus familiares. Es el delegado del seguir y de proteger los derechos y deberes de los pacientes y usuarios.

6 Bibliografía

1. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
2. Asenjo, M. A., Bohigas, L. L., Trilla, A., Prat, A., Arbués, M. T., Ballesta, A. M.,... & Lobo, A. (1999). Gestión diaria del hospital. Revista española de salud pública, 73, 417-419.
3. Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31
4. Díaz Rojo, J. A. (2001). La terminología médica: diversidad, norma y uso.
5. Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos, 19(2), 4.
6. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.
7. López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.

8. Soler, M. M., & Vasallo, J. M. (2007). Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. *Enfermería global*, 6.
9. Tamayo Canillas, M. a. L. (s. f.). Admisión y gestión de pacientes en atención especializada. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital de Cabueñes (Gijón). <http://www.conganat.org/SEIS/informes/2004/PDF/CAPITULO3.pdf>

Capítulo 631

DESARROLLO DE MEJORAS PARA REDUCIR EL GASTO EN EL AMBITO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ELENA SÁNCHEZ CANO

VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ

MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME

MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO

RAQUEL VELASCO MAÑAS

1 Introducción

La Sanidad hasta 2001, antes de transferir su gestión a las CCAA, se financiaba con fondos propios que no tenían nada que ver con el resto de competencias autonómicas. El criterio que se seguía era según la población de cada comunidad. Con la Ley 21/2001 la financiación sanitaria ya no tenía una partida específica, se integró en el sistema de financiación general.

La Sanidad publica paso a financiarse mediante impuestos compartidos con la cesión del 35% del IVA recaudado, del 30% del IRPF, con el 40% de impuestos especiales (tabaco, alcohol y céntimo sanitario) impuestos de donaciones y sucesiones, etc. Más tarde se incrementó al 50 % esta aportación

Desde hace unas décadas el gasto sanitario ha ido aumentando año tras año. Esto se debe fundamentalmente al incremento de los costes de los servicios ofertados

y al crecimiento de la demanda debido al aumento de enfermedades crónicas, mayor esperanza de vida, el cambio demográfico...

Por esta razón se deben llevar a cabo una serie de actuaciones para la optimización de los recursos que disponemos, sin confundir el concepto de optimización con rendimiento o productividad. Se pueden optimizar los recursos que tenemos con el objetivo de aumentar el nivel de rendimiento, mejorar la productividad, tener menos gasto y así obtener más beneficios.

2 Objetivos

- Realizar actuaciones para optimizar recursos
- Aumentar la productividad y el rendimiento del personal.
- Estudiar diferentes ámbitos de intervención.
- Mejorar la planificación de recursos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se lleva a cabo una búsqueda e investigación a través del buscador de Google, en la que procedemos a realizar una revisión bibliográfica sobre el tema que estamos tratando, se han utilizado palabras claves como: OPTIMIZAR RECURSOS, SISTEMA SANITARIO, PRESUPUESTOS SANIDAD, PLANIFICACIÓN RECURSOS

4 Resultados

Cuando hablamos de optimizar nos referimos a realizar una actividad de la mejor manera.

La optimización de recursos más que a los resultados se refiere a los procesos que se deben realizar para conseguir dichos resultados.

Tenemos que intervenir en diferentes ámbitos:

- Gestión administrativa interna.
- Gestión económica y financiera.
- Aplicación e innovación tecnológica.
- Gestión de los recursos materiales.
- Gestión de los recursos humanos, que hacen que sea posible las actividades mecánicas, tecnológicas y humanas de la organización.

La optimización de recursos tiene relación con los principios de eficacia (Capacidad para conseguir el efecto que se espera sin demoras o molestias innecesarias) y eficiencia (uso de los medios que disponemos de forma racional).

Dentro de la gestión de recursos humanos, dada su importancia e indispensabilidad, se pueden realizar acciones como:

- Fomentar el teletrabajo.
- Invertir en capacitación y formación.
- Implementar herramientas para gestionar documentos.
- Invertir en innovación.
- Adoptar las nuevas TIC (Tecnologías de la información y comunicación).
- Controlar que el nivel de esfuerzo exigido este en equilibrio con las capacidades personales, lo que asegura una eficiencia personal.
- La motivación también es un factor importante para conseguir los objetivos deseados.

La optimización de recursos lleva consigo el desarrollo de unas capacidades, por lo que la formación continua y la puesta en práctica y aplicación en las diferentes áreas de lo aprendido resulta imprescindible dentro de la empresa. Optimizando recursos nos permite dar una eficaz y rápida respuesta ante las diferentes situaciones que se presenten, y maximizar el rendimiento y la productividad, minimizando costes y teniendo una visión integral de las capacidades asistenciales, esto ayudara también a mejorar el bienestar de los profesionales reduciendo cargas de trabajo, facilitando elección de turno, evitando situaciones de fatiga.

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria mejorar en la gestión de recursos, llevar a cabo una gestión de forma independiente entre las áreas y unidades de centros sanitarios, esto mejoraría la calidad asistencial y la de los profesionales que lo forman.

La ineficiente gestión de recursos tiene un gran impacto social como sanitario, ya que genera retrasos en la atención, instalaciones colapsadas, situaciones de fatiga y estrés entre el personal.

Estas mejoras se pueden llevar a cabo a través de una mejor planificación.

Optimizar la planificación de los recursos permite conocer las necesidades de cada sector y poder actuar y dar una respuesta rápida a las situaciones habituales e imprevistas que se presenten, ya que en momentos críticos y de emergencia (pandemia de Covid 19) se produjo el colapso de nuestro sistema sanitario por falta de suministros, de personal, de disponibilidad, de respiradores....

Tener una planificación óptima de recursos que se base en algoritmos matemáticos nos servirá para:

- Pronosticar la demanda de ocupación, la carga de trabajo de los profesionales, disponibilidad de equipos....
- Garantizar la calidad del servicio, optimizando los recursos humanos y materiales y asignar de forma eficiente los recursos disponibles y poder responder con rapidez a los cambios de demanda.

6 Bibliografía

1. Optimización de recursos - Gestión del talento (institutoaltorendimiento.com)
2. Mejorando la eficiencia en planificación y gestión de recursos hospitalarios (decidesoluciones.es)

Capítulo 632

LA ATENCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO SANITARIO PÚBLICO FRENTE AL PRIVADO

ELENA SÁNCHEZ CANO

VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ

MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME

MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO

RAQUEL VELASCO MAÑAS

1 Introducción

La Sanidad es uno de los motores imprescindibles para el desarrollo de nuestra sociedad. El Sistema Sanitario en España cuenta con gran capacidad tecnológica y un capital humano muy cualificado. La administración del sistema sanitario recae en el Estado y el gobierno de cada Comunidad Autónoma que administran los programas de salud pública y pagan los salarios del personal. Estas elaborarán el Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustara a los criterios generales de coordinación aprobados por el gobierno.

Los avances realizados en medicina y en tecnología sitúan a la sanidad española entre las mejores del mundo por su eficiencia. Los principios de eficacia, celeridad,

economía y flexibilidad sobre los que se apoya el sistema de sanitario cuentan con la aprobación social y día a día se valora más a los sanitarios.

Según el artículo 43 de la Constitución española, todos los ciudadanos españoles tienen derecho a recibir una atención sanitaria pública.

El servicio sanitario público se financia de los presupuestos generales del Estado, es universal y gratuito. También existe la posibilidad de complementar esta cobertura con la sanidad privada en la que empresas prestan sus servicios a los beneficiarios previo contrato y pago de cuotas en función de la cobertura, edad, copago, entre otros.

2 Objetivos

Diferenciar las condiciones de trabajo del auxiliar administrativo en el ámbito público y privado.

- Destacar el servicio que da el auxiliar administrativo en los distintos centros.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 utilizado palabras claves como: DIFERENCIAS SISTEMA SANITARIO PÚBLICO Y PRIVADO, FUNCIONES AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

4 Resultados

Las funciones del personal administrativo están reguladas en la Orden de 28 de mayo de 1984, que modifica el Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971, aunque esta Orden fue derogada por el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud sigue vigente sus disposiciones relativas a categorías profesionales y funciones del personal estatutario.

Dentro de la función administrativa existen 4 grupos:

- Grupo técnico
- Grupo de Gestión

- Grupo administrativo
- Grupo auxiliar Administrativo.

El auxiliar administrativo desempeña su labor tanto en instituciones públicas como privadas y tienen relación con las tareas de oficina, ayudan a mantener su correcto y eficaz funcionamiento. Normalmente, suelen trabajar bajo la supervisión de un administrativo o superior jerárquico.

Dentro de las diversas funciones administrativas que realiza el auxiliar administrativo tanto en centros públicos como privados están la de atender al público, recibir documentos y verificar que han sido aceptados por la empresa y guardarlos correspondientemente, gestión de agendas, gestión de bases de datos, control de citas médicas, atención telefónica, gestión de correspondencia y reparto al departamento correspondiente, control de horarios de personal, gestión de historias clínicas y expedientes. Debe de conocer los recursos de oficina que dispone como ordenadores, saber utilizar los programas de ofimática necesarios para cada empresa (procesadores de texto, bases de datos, hojas de cálculo...), mecanografiado y tratamiento de documentos, impresoras, escáner, etc.

Los auxiliares administrativos de Sanidad forman parte del grupo de Personal no Sanitario. Para acceder a una plaza necesitan superar un concurso-oposición que te hará posicionarte en la correspondiente bolsa de trabajo, al que se presentaran si cumplen los requisitos necesarios de edad, titulación, nacionalidad....

Para acceder a un puesto en un centro privado el proceso es el mismo que para otro trabajo del sector privado, mediante entrevista y pasando un periodo de prueba.

5 Discusión-Conclusión

Tanto en la atención sanitaria pública o privada, su objetivo principal es el bienestar de los ciudadanos

Hay que destacar que la figura del auxiliar administrativo, ya sea en empresa pública como privada, juega un papel muy importante y casi imprescindible para la buena organización de la misma.

Los auxiliares administrativos son el primer punto de contacto entre los pacientes y el personal médico y hospitalario, trabajando entre ellos en estrecha colaboración.

Dado el auge de las nuevas tecnologías está muy demandado este perfil profesional con estos conocimientos específicos.

Respecto al volumen de trabajo en la Sanidad Pública, aunque hay mayor número de personas trabajando, también hay mayor cantidad de pacientes que en la

sanidad privada, por lo que el tiempo que puedes dedicar a cada paciente es menor.

Es más fácil y rápido acceder a un empleo en el sector privado haciendo una entrevista que a uno público, pero este último cuando consigues tu plaza es más estable.

6 Bibliografía

1. Sanidad pública y privada. Sanidad pública y privada: dos sistemas distintos para cuidar la salud (simmedica.com)
2. <https://ifses.es/sistema-nacional-de-salud-espana/>
3. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
[Bloque 72: #acincuentaycuatro]

Capítulo 633

CÓMO MEJORAR LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

ELENA SÁNCHEZ CANO

VICENTE QUINTANILLA RODRÍGUEZ

MARÍA CRISTINA SERRANO JAIME

MARÍA MARTÍNEZ CABAÑERO

RAQUEL VELASCO MAÑAS

1 Introducción

Uno de los puntos más importantes en una empresa pública como privada es el talento y la organización del trabajo.

La formación de equipos de trabajo ha facilitado los procesos de cambio donde se tiende, por nuestra cultura, a reforzar y valorar más los logros individuales que los colectivos.

Otro punto clave dentro de la organización de la empresa es crear equipos de trabajo interconectados y bien organizados, ya que incrementa la creatividad y la motivación, favorece las habilidades sociales de cada uno y facilita el cumplimiento de objetivos. Dentro de las empresas suelen encontrarse unos tipos de

equipos trabajando por un interés común: equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios.

En el equipo multidisciplinario sus miembros son independientes, tienen habilidades diferentes, se complementan y trabajan por un mismo objetivo, aportando cada uno su talento particular al grupo, siendo más fácil la división de tareas. Un ejemplo de equipo multidisciplinario son los médicos de distintas especialidades. Los grupos de trabajo interdisciplinarios tienen la responsabilidad del trabajo conjuntamente, también trabajan por un objetivo común y colaborando en la toma de decisiones, para establecer objetivos y compartir responsabilidades y recursos, respetando los roles independientes, autonomía y experiencia de cada miembro. Existen tres conceptos clave en los que se basan los equipos interdisciplinarios: Comunicación, Cooperación y Colaboración. Cada miembro aporta sus habilidades y conocimientos y se complementan mutuamente.

2 Objetivos

- Diferenciar la organización y funciones de los equipos de trabajo.
- Motivar y generar responsabilidad a sus miembros.
- Demostrar los beneficios de equipos interdisciplinarios.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha usado el buscador de Google y bases de datos como Scielo, PubMed y Medline, para buscar información y realizar una revisión y lectura bibliográfica para obtener información sobre el tema con palabras clave como: ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE EQUIPOS DE TRABAJO Y EQUIPO INTERDISCIPLINAR.

4 Resultados

La figura del auxiliar administrativo forma parte de un equipo interdisciplinario formado por personas con profesiones y habilidades distintas que complementan a cada persona del equipo. Comparten espacio de trabajo, lo que permite la interacción entre sus miembros para intercambiar conocimientos.

Los equipos de trabajo son grupos de personas con habilidades complementarias que trabajan para conseguir un objetivo específico y común.

Saber trabajar en equipo es una de las aptitudes más requeridas por las empresas a la hora de decidirse por algún candidato, sin embargo no resulta fácil trabajar con un grupo de compañeros donde cada componente asuma su rol sin interferir en los demás, se responsabilice de su trabajo y consiga sacarlo delante de forma coordinada y organizada para llegar con éxito al objetivo común.

Se ha demostrado que los equipos de trabajo tienen un mayor nivel de productividad que la suma de trabajos individuales.

Los elementos que forman un equipo de trabajo:

- Personas: Son la pieza esencial para la creación del equipo.
- Habilidades complementarias: Comunicación entre sus miembros, saber escuchar y hablar en su momento también ayuda a que el ambiente sea agradable y productivo, la proactividad, tener la capacidad de actuación para resolver conflictos, innovación, etc.
- Tarea: Es una acción explícita que busca la respuesta desde diferentes perspectivas para conseguir un objetivo común
- Resultados comunes: El resultado de los objetivos fijados.

Según la orden de 28 de mayo de 1984, por la que se modifican algunos artículos del Estatuto de personal no sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, las funciones del grupo auxiliar administrativo de sanidad serán las de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas asistenciales propias de la Institución, así como las secretarías de plantas y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática.

5 Discusión-Conclusión

Según el Estatuto Marco Ley (55/2003) están enmarcados dentro del grupo de personal estatutario de gestión y servicios. El grupo de Gestión Administrativa debería estar incluido en el grupo de personal sanitario, ya que es el primer contacto que tiene el paciente con el sistema de salud y también realiza funciones de triaje a la hora de evaluar la urgencia y agendar la cita correspondiente con el facultativo.

El auxiliar administrativo es una pieza importante y fundamental en los servicios de salud, ya que gracias a su labor contribuyen al buen funcionamiento del centro sanitario, ejerciendo como canal de comunicación entre pacientes y profesionales.

Alguna de las mejoras para mejorar el papel que desempeña el auxiliar administrativo sería la regulación de sus funciones en el sistema sanitario, debería ser más explícita y adaptarse a los cambios y avances tecnológicos actuales, así como

respetar la autonomía, experiencia y roles independientes de los auxiliares administrativos dentro del equipo de trabajo.

6 Bibliografía

1. Equipo multidisciplinar e interdisciplinar. Diferencias y ventajas (up-spain.com).
2. Importancia y Beneficios del trabajo en equipo (ceupe.com)
3. BOE.es - BOE-A-1984-12108 Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Capítulo 634

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN GENERAL HOSPITALARIA

NURIA CORTES DIAZ

IVÁN GARCÍA HERNÁN

NOELIA ROSA DIAZ RIVAS

LAURA MARÍA RIVAS DIAZ

MONTSERRAT RUBIO MARTIN FONTECHA

1 Introducción

Los servicios sanitarios necesitan documentar en todo momento los contactos de los pacientes con los profesionales de los servicios sanitarios, ya que es un requisito básico de una atención sanitaria de calidad.

En el ámbito sanitario la documentación sanitaria es un mecanismo, por medio del cual se consigue la adecuada organización y gestión de los servicios sanitarios, permite tener un nivel de conocimiento adecuado por parte de los usuarios y mejora la información del personal directivo para adoptar decisiones y acuerdos de gerencia, gestión y formación del personal.

El área de admisión de los centros hospitalarios está formada por el servicio de admisión hospitalaria junto con el servicio de documentación clínica hospitalaria.

El personal auxiliar administrativo se encarga de gestionar la admisión de los pacientes en los centros sanitarios y de manejar la documentación clínica correspondiente a su proceso asistencial.

El personal auxiliar administrativo de admisión contará con la capacidad suficiente, las habilidades de comunicación y la predisposición del trato con el paciente, así como atender correctamente las necesidades que puedan ocasionarle en su estancia en el centro sanitario.

Por tanto, el servicio de admisión es el servicio a través del cual el usuario acude al centro hospitalario para su hospitalización, asistencia de urgencias, asistencia a consultas externas, etc.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que debe desarrollar el auxiliar administrativo en la unidad de admisión.
- Dar a conocer la documentación clínica que genera, para dar un buen servicio y calidad del mismo.

3 Metodología

La metodología empleada para realizar el presente capítulo se basa en una búsqueda en distintas páginas 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

La documentación que confecciona el auxiliar administrativo en los servicios de admisión de los centros sanitarios se clasifican de acuerdo con el servicio de destino.

El trabajo desarrollado por el auxiliar administrativo en los servicios de admisión es organizar y gestionar:

- En el servicio de admisión de ingresos:
- En la asistencia a consultas externas, para dar cita con un especialista.
- En su hospitalización, para asignar el ingreso en planta.
- En la asistencia a urgencias, recoger los datos, y enviarlos al servicio adecuado.
- En la unidad Central de Admisión:

- Asignar las camas a los pacientes que van a ingresar en el hospital.
- Gestionar las camas libres y las ocupadas.
- Controlar todos los ingresos y autorizarlos.
- En el servicio de admisión de consultas:
- Programar y coordinar las consultas externas.
- Recepción al paciente, para asignar la cita de forma presencial o telefónica.
- Dar citaciones para las intervenciones quirúrgicas sin ingresos.
- Asignar citas a los pacientes en ventanilla.
- Cumplimentar los documentos de partes, tanto médicos de alta y baja, como partes de quirófano, etc.
- Confeccionar partes estadísticos para el control asistencial.
- En el servicio de Admisión de urgencias:
- Recepcionar a los pacientes por daños urgentes, registrando los siguientes datos:
- Nombre y apellidos del paciente.
- Número de DNI y Seguridad Social.
- Registrar como es remitido a urgencias: (por propia iniciativa propia, por médico de cabecera, por un especialista, por la autoridad etc.).
- Número de orden.
- Sexo y fecha de nacimiento.
- Teléfono.
- Motivo de la urgencia.
- Fecha y hora del ingreso.
- Determinar a qué régimen de prestación de la seguridad social pertenece.
- Remitir al paciente al servicio correspondiente, según la dolencia.
- Avisos al servicio de ambulancias.
- Automatizar los partes de lesiones al Juzgado.
- Desarrollar los partes de defunción.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos en los distintos servicios de admisión, como pueden ser, de ingreso, de consultas, de urgencias, etc., tienen a su cargo, entre otras funciones, la recepción de los usuarios, con el fin de atenderles en la asistencia sanitaria y también facilitarles la cartera de servicios y prestaciones que ofrece el centro a todos ellos para una mayor calidad del servicio.

La importancia de la labor de un auxiliar administrativo en el servicio de admisión, se demuestra en la organización, que es algo primordial en los centros hospitalarios.

El auxiliar administrativo en los servicios de admisión, al tratar con datos especialmente protegidos, como son los de la salud del paciente, deberá guardar confidencialidad absoluta de todos a los que tenga acceso.

6 Bibliografía

1. Gestión de admisión general hospitalaria. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
2. Funciones de la admisión hospitalaria. Disponible en <https://medlineplus.gov>
3. El auxiliar administrativo en admisión. Disponible en <https://www.scielo.es>

Capítulo 635

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

NURIA CORTES DIAZ

IVÁN GARCÍA HERNÁN

NOELIA ROSA DIAZ RIVAS

LAURA MARÍA RIVAS DIAZ

MONTSERRAT RUBIO MARTIN FONTECHA

1 Introducción

Dentro de la estructura de un centro sanitario, se encuentran varios departamentos, en todos y cada uno de estos departamentos o servicios estarán atendidos por personal sanitario, que son los profesionales que poseen una serie de conocimientos, habilidades y actitudes para la correcta atención a la salud del paciente, y el personal no sanitario que son los auxiliares administrativos que desarrollan trabajos típicos de una oficina, entre los cuales destacan, la atención al público, contestar llamadas telefónicas, organizar la agenda, recibir y enviar documentos clínicos y demás, redactar escritos, ordenar archivos, la preparación de datos informáticos, la organización de los expedientes y su tramitación, la gestión de

las citas, etc. El buen funcionamiento del conjunto de personas que compone el hospital es imprescindible para dar un servicio de calidad al paciente.

Existen dos niveles de atención a la salud que son la Atención Primaria que es un servicio de salud que satisface y 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 en un centro de salud y la atención especializada que comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, las de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.

Estos dos niveles están coordinados entre ellos para prestar salud al ciudadano en primer nivel y en segundo nivel de asistencia sanitaria, y el tercer nivel de asistencia es el servicio de urgencias.

2 Objetivos

- Dar a conocer las actuaciones del auxiliar administrativo en los centros sanitarios.
- Exponer los distintos servicios de las instituciones sanitarias donde desarrolla las labores los auxiliares administrativos.

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, en artículos de la ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales y Constitución Española. Todos los resultados llevados a estudio quedan reflejados en la biografía del trabajo.

4 Resultados

En los servicios pertenecientes a un Área de Salud, que consiste en un grupo de centros de profesionales de atención primaria bajo una dependencia funcional y organizativa y en los hospitales, donde el personal sanitario y no sanitario desarrolla su labor de atención a la salud del paciente, destaca la labor del auxiliar administrativo.

La actuación del personal auxiliar administrativo es necesaria en los distintos departamentos, entre la multitud de servicios que existen se tratará de algunos de

ellos, por ejemplo, la labor que desarrollan en los centros de salud, en atención al paciente, la preparación de datos informáticos, la recogida de datos personales y su actualización, citaciones 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 la asistencia sanitaria, gestionar el correo, archivo de expedientes de paciente, digitalización de documentos, gestionar el servicio de ambulancias, clasificación de muestras médicas. En el centro hospitalario actúa, en el servicio de Atención al Paciente que se encarga de resolver las necesidades, problemas o incidencias de la estancia de los pacientes en el hospital e informan sobre sus derechos, ofrecen a los usuarios y familiares una información confidencial, integrada y transparente y les orientarán en todo lo que precisen y sus funciones entre otras, son la organización y la gestión de la agenda de las fechas y los horarios de las consultas, el registro de las listas, expedición de documentos o justificantes que les solicitan los usuarios con relación a la consulta médica.

En el servicio de recursos humanos, recepción al trabajador que acude por primera vez, atención, gestión y resolución de consultas de los trabajadores, la confección de los expedientes del trabajador, realizan y gestionan el contrato de trabajo, controlan y gestionan las incidencias, elaboran el registro informático de la documentación, archivan la documentación, sirven al apoyo en el área de Prevención de Riesgos Laborales y su formación.

En el servicio de suministros de almacén, reciben y almacenan las mercancías, distribuyen los suministros, reciben y almacenan la mercancía, la distribución del pedido, manejan el producto conociendo los embalajes y los etiquetados, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos de actuación de los auxiliares administrativos en los distintos instituciones de salud son variadas entre las funciones de los múltiples departamentos o servicios que ofrecen los centros sanitarios dentro de los distintos niveles de atención a la salud, como son el centro de atención primaria, centro de atención secundaria u hospital y el servicio de urgencias. El auxiliar administrativo desarrolla el trabajo que según el servicio en el que presta su labor tienen unas funciones adecuadas a ese puesto. Por mencionar algunos servicios que presta este personal no sanitario en el hospital y que el auxiliar administrativo juega un papel primordial en ellos, destacamos el servicio de Atención al paciente, el servicio de consultas externas, el servicio de admisión y documentación clínica,

el servicio de recursos humanos, el servicio de registro, el servicio de secretarías médicas, el servicio de archivo, el servicio de almacén, etc.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad. Disponible en <https://www.revistamedica.com>.
2. El auxiliar administrativo en el hospital. Disponible en [https:// www.hospitecnia.com](https://www.hospitecnia.com).
3. Funciones del auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias. Disponible en <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 636

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

NURIA CORTES DIAZ

IVÁN GARCÍA HERNÁN

NOELIA ROSA DIAZ RIVAS

LAURA MARÍA RIVAS DIAZ

MONTSERRAT RUBIO MARTIN FONTECHA

1 Introducción

El servicio de Atención al Paciente se encarga de resolver las necesidades, problemas o incidencias de la estancia de los pacientes en el hospital e informan sobre sus derechos, ofrecen a los usuarios y familiares una información confidencial, integrada y transparente y les orientarán en todo lo que precisen.

La atención que el Auxiliar Administrativo debe ofrecer al usuario debe de ser: Igualdad de trato, considerar al paciente de manera integral, empatizar con el usuario, humanizar y personalizar la atención al paciente, debe informarle de sus derechos y obligaciones y de todo lo que necesiten. Para poder conseguir este objetivo, el auxiliar administrativo debe estar dotado de la formación necesaria para lograr atender adecuadamente al paciente o usuario y prestarle información

sobre toda la cartera de servicios que el sistema de salud ofrece, de los derechos y deberes del usuario.

Por otro lado, como en todos los servicios del centro, el profesional que le asiste, en este caso el auxiliar administrativo de Atención al Paciente, debe guardar riguroso secreto de todos los datos de carácter personal y todos los datos de salud del paciente, ya que estos últimos son datos especialmente protegidos y se debe de guardar la confidencialidad exigida por la Ley.

2 Objetivos

-Exponer los distintos servicios de atención al paciente, a los usuarios y a los familiares en los hospitales.

-Explicar las funciones que un auxiliar administrativo en el área de Atención al paciente debe desarrollar.

3 Metodología

Para llevar a cabo el estudio del presente capítulo se ha trabajado realizando una búsqueda sistemática en libros de investigación y se ha consultado artículos en Pobmed, Medline y Scielo y en Google académico, seleccionando artículos de revistas académicas debidamente revisadas.

4 Resultados

El Servicio de atención al paciente, es el encargado de atender a los usuarios, pacientes y sus familiares en su estancia en el hospital, velar por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones y orientarles en todo lo que necesiten cuando se encuentran ingresados en el hospital.

El Auxiliar Administrativo del servicio de Atención al paciente desarrollará su labor prestando las siguientes funciones:

Ofrecerá información al usuario, pacientes y familiares sobre las dudas que tengan e información sobre la organización y las normas de funcionamiento del centro y del sistema sanitario en general, les orientará cuando ingresen en el hospital, informarán, garantizarán el cumplimiento de sus derechos, así como la tramitación de los mismos, les facilitarán los informes y otras muestras que les solicite otros centros, también les informarán de sus deberes, velarán por el

cumplimiento de las normas, facilitarán los formularios, canales para la resolución de problemas y solicitudes de documentación clínica, gestionarán las encuestas de satisfacción, y atenderán y tramitarán las quejas, reclamaciones y sugerencias recibidas, atenderán a la solicitud de adelanto de cita, segundas opiniones y en la libre elección de especialista.

Los derechos y deberes de los usuarios, pacientes y profesiones a la que en este artículo hace mención, está regulado 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, también recogen artículos como, del derecho a la intimidad, el derecho a la información sanitaria, el respeto a la autonomía del paciente, la historia clínica, el informe de alta y otra documentación clínica. Dentro del trabajo asignado a un auxiliar administrativo, está la obligación regulada por ley orgánica de guardar riguroso secreto y confidencialidad de todo lo relacionado con la protección de datos de carácter personal y de salud de los pacientes o usuarios.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo dentro del servicio de Atención al Paciente y dentro de la organización del centro hospitalario u hospital es el que debe de mantener una eficiente relación con el usuario, con el paciente y con sus familiares a la hora de poder prestarles un servicio de calidad para atender las necesidades o dudas que les puedan surgir en su estancia o visita al hospital. Se refleja en la Ley que regula estos derechos que el titular del derecho a la información es el paciente, y que también serán informados sus familiares o personas vinculadas a él siempre que el paciente preste su consentimiento de manera expresa o tácita, también recoge esta ley que el paciente tiene derecho a la intimidad que se debe respetar el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, que los centros deben adoptar las medidas para garantizar los derechos y elaboraran normas y protocolos que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

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. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad. Disponible en <https://www.appf.edu.es>

Capítulo 637

EL PINCHE EN PREPARACIÓN DE MENÚS PARA PACIENTES CON GOTA. HIPERURICEMIA

CELIA DIANA CRUZ GALLEGO

MARIA SOLEDAD DIAZ IZQUIERDO

MÓNICA MARTÍN APARICIO

ADOLFO AVILA GUALDAMEZ

MARIO ORTEGA LAIN

1 Introducción

La gota es una de las enfermedades más antiguas que se conocen, y se produce por un valor alto de purinas en sangre (hiperuricemia).

Las purinas son productos nitrogenados de las proteínas (nucleoproteínas).

Las causas se manifiestan por trastornos hereditarios a la hora de metabolizar las purinas, como no se metabolizan correctamente, se acumula un exceso de ácido úrico tanto en la sangre como en los tejidos de nuestro cuerpo, provocando lo que comentábamos anteriormente, hiperuricemia, cursando con unos valores mayores 7 mg/dl.

Una vez que el ácido úrico se concentra en exceso en la sangre y tejidos, se forman cristales o sales, y se depositan en las articulaciones, produciendo mal formaciones, cursando con dolor y pudiendo derivar en una artritis crónica.

También, puede que el riñón no trabaje como es debido, y no elimine correctamente, ya sea por predisposición genética o porque el paciente consume alimentos que contienen grandes cantidades de purinas como las vísceras de animales, el marisco e incluso, las legumbres.

Los cristales que se acumulan, suelen ser en las articulaciones de las extremidades (manos y pies) pero sobre todo de las inferiores.

Estas sales, aparte del dolor, pueden llegar a inflamar las articulaciones a un nivel extremo, impidiendo, junto con el dolor agudo, el movimiento de las mismas. Por este motivo, aparece el temido ataque de gota agudo, incluso afectando a órganos internos, esta derivación se denomina gota visceral.

Nuestro cuerpo intenta eliminar ese exceso de purinas, y lo intentará a través de la orina, pero antes deberá pasar por los riñones y sus conductos, por lo que pueden formarse importantes cálculos, y podría aparecer litiasis renal (cálculos en los conductos urinarios) o un cólico renal.

Si esta situación continúa persistente, las articulaciones perderán completamente su forma, deformándose y produciendo la enfermedad denominada “Tofos gotosos”.

Es muy común en manos y en pies, pero también puede darse en otras partes del cuerpo, como los hombros o codos, por ejemplo.

En este capítulo, hablaremos de los alimentos que debemos incluir en las dietas de un paciente que padece gota, y la actuación principal del pinche.

2 Objetivos

Conocer las pautas dietéticas que se le deben ofrecer al paciente con gota.

Comprender la importancia de la alimentación de cara a esta enfermedad.

Identificar la importancia del pinche de cocina en su actuación.

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 hablamos del tratamiento dietético hablamos de las pautas a seguir en cuanto a la alimentación se refiere para evitar un progreso negativo de la enfermedad y/o fomentar su recuperación.

Podemos decir, que este tratamiento, se basa en tres principios: a) La dieta deberá ser hipo energético, ya que gran mayoría de los pacientes que sufren esta enfermedad tienen sobre peso, y el sobre peso, ayuda a que esta enfermedad se desarrolle. Por lo que no debe pasarse de las kilocalorías que necesita ese paciente al día. b) El alcohol debe suprimirse por completo. Aunque en el medio hospitalario no se ofrece a ningún paciente nada relacionado con el alcohol, nos parecía un punto a tener en cuenta. c) Y, por último, pero no menos importante, la suspensión completa de los alimentos ricos en purinas:

- Las verduras: Hay que prescindir en la dieta de ciertas verduras que son muy ricas en este elemento, tales como los rábanos, la coliflor, champiñones, espinacas, etc. También, es conveniente evitar las verduras que pueden causar flatulencias.
- Las carnes y vísceras: Hígado, riñones, etc.
- Y, por supuesto, los mariscos: Tienen un alto porcentaje de purinas, podemos poner de ejemplo anchoas, sardinas, etc.

Si el paciente tuviera una crisis aguda de gota, el único tipo de alimentos que debe ingerir son los derivados lácteos (leche, yogures y queso), huevos, patatas, cereales, frutas y verduras (estas dos últimas, deben ser completamente libre de purinas). También, se puede consumir azúcar, miel, café y té (caféina y teína).

El líquido debe gobernar en la alimentación de este tipo de pacientes, así, se favorecerá la eliminación del ácido úrico (purinas) a través de la orina.

Las legumbres solo podrán ofrecerse una vez por semana, y siempre se combinará o es una buena opción, alternarlas con arroz, por ejemplo.

La bollería industrial debe alejarse completamente de la dieta, así como las grasas saturadas, y comida precocinada o caldos industriales.

Otra buena opción es suprimir la carne roja y añadir carne blanca.

5 Discusión-Conclusión

La gota es una enfermedad que afecta aproximadamente en España a un 2,4% de la población (880.000 afectados), por lo que es muy posible, que el pinche de cocina deba preparar más de una dieta para pacientes con esta patología reumática.

Una equivocación en la preparación de los alimentos para este tipo de dieta, podría causar en el paciente un ataque de gota aguda, y en el peor de los casos, incluso la muerte.

Por eso, el pinche de cocina, debe estar perfectamente informado de los alimentos ricos en purinas y los alimentos exentos de la misma, ya que una mínima equivocación puede causar un problema de salud en el enfermo.

Los pinches de cocina constituyen un importante eslabón dentro de la cocina hospitalaria, por eso, no puede prescindirse de esta figura.

6 Bibliografía

<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=9e50d18bb9990f8eJmltdHM9MTY2NDY2ODgwMCZpZ3V3&hsh=3&fclid=05b4fed9-3223-647f-314b-ee78330865a6&psq=personas+con+gota+en+españa&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuc2VyLmVzL2VuLWVzcGFuYS1jZXJjYS1kZS04OOnRleHQ9RW4lMjBFc3BhJUMzJUIxYSUyMHNlJTlwZXN0aW1hJTlwZlMjAyJ1>

Dieta para la gota: qué comer y alimentos prohibidos - Mejor con Salud (as.com)

Capítulo 638

LA FIGURA DEL CELADOR SANITARIO

MARÍA FERNÁNDEZ FREIJE

1 Introducción

En nuestro trabajo de investigación vamos a analizar donde aparece la figura del celador sanitario ,cual fue la evolución según las diferentes etapas por las que paso la medicina desde sus comienzos y como fue evolucionando la figura del celador sanitario desde el comienzo de la medica.

Para ello nos remontamos a la edad media alta (entre los siglos V-XV) analizaremos la filosofia cristiana de la epoca , pasando por la Media Baja (siglo xv) , Renacimiento (Siglo XVI) hablaremos sobre el concilio de trento , analizaremos el cambio de la medicina y la sanidad en la España del siglo XIX, analizaremos el organigrama de los patrones de un hospital, llegando al fin al siglo XX, analizando las leyes que afectan a este colectivo y su real decreto, analizaremos lo absoleta que esta las funciones de este colectivo de celadores sanitarios y analizaremos cuales serian las mejores funciones para desempeñar en su puesto laboral los celadores sanitarios ,que es lo que hoy lograron y tienen y que es lo que necesitarian los celadores sanitarios para que en el desarrolo de su trabajo pudieran hacerlo con total funcionalidad y de la forma mas adecuada posible dentro del cuadro de sus funciones .

2 Objetivos

Estudias y analizar donde aparece por primera vez la figura del celador sanitario, Como a sido la evolución a través del tiempo del celador sanitario.

Cual seria las necesidades del celador sanitario en la actualidad.

3 Metodología

Analizar cuando aparece la figura del celador sanitario a través de las diferentes etapas de la evolución de la medicina, para ello realizamos una búsqueda exhaustiva en diferentes bibliografías, reuniendonos con antiguos celadores a día de hoy ya jubilados para que nos dieran su opinión sobre la figura del celador sanitario desde sus comienzos en el mundo laboral a día de hoy

4 Resultados

La filosofía cristiana se basaba en la caridad y el amor al prójimo por lo que el clérigo de la época la practicaban dentro de las iglesias principalmente en monasterios y delegaban las tareas menores a las personas laicas, el primer hospital que esta recogido en las escrituras antiguas fue crea en el año 390 por una matrona romana llamada Fabiola.

A partir del siglo V en la edad media alta, se crean nuevos hospitales fuera de los monasterios, colaboraban voluntarios a cambio de cobijo y comida y otros voluntarios que acudían a los nuevos hospitales por vocación.

En el año 1348 comienzan los primeros casos de peste negra (gran periodo que dura entre los años 1348 al año 1350) y en este momento Las autoridades públicas imponen las tareas ingratas a los sectores más humildes.

Comienza en el siglo XV la edad media baja donde la medicina comienza a evolucionar al igual que las personas con el Nacimiento de la burguesía y el comercio. con avances significativos como la Imprenta. Se comienza a critica duramente el poder de la Iglesia. y por primera vez ricos pagan al médico y son atendidos en sus casa.

La epoca continua avanzando y llegamos Renacimiento (S.XVI) donde comienzan Importantes progresos en medicina. Decadencia en enfermería (practicada por prostitutas y reas). Los cuidados ahora los practican los sirvientes.

CONCILIO DE TRENTO (1545) Surge como respuesta a la reforma. • Nace una preocupación por la asistencia al enfermo., Aparecen las órdenes de S. Juan de Dios y Hnas. De la Caridad, como respuesta a esa preocupación.

Y en el siglo XIX en España tenemos dos fechas que marcan la evolución de la medicina con centros hospitalarios que son :

1863. Htal. Gral. De Madrid tiene el primer reglamento interno, con artículos expresos para los MOZOS que incluyen labores y remuneración.

1849. Se crea la Dirección Gral. De Beneficencia cuyo nombre va cambiando hasta llegar a ser el Ministerio de Sanidad en 1977, tal y como se conoce actualmente. En el siglo XX ya con todo mucho mas evolucionado La medicina comienza una nueva etapa: especialidades legislación grandes urbes grandes guerras Aparecen asociaciones profesionales, sindicatos, escuelas formativas. Los grandes hospitales son ahora civiles. (reductos privados en manos eclesiásticas). Los MOZOS PARA TODO, ahora son CELADORES, una figura que hace de enlace entre las diferentes unidades nacidas de la especialización.

LEYES QUE AFECTAN A NUESTRO COLECTIVOORDEN DEL MINISTERIO DE TRABAJO DE 5 JULIO 1971ESTATUTO DE PERSONAL NO SANITARIO. En el que quedan recogidas las funciones de nuestro colectivo(totalmente obsoleto hoy en día, pero aún vigente) LEY GENERAL DE SANIDAD 14/1986 DE 25 ABRI- LASIENTA LAS BASES DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA S.LEY ORGAN- ICA 5/2002 DE 19 DE JUNIOIDENTIFICA COMPETENCIASREAL DECRETO 1790/2011 DE 16 DE DICIEMBRE ESTABLECE DOS CUALIFICACIONES PRO- FESIONALESNIVEL 1. Traslado y movilización de usuarios y/o pacientes docu- mentación o materiales

NIVEL 2. Cuidados auxiliares sanitarios

5 Discusión-Conclusión

Con el paso de las épocas, tanto la medicina como las manos que la ejercían fueron cambiando hasta llegar a logran medicina y centros sanitarios y hospi- talarios que tenemos hoy en día aunque aun quedan cosas por mejorar, y en el casos de celador sanitario aun queda un gran trabajo para lograralo a día de hoy el celador sanitario tiene multitud de funciones necesarias. El celador es el primero que recibe al paciente y el último en despedirle cuando se va de alta. No se les exige formación previa. Sus funciones aún están recogidas en el obsoleto estatuto de 1971.

Se podria mejorar con El reconocimiento de la labor. Con una formación reglada adaptada a la categoría profesional. Delimitación clara de nuestras sus funciones y Legislación para todo ello.

6 Bibliografía

auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm www.diariosur.es/sociedad/
salud/celador-figura-olvidada-
ingesa.sanidad.gob.e

Capítulo 639

HIPERSENSIBILIDAD DENTAL: CAUSAS Y SOLUCIONES

ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ

PATRICIA PADILLA MUÑOZ

ALICIA DELGADO VALLEJO

SHEILA PADILLA NUÑEZ

1 Introducción

La sensibilidad dental es una patología odontológica que se define actualmente como "un dolor breve y agudo que se origina en la dentina expuesta en respuesta a un estímulo, por lo general térmico, de presión de aire, táctil, osmótico o químico y que no puede atribuirse a ninguna otra forma de defecto o enfermedad dental", esta patología afecta entre el 20 y el 35% de la población de mediana edad se sucede cuando el esmalte que es la capa más externa y más dura del diente y que se encuentra rodeando al diente en toda su corona se desgasta y la dentina que es la capa siguiente pierde su protección natural quedando expuesta a todo tipo de estímulos externos.

La hipersensibilidad dental tiene tratamientos acorde a su grado de sensibilidad y/o molestia que se describirán más adelante y que pueden ser ambulatorios y/o clínicos. Previo a ellos hay que eliminar aquellas costumbres o malos hábitos que puedan acentuarlos ya sean hábitos alimenticios o técnicas de cepillado entre otras, es decir, se puede aplicar una educación bucal centrada en la prevención de factores que conlleven a acentuar dicha patología.

Esta es una patología en aumento en las clínicas dentales debido a los cambios de hábitos alimenticios sobre todo acentuada también por el estrés con el que se vive actualmente y el aumento de bruxismo.

2 Objetivos

- Poner en conocimiento de la sociedad un problema amplio en la población adulta.
- Explicar las causas que contribuyen a su aparición así como las soluciones actuales para prevenirla o tratarla.

3 Metodología

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

4 Resultados

En un diente normal la dentina está cubierta por esmalte, el cual está formado por hidroxiapatita y proteínas (aunque en muy baja proporción) haciendo que sea el tejido más duro del cuerpo humano. La dentina contiene unos 30.000 túbulos por milímetro cuadrado, estos túbulos son microscópicos de 0,5 a 2 micras de diámetro y están llenos de fluidos biológicos que contienen células citoplasmáticas y un odontoblasto

La hipersensibilidad dental se caracteriza por un dolor agudo, de aparición rápida y de duración breve (segundos o minutos), afecta a una de cada cinco personas, apareciendo sobre todo en mujeres jóvenes entre 18 y 30 años y soliendo ser los dientes más afectados los caninos y premolares.

Para que la hipersensibilidad dentaria se produzca, la dentina debe de quedar expuesta y los túbulos dentinales deben de estar abiertos y en comunicación con la pulpa que es el tejido blando del diente, donde se encuentran los nervios y que va desde la corona hasta las raíces. Estos dos procesos son multifactoriales.

Diagnóstico en clínica:

- 1-. Historia clínica donde figure medicación que toma el paciente, estilo de vida o hábitos alimentarios.
- 2-. Encuesta dental respecto del dolor: como es, cuando ocurre, cuánto dura, intensidad, etc.
- 3-. Examen clínico: ausencias dentarias, caries, retracciones, etc.
- 4-. Confirmación de la hipersensibilidad con estímulos térmicos para proceder a su tratamiento.

»Causas más frecuentes de la hipersensibilidad son:

- 1-. El bruxismo: el “rechinar” o “apretar los dientes” hablando de manera coloquial, puede ocasionar una retracción de las encías dejando la zona cervical o raíz donde no se halla esmalte al aire y provocar la hipersensibilidad dental.
- 2-. El cepillado de los dientes demasiado fuerte o con cepillos de una dureza excesiva, también provoca dicha retracción mencionada anteriormente.
- 3-. Alimentos ácidos: procurar disminuir al máximo el uso de ácidos en la dieta, como pueden ser cítricos, algunos refrescos etc.
- 4-. Tener caries dental.

5-. Algunos tratamientos odontológicos: Pueden ocasionar una sensibilidad dental pasajera en días.

6-. Pastas dentífricas abrasivas: Muchas de las pastas dentífricas llamadas blanqueadores suelen utilizar partículas abrasivas que su utilización a largo plazo pueden llegar a ocasionar sensibilidad dental.

Hipótesis académicas sobre la patogenia de la sensibilidad dental:

- 1-. Teoría del mecanismo transductor: Existen nervios y terminaciones nerviosas a lo largo de los odontoblastos de los túbulos dentinales, en predentina y dentina. El dolor puede ser transmitido hasta terminaciones nerviosas cerca de la pulpa dental.
- 2-. Teoría de la modulación: Bajo un estímulo irritante en la dentina, los odontoblastos se lesionan y liberan agentes neurotransmisores que provocan dolor.
- 3-. Teoría de control de entradas y vibraciones: Cuando se irrita la dentina todos los nervios pulpaes se activan por vibración.
- 4-. Teoría hidrodinámica: Actualmente en la teoría que más fuerza tiene. Ante un estímulo externo en la dentina se origina un movimiento en los túbulos dentinarios transmitiendo un impulso nervioso. El calor produce expansión del líquido en los túbulos dentinarios y, por el contrario, el frío actúa de forma contraria que también produce dolor.

Para realizar un correcto tratamiento de hipersensibilidad hay tres aspectos claves: un diagnóstico diferencial, adecuada elección del tratamiento, y la recomendación de una serie de medidas preventivas con cambios de hábitos.

»Tratamientos: Siempre se empezará por los menos invasivos y si no es suficiente se pasará a tratamientos más invasivos. La hipersensibilidad leve se puede tratar con tratamientos domiciliarios y los casos más severos con tratamientos profesionales.

1-. Tratamientos ambulatorios: Pastas dentífricas desensibilizantes, que contienen arginina al 8%, carbinato de calcio y 1450 ppm de flúor, hay muchas marcas actualmente y resultan útiles para sensibilidades leves o puntuales, hacen efecto con el paso de los días.

2-. Tratamientos en consulta: Fosfato dicálcico reduce la sensibilidad tanto al calor como al frío. Fosfato dicálcico solo o combinado con fitoesfingosina, el fosfato dicálcico favorece la formación de cristales de brucita que ocluye los túbulos dentinarios.

Fluoruro: El Odontólogo puede aplicar fluoruro en las áreas sensibles para fortalecer el esmalte y reducir el dolor es muy rápido y sencillo.

Empastes de cuello: Se realizan cuando la sensibilidad es producida por una abrasión considerable del cuello del diente y consiste en poner una capa de resina blanca para cubrirla y evitar la hipersensibilidad suele precisar de anestesia local.

5 Discusión-Conclusión

Estudios demuestran que los higienistas detectan dos veces más que los odontólogos la hipersensibilidad dental en sus pacientes, ya que les dedican más tiempo a toda la boca en general en la realización de las trateotomías dentales y a la educación de sanidad bucal centrada en los casos personalizados de cada paciente. La revisión sistemática realizada concluye que los fluoruros, los adhesivos dentinarios y las pastas con arginina mejoran y mucho la calidad de vida de un paciente que sufre la patología de hiperosensibilidad dentinaria, siendo una solución muy aceptada por los pacientes y aunque no sustituye a los tratamientos realizados en la consulta sí que ayuda a mantener el efecto de los mismos por más tiempo.

6 Bibliografía

- 1-. Dentaïd Expertise 3er cuatrimestre de 2017 /número 25 https://www.dentaïd.com/uploads/resources/doc_DENTAID%20Expertise%2025__v1.pdf.
- 2-. Gaceta dental. Hipersensibilidad dentinaria: desde el diagnóstico hasta una terapia avanzada para el alivio diario de la sensibilidad <https://>

[//gacetadental.com/2010/10/hipersensibilidad-dentinaria-desde-el-diagnostico-hasta-una-terapia-avanzada-para-el-alivio-diario-de-la-sensibilidad-27748/](http://gacetadental.com/2010/10/hipersensibilidad-dentinaria-desde-el-diagnostico-hasta-una-terapia-avanzada-para-el-alivio-diario-de-la-sensibilidad-27748/)

3-. https://gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/247_PRACTICACLINICA_Hipersensibilidad.pdf.

4-. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/expertanswers/sensitive-teeth/faq-20057854>

Capítulo 640

HIGIENISTA BUCODENTAL Y EL BLANQUEAMIENTO DENTAL

ESTRELLA NARANJO FERNÁNDEZ

PATRICIA PADILLA MUÑOZ

ALICIA DELGADO VALLEJO

SHEILA PADILLA NUÑEZ

1 Introducción

El blanqueamiento dental es una técnica no invasiva que consigue modificar el color de nuestros dientes, ayudándonos a conseguir una sonrisa más blanca y luminosa. Con este tratamiento conseguimos aclarar los dientes varios tonos, obteniendo unos resultados muy duraderos. Existen distintas técnicas de blanqueamiento en el mercado con sus ventajas y desventajas. Con los años estas técnicas han ido evolucionando hasta las técnicas que conocemos y usamos a día de hoy (se varían la concentración del producto, el pH y la técnica de aplicación). El paso del tiempo, una mala higiene oral, el consumo de tabaco, el consumo de alimentos con colorantes y algunos medicamentos o bebidas (como el café, el vino o las infusiones) oscurecen el esmalte de los dientes y llegan a producir manchas sobre ellos. Es por eso que el blanqueamiento dental es un tratamiento cada vez más demandado en las clínicas dentales, ya que en unas pocas sesiones se consigue rebajar varios tonos de los dientes, eliminando las manchas dentales y haciendo que la dentición adquiera una tonalidad más blanca, sana y brillante.

El blanqueamiento dental es un tratamiento con resultados duraderos en el tiempo y muy seguro, ya que se realiza siempre bajo supervisión de un profesional.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste un blanqueamiento dental, los tipos de blanqueamientos que hay y los posibles efectos secundarios que pueden aparecer tras su realización.

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

Con el paso de los años es muy normal que notemos que los dientes se van oscureciendo y cogiendo un color más amarillento. Hay muchos alimentos presentes en nuestra dieta que tienen un alto poder colorante; como es el caso del vino, el café o las infusiones. El consumo habitual de estos alimentos hace que con el tiempo los dientes vayan cogiendo esta coloración amarillenta, que acaba por convertirse en un gran problema estético principalmente. El blanqueamiento dental es un procedimiento que es completamente seguro, ya que el odontólogo lo supervisa en todo momento. El gel blanqueador utilizado no daña el esmalte ni lo vuelve más frágil, simplemente favorece la oxigenación del diente para que este se vuelva más blanco.

El único efecto secundario conocido del blanqueamiento dental es la sensibilidad dental. No aparece en todos los casos, pero si hay personas que tras realizarse el tratamiento experimentan cierta sensibilidad que antes no tenían. Esta es temporal, va desapareciendo poco después de finalizar el tratamiento. En algunos casos más persistentes se recomendará el uso de pastas y otros productos desensibilizantes.

No nos olvidemos del tabaco; las personas fumadoras tienen mayores tinciones debido al humo, llegando a oscurecerse varios tonos sus dientes hasta tomar esa coloración amarillo y/o marrón.

Como principal solución a este problema estético tenemos el blanqueamiento dental. El blanqueamiento dental es un tratamiento no invasivo que mejora notablemente la apariencia de los dientes, aclarándolos y dejándolos más blancos. Cualquier persona adulta puede realizárselo; es esencial acudir a un dentista cualificado que nos revise y nos indique el tipo de tratamiento es el adecuado para nosotros, ya que disponemos de varias opciones para realizarlo.

Existen varias técnicas de blanqueamiento dental, pero la más popular en las clínicas dentales es la de la foto activación. Esta consiste en aplicar sobre los dientes un gel blanqueador, ya sea peróxido de carbamida o peróxido de hidrógeno, que se activa mediante la aplicación directa de una fuente luminosa (láser, LED o ultravioleta). Este gel se filtrará a través del esmalte dental y llegará hasta la dentina, el tejido interno que da el color a los dientes, e irá rebajando su tonalidad. El blanqueamiento dental es un tratamiento muy efectivo, ya que en pocas sesiones notarás cómo mejora la apariencia de tus dientes, consiguiendo una sonrisa mucho más blanca y luminosa.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto anteriormente, el blanqueamiento dental es un tratamiento odontológico cuya finalidad es reducir y/o eliminar las manchas de los dientes, haciendo que nuestra sonrisa se vuelva más blanca y brillante. Con el paso de los años el blanqueamiento dental se ha convertido en uno de los tratamientos más demandados en las clínicas dentales, ya que, a día de hoy, la estética juega un papel muy importante en nuestras vidas.

Los pacientes deben saber y entender que el blanqueamiento es un tratamiento médico y no meramente estético, ya que ha de ser realizado bajo la supervisión de un profesional (ya sea un odontólogo y/o médico estomatólogo) y realizado en la clínica dental, con unos materiales adecuados y siguiendo el protocolo necesario en cada caso. De esta manera podremos estar seguros de que realizaremos un tratamiento seguro, de calidad y con unos resultados duraderos.

6 Bibliografía

1. <https://www.consejodentistas.es/ciudadanos/informacion-clinica/tratamientos/item/1550-informacion-sobre-blanqueamiento-dental.html>

2. <https://www.cambraclinic.com/faqs/estetica-dental/en-que-consiste-elblanqueamiento-dental/>
3. <https://mejorconsalud.as.com/el-blanqueamiento-dental-que-es-y-que-tiposexisten/>
4. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/dental/tratamientosdentales/estetica-dental/blanqueamiento/fotoactivacion/index.html>

Capítulo 641

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

El auxiliar administrativo en el servicio de suministros es responsable de ordenar, almacenar y distribuir suministros y materiales al personal dentro de su organización. También pueden ser responsables de mantener los niveles de inventario, preparar informes y procesar solicitudes. El auxiliar administrativo en el servicio de abastecimiento debe ser capaz de comunicarse de manera efectiva con los proveedores y clientes, así como tener fuertes habilidades organizativas.

En cualquier organización, el servicio de abastecimiento es un departamento muy importante. El auxiliar administrativo en este departamento es responsable de mantener la oficina organizada y funcionando sin problemas. Esta persona debe estar muy orientada a los detalles y tener excelentes habilidades de comunicación.

Trabajarán en estrecha colaboración con el gerente de suministros para garantizar que todos los pedidos se procesen correctamente y de manera oportuna. El auxiliar administrativo también será responsable de mantener los niveles de inventario y realizar un seguimiento de las existencias. Esta posición requiere un alto nivel de precisión y atención al detalle (1).

Un auxiliar administrativo es responsable de una variedad de tareas en el servicio de suministros, incluida la gestión del inventario, el pedido de suministros y la supervisión del envío y la recepción. El auxiliar administrativo juega un papel vital para que el servicio de suministro funcione sin problemas.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en el servicio de suministros.
2. Establecer coordinación con todos los departamentos del centro hospitalario, para mantener los niveles de inventario óptimo.
3. Favorecer el trabajo de supervisar el envío y la recepción de materiales.

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

La gestión del inventario es una responsabilidad clave del auxiliar administrativo. La persona encargada debe realizar un seguimiento de los suministros disponibles y pedir más cuando sea necesario. Esto implica mantener registros precisos y comunicarse con los proveedores para garantizar que los pedidos se realicen de manera oportuna. El auxiliar administrativo también gestiona la petición, supervisa el envío y la recepción del material. Esto incluye la coordinación de los envíos con los proveedores, el seguimiento de los cronogramas de entrega y la garantía de que todos los envíos entrantes se contabilicen correctamente. El

envío y la recepción pueden ser un proceso complejo, pero el auxiliar administrativo se asegura de que funcione sin problemas de manera lo más eficaz posible (2).

El auxiliar administrativo es un miembro clave de cualquier equipo de servicio de suministro. Son responsables de una variedad de tareas, incluida la gestión de cronogramas, el manejo de consultas de clientes y la coordinación de envíos. En muchos casos, también son responsables de mantener los niveles de inventario y pedir suministros según sea necesario. Un auxiliar administrativo debe estar bien organizado y tener excelentes habilidades de comunicación. Deben poder trabajar de forma independiente y poder manejar una variedad de tareas simultáneamente. En la mayoría de los casos, reportarán directamente al responsable del servicio de abastecimiento.

El auxiliar administrativo juega un papel fundamental en el buen funcionamiento del servicio de abastecimiento. El auxiliar administrativo del servicio de suministros debe ser altamente organizado y minucioso, con excelentes habilidades de comunicación. En este puesto, será la persona a la que acudir para todo lo relacionado con los suministros, por lo que es importante que pueda manejar el estrés y mantener la calma bajo presión (3).

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo tiene funciones importantes en el servicio de suministro. Son responsables de abastecer con los suministros necesarios a todos los profesionales que realizan actividad hospitalaria, logrando que la actividad hospitalaria sea organizada y funcione sin problemas. Todo hospital debe tener una organización, personal e instalaciones que se encarguen de todas estas necesidades básicas imprescindibles para el correcto funcionamiento de la organización.

El auxiliar administrativo de suministro juegan un papel crucial en el desarrollo de sus funciones y debe mantener una comunicación constante entre los diferentes departamentos del hospital. Son el pegamento que mantiene todo unido y garantiza que los pacientes reciban los productos y servicios que necesitan de manera oportuna. Además, en cualquier hospital, el servicio de suministro es un componente clave para mantener las operaciones funcionando sin problemas.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/servicio-de-suministros-hospitalario-auxiliar-administrativo/>
2. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-responsable-almacen-general-hospital/>
3. <https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-administrativo-903/>

Capítulo 642

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL. FUNCIONES, EN ESPECIAL LA PROTECCIÓN DE DATOS

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

El auxiliar administrativo en una unidad de salud mental tiene muchas responsabilidades, una de las cuales es la protección de datos. Son responsables de garantizar que toda la información del paciente se mantenga confidencial y segura. También deben estar al corriente sobre cómo manejar correctamente los datos de los pacientes y mantenerse al día de los cambios en la legislación de protección de datos. El auxiliar administrativo en la unidad de salud mental gestionan agendas a los profesionales sanitarios, dan citas a los pacientes, emiten justificantes de asistencia, envían informes y tramitan las gestiones que le indique referentes a su departamento

Un auxiliar administrativo en una unidad de salud mental debe estar debidamente formado en protección de datos para salvaguardar la confidencialidad del paciente, este derecho está reconocido por la Constitución Española. Los datos relativos a la salud como la historia clínica están considerados como información sensible, por lo que están especialmente protegidos. Por ello, los hospitales, ambulatorios, o centros médicos están obligados a cumplir ciertas exigencias especiales en cuanto al tratamiento de la información médica de sus pacientes. En este capítulo profundizamos sobre la protección de datos sanitarios para el cumplimiento del RGPD y la LOPDGDD. Por lo tanto, es responsabilidad del auxiliar administrativo asegurarse de que todos los registros de los pacientes se mantengan seguros y confidenciales. Los datos personales relativos a la salud están considerados como una categoría especial y, por tanto, especialmente protegidos. Por ello, es fundamental que los auxiliares administrativos de las unidades de salud mental reciban una formación actualizada sobre la protección de datos.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en una unidad de salud mental en relación a la responsabilidad en la protección de datos.
2. Establecer coordinación con diversos especialistas del centro hospitalario para mantener la confidencialidad para proteger la privacidad de los pacientes.
3. Favorecer el manejo de información confidencial y su protección.

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

Es importante que los auxiliares administrativos de las unidades de salud mental mantengan la confidencialidad para proteger la privacidad de los pacientes. Los

auxiliares administrativos tienen acceso a información sensible, por lo que es importante que estén capacitados en cómo manejar esta información. Además de proteger la privacidad del paciente, mantener la confidencialidad también ayuda a generar confianza entre los pacientes y la unidad de salud mental. El auxiliar administrativo en la unidad de salud mental es responsable de mantener la confidencialidad de la información del paciente. La ley recoge desde información general sobre el tratamiento de los datos de salud y cómo ejercer el derecho de acceso a la historia clínica hasta cuestiones relacionadas con la investigación médica. También recoge los criterios a partir de consultas planteadas por el sector sanitario, además de información sobre expedientes e inspecciones de oficio realizadas.

Las funciones del auxiliar administrativo en salud mental, requiere de cualidades específicas como tener actitud proactiva frente a su trabajo, empatía, comunicación asertiva, saber trabajar en equipo, tener un trato correcto con pacientes y sus familias en un marco de confidencialidad. Deben realizar funciones administrativas auxiliares solicitadas por resto de profesiones que trabajan dicha unidad de salud mental, citando a los pacientes, entregando la documentación que se les indique, derivando a dichos pacientes a otras especialidades, entre otras. También, ayudan dentro de sus competencias a la organización diferentes actividades que se planifiquen en el equipo, apoyando a la coordinación en lo que esta le requiera.

Esta es una función fundamental para proteger la privacidad de los pacientes y garantizar que su información no se comparta con personas no autorizadas. El auxiliar administrativo debe estar capacitado en cómo manejar información confidencial y debe seguir estrictos procedimientos de seguridad para mantener la confidencialidad de los datos del paciente (3).

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en la unidad de salud mental es responsable de una variedad de tareas y muy especialmente la protección de datos. El puesto requiere capacitación para poder desempeñar con eficacia todas las funciones. El auxiliar administrativo es responsable de garantizar que la información confidencial del paciente esté protegida y almacenada de forma segura. También manejan la programación de citas y el mantenimiento de registros. El auxiliar administrativo juega un papel vital en el buen funcionamiento de la unidad de salud mental.

El auxiliar administrativo en la unidad de salud mental realiza tareas auxiliares

de todo tipo de administrativas y en especial en la protección de datos. La capacitación es importante para garantizar que el personal esté debidamente preparado para enfrentar los desafíos únicos del campo de la salud mental. La protección de datos es fundamental para salvaguardar la privacidad de los pacientes y sus familias. El auxiliar administrativo debe estar altamente organizado y motivado para cumplir con estas responsabilidades.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funcion-auxiliar-administrativo-salud-mental/>
2. <https://scv.edu.co/portal/auxiliar-administrativo-en-salud/>
3. <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-09/guia-proteccion-datos-administracion-local.pdf>

Capítulo 643

PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: ADITIVOS ALIMENTARIOS

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

1 Introducción

Los aditivos son sustancias que no se consumen normalmente como alimento, ni tampoco se usan como ingredientes básicos en alimentos, tengan o no valor nutritivo. Su adición intencionada al alimento con fines tecnológicos en sus fases de fabricación, elaboración, preparación, tratamiento, envasado, empaquetado, transporte o almacenamiento resulta, por sí solo o por sus subproductos, en un componente del alimento o un elemento que afecta a sus características. Esta definición no incluye contaminantes o sustancias añadidas al alimento para mantener o mejorar cualidades nutricionales.

No todos los aditivos pueden utilizarse en la misma proporción, ya que debe tenerse en cuenta dos factores principales: la ingesta diaria admisible (IDA) y la ingesta potencial diaria (IPD). La IPD se refiere a la cantidad de aditivo, en mg, que consumiría una persona adulta al día, de unos 60 kg de peso. La ingesta variará en función del país.

Hay una enorme variedad de aditivos alimentarios, aunque las sustancias más utilizadas en la actualidad son los edulcorantes sintéticos y el grupo de los colorantes.

Generalmente, se usan en los centros hospitalarios para hacer más apetecibles o vistosos los platos, aunque intentemos utilizar los menos posibles y que estos sean de origen lo más natural posible.

2 Objetivos

Conocer como pinches de cocina que desempeñan sus funciones en un centro hospitalario, cuáles son los principales aditivos alimentarios y cuál es su función.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los aditivos son sustancias muy empleadas en el día a día en la preparación de alimentos, que se han expandido con gran rapidez gracias al desarrollo de la industria química. Sin embargo, esta industria debe cumplir con una serie de normas y requisitos para proteger la salud del consumidor (esta legislación varía de un país a otro).

La legislación española considera que los aditivos alimentarios son sustancias añadidas de forma intencionada a los alimentos para modificar sus propiedades físicas, sus características organolépticas, para que sean más duraderas, etc. El problema es que el número de personas que están en contra de que se añadan al alimento sustancias ajenas es cada vez mayor, dado que los aditivos son obtenidos, en su mayoría, por procedimientos químicos debido a su bajo coste.

Debido a este rechazo creciente, muchas industrias están obteniendo los aditivos mediante métodos biológicos, para que el alimento se venda como un producto 100% natural; el problema es que el precio final se incrementa, ya que este procedimiento es más costoso que el químico.

Para asegurar que estos productos no dañan la salud de los consumidores, la legislación de cada país exige que estos productos sean inocuos, que no contengan sustancias nocivas y que sean obtenidos de fuentes naturales o que, si se han obtenido mediante procedimientos químicos, estos hayan cumplido la estricta normativa.

La concentración de aditivos que debe estar presente en los alimentos se debe establecer de tal manera que su ingesta normal, o incluso su ingesta esporádica por encima de lo permitido, no produzca daños en el organismo. El consumo de una cantidad de aditivo por debajo de la cual no se producen efectos nocivos es conocida como ingesta diaria admisible (IDA). Esta se expresa en mg. de producto ingerido cada día y en función de los kilogramos de peso.

Es necesario que cada país elabore una lista con los valores de IDA de cada tipo de aditivo, para evitar posibles efectos sobre la salud y sobre el propio alimento, ya que ciertos aditivos utilizados a altas concentraciones pueden conferir al alimento olores, colores y sabores raros.

Hay que tener en cuenta que no todas las sustancias que se añaden al alimento son consideradas aditivos. Según el *Códex Alimentarius*, no se consideran aditivos aquellos productos que se adicionan al alimento para aumentar su valor nutricional ni los contaminantes.

Cada aditivo debe ir etiquetando de tal forma que facilite la información a nivel internacional, así como el uso que debe hacerse de cada uno. Los aditivos que están autorizados deben llevar un código formado por una letra y por un número. En el caso de los productos europeos llevan la letra E, seguido de un guion y de un número correspondiente al tipo de aditivo empleado. El número está compuesto por tres cifras, la primera se refiere al tipo de aditivo empleado y las siguientes hacen referencia a productos dentro del mismo grupo.

Los grupos más usuales son:

- Colorantes.
- Conservantes.
- Antioxidantes.
- Estabilizantes.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica pretendemos revisar los principales aditivos alimentarios y su utilización. Estas son sustancias que, aunque no se consideran un alimento como tal, afectan a sus características.

No todos se usan en la misma proporción y debemos de tener ciertas precauciones al usarlos, están regulados por la legislación española.

Es necesario verificar que estos aditivos no producen un daño o perjuicio sobre la salud de los pacientes o personas que los consumen, así como también que estos no tengan intolerancias o alergias a los mismos.

Es importante que conozcamos toda esta información como pinches de cocina de un centro sanitario.

6 Bibliografía

- 1- aditivo alimentario - https://es.m.wikipedia.org/wiki/Aditivo_alimentario
- 2- aditivos alimentarios - https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subdetalle/aditivos_alimentarios.htm
- 3- aditivos alimentarios - <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-additives>
- 4- aditivos alimentarios y su clasificación- <https://www.btsa.com/aditivos-alimentarios-y-su-clasificacion-numeros-e/>

Capítulo 644

PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: ALIMENTOS, EL PESCADO Y SUS CARACTERÍSTICAS

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

1 Introducción

Existen diversos alimentos que resultan imprescindibles en la dieta del paciente; entre ellos están la carne y el pescado, ya que aportan proteínas de alto valor biológico.

Esto ayuda a fortalecer el sistema inmunológico del individuo y ayuda a mejorar el crecimiento en los niños.

El pescado es un animal vertebrado que se obtiene por captura mediante la pesca, ya sea en agua dulce o salada. El consumo de pescado fresco ha decrecido, mientras que ha habido un aumento en el consumo de conservas.

Nutricionalmente, el pescado es un alimento con una composición muy similar a la de la carne (al igual que esta, presenta proteínas de alto valor biológico), aunque mayor digestibilidad. Se pueden diferenciar dos tipos de pescados: pescado blanco o magro (la grasa que posee está en las vísceras) y pescado azul o graso (la grasa está presente en la carne). Este último posee grasa omega-3

(beneficiosas para el corazón) y vitaminas liposolubles, principalmente del tipo D.

Estos últimos son esenciales, porque el cuerpo no los produce y es necesario consumirlos a través de la dieta.

En el servicio de cocina de un centro hospitalario encontramos este tipo de alimento y por ello es preciso que conozcamos sus principales características.

2 Objetivos

Conocer como pinches de cocina que trabajan en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas acerca de los alimentos, en este caso del pescado.

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 cantidad de consumo recomendado de pescado es de 3-4 raciones de pescado a la semana y que, al menos una de ellas, sea de pescado azul.

Para comercializar el producto se debe tener en cuenta la calidad comercial que presenta: cualidades naturales y mecánicas, carga de gérmenes y grado de frescura.

Características del pescado fresco:

- Piel brillante, de color vivo, con las escamas íntegras, sin golpes ni cortes.
- Ojos abombados, brillantes, con las pupilas negras y las córneas transparentes.
- Branquias de color rojo brillante y sin mucosidad.
- Carne firme y con elasticidad.
- Olor a alga marina, “olor a mar”.

Formas de presentación, conservación y comercialización:

- Pescado fresco: hay que indicar la zona de captura en el etiquetado, forma de obtención y presentación, grado de frescura y el precio por cada kilo.
- Productos congelados: daña poco al producto. Cuanta más baja sea la temperatura, mucho mejor para la eliminación de ciertos patógenos. La congelación no evita el enranciamiento, por lo que debe congelarse en atmósferas modificadas.
- Salazones: adición de sal para ser comercializados.
- Ahumados: se hace de forma tradicional, es decir, quemar en madera junto con plantas aromáticas.
- Desechados: quitar agua bajando la humedad. Se hace con el pescado blanco.
- Secos-salados: quitar el agua y salar.
- Conservas: se somete el pescado a un tratamiento térmico y se envasa herméticamente. Debido al calor, se producen pérdidas de nutrientes.
- Otros métodos: prensados, embutidos, etc.

Derivados del pescado:

- Huevas: masas ováricas procedentes de las hembras, del pescado.
- Aceite de hígado de pescado: procedente de los pescados magros, la grasa está localizada en el hígado.
- Aceite y harina de pescado: trozos que sobran del pescado, se pican, se cuecen y se centrifugan (para separar el agua, el aceite y la parte sólida).
- Otros derivados: surimi, pastas, etc.

5 Discusión-Conclusión

El pescado forma parte de la dieta esencial del paciente y contiene nutrientes esenciales que el organismo no puede generar por sí mismo, además es una buena fuente de proteínas de alta calidad.

Hemos visto cuáles son sus características principales para saber si se trata de pescado fresco y en buen estado.

Así mismo hemos visto que puede presentarse de diversas formas: pescado fresco, productos congelados, salazones, ahumados, desechados, secos-salados, conservas, prensados, embutidos...

Así mismo hemos visto que existen diversos productos derivados del pescado, como huevas, diversos aceites, harinas, surimi y pastas.

Todo esto es esencial como parte de nuestra formación en pinche de cocina.

6 Bibliografía

- 1- pescado - <https://www.ecured.cu/Pescado>
- 2- pescados, variedades y características- <https://mycook.es/pescados-variedades-caracteristicas-y-usos-en-nuestra-cocina>
- 3- pescado - <https://fundaciondelcorazon.com/nutricion/alimentos/800-pescado.html>
- 4- el pescado - <https://www.google.com/amp/s/www.cocinayvino.com/vida-saludable/alimentacion-salud/pescado-alimento-nutritivo-necesario/%3Famp%3D1>
- 5- el pescado, imprescindible en la dieta - <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/2316-el-pescado-imprescindible-en-la-dieta.html>

Capítulo 645

PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: ALERGIA ALIMENTARIA E INTOLERANCIA ALIMENTARIA

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

1 Introducción

Las reacciones adversas a alimentos de origen no tóxico dependen de lo susceptible que sea la persona que lo consume, y se clasifican en alergia alimentaria e intolerancia alimentaria.

A continuación, analizaremos las diferencias entre ellas, aunque ambas pueden ocasionar en el individuo síntomas adversos y afectar a la salud de manera perjudicial.

El antígeno alimentario está presente en el alimento y la mayoría son de tipo glicoproteico con un bajo peso molecular, por lo que son absorbidos más fácilmente por la mucosa intestinal.

Cabe puntualizar que el tipo de antígeno alimentario que ocasiona una respuesta alérgica es denominado alérgeno alimentario.

Los antígenos se unen fuertemente a una de las dos zonas de unión que poseen las IgE ya que existe una interacción altamente específica y esto le confiere mayor re-

sistencia a la desnaturalización y a las altas temperaturas. La otra zona de unión en las IgE tiene especial afinidad por los mastocitos, por lo que estas células sufren una sensibilización para un tipo de alérgeno específico.

El factor genético es uno de los principales factores que predisponen a un individuo a sufrir algún tipo de alergia alimentaria, aunque también pueden estar relacionadas con la zona geográfica, el tipo de ambiente y el estilo de vida que realiza el individuo.

2 Objetivos

Conocer como pinche de cocina en sanidad las diferencias principales entre alergia alimentaria e intolerancia alimentaria, ya que la dieta es distinta en función del caso.

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

En la alergia alimentaria el sistema inmune del individuo reacciona de forma exagerada ante la presencia del estímulo o tipo de antígeno concreto, denominado alérgeno, lo que se conoce como hipersensibilidad. Esta reacción genera una síntesis de inmunoglobulinas E, mastocitos e histamina, responsables de producir los síntomas característicos que tienen lugar en la respuesta alérgica.

Por el contrario en la intolerancia alimentaria, aunque se produce también una reacción adversa a alimentos no tóxica, la alergia se produce por un mecanismo no generado por el sistema inmune, sino ocasionada por sustancias químicas de baja masa molecular y componentes de los alimentos con actividad biológica. Además, la frecuencia es 5-10 veces mayor que las alergias alimentarias y se da mayoritariamente por ingestión del alimento.

El diagnóstico de la alergia alimentaria es un proceso relativamente sencillo si:

- Se da una reacción aguda inmediata a la ingesta de un alimento concreto.
- El alimento en cuestión no se ingiere normalmente.
- Un paciente presenta los mismos síntomas tras la ingestión de un alimento concreto.

Las fases para realizar el diagnóstico de la alergia alimentaria son:

- Historia clínico-dietética: será necesario recoger el tiempo transcurrido entre la ingestión y la aparición de síntomas, describir detalladamente la sintomatología y conocer si ha habido episodios anteriores.
- Demostración de la existencia de mecanismo inmune: principalmente pruebas cutáneas para valorar la reacción de la piel al contacto con el alérgeno, como el test prick- test, o pruebas serológicas (RAST, ELISA o FEIA).
- Identificación del alérgeno, eliminación de la dieta y posterior reintroducción para evaluar la respuesta: se insta una dieta de exclusión del alimento en cuestión. Esta dieta será temporal ya que el alimento se reintroducirá posteriormente para observar la respuesta clínica del paciente.
- Pruebas de provocación oral controladas: permite comprobar si el alimento sospechoso es el auténtico responsable de la sintomatología del paciente.

El tratamiento dietético de la alergia incluye dos pilares fundamentales:

- Eliminación del alérgeno: se pauta una dieta de exclusión del alérgeno, es decir, se debe eliminar completamente el alimento o alimentos que provocan la sintomatología.
- Educación nutricional: el paciente debe recibir una buena educación en cuanto a evitar la exposición al alérgeno. Es importante explicar la dieta de eliminación pautada, educar en leer el etiquetado nutricional. aclarar la importancia de la contaminación cruzada, facilitar alternativas para sustituir los alimentos que se hayan eliminado y aportar recetas con alimentos que sustituyan al alérgeno en cuestión.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica nuestro objetivo principal era diferenciar entre las alergias alimentarias y las intolerancias alimentarias.

La Segunda se produce por un mecanismo no inmunológico y se produce con una mayor frecuencia que las alergias alimentarias en la población.

Además hemos visto cómo se diagnostican estas patologías y también su tratamiento, que básicamente se debe realizar eliminando el alérgeno de la dieta del paciente, pautando una dieta especial y educando al paciente acerca de los alimentos que puede tomar o no en función del tipo de alérgeno.

Es necesario intentar aún así que el paciente lleve una dieta variada, apetecible y equilibrada.

6 Bibliografía

- 1- diferencia entre intolerancia y alergia - <https://www.hospitalamoraleja.es/es/actualidad/59/onoces-las-diferencias-entre-alergia-e-intolerancia-alimentaria>
- 2- intolerancias y alergias alimentarias - https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/educacion_para_la_salud_colegios_compressed_13.pdf
- 3- alergia e intolerancia alimentaria - <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-alergia-e-intolerancia-alimentaria-13090873>
- 4- alergias e intolerancias alimentarias - <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/alergias-e-intolerancias-alimentarias>

Capítulo 646

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TARJETA SANITARIA DEL CENTRO DE SALUD

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

ALBA ARAGONES CHAVES MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

Todos los españoles tienen derecho a la asistencia sanitaria es un derecho reconocido en la Constitución Española. En este capítulo vamos a explicar funciones administrativas necesarias para gestionar adecuadamente la tarjeta sanitaria en el centro sanitario.

El derecho a la asistencia sanitaria ha de ser reconocido por el ciudadano en el INSS, requisito previo indispensable, si cumple todos de los requisitos establecidos en las leyes y normas de desarrollo sobre asistencia sanitaria.

Una vez reconocido el derecho, el auxiliar administrativo del centro de salud que le corresponda al paciente, según domicilio fiscal, gestiona la petición de la tarjeta sanitaria.

Además, el auxiliar administrativo que desarrolla su trabajo en tramitación de tarjeta sanitaria, deberá dar cobertura administrativa al resto de servicios, facilitando y agilizando su labor. Igualmente, debe colaborar con los Servicios Centrales aportando toda la información necesaria para que estos puedan evaluar la gestión y dar su validación.

El auxiliar administrativo, con sus funciones realizadas de manera eficiente, contribuye a que la asistencia sanitaria sea más dinámica y efectiva, logrando una mayor calidad sanitaria para los usuarios de sistema nacional de salud.

A continuación vamos a desarrollar las funciones del Auxiliar Administrativo en dicho servicio y los requisitos que debe reunir este puesto.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las actividades que debe realizar un auxiliar administrativo para la tramitación de la tarjeta sanitaria.
2. Contribuir para agilizar y mejorar el servicio de tarjeta sanitaria.
3. Favorecer la coordinación entre distintas administraciones.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre 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

La unidad de tarjeta sanitaria es de vital importancia, ya que, tras el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria española reconocida por el INSS, se debe solicitar la tarjeta sanitaria, que el documento que identifica al usuario al acceder a los servicios sanitarios. El auxiliar administrativo tiene diferentes funciones en este departamento, informa a los usuarios de los requisitos que debe cumplir, documentación que debe aportar para la tramitación de las

propuestas de tarjeta sanitaria, así como, a los usuarios de otras comunidades como tramitar los desplazamientos temporales, entre otras muchas gestiones.

El auxiliar administrativo debe comprobar, una vez que el usuario le explica lo que quiere solicitar y le aporta la documentación necesaria, los datos de dicho usuario de la base de datos del Sistema Nacional de Salud, comprobar si pertenece a dicho centro sanitario. Una vez revisados y completados todos los datos, se envía la solicitud junto con la documentación y se le da copia a usuario de la propuesta enviada.

El usuario recibe la tarjeta en su domicilio o lo puede recoger en el centro sanitario, dependiendo de lo que se haya indicado al auxiliar administrativo encargado de su petición.

El auxiliar administrativo debe informar también claramente al tramitar los desplazamientos respecto de la duración, requisitos y documentación necesaria.

Otra función importante que tiene el auxiliar administrativo con relación a tarjeta sanitaria, es colaborar con el personal sanitario consultado datos necesarios, previa consulta a la base de datos, como teléfono actualizado, domicilio u otros datos. Estos datos en muchas ocasiones son esenciales para lograr una eficaz asistencia sanitaria.

El auxiliar administrativo debe tener habilidades organizativas, empatía y comunicarse de manera asertiva, para garantizar que la unidad de tarjeta sanitaria funcione sin problemas y de manera eficiente. Por tanto, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria con base en un aprendizaje de habilidades sociales por parte del auxiliar administrativo es muy importante, para entender el proceso de comunicación, tener un pensamiento positivo, visualizar objetivos y adquirir conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

La tarjeta sanitaria es un documento que identifica al usuario al acceder a los servicios sanitarios. Las funciones que realiza el auxiliar administrativo, desde el centro sanitario, son muy importantes, ya que desde este departamento los usuarios tramitan la petición de su tarjeta sanitaria o de su familia. Además, también tramitan las altas de los recién nacidos, modificación y corregir algunos de datos, tramitación para usuarios extranjeros. Cada una de estas gestiones se considera una propuesta que revisan los servicios centrales y para su aprobación o denegación.

El auxiliar administrativo también puede consultar datos administrativos de la

tarjeta sanitaria, del Sistema Nacional de Salud, muy necesarios para realizar otras gestiones sanitarias por el propio auxiliar administrativo o a petición de personal sanitario. Siempre teniendo presente la ley de protección de datos. El trabajo del auxiliar administrativo será lo más eficaz posible, llevándolo a cabo con la amabilidad y un diálogo lo más comprensible posible.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>
3. <https://revistamedica.com/funciones-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/>
4. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

Capítulo 647

GESTIÓN DE LA NO DISPONIBILIDAD (SUSPENSION TEMPORAL) EN BOLSA SELECTA DEL SESCAM

TRINIDAD FERNANDEZ MARTINEZ

MARIA TERESA VICO EGEA

1 Introducción

Una vez hecha la solicitud en Bolsa de Trabajo Temporal del SESCAM y haber sido BAREMADA esa convocatoria, el aspirante puede solicitar su no disponibilidad, por el tiempo que dure la causa o motivo de la misma, en las categorías, en las Gerencias, en los ámbitos y tipos de nombramientos de corta duración, de larga duración, de cobertura urgente, tanto de tiempo parcial como de tiempo completo, que hubiese solicitado. En función de las causas que motiven su solicitud de no disponibilidad, en llamamientos de Bolsa de Trabajo Temporal SELECTA del SESCAM, se deberá tramitar una u otra figura: - Suspensión Temporal. - Exclusión Temporal. - Contrato en otro Servicio de Salud (no disponibilidad apartado 17.4 del Pacto de Selección de Personal Temporal).

La aplicación de Bolsa SELECTA ofrece distintos apartados, dependiendo del motivo, objeto de su no disponibilidad, para que el usuario pueda gestionarla de forma on line, siendo esta revisada posteriormente por el personal encargado del Departamento de Bolsa Regional, para estimar o desestimar dicha solicitud. Si la solicitud es desestimada, el usuario debe comprobarlo y subsanarlo, para que pueda ser efectiva. Si no es corregido, el aspirante seguirá estando disponible para ofertas de trabajo.

En este caso nos centraremos en el apartado de Suspensión Temporal.

2 Objetivos

Ofrecer la suficiente información para poder realizar correctamente solicitudes de no disponibilidad para las posibles ofertas de llamamientos y no salir sancionado por rechazo a una oferta de trabajo o no coger el teléfono en reiteradas llamadas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de manuales de no disponibilidad por suspensión temporal y del pacto de bolsa del personal temporal del SESCOAM, aparte de tener experiencia laboral en el departamento de bolsa Regional.

4 Resultados

Para poder tramitar esta solicitud, debe realizarse a través de la aplicación SE-LECTA. Una vez se ha accedido a la aplicación, se debe seleccionar la pestaña Gestión de Llamamientos y posteriormente la pestaña de Suspensión temporal y la pestaña Solicitud. Para solicitarlo, deberá, en primer lugar, seleccionar la Gerencia, que será la Preferente, donde se va a dirigir su solicitud, en el momento en que se produzca la causa de esta suspensión y con anterioridad a una oferta de trabajo. Por último, se deberá seleccionar el icono Registrar solicitud para enviarla a la Gerencia Preferente, que será la encargada de revisarlo.

A continuación, vamos a describir las posibles causas, que puede ser una de estas:

- Por cuidado de hijos/as menores de 12 años.
- Por cuidado de familiares a su cargo, hasta el 2º grado de consanguinidad o afinidad.
- Por desempeñar un cargo público, o un deber inexcusable.
- Por enfermedad del aspirante, acreditada por parte médico, que debe ser emitido por facultativo del Sistema Público de Salud.
- Por prestación por maternidad o paternidad o adopción legal.
- Por situaciones de violencia de género, dentro de la legislación vigente.

Para que su solicitud sea estimada, para poder estar NO DISPONIBLE al día siguiente, en todas las Gerencias, categorías y tipos de contratos, sean de corta duración, de larga duración, de tiempos parciales, de cobertura urgente, dentro de lo que haya marcado en su solicitud, es necesario que el aspirante adjunte documento en formato PDF para poder justificar que se encuentra dentro de estas causas. Si se ha estimado, el interesado puede tramitar su propio reingreso de suspensión, en la aplicación SELECTA, en la pestaña Gestión de llamamientos y después reingreso de suspensión.

Para conocer si tengo tramitada alguna solicitud de suspensión temporal y el estado de la misma, al acceder con mi usuario y contraseña a la aplicación, debo seleccionar la pestaña Gestión de Llamamientos, posteriormente a la pestaña "Suspensión temporal" y por último la pestaña consulta.

En esta pestaña podremos saber si nuestra solicitud está en pendiente de tramitación o si ya está desestimada o estimada.

En caso de estar desestimada la solicitud, presionando la anterior flechita, se podrá saber la causa, pudiendo volverse a solicitarse si la causa fuera subsanable.

5 Discusión-Conclusión

- Con todo lo anteriormente expuesto, se pretende que los interesados tengan la suficiente información para poder tramitar su no disponibilidad para posibles ofertas de llamamientos en Bolsa de Trabajo Temporal del SESCAM.
- Con esta opción, el interesado no tendría sanción, con la posibilidad de estar de nuevo disponible para cualquier oferta de trabajo que tenga solicitada, siempre y cuando haga el reingreso, una vez concluida la causa de suspensión temporal.
- Poder optar a un puesto de trabajo temporal, sea de corta duración, de larga duración, de cobertura urgente o de tiempo parcial, siempre que lo haya puesto en su solicitud.

6 Bibliografía

- Manual para la gestión por parte del interesado de su no disponibilidad en ofertas de llamamientos de Bolsa de Trabajo Temporal del SESCAM.
- Pacto sobre selección del personal temporal del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Última modificación de fecha 09/05/2022.
- Preguntas Frecuentes Bolsa de trabajo: Gestión de la No disponibilidad por parte del interesado. (Dentro de documentos de interés Gestión de la bolsa de trabajo

del SESCAM - JCCM <https://sescam.jccm.es> ›
selecta)

- Trabajar en el departamento de Bolsa Regional del SESCAM.

Capítulo 648

CELADOR: NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LOS ALMACENES SANITARIOS

CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS

PABLO SANCHEZ GARCIA

EMILIA MEDINA ZOMEÑO

JORGE GARCÍA GARRIDO

1 Introducción

Los almacenes en sanidad deben garantizar unas características que garanticen la conservación de los materiales y productos que se utilizan en los centros hospitalarios:

- Características físicas y químicas, éstas las debe certificar el proveedor y el fabricante, son básicas para un uso seguro y eficaz del material. Hay que respetar las recomendaciones de transporte y almacenamiento.
- Autenticidad de los productos.
- Trazabilidad: facilitar el seguimiento de cada lote de material puesto en el mercado para poder retirarlo si existe riesgo para la salud.
- Adecuada rotación de los productos almacenados para evitar deterioros.

- Seguimiento de la circulación de sustancias y productos sometidos a una vigilancia especial.

En los almacenes sanitarios, al igual que en el resto, resulta esencial que los productos estén almacenados de una manera adecuada para que no pierdan sus características y propiedades, listos para ser usados en cualquier momento en un paciente.

Para ello resulta también básico que existan una serie de normas de seguridad e higiene, y no solo por los materiales que están allí almacenados, si no también para garantizar la seguridad de los trabajadores que allí trabajan, evitando riesgos de caídas, golpes, quemaduras y otras lesiones.

El personal celador es el profesional que desempeña en estos servicios sus funciones de forma diaria, y por tanto debe conocer estas normas.

2 Objetivos

Conocer como celador algunas cuestiones básicas acerca de las normas de seguridad e higiene en los centros hospitalarios en el servicio del almacén, muy importante para evitar riesgos.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las condiciones de seguridad de un almacén hay que contemplarlas desde la construcción del espacio para que sea seguro ante riesgos eléctricos, vibraciones, riesgos de caídas, desplomes del material almacenado...

El personal debe trabajar en el servicio con unas condiciones que garanticen tanto su seguridad como también la calidad y seguridad del material que se almacena.

Las dimensiones del local deben ser las necesarias para permitir un acceso fácil y seguro a los materiales almacenados, así como una circulación fluida de la mercancía y del personal en su interior. El diseño del almacén también tiene que facilitar una rápida y eficaz evacuación en situaciones de emergencia, especialmente ante un incendio.

La edificación debe estar diseñada con áreas correctamente diferenciadas, como la zona de administración, la zona de preparación y gestión, y se señalizarán aquellas en las que puedan existir riesgos de tipo físico o mecánico, o con riesgo de exposición a elementos tóxicos. Las zonas de recepción o muelles de descarga del material deben tener un fácil acceso desde el exterior y un área cercana de eliminación de residuos.

Los residuos peligrosos por riesgo de contaminación biológica o de otro tipo deben de ser almacenados y desechados en recipientes herméticos específicos correctamente identificados y señalizados.

Las zonas de almacenamiento tienen que garantizar las condiciones específicas de cada tipo de material: climatización, humedad, esterilización... (ver punto 9.2.3.). Debe existir una zona específica para productos caducados, en mal estado o que haya que devolver.

Es conveniente contar con una zona de acondicionamiento para la salida de materiales y productos que así lo requieran.

En el diseño, es importante también la limpieza: planificar paredes y superficies lisas, de material lavable y fácil limpieza. Para el mantenimiento del stock, respetar condiciones adecuadas de temperatura, humedad y ventilación. Debe existir un programa de limpieza y mantenimiento que garantice unas condiciones adecuadas de higiene, incluyendo desratización y desinsectación.

5 Discusión-Conclusión

Las normas de seguridad e higiene en los centros sanitarios son esenciales, y más aún si cabe en el servicio de almacén, ya que se acumulan grandes cantidades de productos, en ocasiones pesados y voluminosos.

Por ello, una correcta colocación del material, unido a una limpieza adecuada de las instalaciones y a la toma de medidas de seguridad en el orden y sobre los propios trabajadores, son esenciales para evitar riesgos.

Por ello nos ha parecido relevante realizar esta revisión, en la que hacemos un repaso acerca de las principales medidas que podemos y debemos tener en cuenta para trabajar allí.

6 Bibliografía

- 1- normas de seguridad e higiene en almacén - <https://cursos.tienda/normas-de-seguridad-e-higiene-en-el-almacen/>
- 2- normas aplicadas a almacenes de centros sanitarios - <https://dieteticaynutricionweb.wordpress.com/2016/12/18/normas-aplicadas-a-almacenes-de-centros-sanitarios/>
- 3- seguridad e higiene - <https://centroradiodiagnosticoebrorioja.wordpress.com/2013/12/07/seguridad-e-higiene/>
- 4- normas de seguridad e higiene aplicada a almacenes sanitarios - https://ikastaroak.birt.eus/edu/argitalpen/backupa/20200331/1920k/es/EME/DS/DS04/es_EME_DS04_Contenidos/website_6_normas_de_seguridad_e_higiene_aplicadas_en_almacenes_de_instituciones_y_empresas_sanitarias.html

Capítulo 649

EL CELADOR Y LOS DIFERENTES REGISTROS LINGÜÍSTICOS EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS

PABLO SANCHEZ GARCIA

JORGE GARCÍA GARRIDO

EMILIA MEDINA ZOMEÑO

1 Introducción

Aunque emisores y receptores tengan el mismo idioma, pueden producirse ciertos cambios en el lenguaje según los diferentes usos lingüísticos que tenga cada individuo.

Las diferencias pueden ser a nivel léxico, fonético, sintáctico y morfológico.

Estos registros lingüísticos suelen depender de la zona geográfica a la que pertenezca el individuo, la edad, el sexo o la cultura.

El proceso de comunicación va a depender también de cada tipo de situación.

En los registros lingüísticos propios de cada profesión, hay que tener en cuenta el tema o el contenido del mensaje, ya que una persona que desconozca el lenguaje

propio de un sector concreto difícilmente entenderá una conversación entre dos personas de este sector. Todas las profesiones tienen su propio lenguaje.

La sanidad tiene un lenguaje propio, por tanto, más científico y sanitario, cuya jerga debemos conocer.

La lengua es el medio de comunicación en el trabajo y dominarla eficazmente contribuye a progresar en él. El argot o jerga es una forma especializada de lengua con un léxico específico, donde las palabras comunes se usan en un sentido restringido más específico.

Los registros lingüísticos son las variables contextuales, sociolingüísticas o de otro tipo que hacen que una lengua se use de una forma concreta en un contexto determinado.

2 Objetivos

Conocer los distintos registros lingüísticos existentes para comunicarnos de forma efectiva con la población como personal no sanitario celador de un centro hospitalario.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los factores que de forma más común determinan el registro lingüístico son:

- El nivel cultural o estatus de la persona receptora de la comunicación.
- La tipología de canal comunicativo en el que se desarrolla la situación.
- Los usos y costumbres de la sociedad en que se establece la comunicación.

Los registros lingüísticos suelen ordenarse según los siguientes factores o variables contextuales:

- El nivel de formalidad de la comunicación.
- El lenguaje técnico del contexto y el público objetivo al que se dirige.
- El medio de comunicación utilizado para mandar el mensaje.

Según la formalidad de la situación, que puede propiciar un uso más creativo o coloquial de la lengua, se diferencia entre registros formales o informales:

- Un registro formal implica que el emisor seleccione los recursos lingüísticos más apropiados y un uso del lenguaje adecuando a cada situación comunicativa.
- Un registro informal se desarrolla en la comunicación familiar o la que se establece entre amigos. Se caracteriza por la falta de planificación, la utilización de estructuras simples y por la expresividad del hablante. De este registro lingüístico deriva el lenguaje vulgar, incorrecto, de pobreza léxica y bastante rudimentario.

Cuando el público objetivo de un discurso está formado por personas unidas por una actividad especializada o una actividad profesional específica, es habitual la utilización de un léxico técnico. De acuerdo al grado de especialización, se puede diferenciar entre situaciones profesionales o situaciones estándar:

- Situaciones profesionales: su principal característica es la utilización de vocabulario técnico propio del área profesional y el uso de expresiones específicas del mismo. Este tipo de situaciones ocurren, habitualmente, en registros formales como, por ejemplo, una conferencia sobre medicina.
- Situaciones estándar: este tipo de situaciones se caracterizan por la utilización de un vocabulario más simple y general, que no se encuentra ligado a ninguna área en particular. Suelen ocurrir en los registros informales y utilizan un léxico no específico en la comunicación.

Los registros orales se caracterizan por ser menos formales que los escritos, aunque existen excepciones. Podemos diferenciar varias formas de registros orales:

- Conversación informal: se suele utilizar en las comunicaciones que se llevan a cabo entre amigos y familiares. En estos casos, el intercambio de mensajes puede ser tanto bidireccional como multidireccional.
- Emisión audiovisual: en la emisión audiovisual, aunque los mensajes se transmiten oralmente lo hacen a través de un medio electrónico o electromagnético. En este caso, la información suele ser unidireccional.
- Conferencia o discurso: en este caso, existe un emisor principal que va a transmitir una información ante una audiencia que, a priori y durante largos periodos, solamente actuará como parte receptora del discurso.

5 Discusión-Conclusión

Los diferentes registros lingüísticos son las formas en las que se usa el lenguaje según el contexto.

Estos pueden hacer que tengamos que usar diferentes registros según el nivel sociocultural de la persona con la que hablamos, o hablar en un contexto más técnico.

Como personal celador estamos en contacto estrecho con el paciente, y por ello nuestra comunicación con él es bastante estrecha.

Por eso hemos querido realizar esta revisión, con la finalidad de que entendamos que no siempre debemos de usar el mismo tipo de registro para todos los pacientes ante los que nos encontremos, ya que esto puede suponer una barrera en la comunicación.

6 Bibliografía

- 1- los registros lingüísticos- <https://www.latorredelpirata.com/los-registros-ling%C3%BC%C3%ADsticos.php>
- 2- los registros lingüísticos - http://agrega.juntadeandalucia.es/repositorio/13092010/33/es-an_2010091313_9103321/ODE-a8cbb657-e9aa-3594-bd94-ff13a9be0c4b/2_lostregistros_lingsticos.html
- 3- los registros lingüísticos- <https://lengua.laguia2000.com/general/los-registros-linguisticos>
- 4- los registros lingüísticos- <http://depoetasypiratas.blogspot.com/2014/10/los-registros-linguisticos.html?m=1>

Capítulo 650

EL CELADOR Y LA INTEGRACIÓN Y ADAPTACIÓN DE NUEVOS TRABAJADORES A LA PLANTILLA EN SANIDAD

CARLOS SÁNCHEZ GARCÍA

PABLO SANCHEZ GARCIA

JORGE GARCÍA GARRIDO

EMILIA MEDINA ZOMEÑO

MARIA DEL CARMEN GARCÍA BALLESTEROS

1 Introducción

Para poder realizar su actividad, la institución pública debe contratar personal, por ello es indispensable respira una correcta acogida a los nuevos trabajadores para integrarlos a la organización.

Por tanto, es imprescindible que los centros tengan en cuenta un conjunto de actuaciones y protocolos destinados a incorporar, socializar, acoger y acompañar al nuevo personal contratado. Es decir, un plan de acogida del personal.

En sanidad esto es más importante aún si cabe, ya que estamos tratando con pacientes enfermos y nuestras funciones resultan para ellos de gran relevancia, por lo que contar con profesionales debidamente formados es esencial.

Por todo ello es importante una formación adecuada, rápida y eficaz del personal.

En las últimas décadas, además hemos vivido diferentes situaciones que nos han hecho darnos cuenta de la importancia de tener siempre profesionales cualificados para su puesto de trabajo, como la última pandemia por COVID19.

En muchos de nuestros centros además, encontramos que como parte de nuestras funciones tenemos la docencia, esto quiere decir que debemos de servir como docentes, enseñando nuestro trabajo a los nuevos profesionales que se incorporarán a los servicios y también a los alumnos que realicen los estudios necesarios para el acceso a los puestos de trabajo.

2 Objetivos

Conocer cómo deben realizarse los planes de acogida de nuevo personal en los centros hospitalarios como parte básica de nuestra formación.

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 el nuevo trabajador se integre en el centro hospitalario, es esencial que se le informe de la finalidad de su contratación, de las funciones que va a llevar a cabo y de los medios con los que puede contar.

El trabajador suele entrar a la organización con angustia y con temores producto de la incertidumbre que genera un nuevo puesto de trabajo. Por tanto, es esencial que tenga esta etapa de acogida y acompañamiento para que la incorporación no sea traumática y sea gradual.

Se considera que el éxito del trabajo de la persona incorporada depende en gran medida del plan de acogida, que debería constar de las siguientes etapas:

- **Presentación:** se da la bienvenida al nuevo empleado y se le presentan todos los miembros de la empresa.
- **Incorporación:** se introduce a la persona en el puesto de trabajo, en las funciones y en las responsabilidades que le han sido asignadas.
- **Formación:** si lo requiere, la persona debería actualizar sus conocimientos o ampliarlos para desempeñar las funciones del puesto de trabajo.
- **Rotación de puestos:** a veces es bueno que la persona ocupe otros puestos de trabajo diferentes para que comprenda las interrelaciones que hay entre los distintos puestos y el suyo propio.
- **Evaluación:** se comprueba que tanto la empresa como la persona están satisfaciendo sus expectativas para que, si no es así, se puedan implementar las correcciones oportunas.

Con este plan de acogida se puede asignar durante los primeros días un tutor al nuevo trabajador para que lo guíe en su nuevo puesto de trabajo.

Igualmente, un plan de bienvenida, en el que figure la normativa interna de la empresa en cuanto a horarios, turnos de trabajo, normas básicas, organigrama o directorio telefónico, también resulta efectivo, ya que, así, el nuevo empleado no tiene la necesidad de preguntar a otras personas.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica pretendemos hacer un repaso acerca de los planes de acogida para el personal de nueva incorporación y su importancia.

Es importante que el nuevo trabajador se integre, informándole de sus funciones y explicándole todo aquello sobre lo que tenga dudas.

A nivel psicológico esto también es muy importante para el paciente, ya que al principio al ser una situación nueva puede sentirse aislado, agobiado y fuera de lugar.

Como celadores hay siempre muchas incorporaciones nuevas, ya que somos un gremio con mucho personal dentro de los centros hospitalarios, por lo que continuamente tenemos personal en formación.

6 Bibliografía

- 1- manual de acogida al nuevo profesional- <https://www.saludcastillayleon.es/Profesionales/es/informacion-trabajadores/manual-acogida-nuevo-profesional-caule>
- 2- plan de acogida - <https://sanjuan.san.gva.es/profesionales/plan-de-acogida/>
- 3- guía de acogida - https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/publicaciones_enfermeria/guia_acogida.pdf
- 4- manual de acogida para personal de nueva incorporación - <https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=484027>

Capítulo 651

LA LABOR DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD

MARIA TERESA VICO EGEA

TRINIDAD FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La Atención Primaria es la primera toma de contacto de las personas con el sistema de salud, se puede decir que es el nivel básico e inicial de atención a lo largo de toda la vida de un paciente, en la cual recibimos una atención ambulatoria, a través de los Centros de Salud que son los espacios físicos destinados a este fin. Atendidos a través de una serie de profesionales tanto Sanitarios como No Sanitarios, como es el personal Auxiliar Administrativo en la Atención Primaria, el cual desarrolla su labor en los Centros de Salud, cuya principal labor es la gestión de las citas tanto de ámbito de Primaria como las derivadas a Especializada, así como la realización de informes, la atención telefónica a usuarios, el archivo, entre otras, pero la más significativa e importante a destacar es la atención al paciente, ya que para que todos los demás servicios que se ofrecen en un Centro de Salud o Zona Básica concurren con eficiencia, el primer contacto será con el personal Auxiliar Administrativo. Para la realización de su desempeño dispone de todos los dispositivos necesarios para el desarrollo de dichas tareas como son ordenadores, teléfonos, fax, fotocopadoras, etc. La profesionalidad y diligencia con los que atiende a los pacientes, así como la confidencialidad de todos aquellos datos a los que tenga acceso, son fundamentales para un buen trabajo administrativo.

2 Objetivos

Conocer la función del personal administrativo en un Centro de Salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 función de la población que atiende y la localización geográfica, los Centros de Salud disponen de diferente apoyo administrativo, esto quiere decir que en las zonas básicas de salud donde hay más población habrá más número de personal administrativo para atender la demanda y habrá zonas como son ciertas zonas rurales donde existirán centros en los que solo sea necesario el apoyo de una persona, pero realizan de igual manera la atención al usuario ya sea personal, como telefónica. Esta es una de las funciones más importantes de las diversas funciones que realiza, ya que el Auxiliar Administrativo es la primera toma de contacto del usuario/paciente con el medio sanitario, siendo muy importante esta atención al público, donde se les deberá siempre de tratar de la manera más amable y cercana posible. De este primer contacto derivarán también otras funciones que este personal no sanitario es encargado de realizar, una vez el paciente ha contactado con el centro bien personalmente o telefónicamente para pedir su cita, la segunda parte es cuando, una vez terminada su consulta médica, en algunos casos deberá pasar otra vez por el mostrador y ser de nuevo atendido para en el caso de que su médico considere, continúe con otros procedimientos como pueden ser las tramitaciones de citas a consultas de especialista, pruebas diagnósticas, tramitación de la tarjeta sanitaria, dar de alta a nuevos pacientes, asignación de médico de primaria, tarjetas de desplazamiento (en el caso de usuarios que estén de paso por las circunstancias que sean), etc. Así como otras tareas no derivadas de pacientes, es decir, de funcionamiento interno, pudiendo destacar entre otras las gestiones de agendas del personal médico y enfermería, para llevar a cabo las citaciones, escritos, estadísticas, archivo, realización de pedido de material, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

La labor de un Auxiliar Administrativo es importante dentro de los Equipos de Atención Primaria, ya que son la primera “toma de contacto” con el usuario y los gestores de todos los procedimientos asociados a la visita médica, por lo que mejorando las condiciones laborales de los mismos, se puedan prestar los servicios eficaces y de calidad necesarios en todos los Centros de Salud, ya que en ciertas ocasiones los profesionales realizan trabajos repetitivos que pueden llegar a producir una falta de estímulo, lo que puede ocasionar pérdida de esa profesionalidad necesaria, sería bueno promover la incentivación por medio de mejores condiciones tanto desde el punto de vista de material de oficina, para hacer más cómodo el día a día, como del salarial, que también sería una buena propuesta.

6 Bibliografía

1. <https://www.opoinnova.com>
- 2 <https://WWW.resvistamedica.com>
- 3 <https://WWW.medicineplus.gov>

Capítulo 652

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE

CONSTANTINA AURA BUDUGA

MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO

CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ

MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO

MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES

1 Introducción

Organizativamente en cualquier centro hospitalario se puede encontrar dos modalidades de ingreso de la persona enferma. El ingreso externo del paciente es cuando el mismo es derivado desde otra institución sanitaria u otra circunstancia, al hospital de referencia, porque este está dotado con más u otros servicios que en el de origen no los tienen. Este ingreso se puede ubicar en las unidades hospitalarias o en la unidad de cuidados intensivos.

La otra modalidad es el ingreso interno, es decir, cuando el paciente que acude a un centro hospitalario es ingresado en cualquier unidad de hospitalización o en alguna más especializada, como puede ser la unidad de cuidados intensivos, por los motivos asistenciales que concurran.

Así, de este modo se pueden encontrar ingresos extrahospitalarios para la realización de pruebas diagnósticas, para intervenciones quirúrgicas, etc. La otra variante de ingresos internos pueden darse por muy y diferentes motivos, ingreso desde el servicio de urgencias, ingreso programado, ingreso por traslado entre unidades, etc.

Sea cual sea el motivo o tipo de ingreso del paciente, siempre interviene la figura del celador en el mismo, siendo función del mismo, como queda reflejado en la orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. n.º 174 de 22 de julio de 1971), que la describe de este modo, los celadores tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.

2 Objetivos

- Describir las funciones que realiza el celador ante cualquier tipo de ingreso.
- Conocer los diferentes tipos de ingresos que pueden producirse en el 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, Moline, Google Académico.

4 Resultados

Las funciones de los celadores en relación con los ingresos son variadas, dependiendo del tipo de ingreso que vaya a realizarse. En este aspecto pueden analizarse dichas funciones según sea un ingreso extrahospitalario o un ingreso interno.

-Funciones de los celadores ante un ingreso hospitalario.

Los pacientes que ingresan en el hospital procedente de otra institución sanitaria pueden hacerlo por tres motivos: para la realización de pruebas diagnósticas que necesitan una preparación previa, por su estado de salud que ha empeorado en el hospital de procedencia y tienen que ser ingresados en la unidad de cuidados

intensivos del hospital de referencia o por intervención quirúrgica que precisa ingreso.

En todos estos casos interviene el celador destinado en aquellas unidades mencionadas.

El traslado de estos pacientes desde su hospital de origen se realiza siempre en ambulancia, ya sea en una unidad de secundarios o en una unidad de uvi móvil, y es por tanto labor del personal técnico, médicos y enfermeros de estas unidades, trasladar desde la ambulancia al paciente hasta su ubicación correspondiente.

En este traslado, y una vez en la unidad receptora, el celador que está destinado en dicha unidad asistencial, indicará la cama o box asignado por el personal sanitario y colaborará en el traspaso del paciente a dicha cama, para posteriormente ayudar a la tcae al acomodo y colocación del paciente, dándose por finalizado el ingreso del paciente.

-Funciones de los celadores ante un ingreso interno.

Los ingresos internos dentro del hospital son frecuentes y también pueden producirse desde diversas unidades a otras y por causas diferentes. Los más frecuentes son los realizados desde el servicio de urgencias hospitalarias. En este caso el paciente puede estar localizado en el box vital, en boxes, en especialidades, en pediatría o en observación. En cualquiera de estas ubicaciones, es el celador destinado en la unidad receptora, quien realiza dicho ingreso.

Para realizar el ingreso, excepto en la unidad de ictus y en la unidad de cuidados intensivos, el celador de la unidad receptora siempre realiza el traslado en la cama asignada al paciente, es decir, acude con la cama vacía a la zona de urgencias hospitalarias donde se encuentra el paciente que va a ingresar. En estos casos el traspaso del paciente a su cama se realiza colaborando con todo el personal de la unidad de urgencias.

Cuando el traslado del paciente se realiza desde la unidad correspondiente de urgencias hospitalarias hasta la unidad de ictus o hasta la unidad de cuidados intensivos, es el celador destinado en urgencias quien realiza el traslado en la misma camilla o cama que está acomodado el paciente, colaborando con el celador de destino y el resto de personal en el traspaso a su nueva unidad.

-Funciones de los celadores en el ingreso del paciente entre unidades del propio centro hospitalario.

En este tipo de traslado serán los dos celadores encargados del traslado del paciente, el celador de la unidad de origen y el celador de la unidad de destino, quienes colaboran conjuntamente con el resto de personal en la realización del mismo, para ubicar y acomodar al paciente en su respectiva habitación.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los celadores en los ingresos de los pacientes son muy importantes, ya que, junto con el resto de personal que interviene en el mismo, contribuye que dicho ingreso se realice con todas las garantías y seguridad para el paciente.

Los celadores de los centros hospitalarios son los principales protagonistas en la realización de los ingresos, ya sean extrahospitalarios como internos, y por lo tanto son las primeras figuras en contactar con los equipos de profesionales de procedencia del paciente y con el propio paciente. Por lo tanto el celador debe ser un profesional colaborador e informador con estos profesionales que, dada su procedencia, no conocen la estructura del nuevo hospital, indicando amablemente las ubicaciones correspondientes y las unidades a donde deben dirigirse.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, según la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971.
2. El proceso de gestión en los ingresos hospitalarios. Disponible en <http://www.hca.es>
3. El ingreso del paciente. Disponible en <https://revistamedica.com>

Capítulo 653

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS CELADORES CON EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

CONSTANTINA AURA BUDUGA

MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO

CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ

MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO

MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES

1 Introducción

En este trabajo se van a conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores en el área de salud mental hospitalaria y las actuaciones que presentan los celadores con el paciente que acude a la dicha área por padecer alguna o algunas patologías neuronales. Para el correcto desarrollo del mismo, se ha tenido presente la Orden de 5 de julio de 1971.

Dada la gran cantidad de diversas patologías neuronales y actitudes que pueden presentar los enfermos en esta área, se precisa de la buena y constante formación de los celadores, puesto que son el principal motor de transmisión y contacto con el que interactúa. En este sentido, se afirma que la tarea del celador en el área de

salud mental es decisiva, siendo un gran pilar fundamental para la realización de acciones que desempeñen el contacto directo con el paciente.

El celado no solo adquiere una gran responsabilidad con dichos pacientes, sino que, sino que, además, es el encargado de desempeñar funciones como a la vigilancia de entradas, transmisión de información a través de diferentes medios, como puede ser informes, transmisión oral, entre otros, traslado de mobiliario, de pacientes, etc. Dichas funciones van a ser expuestas en el apartado de resultados de este mismo trabajo.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones que desempeñan los celadores en el área de salud mental hospitalaria
- Conocer las actuaciones de los celadores ante el paciente con patologías neuronales.

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

El celador en el área de salud mental hospitalaria es el encargado de velar que se respeten y se lleven a cabo las normas e indicaciones del área en el que se encuentra. En este sentido, se destaca que el celador desempeña funciones de vigilancia de pacientes, es decir, el celador vela por evitar cualquier tipo de agresiones entre enfermos, movimientos no permitidos entre las salas de pacientes y, sobre todo, debe permanecer atento para que no se produzcan autolesiones. En caso de producirse alguno de estos altercados, el celador, con la mayor brevedad posible, tramita estos hechos al personal sanitario superior y, si fuese preciso, a seguridad.

Los pacientes que se encuentran en esta área precisan de la realización de pruebas fuera del área, como puede ser el caso del servicio de radiología. En este caso, si el

paciente puede colaborar, el celador acompaña a pie al paciente hasta el servicio de rayos hasta la realización de la prueba y, posteriormente, lo instala de vuelta en su habitación. Si el paciente que va a ser llevado a la realización de pruebas presenta además incapacidad para su movilidad, el celador recoge el medio de transporte más adecuado, silla o camilla, y lo trasporta hasta dicho servicio.

Cuando los pacientes de esta área precisan de cuidados personales, el celador adopta un papel de colaborador y ayudante para las auxiliares, llevando a cabo todo tipo de acciones que le sean demandadas, como la ayuda en la administración de inyectables, reposición de material, colaboración en la colocación y movilización del paciente para el correcto aseo del mismo, etc.

Además, dado que los celadores se encuentran en contacto continuo y permanente con los pacientes, los celadores se encargan de cuidar el ambiente y entorno en el que se encuentra el paciente. Entre las acciones que se destacan se menciona la ventilación del habitáculo y bajar y subir persianas por la noche y por la mañana.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, se destaca que el celador en el área de salud mental hospitalaria comparte funciones con los otros celadores del centro hospitalario. Así, se ensalza el papel de los celadores, quienes están en continuo contacto con los pacientes, desde su llegada al centro hospitalario, durante su estancia en la realización de pruebas y hasta la salida del mismo.

De este modo, el celador en el área de salud mental debe ser una persona cautelosa y atenta, puesto que se encuentra en un servicio con pacientes peculiares. Por ello, el celador debe entender las características de los mismos, siendo en todo momento un gran apoyo para el resto de profesionales sanitarios, facilitando así, el correcto funcionamiento interno del área, lo que ofrece una sanidad de calidad y eficaz al enfermo.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el área de salud mental. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador en el área de salud mental. Funciones y objetivos. Disponible en: <http://celadoresonline.blospot.com>

Capítulo 654

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE REA

CONSTANTINA AURA BUDUGA

MARIA MERCEDES CASTELLANOS MONTALVO

CARMEN ANDÚJAR FERNÁNDEZ

MARIA JOSÉ MARTIN PALOMO

MARIA TERESA PALOMARES OLIVARES

1 Introducción

La REA es la nomenclatura del servicio de reanimación del área de quirófanos del centro hospitalario. Este servicio de reanimación cumple las funciones del “despertar” después de las intervenciones quirúrgicas, es decir, tiene la función de controlar las constantes y la evolución de los pacientes recién intervenidos quirúrgicamente.

El equipo de profesionales que desempeñan su labor dentro del servicio, está compuesto por personal sanitario, como son los enfermeros y enfermeras, tcas y los anestesiólogos; y por personal de gestión y servicios, como son los celadores. Dependiendo de la estructura del servicio, generalmente, suele existir un celador destinado en el mismo.

La unidad de reanimación cuenta estructuralmente con un conjunto de boxes vacíos, que dependerá del volumen de pacientes tratados en el centro sanitario,

un hospital de referencia o universitario, contará con más número de boxes en el servicio, que un hospital pequeño cuyo volumen sea menor.

La especificidad del servicio, pues se atienden a pacientes de cualquier especialidad quirúrgica, ya sea, traumatología, digestivo, neurología, etc., obliga a que el equipo de profesionales tengan una formación específica y amplia en la atención a estos pacientes, y entre ellos, del mismo modo, el celador.

El servicio está conectado al área de quirófano por un circuito interno, por donde el celador destinado en quirófano traslada al paciente, recibiendo el celador del servicio de reanimación, que lo colocará en un box, previamente indicado por el personal sanitario, donde una vez que el paciente está recuperado de la anestesia, pasará a la unidad de hospitalización correspondiente.

2 Objetivos

- Describir las características y el funcionamiento del servicio de reanimación.
- Enumerar las funciones del celador destinado en el servicio de reanimación.

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

Cualquier paciente ingresado, cuando va a ser intervenido, es trasladado hasta el área de quirófano, en su propia cama que ocupa, dentro de la unidad hospitalaria de donde procede. Es en esta cama donde el celador de quirófano lo trasladará, una vez finalizada la intervención, hasta el servicio de reanimación, donde permanecerá hasta su recuperación de la anestesia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el celador de reanimación, tendrá las siguientes funciones:

- Una vez recibido al paciente desde el quirófano, el celador de reanimación, colocará al paciente en el box asignado, siguiendo las instrucciones del personal

sanitario, colaborando con la tcae en el correcto acomodo del paciente y demás aparataje que lleve el mismo, sondas, drenajes, contrapesos, sueros, etc.

- Colabora con la tcae en todo lo referente al cambio de ropa de cama, entremetidas o sábanas, movilizándolo al paciente según las indicaciones de la misma.
- Colabora con el personal sanitario y el técnico de radiología, en casos, de peticiones urgentes de placas radiológicas, movilizándolo al paciente para la correcta posición del chasis radiológico.
- Traslada a los pacientes hasta la unidad de radiología para la realización de pruebas radiológicas, colaborando con el personal aquí destinado en el traspaso o movilización del paciente.
- Traslada a los pacientes hacia sus respectivas unidades hospitalarias, portando la historia del paciente y conociendo la unidad correspondiente, así como el número de habitación asignado.
- Vigila y controla el horario de visitas de los familiares y acompañantes al servicio, procurando que se realice del modo más silencioso posible, indicando el inicio y fin de la misma.
- Traslada toda la documentación que le sea encomendada hacia los servicios que le indiquen, así como todos los aparatos que les sean pedidos dentro del servicio, como, bombas de perfusión, monitores de control, palos de sueros, etc.
- Cumple con diligencia cualquier otra solicitud que le sea encomendada por el personal sanitario, siempre dentro del marco de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el servicio de reanimación es parte integrante y fundamental del equipo que trabaja en el mismo, aportando su profesionalidad en la recuperación de los pacientes.

Al ser este, un servicio especial, el celador destinado en el mismo, tiene que poseer una formación cualificada en la movilización de estos pacientes, puesto que sus intervenciones quirúrgicas son muy recientes, y cualquier movimiento inapropiado puede dislocar o alterar las mismas.

En su función de traslado, por el mismo motivo, el celador tiene que realizarlos con sumo cuidado, prestando especial interés, en cualquier desnivel del suelo, como tapajuntas, al subir y bajar del ascensor; y en el traspaso y colocación del paciente en otras superficies.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el ámbito quirúrgico. Disponible en <https://revistamedica.com>
2. Funciones del celador en las diferentes áreas hospitalarias. Disponible en <https://www.auxiliar-enfermeria.com>
3. Protocolos de actuación en el área de quirófanos. Disponible en <https://www.chospab.es>

Capítulo 655

DIETÉTICA HOSPITALARIA CONTADA POR COCINEROS

MARIA JESUS BONILLA MAYORAL

JOSÉ GÓMEZ ARAGÓN

MARIA PILAR DÍAZ GÓMEZ

ROSARIO PARAMO MARTIN

ESTEBAN DEL RÍO SÁNCHEZ

1 Introducción

La dietética se crea por que existe una necesidad de realizar unos planes de alimentación como parte de un tratamiento integral para poder atender a las personas que los requieren en los periodos de salud o de enfermedad en los que se encuentran hospitalizados por cualquier causa. La alimentación en todos los tipos de colectivos se convierte en un reto para que los profesionales de la salud tengan una responsabilidad en el diseño planificación, programación y forma de controlar la elaboración de las distintas dietas que se realizan en un hospital.

La dieta entra dentro del plan de alimentación que debe de seguir cualquier persona para que su organismo esté correctamente nutrido. Tiene un objetivo, este es cubrir las necesidades nutricionales para evitar el riesgo por malnutrición de las ingestas y el comportamiento de los alimentos que son inadecuados. La desnutrición en el regimen hospitalario contribuye de forma directa al aumento de las enfermedades y a sus complicaciones, este se debilita con la respuesta al

tratamiento y se incrementa el índice de mortalidad. Para poder evitar o reducir estas cifras de desnutrición que existe en este medio , resulta necesario hacer una evaluación del grado que se tiene de aceptación de la dieta por parte de los distintos pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar al usuario la importancia que tiene una dieta en el regimen hospitalario para cualquier paciente.

3 Metodología

Para realizar esta comunicación se ha realizado una búsqueda primaria en el buscador de google académico para después seleccionar fuentes secundarias de varios tipos y poder realizar esta comunicación con las garantías mínimas posibles que exige una comunicación científica de este tipo.

4 Resultados

El mejor de los platos esté elaborado de la forma que sea, siempre es el que tiene mejor aceptación; o lo que es lo mismo , el que se consume en su totalidad. Los factores que se relacionan con los aspectos gastronómicos y sensoriales que influyen en la percepción que suelen tener los pacientes de la alimentación que reciben son varios: la temperatura es muy importante, el sabor, el olor, también el color y la textura, la variedad y la presentación en la bandeja hospitalaria sin olvidar el tamaño de la ración. Se pueden utilizar encuestas a los mismos pacientes para tener en cuenta las características que tiene que tener la comida servida, en cuanto a sabor, olor, forma de cocinado y presentación, el tamaño de la ración, la calidad, variedad y la temperatura para servir. Poder conseguir aumentar la satisfacción que se relaciona con la alimentación del paciente que está ingresado puede contribuir a que este haga una mayor ingesta y así, ayudar a la mejora de su estado nutricional durante su estancia hospitalaria.

De la misma manera, pueden existir varios factores que se relacionan con la ingesta que se tienen que valorar a la hora de poder diseñar una actuación del servicio de dietética o de alimentación. Dentro del conjunto de factores en los que se encuentran algunas barreras arquitectónicas que tiene el propio hospital, y pueden dificultar o impedir un correcto acceso a los platos; la vajilla que es

poco atractiva o que es poco adecuada para el consumo de los alimentos de las personas con una escasa fuerza o que transmite demasiado el calor es un inconveniente, o incluso un horario que sea inflexible y que se aleje demasiado del que se mantenía en casa, se impone por las condiciones laborales y de organización del propio centro hospitalario. También se considera bastante importante no poner en el olvido el componente social que tiene la alimentación, ya que, por lo contrario, se estará olvidando uno de los temas más importantes que se liga a la cultura y las costumbres de los seres humanos.

5 Discusión-Conclusión

La comida en régimen hospitalario requiere más que ninguna otra comida de la colaboración de nutrición y dietética con el servicio cocina y alimentación, estos juntos con el especialista y la planta donde está ingresado el paciente deben ir de la mano para conseguir un mismo fin: Este fin debe de ser, la correcta alimentación de los pacientes que permanecen ingresados de la manera culinaria adaptado a su salud y que sea lo más agradable posible.

La colaboración de todo el servicio que rodea al paciente es fundamental para que este perciba en la alimentación una parte más del tratamiento que debe recibir.

6 Bibliografía

Garriga García, M., & Ruiz de las Heras de la Hera, A. (2018). Dietética hospitalaria y gastronomía saludable. *Nutrición Hospitalaria*, 35(SPE4), 140-145.

Capítulo 656

EL CELADOR EN ALMACÉN

GEMA GALAN

1 Introducción

La ley 29/2006, de 26 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 la idoneidad sanitaria de medicamentos y demás productos y artículos que podemos encontrar en las unidades de farmacias con arreglo a la condición mínima establecidas por la ley.

El celador en almacén es el encargado de recepcionar todo aquel que dentro de sus funciones, tales como paquetes y envases que los proveedores suministren al hospital, para ello debe comprobar mediante códigos que el material coincide con el albarán de entrega, en caso concreto lo firmara el transportista si el celador observa que algo no coincide con el albarán no podrá hacerse cargo de él y lo pondrá en conocimiento del responsable de farmacia.

Una vez el material recepcionado, el celador se lo entregará al personal sanitario, junto con la copia del albarán, para que el servicio administrativo den entrada, clasifique, ordenen y coloquen los estantes.

Aunque la dispensación corresponde a otro personal, el celador se encarga normalmente de dispensar determinado material que el mismo ha ordenado o acondicionado.

El celador en almacén debe realizar los recuentos periódicos del material del que sea responsable, comprobando la existencia real de los productos almacenados, igualmente colaborara en el recuento que se lleve a cabo con ocasión del inventario general que anualmente o en otros momentos.

2 Objetivos

- Recaltar las funciones de los celadores en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 almacén es la zona donde se dispensa los medicamentos solicitados en los formularios, los medicamentos son dispensados previa autorización del médico. Los pedidos deben ser revisados antes de su entrega y observar si está todo realmente correcto.

Los estupefacientes y psicotrópicos se efectúan en impresos o recetas especiales y su dispensación y retirada tiene que ser la correcta, siempre por personal sanitario.

Trabajar en equipo es el trabajo hecho por un grupo de personas, donde todos tiene un objeto en común.

Para que se considere trabajo en equipo o cooperativo, el trabajo debe tener una estructura organizativa que favorezca la elaboración conjunta del trabajo y la solución a los problemas.

Las compras en el almacén; esta labor se gestiona por los proveedores y el almacén de la farmacia para que todos los productos estén disponibles en función de la demanda, es decir, analiza el stock en cada momento y los productos en exposición. En este miembro del equipo es clave, ya que es el responsable de evitar posibles roturas de stock, manteniendo en todo momento una correcta gestión del stock de la farmacia, la gestión de todo esto lo organiza la persona responsable de las ventas y de elaborar las diferentes estrategias de marketing para atraer a nuevos clientes o fidelizar a los que ya tienen en farmacia.

Su dispensación la realiza la persona que venden los productos directamente al cliente, quien se encarga de los servicios que presta la farmacia, debe de tener en cuenta las buenas habilidades comunicativas, buenas presencia y conocer y aplicar distintas técnicas de ventas.

El servicio de almacén suele ser pequeño, una persona puede desarrollar varios roles relacionados, por ejemplo la persona que se encarga de la administración puede hacerse cargo de las compras y del almacén.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la unidad de almacén, además de los cometidos habituales de cualquier otro profesional dedicado a esta profesión, los específicos de esta unidad de los cuales se tendrán que tener muy en cuenta.

1 - Extremar la higiene no solo a nivel corporal propio, sino también a lo de la vestimenta de trabajo.

2 -A vestimenta es propia de la unidad de almacén y se debe de tener muy en cuenta.

-El celador deberá de tener muy en cuenta el conocimiento exacto de todas las zonas de medicamentos y observar que vaya todo en su lugar preciso.

-Deberá de realizar correctamente su reparto en la zona correspondiente.

6 Bibliografía

Libro de temario de oposición para el celador de la editorial MAD

Temario emitido por los sindicatos CSIF,UGT Y CCOO

Capítulo 657

ASPECTOS GENERALES DE LA SEGURIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS

DANIEL GARCÍA DIAZ

ANDREA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

En cualquier servicio del hospital la realización del trabajo puede comportar la exposición a factores de riesgo que se deben conocer y tener en cuenta para evitar accidentes de trabajo.

Hay varios aspectos que se deben tener en cuenta :

- la seguridad de las personas
- la seguridad de los bienes.
- la seguridad del buen funcionamiento de las instalaciones.

Definiremos seguridad en el trabajo como el conjunto de medidas encaminadas a eliminar o disminuir la posibilidad de que se produzcan accidentes en el trabajo, para ello es importante diseñar medidas para evitar estos problemas.

La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, hasta un mínimo aceptable, incluye todas las actividades de identificación de problemas de seguridad en la practica habitual, su análisis e implantación de medidas preventivas para evitar el error de las personas, el fallo de los sistemas o en todo caso mitigar su impacto en el paciente.

En el caso de unas buenas instalaciones en un hospital deben cumplirse una serie de normas, como pueden ser ,las instalaciones de aire tratado (filtrado y térmico)

controlando temperatura y humedad. Las redes de fluido (conductos y tuberías) para agua fría, caliente, vapor saturado...

2 Objetivos

Conocer la importancia de la seguridad en todos los servicios dentro de un hospital, y asegurar que se cumplan unas normas generales.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos de Dialnet, encontrándose numerosos artículos, siendo revisados muchos de ellos por su interés, también se ha recogido información de diferentes revistas y libros relacionados con los aspectos generales de la seguridad, así como diferentes páginas web.

4 Resultados

Las instalaciones de protección contra incendios, equipos y sistemas que garantizan protección frente al fuego (detectores, pulsadores, sirenas, centralitas...) como a nivel de extinción manual o automático, ya sea de agua o de otro agente extintor adecuado. Los incendios en un centro sanitario presentar el problema añadido de la concurrencia de gente. Para evitar los incendios deben estar provistos los edificios de extintores suficientes y también deben revisarse las instalaciones y los aparatos eléctricos y comprobar que estén en buen estado para su uso.

Todos los centros sanitarios deben tener planes de emergencia, para la gestión empresarial en caso de riesgo de incendio que tiene dos objetivos fundamentales, minimizar el número de emergencias contra incendios y actuar con rapidez. También los centros sanitarios deben disponer de plan de protección que trata de identificar y evaluar los riesgos y las medidas necesarias para la prevención y control de los riesgos, así como las actuaciones y medidas de protección en caso de emergencia.

Las instalaciones eléctricas, aportan la energía eléctrica necesaria tanto en funcionamiento normal como en caso de emergencia - incendio o avería- incluyendo siempre red de tierras y pararrayos.

Sistemas de alumbrado, tanto si la iluminación es normal o de emergencia, así como iluminaciones especiales en ciertas áreas del hospital como puede ser el

caso de los quirófanos, o las cocinas .Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la instalación de ascensores, montacargas y escaleras mecánicas.

Es importante también tener un control de seguridad de accesos de trabajadores a zonas restringidas. Estos entre otros son unos aspectos generales que deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar la seguridad en un centro hospitalario, comprobando que todas las instalaciones estén funcionando correctamente .

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este trabajo, podemos decir que la seguridad dentro de los centros sanitarios es un tema muy importante, en el que se deben tener en cuenta primero las personas, y en caso de una situación de emergencia lo principal es poner a salvo a las personas , enfermos y trabajadores, esto se consigue alejando a las personas del foco de peligro y realizando una correcta evacuación, para saber como actuar es necesario que cada cierto tiempo, el que establezca el servicio de prevención, debe realizarse un simulacro de evacuación para saber los pasos a seguir.

Es también de vital importancia comprobar que todas las instalaciones funcionen correctamente así como los distintos aparatos con los que nos podemos encontrar dentro de un centro sanitario.

6 Bibliografía

- Organización mundial de la salud ref http://WWW.WHO.int/patient_safety/les/OMS
- Plan de calidad para el sistema nacional de salud .<http://www.nssi.gob.es/organización/sns/>
- Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (sinasp)

Capítulo 658

EL PINCHE DE COCINA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

DOLORES SAEZ ZAFRILLA

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ

1 Introducción

La comida en los hospitales, por lo general, no suele tener buena fama. Un problema al que afrontan quienes tienen que alimentar a los pacientes, los cuales, la falta de apetito es una de las principales causas de las personas que se encuentran enfermas, aunque uno de los factores primordiales para la buena y pronta recuperación de un paciente, es una buena alimentación.

Además, por ésta causa, las dietas de los pacientes deben ser planificadas y revisadas de manera exhaustiva y con rigurosidad, pasando los controles de calidad necesarios, y de manera individualizada, revisando que cada paciente pueda recibir los alimentos con los nutrientes que necesita, descartando aquellos alimentos que pueden perjudicar el estado de salud en el que se encuentran.

La alimentación de manera segura en los hospitales es fiable con la instauración de la certificación de calidad ISO 9001/2008, y el sistema de autocontrol APPCC (Análisis de Procesos y Puntos de Control Críticos) . Todo ello aplicándolo a un presupuesto ajustado al que se tienen que regir los encargados de realizar los pedidos y dietas. Y siguiendo unos protocolos de trabajo completamente engranados desde la recepción de mercancía hasta que el plato elaborado llega al paciente en unas condiciones óptimas de higiene y temperaturas, además de ser presentado con una imagen apetecible.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del pinche de cocina en la seguridad del paciente en las cocinas de los centros hospitalario

3 Metodología

Los pacientes que no se encuentran bien alimentados o desnutridos, son más vulnerables a contraer enfermedades, aparte de que el tiempo de recuperación de estos pacientes se prolongará en el tiempo. Todo ello, en algunos casos, podría desencadenar en demencia a causa de la deshidratación y la falta de nutrientes en la corteza cerebral.

En este artículo hemos intentado buscar en libros y revistas todo lo relacionado con la seguridad de los pacientes, partiendo de la alimentación como principal objetivo para la recuperación.

4 Resultados

Una persona bien alimentada, puede combatir la amenaza de ciertas enfermedades, ya que sus defensas podrán hacer frente a proteger su organismo. Por eso es de vital importancia que una persona que se encuentra enferma, tenga una alimentación óptima para poder afrontar y recuperarse de forma rápida, ya que la alimentación es el mejor medicamento para tener unas defensas fuertes.

Como ejemplo, tenemos a las personas ancianas que se alimentan bien, se ha demostrado que gozan de mejor calidad de vida durante mas años, que una persona anciana que tiene una dieta deficiente, que se acelera el proceso de envejecimiento, y son más vulnerables a las enfermedades y tardan más en recuperarse.

En el proceso de alimentación en instituciones sanitarias, participan conjuntamente una serie de profesionales perfectamente engranados en sus funciones, para realizar un servicio completo, que se encargan de realizar los pedidos ajustándose a unos presupuestos, planificar las dietas y de supervisar que desde el almacenaje hasta la elaboración, mantenimiento de temperaturas y posterior llegada del plato preparado al paciente, todo salga perfecto.

En la compra y recepción de suministros empieza el proceso de asegurar la seguridad del paciente, ya que hay tener en cuenta que se deben comprar los ingredientes adecuados para que las dietas sean elaboradas con los nutrientes que el paciente precisa, almacenar los ingredientes en su lugar correspondiente evitando toxicidades y que estos pierdan propiedades por no estar a las temperaturas adecuadas. Elaborar los platos siguiendo los protocolos de higiene en su manipulación, y cocinado, para posteriormente servirlos en sus carros correspondientes para evitar que pierdan su temperatura óptima, y así llegue al paciente en las mejores condiciones.

De ahí, la importancia de que todo el proceso, se tenga que realizar sin fallos en ninguno de sus elementos de evolución y preparación de dicha dieta.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación en las instituciones sanitarias tiene como principal objetivo sanar a las personas que se encuentran enfermas, y que su recuperación sea lo más rápida y en mejores condiciones posibles. Ésta rápida recuperación, además del bienestar del paciente, y de la sociedad, evitaría que los pacientes permanecieran en camas de hospital durante más tiempo del necesario, haciendo así una triple función, la recuperación del paciente, el evitar un colapso en las instituciones sanitarias, y el ahorro de gastos de manutención de los pacientes ingresados.

Por ello, la alimentación, debe aportar los nutrientes necesarios, y los menús deben ser elaborados de manera personalizada para cada paciente.

6 Bibliografía

* Francisco Javier Guelbenzu Morte y Pedro Luis Dueñas Álvarez. "Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios". Madrid. Instituto Nacional de la Salud; 1990.

* Dra. Gloria Mato Chaín... "Guía de higiene hospitalaria". España: Math printer;

2004

* <https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=8>

Capítulo 659

CLASES DE COCINAS HOSPITALARIAS, SU DISTRIBUCIÓN Y EL PINCHE DE COCINA

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

DOLORES SAEZ ZAFRILLA

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ

1 Introducción

El diseño de la cocina de un hospital es primordial para la óptima gestión de elaboración y distribución de todos los procesos de la alimentación de pacientes y usuarios.

Para cada hospital conviene que la cocina tenga un diseño específico, por eso, habrá que tener en cuenta diversos factores a la hora de elegir el diseño adecuado. Para ello, habrá que tener en cuenta factores como; el número de comidas máximas y mínimas estimadas diariamente, la plantilla que formará el número de profesionales del que se dispone, el lugar donde se encuadrará dicha cocina, y los turnos de trabajo de los que se dispondrán, así como el material y maquinaria a utilizar.

Una vez elegido el diseño, hay que tener en cuenta también los accesos, aislados de focos de contaminación, los almacenes y sus dimensiones, instalación de equipos y salidas de humos.

Teniendo en cuenta todos estos factores, y enfocando el trabajo a una marcha hacia adelante de los alimentos, el diseño de las cocinas, se puede clasificar en:

Cocina de distribución lineal

El proceso de distribución, almacenaje, manipulación y elaboración, se realiza en el mismo sentido, de forma lineal, los platos elaborados salen por el lado opuesto por el que entra la recepción de los alimentos para su almacenaje.

Cocina de diseño en L

El proceso de distribución, almacenaje, manipulación y elaboración, se realiza en el mismo sentido, realizando un giro de 90°, aprovechando así el espacio

Cocina de diseño en U

Se utiliza menos superficie de cocina, se aprovecha el espacio, los platos elaborados y las materias primas entran y salen por el mismo sentido, aunque por accesos diferenciados.

2 Objetivos

Exponer las clases de cocinas hospitalarias, así como su distribución

3 Metodología

Para la elaboración de éste artículo, se ha procedido a la revisión de varios libros y revistas sobre las cocinas sanitarias, y restauración hospitalaria, descartando artículos sobre restauración en general, o cocinas sanitarias de menor carga de trabajo.

También se ha solicitado permiso para poder visitar la cocina de un hospital, y así poder describirla desde un punto de vista más detallado, y así, poder verificar el diseño que se utiliza.

4 Resultados

Para elegir un diseño para una cocina hospitalaria, minuciosamente hay que estudiar diversos factores que influyen en el funcionamiento y gestión.

Debido a la complejidad de funcionamiento, organización, dimensión, reglamentación y leyes, accesos, y la dotación de profesionales a cargo de

todas las funciones que se desarrollan en una cocina hospitalaria, se hace necesario elegir el diseño adecuado para poder llevar a cabo un buen funcionamiento de dicha cocina.

Así, la llamada marcha hacia adelante de los alimentos, junto a las dimensiones de la cocina, las salidas de humos, los accesos, almacenes, y el modelo de gestión, hacen que podamos clasificar las cocinas hospitalarias en:

Modelo de autogestión; Es el propio hospital el que gestiona el funcionamiento de la cocina. A su vez, se encuentra la autogestión centralizada (toda la gestión se realiza en un mismo sitio) y descentralizada (la distribución se realiza desde el office de cada planta).

Modelo de gestión externalizada; La gestión de la cocina es realizada por una empresa externa privada, pública o mixta. Y se puede realizar en las instalaciones propias del hospital, o en instalaciones externas para su posterior distribución.

El modelo mas utilizado para las cocinas hospitalarias, es el denominado cocina centralizada, ya que a traves de este modelo, todo el trabajo que se lleva a cabo en las cocinas, se realiza en el mismo lugar, desde la recepción de mercancía, pasando por el almacenaje de alimentos, conservación, manipulación y elaborado de platos, hasta la distribución para llegar al paciente en condiciones óptimas de temperatura.

Así, aseguramos una mayor higiene, reducción de recursos y personal, lo que conlleva a una gestión propicia de los presupuestos, y que los alimentos lleguen en un estado de temperatura, conservación de los nutrientes y con un aspecto apetecible.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación de los pacientes de un hospital, es uno de los factores más importantes para que éstos tengan una pronta y óptima recuperación.

Por ello, el funcionamiento, diseño, organización y equipamientos de una cocina hospitalaria hace que ésta gestión sea tan complicada y de vital importancia.

Se hace necesario estudiar cada detalle , para que éste funcionamiento se pueda llevar a cabo sin complicaciones. Cada detalle cuenta, desde la recepción de mercancías, almacenaje, distribución del equipo de trabajo, instalaciones y salidas de humos, accesos, zonas estériles y zonas sucias, así como el lugar de elaboración de platos y su posterior distribución a todo el hospital.

6 Bibliografía

- * <http://www.lacocinadelhospital.org/>
- * "Diseño de instalaciones hospitalarias". Cesar Martín Gómez
- * "Cocina hospitalaria para pinches". ICB
- * "Restauración en servicios hospitalarios". Martínez López José Félix
- * <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tipos-cocina-hospitalaria/>

Capítulo 660

EL PINCHE Y LA CONTAMINACIÓN CRUZADA EN COCINAS HOSPITALARIAS

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

DOLORES SAEZ ZAFRILLA

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

ANA BELEN VAZQUEZ SAEZ

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 esto, 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 causa, 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, deberán 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 661

RIESGOS BIOLÓGICOS DENTRO DE LOS CENTROS SANITARIOS

ANDREA FERNANDEZ MENENDEZ

DANIEL GARCÍA DIAZ

1 Introducción

El riesgo biológico, es uno de los peligros laborales más comunes a los que se enfrenta todo el personal que trabaja dentro de los centros sanitarios mediante la exposición a microorganismos que pueden dar lugar a enfermedades.

Los profesionales sanitarios están expuestos al contagio y transmisión por vía sanguínea por la cantidad de tiempo que están en contacto con los pacientes, por lo que es importante que los trabajadores de los hospitales conozcan y cumplan con las normativas estándar establecidas en los protocolos para así prevenir los riesgos biológicos.

Las vías de entrada más importantes de agentes biológicos dentro de los centros sanitarios son, parenteral, como puede ser el caso de cortes, pinchazos... vía cutánea, mucosa.... digestiva, respiratoria....

Como medida de seguridad los servicios de salud han introducido en sus centros materiales con dispositivos de seguridad para eliminar los riesgos biológicos, reduciendo las exposiciones percutáneas o pinchazos accidentales. Se deben analizar los riesgos biológicos a los que el personal de cada servicio está expuesto e identificar las patologías asociadas y establecer medidas de prevención y control de los factores de riesgo. La bioseguridad en el ámbito hospitalario es un conjunto de herramientas que tiene como objetivo la protección para la salud.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son dar a conocer todos los riesgos biológicos a los que cada día de trabajo, se exponen los profesionales de los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos de dialnet encontrándose numerosos artículos ,siendo revisados muchos de ellos por su interés, también se han consultado diferentes libros así como revistas relacionadas con el tema. También se recopiló información de distintas páginas de internet.

4 Resultados

Los riesgos biológicos pueden afectar tanto a las personas como al medio ambiente, las medidas para evitar la propagación estarán relacionadas con el agente infeccioso o el riesgo biológico que exista.

La gran tipología de agentes biológicos implicados por su capacidad infecciosa son bacterias, parásitos, virus, toxinas la exposición puede ser directa o indirecta. Las fuentes de agentes infecciosos pueden ser pacientes, trabajadores y visitantes, todos ellos pueden padecer alguna infección abierta, encontrándose en el periodo de incubación o ser portadores sin síntomas. también pueden ser agentes infecciosos los materiales biológicos y los instrumentos contaminados. Las medidas de prevención sobre el foco infeccioso pretenden eliminar la emisión del agente causante del problema al ambiente laboral y evitar la dispersión del microorganismo desde la fuente al trabajador. Una vez el riesgo es evaluado se debe intentar eliminar o reducir la exposición al más bajo nivel. La principal medida de prevención es la limpieza que incluye la desinfección (cloración de las aguas....) la esterilización y la desratización. La vigilancia sanitaria adecuada es muy importante antes de la exposición y a intervalos regulares en lo sucesivo, debe de constar de un registro en el historial médico del trabajador.

Se puede decir que toda actividad laboral debe tener unas pautas que comprometan la salud de todos los trabajadores dentro de los centros sanitarios.

Es necesario promover procedimientos encaminados a prevenir accidentes y enfermedades dentro del entorno de los hospitales. El servicio de medicina preventiva es el encargado de formar a los trabajadores de todas las categorías profesionales impartiendo charlas y coloquios informativos y cursos de prevención

de riesgos de todos los tipos referentes a un centro sanitario, para que todos los trabajadores adopten todas las medidas necesarias.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este trabajo, podemos decir que es muy importante tener un control de los riesgos biológicos que pueden desencadenarse dentro de un centro sanitario, manteniendo una higiene correcta y una adecuada manipulación de todos los objetos punzantes entre otros, extremando las precauciones, para evitar en lo posible cualquier tipo de accidente. Por otro lado el servicio de medicina preventiva, debe de estar al lado de los trabajadores y impartir cursos y charlas de prevención de accidentes dentro de los centros sanitarios y hacerlos llegar a todas las categorías profesionales, ya que estos riesgos, pueden ocurrir a cualquier trabajador.

6 Bibliografía

- Valenzuela V Antonia terapias biológicas en tiempos de covid 19-2020
- Diez Mate CR Fraile Cantalejo prevención de riesgos laborales.
- Ley 22/2011 de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.
- Drane Belloso, A Blanci Guerra C Caldes Casas monografía de agentes químicos en el ámbito sanitario.

Capítulo 662

EL TELEFONISTA Y LA VOZ COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

ENCARNA MORENO SANCHEZ

1 Introducción

En el entorno sanitario hay un colectivo profesional, que es considerado como el primer contacto para los pacientes cuando tienen una duda y la quieren resolver a través de una llamada telefónica, éstos son los telefonista, cuya función es gestionar llamadas tanto las externas como las internas, tanto de particulares como oficiales (protección civil, policía, bomberos ...)

Su medio de trabajo diario es la voz es la herramienta por lo que hay que cuidarla para evitar daños que puedan influir en la salud del trabajador, y que puedan convertirse en crónicos, pudiéndose llegar al caso que tuviera que coger una baja laboral para recuperarse. Por eso el telefonista debe hacer uso de su voz de una determinada manera, para que pueda realizar su labor durante toda la jornada laboral de manera cómoda.

Por ello, el ámbito sanitario debe de establecer un protocolo de prevención que

permita evaluar los riesgos laborales para después llevar a cabo las acciones preventivas.

La voz tiene la peculiaridad de que se puede crear una imagen de confianza, tranquilidad, seguridad, pero también puede llegar a preocupar, desconfiar o irritar al receptor del mensaje. Por ello el telefonista llevará a cabo una serie de recomendaciones:

- Vocalizar, no saltarse palabras y separándolas bien unas de otras para que sean entendibles y no haya que repetir otra vez la información.
- Expresarse con una velocidad adecuada,
- El auricular no deberá estar junto a la boca, porque se crearán ruidos.
- No beber ni comer cuando se está hablando.

2 Objetivos

- Identificar los elementos que intervienen en el cuidado de la voz como herramienta laboral.
- Definir la importancia de que el telefonista cuide de su voz para evitar lesiones.

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 telefonista del sistema sanitario se encarga fundamentalmente de atender las llamadas telefónicas, por lo que siempre habrá algún momento en el que al usuario atendido no le gusta lo que le estamos comunicando, mostrando enfado, frustración, o incluso conductas violentas, antes esta situación el telefonista no deberá ponerse a su altura, y nunca elevará su voz, teniendo que acudir al uso de técnicas comunicativas para reducir el estado de estrés del paciente para rebajar ese estado de estrés.

Definimos el concepto de voz como el sonido se produce con la vibración de las cuerdas vocales mediante el aire que es expulsado por los pulmones y que sale por la laringe, haciendo también referencia cuando queremos hablar de la potencia, el timbre y otras propiedades de dicho sonido.

El aparato fonador de la persona que da lugar a la creación de la voz, está formado por los órganos que necesarios para respirar: la tráquea, los bronquios y los pulmones, aquéllos destinados a la fonación: la laringe, la faringe, las cuerdas vocales, y los que empleamos para la articulación: la lengua, los labios, el paladar, los dientes.

Podemos observar una serie de factores que pueden perjudicar la voz:

1/ Laborales: excesos de ruidos, tóxicos ambientales, mal uso de la voz, jornadas excesivas...

2/ Personales: tener patologías sistémicas con amplia repercusión en la laringe, como la tiroidea, infecciosa y autoinmune, tener hábitos tóxicos como el consumo de tabaco o el alcohol, fatiga mental, alimentación, algunos medicamentos, ...

El telefonistas tendrá que tomar medidas y cuidar todavía más su voz cuando aparezcan los siguientes síntomas:

- Tener la sensación de tener un cuerpo extraño en la garganta.
- Carraspeo y necesidad de toser
- Tener que forzar la voz para que salga a un tono normal.
- Notarse cansado cuando habla.
- Percibir una debilidad de la voz, como que va perdiendo volumen.
- Empezar a notarse la voz ronca.
- Dificultad para mantener la voz al finalizar la jornada
- Pinchazos en la zona anterior o lateral del cuello

Los principales trastornos vocales, son la afonía, que implica la pérdida temporal de la voz o la incapacidad para hablar, y la disfonía o ronquera que no se asocia con la pérdida total de la voz. Las personas con disfonía crónica pueden experimentar afonía en ciertos momentos como resultado de elevar la voz o por los gritos, resfriados o por fatiga.

El que el telefonista se encuentre estresado o tenso cuando habla, se crea una hipertensión muscular en la parte anterior del cuello y la laringe, la ondulación de las cuerdas vocales provoca un choque violento entre ellas, y la mucosa alrededor de sus bordes se irrita, lo cual conlleva a daños en su voz.

5 Discusión-Conclusión

El telefonista de la atención sanitaria, es fundamental que aplique una serie de habilidades comunicativas, y unos cuidados de su voz ya que es su principal herramienta de trabajo. Debe concentrarse en la llamada para así dar una respuesta de calidad, usando un tono de voz ni muy alto ni muy bajo para así no forzar las cuerdas vocales, ante un paciente enfadado, no elevar la voz, sino intentar calmar al usuario mostrando entereza y seriedad.

Habrán ciertos signos que el telefonista empezará a notar en su voz cuando esté dañada como: necesidad de toser, voz ronca, carraspeo, tener que forzar la voz para que se produzca el volumen deseado... ante esto, el telefonista tendrá que cuidarse la voz.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: telefonista, la voz, cuidados de la voz.
2. Definición de voz - Qué es, Significado y Concepto (definicion.de)<https://www.euroinnova.edu.es>
- › blog QUÉ ES LA COMUNICACIÓN SANITARIA | Web Oficial EUROINNOVA
3. ¿Por qué se dice que la voz es una herramienta de trabajo? (grupoanp.es)

Capítulo 663

EL TELEFONISTA Y LA UTILIZACIÓN DE SISTEMAS OFIMÁTICOS E INFORMÁTICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

ENCARNA MORENO SANCHEZ

1 Introducción

El telefonista del entorno sanitario, se encarga fundamentalmente de recibir y pasar llamadas en una zona destinado a ello, llamada centralita, la cual contiene el equipo de conmutación y las demás instalaciones necesarias para la gestión de tales llamadas. En ella se llevan a cabo conexiones entre los lazos, lo llamados:bucles, de los profesionales que trabajan en dicho centro, y los pacientes que llaman.

Un equipo informático, consta de una unidad central de proceso (CPU), una unidad de memoria y una unidad de entrada/salida, a su vez estas unidades están interconectadas mediante un conjunto de líneas de comunicación que recibe el

nombre de BUS, teniendo instalados los programas necesarios para desarrollar las funciones de su día a día. También existen los llamados: periféricos de entrada y de salida que debemos conocer como son el ratón, la impresora, el teclado, puerto usb ...

Es muy importante que el telefonista conozca detalladamente los equipos y programas con los que va a trabajar y se sepa desenvolverse con fluidez con ellos, buscar información en las bases de datos gracias a las herramientas ofimáticas, conocer en profundidad cómo funciona la centralita, los tipos de teléfonos con los que cuenta, utilizando un listín ya sea en papel o en el ordenador donde se identifiquen las extensiones de los profesionales o facultativos a los que les puede pasar llamadas.

2 Objetivos

- Identificar las diferentes herramientas de las que dispone el telefonista en su centro de trabajo.
- Definir la importancia de un buen uso de los sistemas ofimáticos e informáticos para el buen desarrollo de las actividades profesionales.

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 llamadas Tecnologías de la Información y la Comunicación, TIC, son los recursos y herramientas que se utilizan para el proceso, administración y distribución de la información, cuyo objetivo principal es el permitir acceder a la información de manera veloz y fácil, en cualquiera de los formatos tecnológicos: ordenadores, teléfonos, televisores, etc, todo a través de la digitalización, la cual permite tener grandes cantidades de datos o utilizando información aunque los equipos estén en cualquier lugar del mundo.

Las redes utilizadas más habituales son: las de teléfono, las de ordenadores, las de transmisión de audio como por ejemplo la megafonía o radio, y las de transmisión de vídeo como por ejemplo la televisión o videovigilancia.

En la centralita, el telefonista deberá de conocer todos los dispositivos, equipos y programas ofimáticos puestos a su disposición para ofrecer un sistema de atención de calidad al usuario. Estos recursos y sistemas de información son:

- Equipo informático, ordenador personal de sobremesa y todos los elementos que se pueden conectar: ratón, impresora, escáneres, etc.
- Teléfonos móviles, ordenadores portátiles, tabletas y smartphones.
- Internet, la red de comunicaciones, copias de seguridad, soportes para el intercambio de información, el repartidor principal de cable, equipos de ventilación, equipos de alimentación eléctrica, cableado, las baterías de apoyo y el grupo eléctrico de emergencia
- Sistemas de información, bases de datos.
- Correo electrónico corporativo: muy útil para la petición de información entre profesionales

En la actualidad del sistema sanitario, el telefonista juega un papel muy importante en cuanto a las redes de la comunicación, la cual se define como el grupo de medios técnicos que permiten la comunicación a distancia entre equipos autónomos, para enviar datos de voz, texto o videos a través de ondas electromagnéticas. Y es que aunque se pueda transmitir información de manera analógica, digital o mixta, las conversiones a través del teléfono se hará de forma analógica exclusivamente,

Debido a la multitud de profesionales que trabajan en el centro sanitario o en el hospital, la cantidad de datos que se manejan y deben transmitirse, y la tecnología de los equipos médicos utilizados, los equipos informáticos serán complejos y de grandes dimensiones, pudiendo necesitar de otras áreas más grandes para ubicarlos.

Aunque en el caso de la centralita, el telefonista, podrá contar con todo lo necesario en el propio habitáculo, procurando el buen uso de los mismos, limpiando cuando sea necesario los elementos externos, mirando que los cables no estén pillados con cualquier mobiliario o demasiado tirantes, comprobando que las conexiones de los terminales estén bien enchufadas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto los diferentes elementos informáticos que forman el centro sanitario u hospital, los cuales deben facilitar las labores de los distintos profesionales

que en él trabajan para desarrollar una atención asistencial de calidad para los pacientes o usuarios, estos son el ordenador, teléfonos móviles, bases de datos, correo electrónico, diferentes sistemas de información, etc.

En un mundo avanzado tecnológicamente hablando, el sistema de redes de comunicación se encarga transmitir datos, audio y vídeo por ondas electromagnéticas a través de diversos medios, por ello es importante que el telefonista conozca estas herramientas, para trabajar sin demoras o interrupciones porque no sepa solucionar cualquier imprevisto que surja, así como el correcto mantenimiento y limpieza de los elementos externos.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: telefonista, elementos informáticos, sistemas ofimáticos,
2. <https://www.ulatina.ac.cr/articulos/que-son-las-tic-y-para-que-sirven>
3. https://ws040.juntadeandalucia.es/estaticos/internet/seguridad/Normativas/Normativa_de_uso_de_los_recursos_y_de_los_sistemas_de_informacion_

Capítulo 664

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON LAS PERSONAS MAYORES

MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

Todas las personas a lo largo de nuestra vida tenemos la necesidad de comunicarnos con otros. Esto es un proceso de continuo desarrollo y cambios que abarca desde el momento en el que nacemos hasta los últimos días de nuestra vida. Dicho proceso está formado por experiencias individuales y personales y a su vez está determinado por características de salud, educación, medio, etc.

En España, hoy en día, más del 18 % de la población es mayor de 65 años y se estima que para el 2066 esta cifra supere el 34%.

Para adquirir buenas habilidades de comunicación con las personas mayores es necesario que nos pongamos en su situación y seamos empáticos, también debemos tener un buen dominio de las principales técnicas de comunicación. De igual modo, es importante conocer la personalidad, los gustos y las aficiones de las personas de avanzada edad que tenemos a nuestro alrededor, así nos aseguramos mantenerlos activos con sus hobbies y todas sus necesidades o la mayor parte de ellas estén cubiertas.

La comunicación es indispensable para comprender las necesidades de una persona. Según van pasando los años, nuestra capacidad de comunicarnos con los demás se va reduciendo. Tener una buena comunicación con una persona de avanzada edad no es lo mismo que hacerlo con un muchacho de 18 años, ya que las peculiaridades nos son las mismas.

La relación profesional-paciente de avanzada edad puede mejorar las actitudes y los aspectos humanos en la atención de las personas mayores. También es signi-

ficativo para percibir y entender los problemas psicosociales de este sector de la población.

2 Objetivos

- Conocer la cifra de población anciana en la actualidad de nuestro país.
- Conocer la relación existente entre personas mayores y la atención sociosanitaria.
- Contemplar las correctas actuaciones que debe tener el personal sanitario en relación con este colectivo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema tratado (habilidades de comunicación con personas mayores): páginas de distintos servicios de salud, observación bibliográfica de los últimos años en las bases de datos PubMed y Google académico.

4 Resultados

Las actuaciones del personal sanitario son las que cito a continuación:

- Se debe hablarle de forma clara y despacio, situarnos frente a frente para favorecer la comunicación.
- Se debe tener paciencia en el trato personal.
- Se debe facilitar la compañía y el afecto.
- Hacerles participar en el proceso de toma de decisiones para trabajar con ellos la autonomía.

Según la O.M.S. son criterios para incluir a este colectivo en la sociedad los siguientes:

- Patología crónica tanto física como psíquica
- Hospitalización en los últimos meses.
- Polimedicados/as (más de cuatro o cinco fármacos).
- Vivir solo/a.
- Viudedad reciente.
- Edad avanzada (hoy en día, la tendencia es que se seleccionen a las personas de más de ochenta años).
- Presencia de problemas sociales con incidencia para la salud.

Desde el punto de vista del Trabajador/a Social, además de los criterios anteriormente mencionados, consideramos anciano/a de riesgo aquel que cumple alguno de los criterios siguientes:

- Ancianos/as aislados en su hogar.
- Sospecha de malos tratos.
- Situaciones que presenten riesgo de institucionalización del anciano/a de forma prematura o inadecuada.
- Ancianos/as con problemas económicos.
- Falta de apoyo familiar y/o social.
- Cualquier otro problema que incida en su salud.

El objetivo principal de estas recomendaciones es fomentar una especialización en la atención a las personas mayores con el fin de promover un ejercicio profesional de alto nivel que favorezca:

- Un envejecimiento saludable, tanto en el área física como en la social y psicológica, potenciando la autonomía y participación social de la persona mayor.
- Una reducción de la prevalencia y consecuencias negativas de problemas asociados al envejecimiento (dependencia, aislamiento, trastornos emocionales, etc.).
- Evitar la discriminación hacia las personas mayores.

5 Discusión-Conclusión

Me gustaría finalizar este capítulo apuntando que la intervención sanitaria debe realizarse sobre factores, físicos, sociales, psicológicos y económicos y debe ser desempeñada por profesionales de forma conjunta para asegurar la calidad en la atención a este sector envejecido de la población.

La comunicación es un apartado totalmente vital en el cuidado de las personas mayores. Esto se debe, principalmente, a que sin tener en cuenta si padecen algún problema físico o psíquico, como puede ser, por ejemplo, la demencia o la deficiencia auditiva o visual, es imprescindible entender e interpretar sus propias actitudes, así como sus sentimientos.

Considero que colaborar en la atención global a las personas mayores, potenciando el mantenimiento en su medio habitual el mayor tiempo posible, desde el seguimiento de sus condiciones funcionales y sociales, con el fin de garantizar una calidad de vida digna, es función de todos y cada uno de los miembros de nuestra sociedad actual.

6 Bibliografía

- Celada, M. A et al. Protocolo de Coordinación de Mayores. II encuentro sobre la coordinación socio-sanitaria desde la perspectiva del Trabajo Social. Alicante 2004
- Chumillas, G et al .Programa de intervención del Trabajador Social en el Programa del Anciano Frágil o de Alto Riesgo” Trabajadoras Sociales del Área 9.No Publicado
- Ley 6 de 2 de junio de 2008, de la Generalitat Valenciana, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana. BOE nº 153 / 25-6-2008

Capítulo 665

HIGIENE DE MANOS EN SANIDAD

MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

Me gustaría comenzar este capítulo apuntando importancia que tiene la higiene de manos en el ámbito sanitario, ya que es una de las prevenciones más sencillas y efectivas que podemos hacer para disminuir la transmisión de las infecciones. Las manos del personal sanitario son el principal vehículo para la transmisión de microorganismos, por ello, una correcta higiene de las mismas será la principal medida para la prevención y para el control de la infección vinculada a la práctica sanitaria.

En los dos últimos años, la situación sanitaria provocada por el COVID-19, la cual afecta a toda la población en general, la higiene de manos ha sido un factor muy importante a la hora de prevenir el virus, ya que para evitar su propagación los expertos recomiendan una buena limpieza de estas.

Para dar preferencia a la higiene de las manos en los hospitales y centros de salud es de vital importancia que el personal que trabaja en los diferentes ámbitos sanitarios creen en la trascendencia de la higiene de las manos como componente esencial de los programas de control y prevención de la infección para salvar vidas. En nuestro ámbito debemos conseguir comportamientos y actitudes adecuadas en relación al tema tratado.

La Organización Mundial de la Salud nos indica que cuando la cultura de seguridad está integrada en los centros sanitarios, los trabajadores y los pacientes se sienten más seguros y protegidos.

Una correcta higiene de manos en los momentos necesarios y de manera efectiva es el primer paso para reducir la propagación de microorganismos multirresistentes.

2 Objetivos

- Prevenir la propagación de microorganismos patológicos
- Enseñar que el lavado de manos es un procedimiento que todo el personal sanitario debe utilizar
- Conocer los principales tipos de flora microbiana
- Reconocer que es la principal medida preventiva para evitar contaminaciones por gérmenes patógenos

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema tratado (la higiene de manos en sanidad): páginas de distintos servicios de salud, observación bibliográfica de los últimos años en las bases de datos PubMed y google académico.

4 Resultados

La higiene de las manos es la medida más eficaz que existe para vigilar las infecciones, tal y como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS). Puede realizarse frotando las manos con un preparado de base alcohólica o lavándolas con agua y jabón neutro. Si se utiliza la técnica y los productos adecuados, las manos quedan libres de contaminación altamente dañina y segura para la atención al paciente.

La forma más efectiva de garantizar una higiene de manos es realizar una fricción de las mismas con un preparado de base alcohólica, como se ha mencionado anteriormente. La fricción de manos con un preparado de base alcohólica presenta las siguientes ventajas:

- Eliminación de la mayoría de los gérmenes (incluyendo los virus)
- No requiere mucho tiempo (entre 20 a 30 segundos)
- Buena tolerancia de la piel.
- El jabón y el preparado de base alcohólica no deben utilizarse conjuntamente, sino que debemos utilizar uno u otro dependiendo de la situación en la que nos encontremos.
- Por otro lado, en nuestras manos, podemos encontrar dos tipos de flora microbiana:
 - Flora residente: la forman los microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel de la mayoría de las personas. Esta es difícil de eliminar con

un lavado de manos, por lo que es recomendable utilizar jabones con productos antisépticos.

- Flora transitoria: formada por microorganismos que contaminan la piel accidentalmente. Su importancia reside en la facilidad con la que se transmite. Se elimina fácilmente con la aplicación de un antiséptico y el lavado de manos habitual.

Se considera necesario realizar la higiene de manos:

- Antes del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.
- Antes de un procedimiento limpio/aséptico.
- Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir me parece importante destacar que las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios constituyen un grave problema de seguridad del paciente, por lo que la utilización de guantes no debe sustituir el lavado de manos, el uso de soluciones alcohólicas para la higiene de manos establece una alternativa de gran eficacia. Por su efectividad antimicrobiana, tolerancia dérmica, rapidez y comodidad hacen que se considere su uso de primera elección, siempre que no se aprecie suciedad visible en las manos.

Que los sanitarios laven bien las manos supone la disminución de las infecciones en los hospitales y también reduce considerablemente el gasto hospitalario.

No se recomienda al personal sanitario el uso de anillos, relojes o joyas en la jornada laboral. Las zonas por encima y por debajo de las uñas atraen gérmenes, sobre todo si las uñas son largas y/o están esmaltadas.

Me gustaría cerrar el capítulo diciendo que como he mencionado con anterioridad, la higiene de nuestras manos en los últimos dos años ha sido vital, no solo en sanidad, sino para la vida de todas las personas que formamos parte de la sociedad.

6 Bibliografía

- Manual técnico de referencia para la higiene de manos Organización Mundial de la Salud (2009).
- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de las manos”.

Capítulo 666

VIOLENCIA DE GENERO EN ATENCIÓN SANITARIA

MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

La violencia de género se ha convertido en los últimos años en uno de los principales problemas de salud pública en España con una alta repercusión social. Es común escuchar en los medios de comunicación como la prensa y la televisión la triste noticia de mujeres asesinadas por sus parejas.

La Asamblea General de Naciones Unidas define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basada en género que da como resultado daño o sufrimiento tanto físico como sexual o mental de una mujer”.

Tanto los gobiernos como las organizaciones de todos los países del mundo trabajan activamente para reducir la violencia contra el género femenino mediante diversos programas.

En España, la principal iniciativa legislativa relativa a la violencia de género es la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que contiene aspectos educativos, preventivos, asistenciales, sociales y de atención posterior a las víctimas de violencia de género en la pareja. Asimismo, debemos aludir a la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que, al combatir la discriminación subyacente a la violencia, contribuye a prevenirla.

Si nos centramos en nuestra Comunidad Autónoma (Asturias): los expertos sanitarios tienen el compromiso de actuar ante este tipo de situaciones. El Principado

de Asturias, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, han desarrollado varios programas para que disminuyan estos hechos y para que, una vez que se han producido, disminuir lo máximo posible el daño sufrido por las víctimas.

2 Objetivos

- Revisar los distintos protocolos contra la violencia de género, para orientar a los profesionales en la atención integral a las víctimas que sufren violencia de género, para que cuando acudan a un Centro Sanitario puedan ser informadas y ayudadas a nivel físico, psicológico, emocional y social, para así recuperar su bienestar.
- Concienciar y sensibilizar a la sociedad acerca de la violencia de género para conseguir que las mujeres que sufren esta situación logren salir de la invisibilidad y consigan tener autonomía y una vida lejos del maltrato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre algunas guías de actuación y campaña de sensibilización. Se ha consultado: protocolos para actuación sanitaria en violencia de género, guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en Atención Primaria.

4 Resultados

La violencia de género es un tema complejo y forma parte de los problemas presentes entre la ciudadanía de nuestro país. Existen diversos estudios que sitúan este tipo de violencia en la antigua Roma, donde a la mujer se le consideraba inferior al hombre y tenía menos derechos y más obligaciones.

La dimensión de este fenómeno mundial es de vital importancia, según los datos de la OMS de 2016, el porcentaje de violencia de género física, psicológica y sexual, fue del 35%.

Asimismo, fue considerada como la primera causa de muerte de mujeres entre los 15 y los 44 años de edad, superando la suma de las provocadas por cáncer, malaria, infartos, accidentes de tráfico y guerras, según la OMS. Con estos últimos datos

podemos apuntar que la mayor parte de los casos de violencia de género se da en personas cada vez más jóvenes, asunto preocupante.

En mayor medida, el protocolo de actuación del personal sanitario en casos de violencia de género será el siguiente:

- Valoración integral del paciente, apuntando en su historia malos tratos o confirmación, malos tratos.
- Información a la mujer sobre derechos y recursos, respetando la decisión de denuncia.
- Evaluar el riesgo y la seguridad de la mujer en ese momento, si reconoce o no sufrir malos tratos y si se encuentra en peligro.
- Es relevante saber que, si hubiera una situación objetiva de riesgo para la mujer, existe el deber de poner en conocimiento al poder judicial tanto los casos de ISMT (Indicador Sospecha Malos Tratos) como de los casos de CMT (Confirmación malos tratos), aunque la mujer no realice la denuncia. Este proceso se lleva a cabo desde el área de Trabajo Social y otros servicios implicados.

5 Discusión-Conclusión

El tema tratado en este capítulo es considerado uno de los principales dilemas la salud en nuestra sociedad. Desde las instituciones sanitarias se busca comprometerse con la causa antes de que las víctimas lleguen apuñaladas, golpeadas o que en el peor de los casos no logren superar la agresión y fallezcan.

La entrevista clínica se implanta como herramienta común para todas las autonomías de nuestro país, ya que si las víctimas ven un apoyo en las instituciones y acuden a su ayuda a pesar del miedo, ya es considerado todo un progreso.

Debemos prestar especial atención a las víctimas y hacer una labor profunda con estas y si en algún momento se detecta violencia, será necesario activar todas las alarmas con el objetivo de incorporar a la mujer en un proceso en el que sea capaz de aceptarse como víctima y lograr salir de la situación en la que se encuentra.

6 Bibliografía

<https://www.epe.es/es/igualdad/>

20211125/medicos-salvar-victimas

<https://www.revista-portalesmedicos.com/>

-violencia-machista-12894760

com/revista-medica/herramientas-de-

cribado-de-violencia-de-genero-en-atencion-primaria/.
es/buscar/pdf/2004/BOE-A- 2004-21760-consolidado.pd

<https://www.boe.>

Capítulo 667

LA ERGONOMÍA COMO PREVENCIÓN DE RIESGO LABORAL

MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

La ergonomía es entendida como una disciplina que se encarga del diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades del trabajador. Tiene como finalidad amoldar y adaptar los puestos de trabajo a las personas y facilitar un trabajo más saludable y llevadero, ya que, integra áreas como el de la fisiología, la biomecánica, la sociología o la medicina.

A través de diferentes estudios se han podido definir las acciones ergonómicas más adecuadas para cada profesión, entorno laboral y lugar específico de trabajo.

La ergonomía tiene el propósito de prevenir lesiones y enfermedades.

La iluminación, las vibraciones, la temperatura, el ruido, el diseño del lugar de trabajo, el de las herramientas, la organización (turnos, pausas, etc.) son factores imprescindibles a tener en cuenta, ya que, pueden mejorar o empeorar las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras.

Un ejemplo de ello sería el siguiente: un trabajador/a que pase muchas horas mirando la pantalla del ordenador necesitará una iluminación óptima para un mayor rendimiento en su labor, por el contrario, si la iluminación es baja o no es la adecuada repercutirá negativamente en su productividad y en su salud (dolores de espalda, hombros y cuello, además de un gran cansancio al terminar la jornada).

2 Objetivos

- Promover la salud.
- Fomentar el bienestar personal.
- Disminuir los accidentes.
- Incrementar la productividad y la seguridad.
- Mejorar la calidad de vida.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica detallada de artículos relacionados con el tema tratado (la ergonomía) a través de páginas de distintos servicios de salud, observación bibliográfica de los últimos años en las bases de datos PubMed y google académico.

4 Resultados

Con una adecuada y correcta ergonomía pretendemos que el entorno del trabajo esté en equilibrio con las actividades que realizan los trabajadores y también se procura mejorar la calidad de vida del usuario, por lo que es importante el estudio de la persona y su puesto de trabajo, haciéndolo eficaz, cómodo y reduciendo los riesgos para los trabajadores.

La ergonomía, aparte de identificar los factores de riesgo, también propone soluciones a los problemas que se presentan en la empresa. Nos da las indicaciones de cómo cuidar nuestra salud en el trabajo, exigiendo a la empresa un buen entorno laboral, al igual que también es responsabilidad de los trabajadores el llevar a cabo un buen manejo de las herramientas de trabajo que tienen a su disposición, para conseguir un ambiente de confort, funcionalidad y productividad.

Unas pequeñas nociones de ergonomía nos permitirán reducir el estrés y la fatiga y con ello aumentaremos nuestro rendimiento en el trabajo

Uno de los ámbitos de aplicación más importantes de la ergonomía es el entorno laboral, para poder aplicar con éxito los principios ergonómicos, es fundamental la participación activa de los trabajadores, ya que son los protagonistas de la actividad que realizan en su trabajo.

Dentro de los daños destacan los trastornos músculo-esqueléticos (hombros, espalda y rodillas), problemas en la vista, en la piel, problemas de concentración o

dolor muscular.

Un ejemplo de una correcta ergonomía es que un trabajador o trabajadora que pase muchas horas de su jornada laboral sentado/a en una silla tenga una buena postura corporal y el mobiliario sea adecuado a sus necesidades.

La Ergonomía puede clasificarse en las siguientes áreas: posicional, ambiental, de la comunicación, temporal, geométrica o informática.

5 Discusión-Conclusión

Una vez expuesta una breve introducción sobre la ergonomía, citar los objetivos, tratar la metodología y hablar de los resultados, podemos concluir diciendo que, a través de una buena ergonomía, conseguimos una prevención óptima y una mejora en nuestro trabajo, se evitaban lesiones y se beneficiaban todas las partes implicadas.

La Ergonomía constituye uno de los componentes fundamentales a tener en cuenta para garantizar el confort y el bienestar de los empleados y empleadas.

Podemos decir que su objetivo es adaptar esta actividad a las capacidades y posibilidades del ser humano, reduciendo los riesgos y los daños causados por la misma. Un de los ámbitos de aplicación más importantes de la ergonomía es el entorno laboral y es clave la participación activa de los trabajadores.

La ergonomía es considerada por los expertos en prevención de riesgos laborales como uno de los requisitos fundamentales en los espacios de trabajo.

6 Bibliografía

- Cortes D. J., (2001). Seguridad e Higiene del Trabajo. Técnicas de prevención de Riesgos Laborales. México: Alfaomega.
- Philippe Chalem,M.D. Revista Empresarial y Laboral, Pág.12. Bogotá: A.R.P. Suratep, (2005).

Capítulo 668

EL SUICIDIO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA CRUZ RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

Comenzaremos este capítulo sobre el suicidio con la definición establecida por La Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo define como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado letal o de conocimiento del verdadero móvil”.

Y es que el suicidio es después de los tumores la principal causa de muerte entre la población joven, aunque es importante destacar que el riesgo de suicidio aumenta con la edad notablemente. Se considera, sin lugar a dudas, un grave problema de salud pública que afecta a toda la población, tanto a los jóvenes como a las personas mayores.

Por otro lado, es considerado uno de los principales motivos de muerte por causas no naturales, un ejemplo de ello es cualquier acto que pueda llevar a una persona a la muerte, como tomar una sobredosis de medicamentos, estrellar un coche con intención de ello o dejarse caer desde un acantilado o desde la azotea de un edificio.

Las personas con pensamientos suicidas suelen aislarse porque sienten que son una molestia para el resto, se sienten solos y desesperanzados y consideran que nadie notaría su pérdida.

2 Objetivos

- Prevenir el suicidio.
- Determinar las razones que nos pueden llevar al suicidio.
- Reflexionar sobre las posibles causas que incurren en ello.

3 Metodología

Revisión y reflexión de artículos periodísticos a cerca del proceso del Plan Nacional para la prevención del suicidio en España. Además, se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema tratado: páginas de distintos servicios de salud, observación bibliográfica de los últimos años en las bases de datos PubMed y google académico.

4 Resultados

Los suicidios a veces pueden parecer inesperados, pero hay condiciones que podrían aumentar sus probabilidades y que pueden ser útiles para detectarlos y actuar en consecuencia.

En España, el suicidio es una de las principales causas de muerte (con 34 defunciones por cada 100.000 habitantes en el año 2020, últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística (INE). Asimismo, también es la principal causa de muerte externa (tipología específica en la que se incluyen accidentes de tráfico u homicidios) con 3.941 personas en 2020, también de acuerdo al INE. Una cifra que ha aumentado respecto al año anterior (2019) en un 7,4%.

La OMS señala que cada 40 segundos alguien muere por suicidio en el mundo. En España, es la primera causa de muerte externa, habiendo aumentado un 7,4% respecto a 2019.

Por otro lado, pueden existir otras causas como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, la ruptura de relaciones o problemas laborales que llevan a las personas a tomar esta drástica decisión en sus vidas.

Entre los más jóvenes ha aumentado considerablemente el suicidio en los colegios e institutos debido al acoso escolar (bullying), por lo que desde las Instituciones correspondientes resultan necesarias las campañas de prevención.

También juegan un papel fundamental las familias, ya que el ejemplo que les den a sus hijos será fundamental para que no actúen como acosadores.

Los trastornos mentales son una de las principales causas de suicidio. Así, entre el 60% y el 90% de las personas que se quitan la vida sufren depresión.

Algunas consideraciones a tener en cuenta son las que a continuación se exponen:

- Se suicidan muchos más hombres que mujeres.
- Mueren por este motivo el doble de personas que por accidentes de tráfico.
- Existen más fallecimientos por suicidios que por homicidios.
- Las personas con depresión tienen más riesgo de suicidarse
- El trastorno de estrés postraumático eleva el riesgo de suicidio.
- Existe un riesgo de suicidio mayor en aquellas personas que abusen o dependan de sustancias como drogas o alcohol.

El factor de riesgo más importante son los intentos previos de suicidio, siendo el riesgo cien veces superior al de la población general. Cuantas más veces se haya intentado, más probable es que haya un nuevo intento. Un intento de suicidio incrementa un 32% el riesgo de otro intento.

Considerar también los antecedentes psiquiátricos familiares como un factor importante en estas conductas, pues varios estudios demuestran que ciertos genes específicos pueden aumentar el riesgo de suicidio.

5 Discusión-Conclusión

Finalizaremos apuntando que como profesionales debemos adquirir el compromiso en esta formación y atención a personas vulnerables a este problema de gran importancia en nuestra sociedad actual, ya que con nuestra labor podemos ayudar a este sector que por desgracia en los últimos años ha ido aumentando en nuestro país.

Uno de los puntos a tener en cuenta es la formación de los profesionales dirigida a la detección y atención de los pacientes que presentan ideas suicidas.

Para elaborar un Plan Nacional de prevención deberá tenerse en cuenta los factores de riesgo, al igual que los de protección en general.

6 Bibliografía

- Eguiluz, R. L. y Mera, M. J. (2015). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de la salud. Enseñanza e Investigación en Psicología.
- Padilla, G. N., Sebastián, A. A. y Eguiluz, R. L. (2018). Variables asociadas a las conductas suicidas en estudiantes de carreras médico biológicas. Journal of Behavior, Health & Social Issues.

Capítulo 669

CLONACIÓN MOLECULAR Y ADN RECOMBINANTE

DIEGO DIAZ SUAREZ

1 Introducción

El ADN recombinante se trata de una técnica que utiliza enzimas, permite cortar y unir secuencias de ADN de interés.

Se obtiene mediante modificación de un ADN introduciendo fragmentos de ADN de origen distinto, se lleva a cabo mediante corte con endonucleasas de restricción y unión de fragmentos con ligasas.

La creación del ADN recombinantes puede realizarse mediante aislamiento del ADN de partida y mediante unión de los fragmentos de ADN a un vector de clonación mediante una ligasa de ADN.

La técnica de ADN recombinante se pudo llevar a cabo, gracias a varias líneas de investigación, como son, el conocimiento de las enzimas de restricción, la replicación y reparación del ADN, la replicación de virus y plásmidos y la síntesis química de secuencias de nucleótidos.

La clonación molecular es una técnica in vivo que ofrece múltiples ventajas, entre las que destacan que permite obtener cantidades muy grandes de las secuencias de interés, puede crear librerías genómicas de ADN o de ADNC a partir del ARNm. Los vectores de clonación son secuencias de ADN que permiten transferir nuevas secuencias de ADN a células huésped, es decir, sirven como vehículos de ADN que transportan el fragmento de interés y se replica dentro de la célula huésped. Los vectores de clonación más utilizados son los plásmidos, los cuales se encuentran de forma natural en bacterias.

2 Objetivos

- Estudiar que es la clonación molecular y el ADN recombinante
- Conocer características y tipos de vectores de clonación
- Identificar las distintas fases de la clonación molecular

3 Metodología

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

4 Resultados

VECTORES DE CLONACION

Teniendo en cuenta que son moléculas de ADN con capacidad de replicación autónoma que permite la inserción del ADN y sirven como vehículo del ADN.

Los vectores de clonación son amplificados por replicación en células huésped.

Las células hospedadoras pueden ser procariotas o eucariotas, las primeras son las más utilizadas debido a la rapidez de crecimiento, su capacidad de adaptación y la fácil manipulación, las segundas pueden ser de levadura, vegetales o animales.

Las características de los vectores de clonación son:

- Se replican dentro de la célula.
- El sitio de inserción es la región con secuencias diana para enzimas de restricción.
- El marcador de selección sirve para distinguir o seleccionar las células que portan el vector.
- El marcador de identificación, permite reconocer las células que presentan el vector recombinante frente a las que portan vector sin inserto.

TIPOS DE VECTORES

Los que se utilizan con más frecuencia son:

- PLASMIDOS

Estos son moléculas de ADN bicatenario circular extracromosómico, presenta algunas bacterias y tienen capacidad de replicación autónoma, para optimizar su rendimiento se modifican artificialmente.

El plásmido para seleccionarlo se debe tener en cuenta, si se va a utilizar como vector de clonación o de expresión, el número de copias y el tamaño del inserto. Se replican con independencia del cromosoma bacteriano porque tiene su propio origen de replicación.

La unión del ADN, el cual contiene el gen que se quiere clonar con el vector de clonación, se lleva a cabo por medio de otras enzimas, llamadas ADN-ligasas, da lugar al ADN recombinante porque contiene fragmentos de ADN de distinta procedencia.

Según su función, están los plásmidos de resistencia que pueden enfrentar la acción de un antibiótico, veneno, etc, los plásmidos virulentos que transforman bacterias en patógenos y plásmidos degradativos que ayudan a digerir sustancias que no son habituales.

• BACTERIÓFAGOS

Son parásitos intracelulares obligados, se multiplican en el interior de las bacterias.

Son virus que infectan bacterias, los fagos se replican dentro de la bacteria secuestrando la maquinaria de síntesis de proteínas para producir nuevos genoma y proteínas virales.

Según la estrategia de replicación, existen dos ciclos:

- Ciclo lítico, por rotura de la célula, el virus se multiplica activamente produciendo genomas y proteínas para la formación de nuevos virus que salen al exterior.
- Ciclo lisogénico, el genoma del virus se integra en el genoma bacteriano y se denomina provirus, este se replica junto con el genoma bacteriano, pero no producen nuevas partículas virales.

• CÓSMIDOS

Son moléculas de ADN circular extra-cromosómico, combinan características de plásmidos y fagos, se replican autónomamente y presentan las secuencias cos de fago λ que permiten el empaquetamiento del inserto en nuevas partículas virales. Permite inserto de hasta 50 Kpb.

• FAGÉMIDOS

Son útiles para secuenciación y generación de ondas monocatenarias.

Son vectores híbridos que tienen una parte del genoma del fago M13 y otra parte de un plásmido bacteriano.

La parte del plásmido aporta secuencias con características de un plásmido de clonación.

Si se infecta la célula huésped con el fago M13 se producen moléculas de ADN monocatenario con el inserto.

• CROMOSOMAS ARTIFICIALES

Son vectores de clonación que han sido modificados artificialmente y transportan fragmentos de gran tamaño, son ideales para la creación de librerías genómica o genotecas.

Se encuentran dos tipos de cromosomas artificiales:

- El BAC, que es un cromosoma artificial bacteriano que puede presentar insertos de hasta 300Kpb.
- El YAC que es un cromosoma artificial de levaduras que puede presentar insertos de hasta 1 Mpb.

• VECTORES LANZADERA

Son vectores híbridos con orígenes de replicación para dos hospedadores diferentes, el origen de replicación que presenta es de un plásmido y otro de levadura o de virus de células animales como SV40.

Generalmente son utilizados para estudios de expresión génica.

• CELULAS HOSPEDADORAS

En los medios de cultivo adecuados, las células huésped que incluyen el vector se multiplican, se multiplican a partir de una única célula, son clones de la misma información genética.

Se seleccionan las células hospedadoras en función del vector y del objeto que persigamos, pueden ser procariotas o eucariotas.

FASES DE LA CLONACION MOLECULAR

• GENERACIÓN DEL VECTOR RECOMBINANTE

Para la inserción de un fragmento es necesario cortar el ADN deseado y el vector de clonación con enzimas de restricción que dejan extremos cohesivos complementarios y unir los fragmentos con una ligasa.

Para amplificar una secuencia específica se necesita amplificarla mediante PCR antes de tratarla con enzimas de restricción y ligarla con el vector.

Lo normal para preparar el vector de clonación es cortarlo con la misma enzima de restricción que el ADN que se quiera clonar. Existen varias maneras de llevarlo a cabo.

- Vector circular con una diana de restricción, se utiliza un vector circular y una enzima de restricción con una única diana de la secuencia.
- Vector circular con dos dianas de restricción, se utiliza un vector circular con una enzima de restricción con dos dianas.

- Vector lineal con una diana de restricción, se utiliza un vector lineal y una enzima de restricción con una a una diana en la secuencia.

- Vector lineal con dos diana de restricción, se utiliza un vector lineal y una enzima de restricción con dos dianas en la secuencia, los vectores basados en el fago lambda son de este tipo.

• INTRODUCCIÓN DEL VECTOR RECOMBINANTE EN LA CÉLULA HUESPED

Se puede llevar a cabo mediante:

- Transformación bacteriana, es el método mediante el cual una bacteria incorpora un ADN extraño presente en el medio, estas bacterias se denominan bacterias competentes.

Aquellas bacterias no competentes pueden convertirse en bacterias competentes mediante ciertas condiciones de cultivo, esta transformación se puede realizar por medios físicos o químicos.

- Transfección, se trata de la introducción de material genético externo en eucariotas, se hace sin la utilización de virus, los métodos más utilizados son fosfato calcio, liposomas, etc.

Se usa una disolución tamponada con el vector recombinante y fosfato cálcico, el vector se precipita junto con el fosfato cálcico sobre las membranas plasmáticas de las células en cultivo y entra por endocitosis.

- transducción, es la introducción de material genético en la célula mediante un virus, utiliza vectores recombinantes que son empaquetados dentro de partículas virales.

Los vectores llevan secuencias de empaquetamiento y genes de proteínas de la capsida viral.

- Electroporación, aplica pulsos eléctricos de alto voltaje a una suspensión celular con el vector recombinante en el medio, aumenta la permeabilidad de la membrana consiguiendo que sea más fácil la incorporación del material genético.

• SELECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CLONES QUE LLEVAN LA SECUENCIA DESEADA

Si a las células se les aplica proceso de introducción, los resultados dan lugar a células que no han incorporado ADN, células que han incorporado el vector sin el inserto y células que han incorporado el vector recombinante con el inserto deseado.

Se puede realizar de manera secuencial o simultáneo, los métodos más utilizados son

- Genes de resistencia a antibióticos, los que más destacan son ampicilina y tetraciclina, en este caso, un gen de resistencia estaría en una zona del vector recombinante distinta del sitio de clonación múltiple y el otro gen estaría en la zona de

corte con la enzima de restricción para la inserción del ADN extraño.

Cuando se cultiva las bacterias en medio con ampicilina, solo crecerán las que hayan incorporado el vector recombinante o uno no recombinante y las que no tengan vector no crecerán.

Cuando las colonias de bacterias crecida se cultiva en medio con tetraciclina solo crecerán las que tengan el vector no recombinante.

Se seleccionan las colonias resistentes a ampicilina y sensibles a tetraciclina.

- Reacciones cromogénicas, el más común es el sistema que combina un vector con gen de resistencia a antibiótico y que produce la enzima B- galactosidasa.

En la región donde se quiere colocar el inserto es donde se encuentra el gen de la enzima, interrumpiéndose cuando incorpora el ADN.

Permite identificar y seleccionar en un solo paso y solo se queda las colonias blancas que son las que han incorporado el vector recombinante.

Se basa en la acción de una enzima que da lugar a una sustancia coloreada

- Proteínas fluorescentes, estas suelen ir a continuación del inserto, la más usada es la proteína verde fluorescente.

El vector lleva un gen de resistencia a antibiótico que permite incorporar el vector recombinante a las células que crezcan en presencia de antibiótico y expresan la proteína fluorescente,

- Genes letales, se basa en el uso de un vector con gen de resistencia a antibiótico y expresión de una proteína letal con secuencia de corte con enzima de restricción para inserción del ADN extraño.

5 Discusión-Conclusión

Los avances tecnológicos del ADN recombinante y la clonación molecular han aportado procedimientos que permiten el aislamiento, purificación y replicación de fragmentos de ADN.

Se debe tener en cuenta que la finalidad de la clonación molecular es aislar gran cantidad de genes específicos de una forma pura.

La aplicación de las técnicas del ADN recombinante en la medicina ofrece unas buenas perspectivas, tanto desde el punto de vista del diagnóstico y terapia de enfermedades genéticas como desde el de la obtención de metabolitos con interés farmacológico.

La investigación es útil con el fin de conocer secuencias génicas, realizar estudios filogenéticos y de diversidad genética, ha sido utilizado para la producción de proteínas recombinantes como es la insulina

En la actualidad una de las aplicaciones más novedosas es en el campo de la investigación biomédica.

La terapia génica es también un gran avance porque permite transferir genes funcionales a células somáticas del individuo.

Los laboratorios deben siempre cumplir con los protocolos existentes y los técnicos de laboratorio estar en todo momento actualizados con una continua formación, con el fin de ofrecer unos diagnósticos y estudios certeros.

6 Bibliografía

1 Tecnología del ADN recombinante [Internet] [Consulta 5 de agosto 2022] Disponible en: <https://cdn.educ.ar>

dinamico

2 UNA REVISIÓN GENERAL SOBRE CLONACIÓN [Internet] [Consulta 6 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.goldbio.com>

articles › article › SOBRE-C

3 Clonación: vectores | Portal Académico del CCH [Internet] [Consulta 6 de agosto 2022] Disponible en: <https://e1.portalacademico.cch.unam.mx>

unidad3 › cl

4 II.-Capítulo 3 [Internet] [Consulta 6 de agosto 2022] Disponible en: <http://cronos.unq.edu.ar>

clases › yapas › yapa1

5 BIOQUÍMICA II Grupo B - edu.xunta.gal [Internet] [Consulta 7 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.edu.xunta.galmod>

› resource › view

6 Definición de plásmido - Qué es, Significado y Concepto [Internet] [Consulta 7 de agosto 2022] Disponible en: <https://definicion.de>

plasmido

7 BACTERIÓFAGOS - BACTERIOLOGÍA – CAPÍTULO SIETE [Internet] [Consulta 7 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.microbiologybook.org>

Spanish › chapter7

8 Vectores de clonación y expresión – AccessMedicina [Internet] [Consulta 8 de agosto 2022] Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com>

content

9 Clonación molecular y expresión de proteínas - Sigma-Aldrich [Internet] [Consulta 8 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.sigmaaldrich.com>

cloning-and-expression

10 CLONACIÓN DNA [Internet] [Consulta 8 de agosto 2022] Disponible en: <http://lnx.futuremedicos.com>
Basicas > clonacion_DNA

Capítulo 670

ORTOPODOLOGIA DE PIE Y TOBILLO

MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ

MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA

SILVIA CUPIDO ESCALONILLA

1 Introducción

La palabra “ortesis” deriva del griego “Ortho”, que significa recto, enderezado o correcto. Este término se acuñó tras la II Guerra Mundial y se utilizó por primera vez en los principios de la década de 1950, adoptándose en 1960 por la organización profesional de ortesistas y protesistas americanos, cuando se formó la Asociación Americana de Ortésica y Protésica (American Orthotics and Prosthetic Association)

Las ortesis de las extremidades inferiores están entre los dispositivos biomecánicos prescritos con mayor frecuencia para asistir a individuos con alteraciones neuromusculares. Se puede realizar una prescripción correcta y precisa de una ortesis si se especifica el resultado funcional deseado en términos biomecánicos. Las ortesis de pie y tobillo se pueden diseñar con brazos de palanca mecánicos suficientes para controlar de modo eficaz el complejo del tobillo y para influir indirectamente en la articulación de la rodilla

Para obtener la información necesaria a la hora de diagnosticar y planificar un tratamiento ortopodológico en pacientes con patología de pie y tobillo, es importante tener en cuenta aquellos aspectos biomecánicos que han sido descritos en las últimas décadas a través de teorías y modelos mecánicos. Actualmente en las exploraciones biomecánicas realizadas en el ámbito clínico, las teorías y mode-

los descritos suponen un pilar fundamental a la hora de tomar decisiones para desarrollar los diferentes métodos de tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer nomenclatura, definición, biomecánica e indicaciones de órtesis de MMII
- Conocer la adaptación de órtesis, informando/formando sobre las características técnicas y normas de uso correcto y comprobando y realizando las pruebas necesarias, para conseguir la satisfacción del cliente y del prescriptor de la misma.
- Identificar y valorar la situación físico-emocional de las personas con minusvalías físicas, susceptibles de ser mejoradas mediante la prestación ortoprotésica.
- Participar en la elaboración de la prescripción de dichos productos
- Entender la importancia de las órtesis en la disminución del dolor y deformidades

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

FÉRULA POSTERIOR ANTIEQUINO AFO (Ankle Foot Orthosis)

Es una ortesis de miembro inferior fabricada en diversos materiales destinada a controlar el grado de movimiento, mejorando la alineación del segmento; protegiendo, estabilizando y manteniendo el tobillo y el pie en una posición funcional, evitando la flexión plantar del tobillo y/o la inversión del pie durante la marcha, previniendo así el desarrollo de deformidades.

Tipos:

- Bitutor corto: ortesis de marcha que consta de dos tutores metálicos (lateral y medial) de duraluminio cuyos extremos superiores están conectados a un semiaro posterior metálico. Distalmente conecta con una articulación de tobillo que une los tutores metálicos a un estribo siendo este el medio con el que se ancla la ortesis

a la suela de un calzado compatible. La articulación de tobillo puede ser fija o tipo Klenzack, este último asistiendo activamente al movimiento de flexión dorsal mediante un muelle regulable situado dentro del mecanismo articular maleolar. Se puede incluir correas de cuero en "T" para controlar desviaciones laterales del retropié.

Indicaciones: lesiones del sistema nervioso central y periférico, lesiones neuromusculares que cursen con equinismos del pie, flexión plantar de tobillo y/o desviación lateral del retropié, asociado o no a espasticidad.

- Férula posterior o tipo "rancho de los amigos": ortesis dinámica formada por una valva posterior por lo general fabricada en polipropileno, que va desde debajo de la cabeza del peroné envolviendo posteriormente la pierna y el pie sujetándose con diferentes cinchas de contención.

Este dispositivo se puede prescribir prefabricado; recomendado para utilizar en periodos temporales de recuperación y siempre que los contornos de la pierna se encuentren dentro de los límites normales y a medida; en caso de piernas con alteraciones anatómicas o uso a largo plazo, pudiendo ser este fabricado en diferentes materiales (fibra de carbono, diferentes tipos de polietileno) adaptándose a los requerimientos del paciente.

Indicaciones: lesiones del SNC que cursan con equinismos asociado o no a espasticidad y lesiones nerviosas periféricas que se manifiestan con equinos flácidos.

- Apoyo antiequino tipo Boxia : dispositivo que consta de 2 componentes; una cincha supramaleolar y un soporte de unión, para fijar entre la lengüeta y los cordones del calzado por medio de un anclaje central tipo gancho. Ambas partes se unen con un elástico del que se tracciona generando la flexión dorsal del pie. Es discreto, flexible y no ocupa espacio en el calzado.

Indicaciones: parálisis flácida y lesiones del sistema nervioso periférico

-Antiequino postural nocturno: denominadas también ortesis antidecúbito. Fabricadas en termoplástico que abarca toda la cara posterior de la pierna y la longitud total del pie. Puede conformarse a medida o puede optarse por una prefabricada. Se sujeta mediante tres cinchas dorsales. Dispone de un elemento de sujeción que permite mantener la pierna con los grados de rotación deseados. Actúa de forma pasiva manteniendo una posición neutra de tobillo y pie durante el reposo, garantizando una buena alineación articular.

Indicaciones: evitar la flexión plantar del pie en pacientes encamados durante periodo de tiempo prolongados.

ORTESIS PARA LA INMOVILIZACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TIBIO-TARSIANA (Walker)

Ortesis inmovilizadora de fabricación estándar que permite la carga. Gracias a la

suela de balancín acorta la fase de apoyo del pie durante la marcha facilitando el despegue de este y descargando la articulación tibio-tarsiana. En su interior va revestida de un material almohadillado compuesto de velour en todo el contorno de la pierna y dorso del pie para dar confort y evitar rozaduras de la órtesis con la piel. Su ajuste se realiza a través de velcros que ofrecen comprensión circunferencial ajustándose a las variaciones de volumen que presente la pierna en su evolución de la lesión. Puede estar articulado para regular los grados de flexo extensión de tobillo.

Indicaciones: fracturas, procesos postquirúrgicos y trastornos de las articulaciones de pie y tobillo que necesiten una limitación de movimiento en la articulación tibio-astragalina. Procesos que requieren un ángulo específico de flexión plantar o dorsal.

ORTESIS ESTABILIZADORAS

Son ortesis indicadas para controlar y limitar el rango de movimiento de la articulación de tobillo, fabricadas en diversos materiales proporcionando diferentes tipos de estabilización. Las más habituales se emplean para la rehabilitación de los esguinces de tobillo o de las inestabilidades en esta articulación.

-Ortesis bivalva: ortesis estabilizadora que proporciona control medio lateral. Está compuesta por dos valvas termoplásticas maleolares preservando la dorsiflexión y la flexión plantar. Se fija a través de un sistema de cintas que se ajustan mediante un cierre con velcro a nivel proximal en el tercio inferior de pierna y distalmente a nivel de maléolos. Las valvas van forradas interiormente con un material de baja densidad para evitar lesiones por rozamiento.

Indicaciones: esguinces medios o graves (tratamiento funcional o postoperatorio), fracturas del maléolo (tratamiento en fase de reeducación). Hemiparesia y hemiplejía. Fracturas traumáticas distales en tibia y/o peroné. Inestabilidad crónica

- Tobillera con cincha de sujeción regulable: tobillera tipo calcetín confeccionada en neopreno o tejido elástico, que incorpora cintas elásticas cruzadas en “ocho”, ofreciendo una contención con compresión variable reforzando la acción de los ligamentos y aportando mayor control de la estabilidad medio lateral.

Indicaciones: estabilización de esguinces de tobillo tanto del ligamento lateral externo como del ligamento lateral interno grado I o leves en estado agudo. Tendinitis agudas de peroneos o del tibial posterior. Tratamientos preventivos donde exista laxitud ligamentosa

- Tobillera con flejes: confeccionada en tejidos resistentes que incorpora unos flejes metálicos de diferente rigidez obteniendo una buena estabilidad medial y lateral. Presenta un cierre mediante cordones regulables según las características

de cada paciente aumentado así la estabilidad de tobillo.

Indicaciones: inestabilidades crónicas y como medida de prevención para la práctica deportiva evitando recidivas

ORTESIS PEDIÁTRICAS

- Dennis Brown : férula compuesta por una barra de material maleable que une ambos pies entre sí con unos botines anclados a la misma a través de los cuales se modifica de forma activa y progresiva posibilitando la selección del ángulo de rotación externa del pie, corrigiendo su eje y respetando la movilidad del resto del miembro.

Indicaciones: tratamiento de contención postoperatorio del pie y de rotaciones tibiales patológicas, pie equino-varo adquirido, subluxación y luxación de cadera infantil y pies zambos.

-Botín multiarticulado: botín de piel dividido en dos partes, una anterior que recoge metatarso y dedos y otra posterior hasta el talón, unidas entre sí en la suela por un vástago. Posee dos articulaciones multidireccionales ajustables, alineando progresivamente las distintas deformidades y regulando por secciones el posicionamiento del antepié y retropié.

Actúa mediante aplicación progresiva de un sistema de fuerzas equilibradas en tres puntos en los diferentes planos del espacio, dependiendo de la malformación que se pretende corregir.

Indicaciones: metatarso varo y metatarso varo-aductus.

4.3 CALZADO TERAPÉUTICO

La eficacia de la función y el éxito de la mayoría de los dispositivos ortopédicos de la extremidad inferior dependen en gran medida de un calzado adecuado.

A nivel introductorio cabe destacar una serie de características fundamentales que debe reunir todo calzado terapéutico: el material ideal es la piel elástica natural ya que es transpirable y se adapta a las irregularidades del pie, evitando zonas de roce e hiperpresión. El forro interior del calzado debe ser acolchado y sin costuras.

El objetivo general del calzado terapéutico, por lo tanto, es preservar la integridad de la piel el mayor tiempo posible y disminuir los puntos de presión en áreas prominentes; mejorando asimismo la biomecánica del paciente.

CALZADO ESPECIAL

Se trata de un calzado fabricado en hormas más anchas, sin costuras internas y con pieles elásticas transpirables evitando zona de roce e hiperpresión. Debe tener capacidad para introducir ortesis plantares y posibilidad de incluir modificaciones externas. Confeccionados en plastazote, poliuretano, pieles o similar.

Así mismo, el calzado puede verse sometido a diferentes modificaciones extras

para mejorar la adaptación al mismo; dentro de dichas modificaciones se destacan las siguientes:

- Suela basculante o balancín: facilita la propulsión hacia delante mejorando el apoyo, facilitando la deambulación y sorteando zonas de alta presión plantar. La forma del balancín dependerá de los problemas específicos del paciente y del efecto biomecánico que se desee. Las suelas basculantes son modificaciones sencillas que pueden restablecer la pérdida de movilidad, ayudar a la propulsión y mejorar la marcha. Existen diferentes tipos de balancín en función del efecto biomecánico que se desee.

- Tacón: puede ser blando con efecto amortiguador, con prolongación medial o lateral para contención de desviaciones y de diferentes alturas.

- Horma: las hormas pueden tener diferentes anchos. Para población infantil existen hormas correctoras, aproximadoras y separadoras con fines correctores.

En ocasiones modificando el calzado se puede evitar la necesidad de fabricar un calzado a medida.

Indicaciones: adaptación de férulas AFO. Pies artríticos con deformidades moderadas, diabéticos, neuropáticos y posquirúrgicos.

CALZADO ORTOPÉDICO A MEDIDA

Es aquel calzado realizado a medida y confeccionado a partir del molde del paciente. Corresponde a pies con unas dimensiones antropométricas especiales, ofreciendo posibilidad de incorporar en el interior de este: cuñas, alzas internas, almohadillas de talón, contrafuertes rígidos o palas especiales.

Este calzado se adapta a necesidades especiales descargando puntos de presión adaptándose a deformidades, compensando dismetrías, mejorando el apoyo y facilitando la deambulación. En caso de deformidades rígidas la función principal será mantener la deformidad en la posición más favorable.

Indicaciones: grandes deformidades del pie, pies zambos estructurados, equinos graves y otras deformidades que impidan la adaptación del calzado terapéutico estándar. Dismetrías importantes de miembros inferiores, amputaciones.

5 Discusión-Conclusión

Se debe definir primero cuál es el objetivo de la ortesis para que pueda indicarse el tipo más adecuado al paciente. Las preguntas que deben hacerse antes de la prescripción podrían dar respuesta a la elección del modelo más apropiado (cuándo debían ser utilizadas, cómo deberían diseñarse, para qué alteraciones podían ser útiles...).

Se deberá tener en cuenta también el posible origen del dolor, por ejemplo, el paciente puede estar haciendo mas ejercicio de lo normal, puede pesar demasiado, puede tener que llevar cargas pesadas en el trabajo, puede usar un calzado inadecuado....

El fin ultimo de la ortopodología debería ser reducir las fuerzas patológicas sobre los componentes estructurales lesionados del cuerpo.

6 Bibliografía

1. Gabriel K. Enfermedades congénitas y adquiridas. En: Hsu J., Michael J., Fisk, J. AAOS. Atlas de ortesis y dispositivos de ayuda. Cuarta edición. Editorial Elsevier España. S.L. 2009. p.451-464.
2. Janisse DJ. Calzado y modificaciones del calzado. En: Hsu J., Michael J., Fisk, J. AAOS. Atlas de ortesis y dispositivos de ayuda. Cuarta edición. Editorial Elsevier España. S.L. 2009. p.325-333.
3. Michael J. Ortesis de las extremidades inferiores. En: Hsu J., Michael J., Fisk, J. AAOS. Atlas de ortesis y dispositivos de ayuda. Cuarta edición. Editorial Elsevier España. S.L. 2009. p.343-355.

Capítulo 671

EL TELEFONISTA DEL ÁMBITO SANITARIO Y SU TRABAJO EN LAS CENTRALITAS

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

SARA BEATRIZ DE LA TORRE CRUZ

M.BEGOÑA GARCÍA SÁNCHEZ

LEONOR FERNÁNDEZ GÓMEZ

ENCARNA MORENO SANCHEZ

1 Introducción

La centralita, es la zona de trabajo del telefonista, un lugar para comunicarse entre emisor y receptor, utilizando como medio transmisor la línea telefónica, además están diseñadas para recibir y emitir un volumen de llamadas mayor que el que haríamos en nuestro hogar. Actualmente, éstas se han transformado en centralitas virtuales que no necesitan realmente estar físicamente, pero que realizan la misma función.

La centralita es el pilar fundamentación del sistema de comunicaciones del hospital o centro de salud, dando un servicio tan básico como necesario, permitiendo dar respuesta a cualquier duda que presente el usuario, como favoreciendo las interacciones entre compañeros y servicios de carácter asistencial como policía,

bomberos, protección civil, etc. Está formada por una red privada de telefonía que ofrece una comunicación en tiempo real.

El telefonista del sistema sanitario se encarga de atender las llamadas telefónicas que recibe del exterior, como las internas de otros compañeros o servicios, además debe de tener un amplio conocimiento de cómo funciona el entorno sanitario donde presta sus servicios, su estructura y la atención sanitaria especializada que ofrece, para el perfecto desempeño de sus funciones

En su trabajo, lo normal es que no tendrá contacto directo con los pacientes, por tanto debe de ser consciente de su comportamiento con todo tipo de usuarios, estableciendo una comunicación adecuada, mostrando en todo momento amabilidad, cordialidad, educación y asertividad, teniendo especial cuidado con el lenguaje verbal. También tendrá en cuenta una serie de recomendaciones para no forzar la vista y cuidar su postura corporal, evitando así las típicas lesiones de su puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Identificar las funciones del telefonista en la centralita de una institución sanitaria.
- Explicar las características de este lugar de trabajo, así como los riesgos ante los que está expuesto el telefonista.

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 la actualidad, las centralitas telefónicas se han modernizado tecnológicamente hablando, permitiendo trabajar en la nube, a través de Internet, y por ello, no se necesitan lugares físicos de gran tamaño para su instalación. Las principales funciones son :

- Éstas tienen la capacidad de proporcionar distintas combinaciones para poder facilitar las comunicaciones y optimizar la economía y recursos
- Control de llamadas mediante impresión automática al terminar la misma.
- Posibilidad de restricción de llamadas.
- Realizar llamadas a través de la marcación por voz.

El telefonista realiza su trabajo sentado frente a una pantalla de ordenador, un teclado y con unos auriculares colgando de la oreja, estando organizado entres turnos: mañana, tarde y noche, siendo el de la mañana el que mas volumen de llamadas se contabiliza, siendo su principal instrumento de trabajo: su voz. Se observan una serie de riesgos en su trabajo en la centralita:

- Contactos eléctricos directos, producidas por cables pelados o partes activas en tensión, sin proteger adecuadamente.
- Caídas al mismo nivel o choques: estos son iguales a cualquier compañero de cualquier categoría.
- Incendios: al estar trabajando con muchos aparatos eléctricos, se puede originar fuego por el sobrecalentamiento de estos elementos.
- Fatiga física por las horas frente al ordenador, dolor de espalda y cuello, problemas de concentración, dolores musculares en general.
- Fatiga visual que pueden producirle: tensión ocular, escozor, picazón y visión borrosa.

Para evitar todos estos riesgos es necesario que el telefonista realice una serie de pautas y tenga en cuenta unas consideraciones:

- Vigilar que no haya objetos por el suelo que hagan que se caiga o tropiece.
- Evitar realizar movimientos bruscos con la cabeza y ojos. Cuidar su voz, mediante la hidratación, realizar descansos sin hablar cuando pueda, y abrigarse la garganta para evitar coger frio.
- Mantener limpio y ordenado su puesto de trabajo.
- Tener una silla regulable en altura, acolchada y con ruedas.
- Los suelos serán de materiales no resbaladizos o dispondrán de elementos antideslizantes.
- Realizar descansos o pausas cortas, realizando pequeños estiramientos de cuello, cerrando los ojos para descansar la vista.
- La iluminación deberá ser indirecta y sin reflejos.
- La altura pantalla ojos del usuario, 30° y entre 50 a 70 cm de distancia.
- Los cables de los ordenadores y demás elementos eléctricos, deberán pasar por las paredes o por el suelo mediante pasa cables o canaletas de protección.

5 Discusión-Conclusión

La centralita del ámbito sanitario realiza una labor primordial para que funcione todo correctamente, ya que gracias a ellas, existe la comunicación del telefonista con cualquier persona que necesite atención independientemente del lugar donde se encuentre, además hoy en día, ya no es necesario que sean físicas, también pueden ser virtuales.

El telefonista está expuesto a diferentes tipos de riesgos, pero los más comunes son los musculo-esqueléticos, la fatiga visual, riesgos eléctricos y sobre todo los que tienen que ver con su voz, ya que son muchas horas hablando. Para ello, el centro debe de implantar unas medidas para evitarlos, y que no se produzcan bajas o falta de motivación entre sus trabajadores.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: telefonista, centralita ámbito sanitario, riesgos de trabajar en una centralita.
2. FormacionLogoss.
3. <http://www.hgucr.es/areas/areas-no-asistenciales/centralita/>. 2. Revista. Principales funciones del telefonista del sistema sanitario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 9]
4. <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>

Capítulo 672

MANIPULACIÓN DEL PESCADO POR PARTE DEL PINCHE DE COCINA

MARIA DEL MAR FUEYO VÁZQUEZ

1 Introducción

El pescado es uno de los alimentos más importantes dentro de una correcta alimentación de los pacientes ingresados en un hospital, pero a su vez es un producto muy perecedero y por lo tanto requiere un tratamiento, manipulación, conservación y elaboración muy cuidada para conseguir que mantenga todas sus propiedades.

La pesca o recolección de pescado y su consumo por parte de los seres humanos se remonta mínimo a principios del Paleolítico hace unos 30.000 años.

Existen muchas muestras de este hecho, sobre manera las pinturas rupestres que representaban a seres humanos realizando la acción de pescar, quizás la muestra pictórica más representativa data de la antigua Roma y plasma en diversos mosaicos a Neptuno el dios greco-romano del mar representado portando un tridente de pesca.

El pescado es adecuado para las personas ingresadas en un hospital, tanto si están sanas como si no lo están, debido a su bajo contenido en calorías, la presencia de calcio, sus propiedades antiinflamatorias, aportando proteínas de alto valor biológico, ya que contienen todos los aminoácidos esenciales que el organismo necesita en cantidad y proporción adecuadas.

Destaca también por su gran aporte de ácidos grasos omega-3 que desempeñan funciones importantes en el embarazo, la lactancia y la infancia.

2 Objetivos

Nos hemos marcado como principales objetivos en este capítulo de libro describir las principales características de conservación del pescado, así como la descripción de los principales cortes en el proceso de su preparación para un posterior cocinado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Cabe destacar que para una correcta conservación de los pescados de una cocina hospitalaria, primero se procederá a una correcta limpieza del mismo, en la que se empezará por un eviscerado, abriendo el pescado por la parte inferior del mismo que irá desde la cabeza hasta la cola, extrayendo todos los órganos internos(visceral, tripas, etc...).

Posteriormente se procede al descabezado, corte de las aletas dorsales y laterales y escamado(raspando de la cola a la cabeza).

Una vez realizado el primer paso de limpieza del pescado se puede proceder a su conservación, destacamos que este producto es muy perecedero y necesita un gran cuidado por parte del personal de cocina, el pescado fresco se debe de guardar limpio en refrigeración y su consumo no podrá exceder de las 48 horas.

Existen diversos métodos de conservado del pescado entre los que destacamos los siguientes:

- Pescados frescos: se conservan en el refrigerador.
- Congelados: conservados a una temperatura entre -1°C y -10°C, para acometer su descongelación se realizará en refrigeración.
- Salados: introduciendo el pescado en sal comestible, esta sal deshidratará el

pescado favoreciendo su conservación, la salmuerización puede ser seca o líquida.

-Ahumados: se somete al pescado a humo de la combustión incompleta de maderas autorizadas de primer uso.

-Adobo: se consigue a través de la acción conservante de líquidos que impiden o retrasan el desarrollo de mohos y bacterias (ajos machacados orégano, perejil, sal vinagre, agua fría, etc...)

-Escabechado: se somete el pescado a la acción del vinagre y la sal.

Relativo a los cortes del pescado, los más utilizados en una cocina hospitalaria son los siguientes:

-De ración piezas de pescados con un peso aproximado con piel y espinas (en sucio) de unos 300 gramos.

-Filete: el filete es cada una de las partes de la sección de cualquier pescado sin cabeza, cola y espina.

-Suprema: con un peso entre 150 gramos y 175 gramos, sin piel ni espinas.

-Rodaja: se saca de pescados cilíndricos como el atún, el bacalao, merluza, etc...

5 Discusión-Conclusión

El pescado es un producto importante en la dieta y alimentación de los pacientes, por lo que nos gustaría proponer la adecuación del menú en relación a la adquisición del pescado aplicando compra a proveedores locales, favoreciendo la frescura del producto y disminuyendo el impacto medioambiental de comprar pescado congelado que viene en transporte de otra comunidad autónoma o incluso país.

Por otra parte nos gustaría proponer cursos de formación practica para la manipulación del pescado, favoreciendo la disminución de merma en el producto y a su vez minimizando el riesgo de cortes y accidentes en dicha manipulación por parte de los pinches de cocina.

6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_del_pescado_y_marisco

<https://pescadosymariscos.consumer.es/salud-y-pescados/las-ventajas-para-la-salud-del-consumo-de-pescado>

<https://www.hogarmania.com/cocina/escuela-cocina/tecnicas/metodos-conservacion-pescado-5932.html>

<http://pescadomariscoonline.com/blog/metodos-conservacion-pescado-marisco>

Capítulo 673

EL TRASLADO DE LAS EMBARAZADAS POR PARTE DEL CELADOR

PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ

DAVID BUENO RODRÍGUEZ

ALMUDENA PINILLA MORENO

EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO

ALEJANDRINA VELASCO ROMO

1 Introducción

En este apartado de introducción hemos valorado como se produce el traslado de las mujeres embarazadas dentro del área intrahospitalaria.

Las diferencias entre las necesidades de los distintos pacientes hacen que el personal celador tenga que aplicar los conocimientos que tiene de manera distinta en función de si el enfermo presenta una situación u otra. En este caso trabajamos con las mujeres embarazadas y por tanto la finalidad es cuidar no solamente de ella sino de no dañar al feto en el traslado.

En el caso de las mujeres embarazadas además se debe de valorar el porqué del ingreso hospitalario ya que dependiendo de éste, es probable que el traslado se haga a una unidad distinta en cada ocasión y con unas condiciones diferentes.

El caso de las mujeres gestantes en su desplazamiento es determinante que las mismas estén perfectamente seguras pero también cómodas. La postura del traslado es un principio básico que debe de tener en cuenta el celador.

En el caso del resto de las patologías habría que analizar y valorar el porqué de dicha patología porque teniendo esto presente este personal no sanitario puede determinar cómo se produce la maniobra sin dañar el estado del feto y de la madre.

2 Objetivos

Los objetivos que hemos abordado en este estudio son los siguientes:

.Analizar los posibles casos del estado de la mujer cuando está embarazada y se encuentra en el área hospitalaria.

.Valorar la situación de dicha mujer en función del porqué de su ingreso.

.Enumerar las situaciones que tiene que realizar el celador para cumplir con sus funciones de manera correcta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 estado trabajando hay varios puntos que hemos querido tener en cuenta para el desarrollo de este documento y que nos aclaran el resto del trabajo que desarrollamos.

Una vez visualizada la documentación de consulta y de ello las posibles situaciones donde la mujer presenta diferentes casuísticas de porqué está ingresada en el área hospitalaria, mencionar que existe una gran cantidad de momentos en los que la mujer embarazada puede tener un ingreso hospitalario.

Por otro lado hay también que tener presente el grado de riesgo por el cual está ingresada en esta unidad porque en gran parte es una valoración que debemos hacer a la hora de realizar el traslado de la paciente embarazada.

En este apartado de resultados mencionar que se pueden presentar distintas situaciones por las cuales el celador tiene que hacer un trabajo diverso relacionado con el traslado de la mujer a otra área del hospital.

Este tipo de posturas de traslado pueden ir desde que la mujer tenga una hemorragia vaginal, el síndrome de compresión de la vena cava inferior o el caso de la hipertensión que se encuentra dentro de las situaciones más frecuente. Aunque es el parto inminente el motivo principal de los ingresos.

Llegado el momento del traslado las posturas serían distintas en función de la situación que presente la mujer embarazada.

En dichas posturas existen unas básicas en las que el celador puede trasladar a la embarazada y que pueden ser las más frecuentes de uso: tronco semi incorporado, cúbito supino dónde la mujer estaría acostada sobre su espalda, las piernas extendidas y los brazos alineados a los lados del cuerpo. La variedad de ellas en grande pero finalmente su uso se reduce a unas pocas situaciones posturales.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusión hemos manifestado que una vez visualizados los posibles casos por los que la mujer puede estar hospitalizada concluimos que son muchas la causas por la que una mujer embarazada puede estar hospitalizada pero que existen algunas causas más frecuentes que otras.

Por otro lado la valoración de la situación de la mujer embarazada nos hace pensar que las distintas situaciones que pueden presentarse se dan en función de la gravedad de los mismos y que es determinante tener esto en cuenta para el traslado de la mujer a otros espacios.

Por último vemos que el celador cumple varias tareas a la hora del traslado de la paciente del hospital a otras dependencias y que para ello emplea distintas posturas siendo dos de ellas las más habituales.

6 Bibliografía

Salmerón Salmerón, MD. (2014) El celador en el área de hospitalización. E- Lena Design Editores.

Capítulo 674

EL CELADOR EN EL ÁREA DE SUMINISTROS

PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ

ALEJANDRINA VELASCO ROMO

EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO

ALMUDENA PINILLA MORENO

DAVID BUENO RODRÍGUEZ

1 Introducción

En este apartado de introducción queremos tratar varias de las funciones que desarrolla el celador en un área de trabajo tan específica como es la de suministros. Normalmente las tareas del celador suelen ir orientadas más directamente con la atención al paciente en sus diferentes modalidades.

Es muy frecuente que esté se encuentre informando o asesorando acerca de los servicios existentes en el sistema sanitario público. De hecho, suele ser el profesional de la salud que más frecuentemente se encuentra con el usuario de la sanidad y también con el enfermo.

No obstante, hay una serie de tareas que le están asignadas y que en principio no tienen relación con el servicio al paciente. Nos estamos refiriendo a cuando el celador actúa en el área de suministros. En la misma, el celador se encarga de proporcionar y gestionar las tareas relacionadas con la logística del centro al que pertenece.

Una de las tareas más frecuentes es la distribución de los medicamentos y el resto de productos a las áreas de hospitalización o del centro de salud. Otra de las tareas es el etiquetado del material que con posterioridad se va a suministrar. Es por ello que vamos a exponer un texto que por su título implica una versatilidad de tareas de este profesional de la salud.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo han sido muy específicos:

Analizar que tareas realiza el celador en el espacio de suministros.

Una vez que sabemos que tareas concretas realiza enumerar las diferencias con el resto de sus funciones 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, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En este apartado hemos recogido diversas ideas que nos ayudan a la comprensión de este documento.

El celador en el área de suministros cumple una labor muy específica y distinta a la que normalmente venía realizando en el hospital y en los propios centros de salud y de hecho, es frecuente que sean tareas para las que tenga que formarse desde el inicio.

Las funciones que venía desempeñando en el hospital o en los centros de salud estaban relacionadas con la atención directa al paciente e incluso al usuario. Van desde orientarlos en sus necesidades, informarlos de forma general acerca de los servicios que se ofrece en el centro, trasladarlos a otros espacios hospitalarios, velar por la tranquilidad del paciente e incluso ayudar en su aseo personal llegado el caso de que otros profesionales necesiten de una ayuda extraordinaria porque no puedan realizar las tareas solos.

No obstante, en suministros sus tareas van a ser de logística normalmente. Ejemplos de ello puede ser marcar el material que posteriormente se va a distribuir, ordenarlo y clasificarlo.

El almacén debe tener unos stock y estos productos deben de estar perfectamente controlados, tanto en la cantidad como en que estén en buenas condiciones para ser suministrados.

Otras tareas de su trabajo en suministros es dispensar el material para lo cual el celador debe de conocer el material de trabajo y las condiciones óptimas de este material.

Para todo ello es necesario que este profesional de la salud que es el celador esté bien formado en estas funciones porque de su buena realización depende el que el resto de profesionales puedan continuar con su labor en las plantas del hospital o en el propio centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

De los objetivos que hemos recogido al principio de este documento concluimos que el celador en el área de suministros ejecuta una diversidad de tareas pero que todas ellas están relacionadas con la distribución, ya sea de medicamentos como también de material para las distintas áreas de trabajo. Estas tareas de distribución nos llevan a otra conclusión específica sobre la importancia de que el trabajo esté bien realizado para que el resto de los profesionales puedan seguir con su labor.

El siguiente punto de nuestros objetivos ha sido que de la enumeración de las diferencias que existen respecto a las tareas que realiza el celador en otros espacios que no son suministros, concluimos que son funciones bien distintas especialmente en que no está en contacto con el paciente, es por eso que el celador debe de tener otras consideraciones distintas a la hora de realizar su trabajo.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2021) El celador en los servicios especiales y áreas de hospitalización. Formación Alcalá SL.

Capítulo 675

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN FARMACIA DEL HOSPITAL

PEDRO ESCOBEDO MARTÍNEZ

ALMUDENA PINILLA MORENO

EVA DOMÍNGUEZ TAMAYO

DAVID BUENO RODRÍGUEZ

ALEJANDRINA VELASCO ROMO

1 Introducción

En este apartado de introducción localizamos al celador en un espacio donde se encuentra realizando funciones de tipo clasificación y ordenación de los productos de un hospital. Estos aspectos que mencionamos son generales ya que también el celador en éste área realiza otras actividades mucho más específicas que detallaremos en el siguiente texto y apartados.

El personal celador tiene una actuación en la farmacia del hospital que va relacionada únicamente con los medicamentos que se dispensan en el propio hospital.

Es una tarea de gran responsabilidad donde el celador debe de estar preparado para poder realizar un trabajo eficiente. Dicha eficiencia va desde el servicio que él presta recibiendo instrucciones de cómo debe de realizar su trabajo a otras cómo las que tiene ya previamente asignadas porque se realizan de manera sis-

temática. Veremos como se clasifican los medicamentos y su importancia de cara al servicio del celador.

Debemos de tener en cuenta que la custodia, conservación e incluso el dispensar los medicamentos de uso humano debe de realizarse a través de los distintos servicios de farmacia de los hospitales; aunque tenemos también los de los centros de salud pero en este documento no es motivo de estudio ya que se encuentran en otros espacios y relacionados con la atención primaria de dichos centros de salud y no con el área hospitalaria, por tanto, el trabajo va a ser distinto del hospital.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son varios y todos ellos relacionados con la gestión del profesional de la salud celador en este espacio de farmacia del hospital.

Por un lado, analizar una labor relevante en este servicio como es enumerar los distintos medicamentos con los que se encuentra el celador.

Una vez que los hemos enumerado pasar a examinar y analizar la importancia de conocer distintas funciones en este espacio hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En este apartado vamos a marcar varias pautas que hemos expuesto con anterioridad respecto al trabajo del celador en la farmacia del hospital.

El trabajo del celador en la farmacia es variado y podemos encontrar aspectos como que tiene que conocer los medicamentos que va a clasificar y a dispensar. Por un lado tenemos los medicamentos de uso general que son aquellos destinados a un tratamiento o prevención de enfermedades. Tenemos los medicamentos de terapia genérica que es un producto que es destinado a transferir un gen como puede ser un fragmento de ácido nucleico. Por otro lado tenemos los excipientes

que es aquella materia que se le añade a los principios activos o a sus asociaciones para servir de vehículo. Hay otro tipo que debemos de conocer como es el producto intermedio que está destinado a una posterior transformación industrial. Hemos resaltado también en el apartado introductorio otros tipos de medicamentos como las fórmulas magistrales pero hay muchos más productos y medicamentos que el celador debe de conocer para desempeñar su trabajo en este área hospitalaria.

La importancia de conocer las distintas funciones en este área del hospital nos ha hecho presentar las siguientes funciones además de las ya mencionadas anteriormente:

Controlarán los botiquines del hospital teniendo presente que debe de hacerse de manera periódica.

Se encargarán del control, preparación y abastecimiento de los medicamentos a otros espacios hospitalarios y fuera del hospital cuando les sean requeridos.

El orden en el almacén de la farmacia es una cuestión que se debe de tener muy en consideración porque en gran medida depende de estos profesionales el que el posterior reparto de los medicamentos se hagan de manera correcta en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Del apartado de conclusión y una vez visualizado los resultados de este estudio determinamos como conclusión que la diversidad de medicamentos que debe de conocer el celador es muy variado. Por eso, al contrario de lo que se pueda pensar respecto a sus tareas, ya que es personal no sanitario, hay diversas cuestiones relacionadas con la sanidad que debe de conocer.

Los medicamentos que van desde sustancias con propiedades de tratamiento de manera general hasta las fórmulas magistrales que en muchos casos son específicas para el paciente nos da una idea de la variedad de fármacos que debe de conocer.

Por último, extraemos como conclusión una lista de funciones específicas que realiza el celador en este espacio hospitalario y que son de gran relevancia para el buen desarrollo del hospital.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2021) El celador en los servicios especiales y áreas de hospitalización. Formación Alcalá SL.

Capítulo 676

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CONTROL DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

CARLOS RUIZ LOSA

1 Introducción

Las funciones del personal auxiliar administrativo en un hospital son muy variadas y todas son necesarias para el buen funcionamiento de estos centros, hay auxiliares administrativos de almacén, en admisión, atención al paciente, de recursos humanos, citaciones para consultas médicas de especializada, reclamaciones, en las Unidades de Conductas adictivas, registro, etc. En esta capitulo de libro vamos a poner el foco en los auxiliares administrativos en el área de las urgencias Hospitalarias, donde el personal de estos puestos tienen turnos rotativos, o sea que no tienen turnos fijos de mañanas o tardes, pues este puesto ha de quedarse cubierto las 24 horas al día los siete días de la semana. Este personal es importantísimo, pues es el que llevará los resgistros de las personas que entran por la puerta de urgencias, debiendo tomar las debidas notas para su registro para que los pacientes sean tratados debidamente. Los pacientes una vez entran por la puerta y son recibidos por los celadores son a ellos a donde se deben dirigir, si bien por circunstancias de urgencias vitales se pasen directamente a la sala de urgencias vitales y los acompañantes, el personal de ambulancia, policia o

guardia civil, o cualquier persona que pueda aportar datos para su identificación pasará por el control donde se encuentra el auxiliar para poder dar la máxima información para poder identificar al paciente.

2 Objetivos

Enumerar las funciones que tiene el personal auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias, dando una visión global de sus funciones para cualquier otro auxiliar que nunca haya estado en ese puesto.

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 que 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 las urgencias hospitalarias. Es el facultado para facilitar la información adecuada al ciudadano, además deben de conocer a la perfección los protocolos a seguir según las distintas situaciones. Deben estar alerta por la posible llegada de personal a esta unidad, por lo que este puesto no debe encontrarse nunca sólo, pues son estos los que toman los datos de los pacientes para que después estos pasen por el puesto de triaje, donde se hará la primera valoración.

El auxiliar administrativo forma parte del equipo multidisciplinar, por lo que está coordinado con el resto de personal integrante del mismo.

Los administrativos no solo crean la nota de registro de entrada al hospital donde se creará una ficha de ingreso, muchos de los pacientes que han sido atendidos en urgencias requieren citas médicas con distintos médicos especialistas, muchos ya salen con el volante solicitado por el médico que les atendió para que sean citados con los especialistas requeridos, pues bien, el auxiliar administrativo podrá dar la cita para especialidades si el paciente pasa de nuevo por el control de urgencias, hay ocasiones en las que el enfermo prefiere pedir esta cita otro día por diversos

motivos personales, por estar muy cansados de estar en las instalaciones (en la mayoría de las ocasiones).

Además al auxiliar administrativo les devuelven los informes de los pacientes que han pasado por urgencias y ya han sido dados de alta o bien han pasado a planta hospitalaria, deberán anotar la situación de estos en los ficheros y devolver estos informes para que sean archivados.

Los auxiliares administrativos atenderán al teléfono y harán las funciones propias de los auxiliares administrativos (fotocopias, carteles informativos, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos son importantes en las urgencias hospitalarias, deben de tener una formación adecuada, deben estar concienciados en los horarios que deben de seguir, por lo que acudir a su trabajo y descansado es lo más apropiado, pues algunos turnos, sobre todo los de la noche suelen ser tediosos, o bien por sobrecarga o bien por todo lo contrario, y la inactividad también produce sueño.

Es muy apropiado que estos reciban formación continua, para que estos saquen el mayor provecho a las herramientas que se les proporciona para desarrollar su trabajo, y se manejen de forma adecuada por las distintas aplicaciones y programas informáticos de manera ágil y eficaz.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/>

<https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admision-documentacion-clinica/>

Capítulo 677

¿CUÁNDO PODREMOS CONSIDERAR UN ACCIDENTE DE TRABAJO IN ITINERE COMO ACCIDENTE DE TRABAJO?, UNA VISION DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

CARMEN VIÑA RODRIGUEZ

MIRTA MAYO ALONSO

MONICA RODRIGUEZ RIEGO

ISABEL FERNANDEZ CARRILLO

NOELIA ALVES RUBIO

1 Introducción

En España tenemos bien definido lo que es un accidente de trabajo. La Ley General de Seguridad Social, La Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Estatuto de los Trabajadores definían lo que es un accidente de trabajo de cara a los trabajadores por cuenta ajena, esto es accidente que se produzca como consecuencia o por ocasión del trabajo. En principio los trabajadores por cuenta propia no es-

taban incluidos, pero en 2007 hubo una modificación normativa que los incluyó en los accidentes de trabajo.

En el caso de los trabajadores por cuenta ajena la cotización y por tanto la cobertura es obligatoria, en el caso de los trabajadores por cuenta propia la cotización y por tanto la cobertura es voluntaria.

Históricamente, surgió la duda de que sucede con los accidentes en los desplazamientos hacia y desde el trabajo, los conocidos como accidentes de trabajo in itinere.

La carga de la prueba de si un desplazamiento es in itinere corresponde al trabajador, el cual debe demostrar si ese desplazamiento es lógico o derivado del trabajo y si este es considerado como un desplazamiento normal, ya que por ejemplo pueden surgir dudas en el caso de desplazamientos que no son habituales.

2 Objetivos

Con el presente trabajo científico pretendemos determinar que es un accidente de trabajo "In Itinere" desde el punto de vista del personal sanitario y 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 "accidente de trabajo" y "accidente de trabajo in itinere".

4 Resultados

Se considera como accidente de trabajo in itinere aquel que le suceda al trabajador que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. Si bien está claro el concepto para que sea reconocido como tal, se deben dar unos requisitos:

1. El primer requisito es el tecnológico, lo que se refiere a que solo será considerado accidente de trabajo in itinere si este se produce por ir o volver al trabajo. La reciente jurisprudencia viene a aceptar los desplazamientos que se deben producir, por ejemplo cuando el trabajador acude a la revisión médica en la empresa, si acude por ejemplo a cobrar e incluso si es por ir a comer, desayunar en su horario establecido.

2. El segundo requisito es el geográfico-espacial. Esto es que el accidente debe ser en el camino de ida y vuelta al trabajo, desde su domicilio a la empresa. Si bien lo normal es que sea en el trayecto habitual, la jurisprudencia acepta ligeros desvíos en el trayecto, siempre y cuando no sea una gran modificación de este.
3. El tercer requisito es el de tiempo: Este debe ocurrir en el horario habitual del trayecto casa-trabajo, trabajo-casa.
4. El último requisito que deben cumplir los accidentes de trabajo *in itinere* es el del medio de transporte habitual, siempre y cuando no sea de por sí un riesgo para el trabajador. Hay un ejemplo muy significativo de esto: Si la empresa te ofrece un medio de transporte, por ejemplo billete de autobús, y tú decides ir en tu coche particular, no sería aceptado como accidente de trabajo, ya que no se ha usado lo que ha recomendado la empresa, siendo esto un requisito problemático.

5 Discusión-Conclusión

Con toda la información obtenida para la realización de trabajo podemos concluir que los accidentes de trabajo *in itinere* originan dificultades a la hora de su consideración, ya que no se pueden aceptar conforme a unas normas estrictas y generales, hay que revisar situación por situación.

Si se demuestra que este se ha producido por culpa exclusiva del trabajador no se aceptaría como accidente de trabajo, en cambio si se produce por una imprudencia del trabajador si se consideraría accidente de trabajo.

La existencia de alcohol o drogas por encima de la tasa legal excluye la consideración de este como accidente de trabajo *in itinere*.

6 Bibliografía

Sistemas de Gestión de la Calidad, Ambiente y Prevención de Riesgos Laborales. Su Integración. Dr. Ricardo Fernández García. Editorial ECU, 2006

Capítulo 678

EL CELADOR EN PLANTA

RAQUEL SALVADOR MOYA

PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO

JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO

SATURNINA MARTINA TORRES MORA

ANA ROSA PRIETO MARCOS

1 Introducción

El trabajo del celador en planta es una de las asignaciones más generales que tiene encomendadas el celador en un hospital. De las funciones propiamente dichas del celador hay varias que están relacionadas con sus funciones más iniciales en la sanidad pública. Éstas se remontan a cuando el celador es imprescindible en cada una de las plantas de un hospital.

Sus funciones en estos espacios pasan principalmente por ser el apoyo más básico y a la vez fundamental del espacio hospitalario.

El celador en planta, al igual que cuando se encuentra en otros espacios, está a disposición de un superior que no solo supervisa el trabajo sino que le encarga gran parte del mismo. El resto de las tareas que no encarga el superior son aquellas que el celador ya tiene de base en su trabajo, por ejemplo, la de conseguir el orden y la buena armonía en la planta en la que está destinado.

Estas dos cuestiones básicas en su trabajo van relacionadas con la unidad de trabajo en la que se encuentre ya que las plantas donde alberga al paciente hospi-

talario presentan muchas variables en cuanto a los altercados que se puedan dar en ellas por la variedad de enfermos que alberga.

2 Objetivos

Los objetivos que contemplamos en este trabajo son:

Realizar un análisis así como examinar el papel del celador en planta.

Exponer las conclusiones del celador cuando está destinado a planta.

3 Metodología

La metodología de trabajo se ha forjado a través de bibliografía adjunta que nos ha proporcionado un marco teórico consistente a la hora de realizar el trabajo. Dicha bibliografía se ha centrado en aspectos generales y particulares que nos concretan el tema de estudio.

4 Resultados

Los resultados que hemos extraído de esta búsqueda nos ponen de manifiesto diversas cuestiones que hemos recogido a continuación y que nos han servido de cuerpo para este trabajo de investigación y para las posteriores conclusiones del final de documento.

Entre estas cuestiones están las relacionadas con las funciones del celador de planta, como pueden ser el supervisar a las personas que acceden a la planta del hospital en las que están destinados, así como que se encuentren debidamente autorizados con los permisos que expide el hospital.

Otra de las funciones que tiene el celador en planta es la que se encarga de mantener la colaboración, la paz y la cordialidad del lugar con varios fines pero el más importante es que los sanitarios puedan trabajar sin tener contratiempos por parte de los pacientes. Esta cuestión estará muy relacionada con la planta de destino del celador ya que, la planta de salud mental es un lugar complicado de gestionar debido al perfil de paciente que alberga.

Por otro lado cuestiones relacionadas con el trabajo del celador en planta son aquellas que atienden al paciente que se encuentra encamado en ella: orientándolo, informándolo y en definitiva atendiendo sus peticiones que serán resueltas siempre y cuando las mismas estén dentro de sus funciones.

En este apartado de resultados no podemos olvidar exponer con claridad como otras funciones importantes del celador van a ser el ayudar al personal sanitario de planta cuando le sea requerido por las necesidades del servicio o la planta. Estas tareas pueden ser desde ayudar en el aseo del paciente hasta colaborar para que el paciente se calme e incluso se toma la medicación que le ha prescrito el médico.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este estudio hemos extraído varias cuestiones que vamos a puntualizar a continuación.

En muchos momentos el celador en planta se convierte en un apoyo fuerte para el personal sanitario debido a la diversidad de funciones que atiende.

Igualmente la versatilidad y la capacidad de atender muchas tareas distintas hace que este personal sea importante para el buen desarrollo de la planta donde está destinado.

Otra de las conclusiones que entendemos es que el celador tiene la capacidad en sus funciones intrínsecas de adaptarse a la unidad de servicio donde le sea requerido teniendo presente que debe de estar bajo la supervisión de un superior.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2021) El celador en los servicios especiales y áreas de hospitalización. Formación Alcalá SL.

Salmerón Salmerón, MD. (2014) El celador en el área de hospitalización. E- Lena Design Editores.

Capítulo 679

RELACIÓN DEL CELADOR CON EL ANIMALARIO

RAQUEL SALVADOR MOYA

PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO

JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO

SATURNINA MARTINA TORRES MORA

ANA ROSA PRIETO MARCOS

1 Introducción

El celador alberga diversos trabajos que ha de cumplir con independencia de estar en contacto directo con los pacientes, usuarios e incluso con el resto de profesionales de la salud. Bien es cierto que es frecuente que el trabajo del celador esté relacionado con esta serie de personas que se encuentran en el hospital ya que, la mayor parte de las veces este trabajador desarrolla sus tareas por diversos espacios del hospital donde se encuentran los paciente y el resto de los trabajadores incluidos los sanitarios. Ahora bien, existen otros lugares donde el celador tiene que realizar sus funciones que no son las típicas que suele ejecutar, estas son cuando el mismo está destinado al animalario.

En este área de trabajo es fundamental que el celador esté igualmente formado que lo está en el resto de lugares, a pesar de la poca frecuencia de destino que suele tener el animalario.

Por otro lado es interesante mencionar que en el animalario el celador va a realizar tareas más relacionadas con el mantenimiento que con otra cuestión, es por esto que en este espacio el trato con las personas no es el punto de apoyo del trabajador, en este caso lo primordial es la organización en términos logísticos de las tareas asignadas.

2 Objetivos

En los objetivos vamos a clasificar lo estudiado en dos puntos importantes de trabajo:

Analizar las tareas que realiza el celador en el animalario.

Realizar una valoración general de sus cometidos en este espacio.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada en torno a conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, la relevancia de las distintas funciones que tiene el celador en el espacio del animalario. Lo hemos realizado a través de una bibliografía específica y otra general.

4 Resultados

De los resultados que hemos recogido en este estudio, vamos a enumerar las distintas tareas que ha de realizar el celador en el animalario. En dichas tareas hay una gran parte de ellas que a diferencia del trabajo del celador en otros espacios, son meramente organizativas y logísticas. Las mismas las vamos a enumerar a continuación y con posterioridad vamos a determinar qué importancia y repercusión tienen para el resto del hospital las funciones que se realizan en el animalario.

Una de sus funciones, y de gran importancia en este espacio, es el alimentar a los animales que se encuentran para experimentación en el laboratorio del hospital. El celador debe de prestar atención a lo determinado para esta tarea porque dependiendo de lo estipulado los tendrá que alimentar con una determinada comida y cantidad en función de lo que el superior del animalario haya dejado ordenado. Otra de las tareas importantes es la de la limpieza de las jaulas de los animales donde serán limpiadas según lo estipulado por el superior que en la mayor parte de los casos es de manera diaria.

Unido a la limpieza y a la comida, está el agua que debe de ser suministrada a los animales de manera diaria a no ser que se determine otra cuestión.

En casos meramente puntuales el celador, previa orden del superior, limpiará el material que se haya utilizado en dicha sala. Este material forma parte del trabajo que el celador no tiene especificado pero que a veces es una tarea más como el resto de ellas.

Por último en este apartado y dejando constancia de algunas de las funciones que ejemplifiquen la labor del celador en este espacio queremos remarcar que este trabajador tiene unas tareas determinadas en función de lo que se le asigne pero sí tiene varias que son siempre las mismas como por ejemplo darle de comer a los animales de manera diaria.

5 Discusión-Conclusión

El apartado final de conclusiones nos va a llevar a determinar que el celador en el espacio destinado del animalario cobra una gran importancia porque suministra un área de trabajo muy específica cubriendo casi todas las parcelas de mantenimiento de la misma.

Es por tanto, labor principal la que realiza el celador en este espacio ya que de él depende en mayor medida que el animalario siga funcionando correctamente.

Además cada una de las tareas es fundamental que se realicen con la periodicidad estipulada porque son seres vivos los que se están manteniendo; esta periodicidad será determinada por el superior pero la responsabilidad última de que esté bien ejecutado el trabajo corresponde al celador. Es por tanto una labor de gran importancia la que realiza este trabajador en este espacio.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2021) El celador en los servicios especiales y áreas de hospitalización. Formación Alcalá SL.

Capítulo 680

EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

RAQUEL SALVADOR MOYA

PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO

JOSE IGNACIO JIMENEZ CASTAÑO

SATURNINA MARTINA TORRES MORA

ANA ROSA PRIETO MARCOS

1 Introducción

El equipo de trabajadores de atención primaria se encuentran destinados en los centros de salud de la zona, es por eso que este estudio va orientado al centro de salud más próximo al paciente y la relación que el celador tiene con el resto del equipo de atención primaria y con el usuario de la misma.

Un centro de salud se caracteriza por tener servicios de atención primaria, la labor de los profesionales en este espacio va a ser en muchos casos distinto del trabajo en los hospitales donde alberga al equipo de atención de especialidades. El celador en atención primaria se encarga de varios aspectos pero todos ellos deben de estar coordinados con el resto de los profesionales del equipo de atención primaria. Hay que tener en cuenta que el celador debe de realizar sus funciones de manera coordina con el resto de los trabajadores y poner especial atención, tanto en conocer sus funciones como las del resto de trabajadores para, en-

tre otras cosas, no extralimitarse en sus funciones. De lo contrario podría estar realizando en un mismo equipo trabajos de otros profesionales de la salud. En el equipo de atención primaria hay una gran variedad de trabajadores y todos ellos son imprescindibles para el centro de salud.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo van a ser:

Analizar el papel del equipo de atención primaria en relación con el celador.

Visualizar la relevancia del celador en el centro de salud en relación con atención primaria.

3 Metodología

Exponer en este apartado metodológico que para este estudio han sido relevantes las bases de datos utilizadas que van desde Google Scholar hasta plataformas como DIALNET que se encargan de un amplio abanico de documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades. Queremos dejar constancia de que los documentos sobre los que se han trabajado son tanto antiguos como recientes, ya que el celador en estas unidades sigue unos parámetros parecidos con independencia de la fecha del estudio.

4 Resultados

Los resultados de este trabajo van relacionados con la coordinación, comunicación y funciones que ejerce el celador respecto al resto de equipo de profesionales del centro de salud de atención primaria.

La atención primaria de estos espacios comienza con el asesoramiento de los servicios generales y de la orientación que ofrece el centro de salud más próximo y que se encarga el celador de cubrir dicho puesto. Ya que el celador es el profesional que se encuentra más directamente en contacto con el usuario cuando pide información en el centro de salud.

Por otro lado el celador va a depender del resto de los profesionales que le requieran para funciones diversas que puedan necesitar el resto de trabajadores.

Por todas estas cuestiones van a ser el motivo por el que el celador debe de estar coordinado con el resto del equipo de atención primaria.

Dicha atención primaria va desde esa primera consulta por la demanda del usuario acerca del asesoramiento, hasta la función que realizan finalmente otros trabajadores sanitarios cuando no pueden ofrecer al usuario la atención especializada que requieren y tienen que remitirlo al centro hospitalario donde se encuentre la especialidad que necesita.

El celador en atención primaria puede continuar con una labor administrativa, de ayuda a los sanitarios o tareas tan distintas como proporcionar una cita al paciente que lo requiera.

Todos estos aspectos van relacionados con una atención completa de dicho equipo en el cual todos en conjunto presentan tareas diferenciadas que hacen que el servicio de atención primaria esté perfectamente coordinado y completo en su labor siendo el celador un personal no sanitario que ejerce en su mayoría de las veces una labor de apoyo al equipo.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado hemos concluido que el celador debe de tener funciones en el centro de salud coordinadas con el resto de profesionales porque de él depende muchas veces que el trabajo del resto del personal se pueda realizar de manera correcta.

El celador en atención primaria tiene muchas funciones donde, después de un análisis de las mismas, vemos que son de gran importancia para el equipo de atención primaria.

Es por tanto la labor del celador determinante para este equipo porque las tareas que realiza este trabajador de manera individual en algunos casos, las continúan el resto de los profesionales de atención primaria.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2009) El celador en los centros de salud. Formación Alcalá SL.

Capítulo 681

ANÁLISIS DE ACTIVIDAD EN TERAPIA OCUPACIONAL. MODELOS PARA EL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

JULIA GONZÁLEZ GARCÍA

LAURA CUESTA GARCÍA

1 Introducción

Desde los orígenes de la profesión, uno de los temas centrales en los que se basa la intervención del terapeuta ocupacional ha sido el análisis de la actividad. Personajes como Herbert James Hall ya en (1904) desarrolló un sistema de clasificación de oficios en el que los distinguió en función de las exigencias de la tarea. Este autor planteó como a la hora de desarrollar un trabajo si se hacía de manera escalonada y de una forma progresiva la persona adquiriría una mejora y, demostró que las personas que en ese momento padecían una enfermedad mental podían desempeñarlo satisfactoriamente.

También han sido otros muchos Terapeutas Ocupacionales quienes a lo largo de los años han planteado diversos modelos teóricos desde el enfoque del análisis de la actividad. Esto encuadra y justifica el porqué del uso de la actividad como medio terapéutico y como herramienta principal que usa el terapeuta para abordar la problemática que presentan los pacientes, grupos o comunidades con los que interviene día a día y el terapeuta como facilitador a través de ajuste y análisis de la actividad consigue que la persona, grupo o comunidad con la que trabaja llegue a conseguir las competencias que requiere la propia actividad, su satisfacción y logro para en ejecución.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de modelos de análisis de actividad.
- Conocer como aplicar un análisis de la actividad y adquirir una visión global de todos los componentes que la integran, para una posterior intervención dentro del tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado y revisado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hagedorn (1995), quién en sus escritos describe cómo las ocupaciones están puestas por una jerarquía de esfuerzos o tentativas que configuran o constituyen la ejecución en estadios para lograr unos resultados más complejos.

Diversos autores han planteado en los últimos años distintos tipos de modelos de actividad, desde modelos simples que plantean preguntas como: ¿dónde? ¿Cuándo? ¿Qué componentes son los que se necesitan para un correcto desempeño de la actividad?, hasta modelos más complejos donde la búsqueda se encuadra en el conocer que componentes motores, cognitivos y sensoriales requiere la persona para el funcionamiento de la misma. Otros sin embargo, plantean encuadrar la actividad desde un marco teórico, bien más humanista, de neurodesarrollo, biomecánico o basados en aspectos de la interacción social, es decir, buscan encuadrar la propia actividad desde un enfoque práctico- teórico que apoye y justifique la aplicación de la misma. Es decir, primeramente se realiza un diagnóstico ocupacional para conocer intereses y rutinas de la persona, seguidamente a través de diferentes escalas estandarizadas y observación directa se conocen las debilidades y capacidades que posee la persona, después se eligen las actividades y se estudian los componentes que la persona necesita para llegar a conseguirlo, es verdad que se hace un ajuste de las mismas, y se va graduando bien separando la tarea en pasos o secuencias hasta llegar a la ejecución satisfactoria.

La Terapia Ocupacional utiliza la actividad como medio o como fin terapéutico, siempre teniendo en cuenta las necesidades que requiere, la propia actividad y los

factores físicos, psíquicos de la persona, además se tienen en cuenta la importancia y el significado que para la persona tiene, ya que para lo que para una persona es importante para otra no lo es. Se basa en esa búsqueda de la significación y la participación de la persona en las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el análisis de actividad como la graduación de la actividad son aspectos esenciales de la práctica de la Terapia Ocupacional, porque a través de ellos producimos cambios terapéuticos o damos soporte cuando la función física, mental y social de la persona declina.

Estos modelos ayudan al Terapeuta Ocupacional a planificar el tratamiento desde la perspectiva de unas teorías prácticas particulares, siendo además una habilidad específica y exclusiva del Terapeuta Ocupacional.

Por ello, consideramos que el análisis de la actividad es básico para conocer el desempeño de una persona, ofreciéndonos el mismo el conocimiento de las demandas, destrezas y rendimiento que ha de poseer la persona para conseguir un correcto desempeño.

6 Bibliografía

- Hopkins, H. L., Smith, H. D., Willard, H. S., & Spackman, C. S. (2001). Terapia ocupacional. Panamericana.
- López, B. P., Molina, P. D., & Arnaiz, B. N. (2001). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Ed. Médica Panamericana.
- Cabeza, Á. S. (2015). Terapia ocupacional en disfunciones físicas. Síntesis
- Senra, L. A. (2012). Análisis de una actividad ocupacional: marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional de la asociación americana de terapia ocupacional: dominio y proceso. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, (16), 13-15.
- Turner, A., Foster, M., & Johnson, S. E. (2003). Terapia ocupacional y disfunción física: Principios, - Técnicas y práctica. Elsevier España.
- García-Margallo, P., San Juan Jiménez, M., Jonquera Cabrera, S., & Navas Morales, I. (2005). El análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional. Madrid: Aytona Editores

Capítulo 682

EVALUACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL. EVALUACIÓN Y VALORACIÓN

LAURA CUESTA GARCÍA

JULIA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

Los términos de valoración y evaluación según afirma Polonio.B (2011) se utilizan de forma intercambiable, aunque no tienen el mismo significado. Ambos son términos complementarios, que encierran conceptos estrechamente relacionados. Esta misma autora expone que, muchos han sido los autores que han intentado definir estos conceptos a lo largo de varias décadas sin que exista acuerdo, hoy por hoy, sobre qué significa exactamente cada uno, cuáles son los aspectos diferenciales de uno y otro y en qué circunstancias es más adecuado el empleo de uno u otro término. A este uso anárquico se añade que en los textos americanos y en los ingleses “valoración y evaluación” se utilizan en sentido opuesto. En España no existe tal distinción, siendo usados los dos términos como sinónimos. La realidad es que existe confusión acerca de cuándo valoramos (¿o evaluamos?) una situación y qué procedimientos de evaluación (¿o son de valoración?) empleamos para ello.

La evaluación de Terapia ocupacional es un conjunto de procedimientos y un proceso de pensamiento. A pesar de que como ya se ha expuesto los términos de “evaluación” (evaluation) e “instrumento de evaluación” (assessment) se usan en forma intercambiable. Mulligan,S (2006) .

La valoración, según Hagedorn (1995), es el “proceso de recogida de información precisa y relevante relacionada con un individuo, su situación personal y sus necesidades y habilidades potenciales, con objetivo de mejorar áreas específicas del desempeño ocupacional, o servir como medio para monitorizar y medir los resultados de la intervención de terapia ocupacional”.

En contraposición al anterior Sabonis- Chafee (1998), Pedretti (1996) y otros autores americanos definen valoración como “un proceso de recogida de datos, identificación de problemas, formulación hipótesis y toma de decisiones para la intervención terapéutica”.

Mientras que según Pedretti la valoración se refiere a la “composición de un cuadro complejo de cómo funciona la persona, basándonos en los resultados de la evaluación”.

Polonio. B (1998), define la valoración de terapia ocupacional como un “proceso sistematizado y documentado de obtención y análisis de información sobre un estado particular de función, determinando el grado y el valor (cualidad y cantidad) de la discrepancia entre lo que se considera entre la norma y los hallazgos obtenidos durante el mismo. Tiene por objeto proporcionar el funcionamiento sobre el que apoyar para diseñar las hipótesis y planificar la línea terapéutica a seguir”.

Hagedorn (1995) entiende por evaluación el “proceso de utilización del razonamiento clínico, análisis de problemas y toma de decisiones para interpretar los resultados de la valoración, con objeto de hacer juicios sobre la situación o las necesidades de un individuo o del éxito de la intervención de terapia ocupacional”.

Para Pedretti, la evaluación se refiere a “la batería de pruebas o test específico de medida”. El procedimiento de evaluación se refiere a un “test u observación estructurada, utilizada en las diferentes etapas de la evaluación”.

Antes de desarrollar este apartado es necesario aclarar al lector que lo que para algunos autores como Noya, Durante o Polonio se refieren al término de valoración Moruno. P (2003) lo denomina evaluación.

2 Objetivos

- Definir los conceptos de valoración e evaluación desde el enfoque de la figura profesional de Terapeuta Ocupacional.
- Desarrollar fundamentos teóricos para la implementación del tratamiento
- Conocer las diversas fases del proceso de terapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado y revisado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El proceso de evaluación ocupacional según (P.Moruno, 2003) suele basarse en un individuo, aunque también puede evaluarse contextos (físicos, psicológicos o culturales), grupos, actividades o programas. La evaluación revisa aquello que un sujeto hace, las capacidades que necesita para ello, las características propias de este quehacer, u el sentido que dicha actividad tiene para este sujeto. Para ello, se debe realizar una evaluación exhaustiva, utilizando diversas y numerosas técnicas, herramientas y métodos para obtener datos significativos sobre el nivel de ejecución ocupacional del sujeto evaluado. A partir de la información que nos aporta la evaluación elaboramos hipótesis sobre los déficits presentes o posibles en cada una de las áreas ocupacionales, y las condiciones que los producen y mantienen. A partir de estas hipótesis se plantean los objetivos y se establecen las estrategias de tratamiento o intervención para eliminar, solucionar o prevenir las dificultades. Cada intervención deberá ser de nuevo evaluada para comprobar su eficacia, corrigiendo o ajustando, si es necesario, las hipótesis iniciales de tratamiento. Por tanto, al hablar de evaluación, nos referimos a un proceso global de recogida y análisis de información sobre una persona. Este proceso tiene lugar en diferentes momentos de la intervención y posibilita la toma de nuevas decisiones durante todo el tratamiento Moruno. P (2003).

2.2.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

Moruno, P (2003) afirma que la evaluación ocupacional es un procedimiento singular que ha de realizarse de forma sistemática y exhaustiva, recorriendo un camino circular como se desarrolla brevemente verá a continuación.

☒ Singular: este autor considera la evaluación ocupacional singular en la medida en que se proponen para ella un marcado carácter idiosincrásico; con esta expresión estos autores hacen referencia a una evaluación relativa a un paciente único, concreto; por tanto, se debe realizar una construcción de sus problemática del modo más detallado posible, sin apelar a etiquetas diagnosticas o a categorías clínicas que puedan enmascarar las singularidades de cada caso.

☒ Sistemática y exhaustiva: Este autor sugiere realizar la evaluación siguiendo

una secuencia determinada de pasos, que la estructura y regula. Además siempre que sea posible el TO propondrá un procedimiento que siga el sentido de arriba abajo, explorando en primer lugar las actividades significativas para el sujeto, para “descender” a continuación a las capacidades que sustentan su realización.

☒ La evaluación ocupacional se ha de caracterizar por ser exhaustiva, en la medida que debe utilizar diversas técnicas, métodos y herramientas para obtener datos significativos sobre el nivel de ejecución ocupacional del sujeto evaluado.

☒ Circular: la evaluación es concebida como un proceso de tipo circular más que lineal, puesto que tiene lugar en distintos momentos y de forma cíclica a lo largo del proceso de tratamiento. En esta concepción de proceso circular Creek (1997) propone; Demanda,- Evaluación inicial,- Plan de tratamiento,- evaluación continuada,- implementación del tratamiento y nuevo plan de tratamiento (revisiones periódicas del plan de tratamiento),- valoración de resultados y alta y seguimiento del alta.

PROCESO DE VALORACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

El Marco de Trabajo de la práctica de terapia ocupacional adoptado por la AOTA (AOTA, 2014), describe el proceso de evaluación de terapia ocupacional se centra en averiguar lo que el cliente quiere y necesita hacer; determinando que es lo que él puede hacer y qué es lo que ha hecho; e identificar apoyos y barreras para su salud, bienestar y participación.

Hagedorn (1995) reconoce que “el proceso de valoración no queda reducido a la recogida de datos, pero es dependiente de su interpretación y evaluación”.

Polonio. B (2001) expone que el proceso de valoración comienza con una primera aproximación al caso, en la que se hace una evaluación breve de la situación, para determinar la adecuación del tratamiento ocupacional y, a grandes rasgos, qué tipo de evaluaciones serán necesarias (screening).

En el caso de proceder la intervención ocupacional, se realiza una valoración inicial completa, en la se obtendrá toda la información relevante del caso, a partir de la cual pueden tomarse decisiones terapéuticas. Los procedimientos utilizados para llevar a cabo esta valoración son la revisión de la historia clínica, la observación, la entrevista y el uso de procedimientos formales de evaluación.

El proceso continúa con la elección del marco de referencia o el modelo preferido por el terapeuta ocupacional, y adecuado para los problemas del paciente, y de procedimientos de evaluación más específicos (consistentes con el marco de referencia o modelo) que proporcionen al terapeuta la información necesaria para la toma de decisiones. Algunos casos pueden necesitar de más de un abordaje. La selección del más adecuado en cada momento depende de la naturaleza del problema, las causas, la situación en el momento del ingreso y las prioridades

que se establezcan.

Una vez obtenidos los datos más relevantes, se analizan e interpretan para identificar los problemas. Entonces, esta información se utiliza para establecer objetivos y prioridades, conjuntamente con el paciente o cliente, y formular y desarrollar un plan de tratamiento integral, seleccionando los métodos y técnicas más adecuados para conseguir los resultados esperados.

Periódicamente, dependiendo del tipo de disfunción y de los cambios observados en el rendimiento del paciente o cliente, o bien a solicitud de terceros, el terapeuta efectuará nuevas mediciones de los parámetros de rendimiento o mejoría. Estos datos obtenidos en la reevaluación se interpretan y comparan con los registrados en la evaluación previa para poder apreciar los cambios. La lista de problemas, así como los objetivos y el tratamiento, se ajustan para adecuarlos a la tasa de progreso de la persona. La evolución se anota cuidadosamente en la historia de terapia ocupacional y, en ocasiones, en la historia clínica.

La reevaluación es esencial para determinar la efectividad del tratamiento, para modificar las estrategias terapéuticas utilizadas en relación con las necesidades del paciente y para revisar la valoración. Puede implicar:

- Eliminación de objetivos inalcanzables.
- Eliminación de objetivos que se hayan conseguido.
- Modificación de objetivos que se hayan alcanzado parcialmente.
- Incorporación de nuevos objetivos correspondientes a nuevos problemas.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de la terapia ocupacional es ayudar a las personas con discapacidad a alcanzar su mayor nivel de capacidad y funcionalidad y a mejorar su calidad de vida o, al menos, mantenerla y prevenir su deterioro. Por tanto, el principal objetivo de la valoración en terapia ocupacional es conseguir un cuadro claro del individuo a fin de poner en práctica un plan de intervención eficaz que mejore la funcionalidad y la calidad de vida.

Conocer el proceso de intervención de la Terapia Ocupacional nos ayuda a encuadrar la situación del paciente y a plantearnos objetivos medibles, cuantificables, alcanzables y significativos para los pacientes.

6 Bibliografía

American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. American Journal of Occupational Therapy,

56,609-639.

- American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: domain and process, 2 nd ed. AJOT, 62 (6), 625-683.
- American Occupational Therapy Association (2014). Domain and process. American Journal of Occupational Therapy, 3 nd ed. AJOT, 53 (3), 247-322.
- American Occupational Therapy Association (2020). Domain and process. American Journal of Occupational Therapy, 4 nd ed. AJOT.
- Anastasi A 1988 Psychological testing, 6 th edn. Macmillan, New York.
- Asher, I.E. (1989). An annotated index of occupational therapy evaluation tools. Rockville: AOTA.
- Chia SH 1996 The use of non – standardized assessments in occupational therapy with children who have disabilities: a perspective. British Journal of Occupational Therapy 59 (8):363-364.
- Creek J. Occupational Therapy and Mental Health, 2 nd ed. Edinburgh: Churchill Living Stone, 1997.
- Durante Molina P. Terapia Ocupacional e Geriatria. Barcelona: Editorial Masson-Salvat Medicina; 1998.
- Dutton, R. (1995). Clinical reasoning in physical disabilities. Williams and Wilkins.
- Hopkins, HL, Smith HD . Terapia Ocupacional. 8ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1993.
- Igelmo, B. (2016) Temario de oposiciones para terapeutas ocupacionales. Asociación Española de Terapeutas ocupacionales. APETO.
- Neistadt, M.E (2000). Occupational Therapy evaluation for adults. Philadelphia: Lippincott.
- Polonio López. B., Durante Molina P, Noya Arnáiz B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. 1ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
- López, B. P. (2015). 2ª ED. Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Ed. Médica Panamericana.
- Reed K, Sanderson S. Concepts of occupational therapy, 4 th ed Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 1999.
- Romero Ayuso, P., Moruno Miralles. Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Barcelona: Editorial Masson; 2003.
- Skruppy M 1993 Activitu of Daily Living evaluations: is there a difference in what the patient reports and what is observed? Physical and Occupational Therapy in Geriatrics 11 (3):13-25
- Trombly, C. y Radomski, M.V. (2002). Occupational therapy for physical dysfunction, 5 th ed . Baltimore: Lippincott, Williams&Willins.

- Trombly, C. 1993. Anticipating the future: assessment of occupational function. *American Journal of Occupational Therapy* 47: 253-257
- Trombly, C.A. (1990). *Terapia Ocupación la para enfermos incapacitados físicamente*. Méjico: La prensa Médica Mejicana.
- Turner, K., Foster, M. y Johnson, SE. (2003). *Terapia ocupacional y disfunción física*. 5ª Ed. Madrid: Elsevier Science.

Capítulo 683

APOYO A LA COMUNICACIÓN PARA LA ATENCIÓN A USUARIOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA EN EL ÁMBITO SANITARIO

JORGE LUIS ALBUERNE LÓPEZ

MARTA ALBUERNE LÓPEZ

MARÍA CONSUELO ALVAREZ FERNANDEZ

AURINA CARBALLO ÁLVAREZ

LIBERTAD CARBALLO ALVAREZ

1 Introducción

La comunicación entre el personal tanto sanitarios como no sanitarios y los usuarios con sordera de los hospitales, centros de salud, etc, supone un gran desafío para dichos trabajadores, ya que en muchos casos aparecen dificultades para poder transmitir el mensaje que intentamos decir con claridad. Al carecer de intérpretes en los diversos centros sanitarios ha sido necesario que todos los trabajadores (o en concreto, la gente que trabaja de cara al público) hayan tenido que ingeniárselas para que una simple conversación sea lo más clara posible. Veremos unas pautas muy sencillas que mejoran y ayudan a la hora de realizar una conversación con una persona con falta de audición, que aunque a simple

vista puede parecer algo fácil, lo podemos pasar por alto. Estas pautas son muy útiles tanto para cualquier profesional de la rama de Sanidad (médic@s, enfermer@s, técnic@s de emergencias, personal de seguridad, celador@s, administrativo@s..) que necesitan estar en constante comunicación con las personas cuando éstas acuden al centro sanitario o tienen una emergencia y hay que realizar un servicio en su casa o en la calle, cómo para el día a día de cualquier persona, ya que nunca sabes cuándo puede ser el momento en el que necesites comunicarte con una persona con discapacidad auditiva.

2 Objetivos

Intentar conseguir una comunicación lo más correcta y fluida posible con las personas con discapacidad auditiva aprendiendo unas pautas y sabiendo llevarlas a la práctica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 consultado también tanto folletos cómo posters repartidos por distintos centros de salud del Principado de Asturias.

4 Resultados

Las personas que poseen el conocimiento de las pautas básicas a la hora de comunicarse, tendrán más facilidades de ser entendidas por el receptor del mensaje que, recordemos, tiene discapacidad auditiva.

A continuación, vamos a ver las pautas que tendríamos que llevar a cabo en la comunicación con una persona con discapacidad auditiva.

Antes de empezar la conversación, llame su atención con un ligero toque (ya sea sobre su hombro, brazo....) o hazle una seña.

No hablar a la persona si ésta no te está mirando

Háblale con una buena iluminación para que el receptor pueda ver bien todos los gestos realizados y procura hablarle de frente

Comunícate con naturalidad, vocalizando pero sin hacer muchos aspavientos. Procura no hablar muy deprisa pero tampoco despacio.

Sitúate a su misma altura, sobre todo cuando te comuniques con niñ@s, personas en silla de ruedas, sentados o tumbados en una cama o camilla.

Las pautas que acabamos de redactar, tienen que llevar ese orden específico, porque de lo contrario, no valdría para nada. Por ejemplo, de nada sirve que nos pongamos a vocalizar y hablarle a la persona, si no nos está mirando, ya que ellos, a la vez que te miran y te “escuchan”, también se fijarán en tu boca para intentar leerte los labios, porque, de esta manera, pueden “descifrar” alguna palabra que no hayan comprendido mientras les hablábamos. Con el uso obligatorio de las mascarillas en todos los centros sanitarios, hacemos un inciso en esto último, ya que esto sería posible sin el uso de mascarillas o bien llevando una mascarilla específica, medio transparente que deja leer los labios y a su vez sirve de medidas de protección.

Se consiguen también unos mejores resultados personales, es decir, se gana confianza en uno mismo ya que hacerse entender a todo el mundo es algo primordial en el entorno sanitario, puesto que cualquier información transmitida puede ser mal interpretada, y eso puede tener consecuencias.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, y con el uso de mascarillas como medidas de protección frente a la Covid19, a la hora de la comunicación, la persona con discapacidad auditiva, no podrá leernos los labios y la escucha también será es menos clara, y esto es una dificultad añadida al problema, por lo que es esencial, que la persona que va a recibir nuestro mensaje (en este caso, una persona con déficit auditivo) esté comprendiendo el mensaje que le vamos a transmitir. Si no ha entendido el mensaje, repítelo las veces que haga falta. Se recomienda probar a decirle lo mismo con otras palabras y con frases más fáciles de entender si es que se ha usado un vocabulario muy técnico o muy complicado.

Nos podemos acompañar de gestos naturales, de un boli y un papel para escribirse o bien, hacerle algún dibujo para que entienda mejor el mensaje.

Si la persona con discapacidad auditiva está ingresada en un centro sanitario y lleva una de las múltiples prótesis auditivas que existen, en la medida de lo posible, se le tendría que facilitar su uso, así como darle pilas en el caso de que las necesitara para su uso.

6 Bibliografía

1. Cómo hablar a la persona con discapacidad auditiva, disponible en <http://www.fiapas.es/>
2. Estrategias de comunicación de los profesionales de enfermería con personas sordas o ciegas, disponible en <https://scielo.isciii.es/>

Capítulo 684

EL CELADOR Y LOS ACCESORIOS DE LA CAMA HOSPITALARIA

RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ

CARLOS DAVID ORTEGA URBAN

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY

MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO

1 Introducción

En el hospital existen muchos elementos que el celador debe de controlar a la perfección. Debe de estar suficientemente bien formado en una serie de funciones que en muchos casos se tornan en específicas pero a la vez es imprescindible que el celador sepa cómo se realizan todas la funciones que le competen, así como el material con el que trabaja a diario.

Respecto al material en un hospital mencionar que es casi inabarcable las distintas cuestiones que se deben de conocer de él. No obstante, hay algunas con las que el celador trabaja a diario que le son perfectamente conocidas, no solo por la formación que ha recibido de ellas sino por la frecuencia de su uso. En este caso nos estamos refiriendo a los accesorios que existen respecto a las camas hospitalarias.

Las camas que hay en un hospital se caracterizan por diversas cuestiones pero la más destacada es por estar adaptadas a las necesidades del enfermo. Como

cuestión importante en esta introducción mencionar que las mismas están diseñadas entre otras cosas para funciones principales como es que en ellas el enfermo con frecuencia suele pasar mucho tiempo. Es por ello que a lo largo de este estudio vamos a visualizar las características de las mismas.

2 Objetivos

En los objetivos vamos a tratar las siguientes cuestiones:

Realizar un análisis de las características fundamentales de las camas de un hospital.

Valorar el trabajo del celador respecto a las camas de un 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, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

De los resultados que hemos traducido para este ejercicio debemos tener en cuenta las siguientes cuestiones:

Las camas de un hospital tienen unas características especiales tanto en las funciones que realizan de cara al paciente, cómo las dimensiones de las mismas o incluso la variedad de camas que existen y cómo las mismas se relacionan con las necesidades del paciente.

Las características principales se encuentran en que están equipadas para que la persona que esté enferma se le facilite la comodidad. Esta cuestión hace que la cama sea mecánica en la mayoría de los casos. Por otro lado están diseñadas para que el personal celador así como el resto pueda acceder a ellas y a los enfermos con facilidad. Respecto al colchón es duro para que aguante bien aquellos pesos distintos que puedan tener los enfermos.

Otra de las características es que las camas están concebidas para poder moverlas con facilidad a pesar de ser pesadas casi todas ellas, especialmente cuanto más mecanizadas estén.

Existen muchos tipos de camas de las cuales vamos a mencionar las que con mayor frecuencia suelen utilizar los celadores: la cama articulada que está diseñada para que el enfermo pueda estar tumbado o incorporado en distintos grados. La cama metálica de somier rígido es parecida a la anterior pero no permite que el paciente se pueda incorporar los grados que sí permite la anterior.

El celador respecto a las camas del hospital debe de tener en cuenta que su formación debe de estar relacionada con el desplazamiento de las mismas. También con conocer las distintas posiciones de las camas para poder facilitar que el paciente esté lo más cómodo posible. Toda esta formación asegura que el celador pueda dar un servicio correcto al respecto.

5 Discusión-Conclusión

Hemos extraído varias conclusiones pero las más determinantes es la formación tan amplia que debe de tener el celador respecto a los elementos que ha de usar en un hospital para facilitarle la estancia al enfermo.

Otra de las conclusiones importantes que hemos extraído es como determinadas características de las camas de un hospital hace que el personal que las desplaza, en su mayor parte es el celador, deba de contar con las dimensiones y el peso que las mismas proporcionan ya que no es una cama normal. Por tanto, determinamos que es importante la formación del celador al respecto pero también lo es el tener en cuenta las particularidades concretas de las camas a la hora de trabajar con ellas como puede ser a la hora de desplazarlas.

6 Bibliografía

Salmerón Salmerón, MD. (2014) El celador en el área de hospitalización. E- Lena Design Editores.

Capítulo 685

EL CELADOR EN EL ASEO DE LOS PACIENTES

RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ

MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO

CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

CARLOS DAVID ORTEGA URBAN

1 Introducción

El trabajo del celador en el hospital es una de las funciones más generales que tiene encomendadas en la sanidad. De las funciones propiamente dichas del celador hay varias que están relacionadas con sus funciones más iniciales en la sanidad pública. Nos referimos a las que sirven de apoyo al resto de los trabajadores y más concretamente en este caso a los auxiliares de clínica cuando tienen por necesidades del servicio que ayudarlos a asear a los pacientes encamados que no pueden realizarlo por sí mismos.

Sus funciones en estos espacios pasan principalmente por ser el apoyo más básico y a la vez fundamental del espacio hospitalario.

El celador cuando se encuentra en otros espacios, está a disposición de un superior que no solo supervisa el trabajo sino que le encarga gran parte del mismo. El resto de las tareas que no encarga el superior son aquellas que el celador ya

tiene de base en su trabajo, por ejemplo, la de conseguir el orden y la buena armonía en la planta en la que está destinado. Es por tanto la actividad del aseo a los pacientes una tarea que le viene asignada por medio de las funciones de otros trabajadores.

2 Objetivos

Valorar dos de los objetivos: mencionar que tipo de aseo tiene el paciente en el hospital. Igualmente como objetivo importante el relacionar el trabajo del celador con el aseo al paciente encamado, sin olvidar que realiza otras funciones principales además de las añadidas usando como ejemplo el aseo a 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

Los resultados que hemos encontrado en esta búsqueda nos ponen de manifiesto diversas cuestiones que hemos recogido a continuación y que nos han servido de cuerpo para este trabajo de investigación y para las posteriores conclusiones del final de documento.

Respecto al celador y en las distintas unidades donde se encuentran los pacientes decir que el mismo debe de realizar distintas actividades que van relacionadas con buscar el beneficio del enfermo. El mismo tiene unas necesidades muy concretas en el aseo, especialmente teniendo en cuenta aquellos enfermos que no pueden asearse por ellos mismos.

Como hemos mencionado en la introducción, es el auxiliar de enfermería el responsable de aseo de los mismos pero con la ayuda, si la necesitara, del personal no sanitario celador.

El aseo va desde el lavado de cabeza en función de la periodicidad estipulada, hasta el aseo diario teniendo en cuenta todas y cada una de las partes del cuerpo.

No obstante, aunque al celador se le encarguen otras tareas no podemos olvidar que junto con estas el mismo debe de atender sus funciones principales especialmente cuando está destinado a un área concreta o unidad de trabajo ya que de él depende parte del funcionamiento de la logística de la planta.

Aunque cuestiones relacionadas con el trabajo del celador en estos distintos espacios son aquellas que atienden al paciente que se encuentra encamado en ella. Para esto se considera fundamental que el celador tenga claro como asear al paciente, el concepto de higiene, incluso los tipos de pieles de los pacientes para así poder realizar el aseo de la manera más correcta posible. Añadido a esto debe de conocer la técnica y el material que debe de usar en esta tarea.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este estudio hemos añadido varias cuestiones que desarrollamos a continuación en estas líneas de trabajo.

En muchos momentos el celador que se encuentra en el hospital va a ser un apoyo fuerte para el personal sanitario debido a la diversidad de funciones que atiende. En este caso es un apoyo fundamental en las tareas que realiza el personal auxiliar de enfermería ya que el celador en cualquier momento puede ayudar a los mismos. Por tanto debe de conocer las técnicas y el modo de proceder en el aseo a pacientes.

Igualmente la variedad y la capacidad de atender muchas tareas distintas hace que este personal sea importante para el buen desarrollo del lugar de destino.

6 Bibliografía

Fernández García, F.(2019) Complejidad en cuidados durante la hospitalización. Universidad Sevilla.

Capítulo 686

EL CELADOR EN EL MANEJO Y CONOCIMIENTO DEL MATERIAL QUIRÚRGICO

RUBÉN GÓMEZ FERNÁNDEZ

CESAR MARTÍNEZ LÓPEZ-REY

MARÍA CONSUELO VAQUERIZO VAQUERIZO

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

1 Introducción

Para el desarrollo de este trabajo hemos tenido en cuenta diversas ideas que nos han marcado un encuadre teórico proporcionándonos una visión general del conocimiento que debe de tener el celador en el material que vamos a mencionar, así como la actuación del celador en el bloque quirúrgico. Para ello hemos tratado diversos aspectos que vamos a enumerar en el apartado de objetivos y que vamos a desarrollar un poco más adelante. El uso que hace el personal celador del material quirúrgico está bien diferenciado del resto y por tanto el celador debe de estar suficientemente bien instruido en este campo de trabajo. El área quirúrgica presenta determinadas características que hacen de que deba de tener unas condiciones especiales tanto de la propia estancia en el sitio, como del trabajo allí. Esta situación la traducimos diciendo que en esta área el personal que trabaja allí debe de conocer el material de quirófano a la perfección.

En este personal incluimos el celador ya que el mismo en ocasiones determinadas y porque se le haya encargado debe de limpiar y colocar el material de un quirófano. Por tanto, esta introducción nos ha servido para exponer desde el inicio que el celador debe conocer el material quirúrgico y también su uso ya que en algunos caso de él depende la logística de ese material de trabajo.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio van orientados acerca de exponer nociones generales del trabajo del celador en el área quirúrgica. Por otro lado la de analizar la importancia del celador en dicho bloque de trabajo.

3 Metodología

La concreción de la metodología nos lleva a revisar portales bibliográficos como DIALNET y bases de datos de relevancia como Google Scholar. La revisión de los mismos se centra en el castellano como única lengua que hemos usado ya que tenemos estudios suficientes en castellano para ello.

4 Resultados

De los resultados que hemos recogido en este estudio tenemos varios temas de estudio los cuales hemos desglosado a continuación. Relacionado con el primero de los objetivos exponemos que el celador tiene diversos trabajos que desarrollar en esta área quirúrgica, por tanto debe de tener unas nociones generales de cómo se debe de trabajar en este espacio y qué material hay en él. Igualmente debe de conocer el lugar de trabajo que en este caso es el quirófano.

Tanto el lugar de trabajo como el conocimiento del material nos dan una idea aproximada del conocimiento y formación que debe de tener el celador. El material que se ha de usar en este espacio va desde la mesa quirúrgica, las distintas lámparas de trabajo, los aparatos de anestesia, el sistema de aspiración y el propio material a través de la mesa de instrumentación. La misma es una mesa metálica que tiene ruedas en la cual se coloca el instrumental de las operaciones. Mencionar que la gestión y responsabilidad de la mesa y sus instrumentos recae en la enfermera.

Existen más material instrumental fuera de la mesa que mencionamos pero ella alberga la mayor parte del material del quirófano. Es tarea del celador conocer

y estar suficientemente bien formado como para poder limpiar y colocar dicho material de trabajo si las necesidades del lugar así lo quieren.

Determinar por último en esta exposición del trabajo que en las operaciones que se llevan a cabo, es fundamental el control de tiempo, el orden y la logística correctamente ejecutada. Todo esto teniendo en cuenta que se debe de seguir un protocolo de actuación previamente marcado y que el personal celador debe de conocer y aplicar en cada momento.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de discusión y conclusión deducimos que ambos objetivos que hemos marcado desde el inicio del escrito conformar un marco conjunto que nos da una visión general de cómo el celador en esta área debe de estar suficientemente bien instruido e igualmente debe de seguir rigurosamente el protocolo de actuación.

Concluimos que el celador debe de conocer el material con el que se trabaja en el bloque quirúrgico para poder ayudar al personal de enfermería cuando sea requerido para ello.

Por último determinamos que el celador es un personal de gran importancia en este espacio y que de él van a depender, cuando se le asigne, que el material de trabajo esté suficientemente bien preparado para su uso en una intervención.

6 Bibliografía

Iglesias Ramos, F. (2012). El celador en el área quirúrgica. Alcalá grupo editorial.

Capítulo 687

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: SÍNTOMAS Y CAUSAS

CRISTINA CASAL GARCÍA

1 Introducción

Se puede definir a enfermedad periodontal como una infección de los tejidos que sostienen los dientes en su lugar (es decir, una enfermedad que ataca principalmente a las encías). Por lo general, esta enfermedad se presenta por malos o incluso nulos hábitos continuos de higiene en el cepillado y un mal uso de la seda dental, lo que hace que la placa, una capa blanquecina que está compuesta por bacterias, se acumule en los dientes y se endurezca formando el cálculo (sarro). En etapas avanzadas, la enfermedad periodontal puede causar dolor y sangrado espontáneo de las encías, dolor al masticar e, incluso, pérdida de los dientes, ya que los tejidos de soporte están enfermos y se mueven con gran facilidad.

Es algo normal y que está comprobado, que la principal causa de estas patologías bucodentales es de origen bacteriano (aunque también pueden ser otras causas), puede afirmarse que si no se practica una regular y minuciosa higiene bucodental en casa, al llegar a la consulta odontológica no se lograrán grandes avances, ya que por parte del técnico en higiene bucodental y un profesional especializado en odontología, se podrán realizar diversos tratamientos para tratar de frenar la enfermedad, si esto no es suficiente estas enfermedades seguirán una evolución progresiva, donde la afectación de la encía y de las estructuras de soporte del diente se irá intensificando aún más.

2 Objetivos

- El objetivo principal de este trabajo será dar a conocer la enfermedad periodontal, así como sus síntomas, causas y prevención.

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: enfermedad, periodontal, encías.

4 Resultados

En el interior de nuestra boca se encuentran numerosas bacterias y gérmenes, por ello es de gran importancia realizar una técnica correcta de higiene tras cada comida, con un correcto cepillado de dientes, el uso de la seda dental y un colutorio adecuado. En un estadio inicial, antes de llegar a la enfermedad periodontal, pasamos por una fase denominada gingivitis, esta se produce por el depósito de estas bacterias sobre las encías, lo que se denomina placa bacteriana. La gingivitis se puede producir por diferentes causas:

- La primera y la más habitual suelen ser unos malos hábitos en la higiene oral diaria que permite que las bacterias que se depositan en las encías sean en gran cantidad. Aunque también hay una serie de factores que no están relacionados con la higiene, como son:
 - + Factores de predisposición genética.
 - + Consumo excesivo de tabaco a diario.
 - + Exposición a situaciones de estrés continuas en la vida diaria.
 - + Por diversas enfermedades crónicas, como el SIDA y la diabetes.
 - + Por el consumo de una dieta rica en azúcares y pobre en alimentos frescos.
 - + Por el consumo de determinados medicamentos que pueden provocar la inflamación de las encías.

Es muy importante destacar, que la gingivitis es la evolución normal hacia una enfermedad periodontal o periodontitis si no es tratada adecuadamente. Los principales síntomas que padecen los pacientes cuando tienen enfermedad periodontal son:

- Las encías de color rojo y muy inflamadas
- Sangrado constante de las encías durante el cepillado e incluso de forma espontánea.
- Mal aliento
- Pérdida del tejido de soporte de los dientes
- Dolor al tocar las encías.

La prevención y correcto tratamiento de la gingivitis, pueden evitar en muchas ocasiones la aparición de la periodontitis.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar el presente trabajo diremos que, es de vital importancia una correcta higiene oral diaria con un buen cepillado, uso de seda dental y un colutorio específico para cada caso.

El técnico en higiene bucodental juega un papel muy importante en la prevención de la gingivitis y la enfermedad periodontal, educando al paciente para que lleve a cabo unas pautas adecuadas y de la mejor manera para evitar que aparezcan dichas patologías. Por lo que, una limpieza bucal al año en la consulta odontológica no te evitará una gingivitis, sino que realizas las pautas adecuadas en tu hogar y de forma diaria.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001059.htm>
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/periodontitis/symptoms-causes/syc-20354473>
3. <https://www.periodontal-health.com/es/causas/>

Capítulo 688

INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE IXODOIDEOS

LAURA SUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

Los ixodoideos forman parte de una gran familia de ácaros que forman una rama propia, los Metastigmata (son los ácaros de mayor tamaño). Conocidos popularmente como garrapatas, se consideran sistemáticamente próximos a las arañas y escorpiones.

Las garrapatas están compuestas por tres familias: Ixodidae, Argasidae y Nuttalliellidae. Las primeras se llaman comúnmente “garrapatas duras”, mientras que las segundas, por oposición, reciben el calificativo de “garrapatas blandas”. La familia Nuttalliellidae solamente tiene una especie conocida, *Nuttalliella namaqua*, y parece representar un eslabón perdido.

Una vez que estos insectos entran en contacto con el cuerpo humano, se desplazan con frecuencia hacia lugares calientes y húmedos. A menudo se encuentran en las axilas, las ingles y el cabello. Se adhieren firmemente a la piel y comienzan a alimentarse de sangre. Este proceso no es doloroso. La mayoría de las personas no se dan cuenta de la picadura de la garrapata.

La babesiosis humana es una zoonosis (enfermedad propia de los animales que accidentalmente puede afectar a las personas) adquirida por la picadura de una garrapata. Es una patología poco común en la que la persona afectada interactúa con el ciclo natural de parásito en el ambiente, raramente se puede adquirir por transfusiones de sangre o infecciones transplacentarias. Muchas veces no es diagnosticada y pasa confundida en zonas donde es endémica la malaria, con esta, siendo entonces una enfermedad poco estudiada y conocida.

2 Objetivos

- Conocer que es la babesiosis y como puede adquirirla una persona.
- Identificar una garrapata y describir el proceso para retirarla de la piel en caso de picadura.
- Detectar la enfermedad en el laboratorio.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha procedido a una revisión en diferentes páginas de salud, además de consultar diversos artículos relacionados con garrapatas y babesiosis. Se han utilizado plataformas como medigraphic, Google; también se han utilizado bases de datos como Pubmed o Medline.

4 Resultados

La babesiosis, es una infección de los glóbulos rojos que causa el parásito *Babesia* que transmite la ninfa de la garrapata (familia Ixodidae). La *Babesia* invade los eritrocitos y los destruye.

El ciclo vital de la *Babesia* envuelve a 2 huéspedes, normalmente un roedor y una garrapata.

- Etapas en el roedor. Los esporozoitos se insertan en la sangre del roedor por una picadura de la garrapata. Los esporozoitos entran en los glóbulos rojos y se convierten en trofozoitos. Da comienzo la reproducción asexual de los trofozoitos que liberan merozoitos a la sangre, los cuales infectan nuevos glóbulos rojos.
- Etapas en la garrapata. Cuando una garrapata pica a un roedor infectado, los gametos se fusionan en el intestino de la garrapata dando lugar a un cigoto. Los cigotos, a su vez, se convierten en oocinetos móviles que entran en las glándulas salivares de la garrapata. Comienza un ciclo de esporogonía que da como resultado nuevos esporozoitos, que pueden volver a ser inyectados en un roedor por la picadura de la garrapata.
- Etapas en el humano. Las personas se introducen en el ciclo cuando les pica una garrapata infectada. Mediante esa picadura se introducen esporozoitos en la sangre. Pasa lo mismo que en el roedor, los esporozoitos entran en los glóbulos rojos convirtiéndose en trofozoitos y segregan a los merozoitos. La multiplicación en la sangre es la responsable de los síntomas clínicos de la enfermedad. Los humanos se convierten en un callejón sin salida, pues la probabilidad de que una misma

persona vuelva a ser picada por otra garrapata es muy pequeña. Sin embargo, podría producirse una transmisión persona a persona a través de una transfusión de sangre.

SÍNTOMAS

La mayoría de infecciones se dan en personas sanas de menos de 40 años. En algunos casos es potencialmente mortal.

La infección de Babesia puede ser totalmente asintomática o puede presentar con enfermedad. Los síntomas suelen manifestarse entre una y cuatro semanas después de la picadura de una garrapata infectada o de una semana a seis meses después de recibir una transfusión con sangre contaminada. La mayoría de síntomas tienen una duración de una a dos semanas, pero la fatiga puede persistir durante varios meses. En los pacientes inmunodeprimidos o ancianos se pueden producir infecciones más graves y prolongadas con recaídas que requieren ingreso hospitalario. En estos casos la babesiosis es potencialmente mortal.

Algunos de los síntomas que produce son: Fiebre alta. Dolor de cabeza. Escalofríos. Dolores articulares.

Dolores musculares. Fatiga por anemia hemolítica. Ictericia. Agrandamiento del hígado y del bazo.

DIAGNÓSTICO

Para llegar a un diagnóstico correcto, se realiza un análisis de sangre.

Los médicos pueden sospechar babesiosis en personas que presentan síntomas característicos y anemia hemolítica y que viven o han viajado a una zona donde la infección es frecuente. A menudo, la persona afectada no recuerda una picadura de garrapata.

Para diagnosticar la babesiosis, el médico suele examinar una muestra de sangre al microscopio para detectar la presencia de Babesia. Para ayudar a identificar los protozoos, se puede analizar una muestra de sangre para buscar material genético (ADN) de Babesia o anticuerpos contra Babesia. (Los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunitario para ayudar al organismo a defenderse de un ataque en concreto, incluyendo los ataques realizados por parásitos).

PRUEBAS EN EL LABORATORIO

Puesto que los síntomas y los signos de la enfermedad pueden ser relativamente no específicos, la prueba de laboratorio es esencial para el establecimiento de una diagnosis correcta. El método diagnóstico primario es detección microscópica de

parásitos en el examen de la película de sangre, aunque el uso de la reacción en cadena de polimerasa (PCR) esté aumentando y el serodiagnóstico puede ser útil.

- Microscopio

El examen de las manchas finas de la sangre para descubrir parásitos dentro de eritrocitos es la técnica más de uso general para diagnosticar infecciones con Babesia. Después de que sea adecuado la coloración de las manchas periféricas de la sangre con la mancha de óxido de Giemsa o de Wright, los parásitos de Babesia se pueden considerar dentro de eritrocitos, mientras que el anillo oscuro-manchado da forma con citoplasma azul claro.

Es necesario examinar manchas múltiples, puesto que, durante el primer tiempo de la enfermedad, solamente algunos glóbulos rojos pueden ser infectados. Entre individuos con los sistemas inmunes sanos, el fragmento de la parasitemia es raramente más del 5%, pero puede ser hasta el 85% en gente asplénica (ausencia del bazo). Además, la duración de la parasitemia que es perceptible en manchas de la sangre varía de personal, colocando a partir de tres semanas a doce semanas. Generalmente, el análisis de la mancha de la sangre es un proceso bastante subjetivo, que depende inevitablemente del tiempo que emplea el observador y de la experiencia, dedicados al examen de la muestra. La necesidad de distinguir morfología babesial y la probabilidad de la parasitemia de bajo nivel puede llevar a las diagnosis inexactas, que es porque las aproximaciones diagnósticas se están refinando constantemente.

- Serología

El análisis de la inmunofluorescencia indirecta (IFA) es una prueba serológica de uso general, sensible y específica usada para diagnosticar babesiasis humana. El título para un resultado de la prueba positivo varía entre los laboratorios, aunque títulos más altos (1:128 al 1:256) se conecten a la especificidad diagnóstica perfeccionada.

En el caso de la infección del microti de Babesia, los anticuerpos son generalmente perceptibles cuando diagnostican a los pacientes inicialmente, mientras que la diagnosis serológica en el caso de la infección de los divergens de Babesia no es generalmente posible, debido a la infección que es demasiado seria o severa, puesto que los anticuerpos son solamente 7 a 10 días identificables que siguen el inicio de la hemoglobinuria.

Una desventaja potencial a la prueba serológica es la posibilidad de la reactividad cruzada debido a la presencia de otros parásitos del protozoario. Esto generaría resultados falso-positivos. La presencia de desórdenes del tejido conectivo tales como artritis reumatoide, por ejemplo, puede también dar lugar a un falso-positivo, mientras que un resultado del falso negativo se puede generar en el caso

de un paciente inmunosuprimido.

- Molecular

La detección adecuada de la infección suave de la babesiasis exige a menudo métodos más sensibles. El revelado de técnicas más sensibles basadas en la polimerización en cadena (PCR) ha permitido diagnosticar y vigilar incluso casos suaves de la infección.

En el caso de la infección del microti de Babesia y de los divergens de Babesia, los análisis Polimerización en cadena basados de la detección implican generalmente la amplificación de las series del ADN que se conservan altamente y la comparación de los resultados con las series conocidas salvadas en una base de datos. Esto facilita la identificación exacta del parásito de infección.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento para la babesiosis de leve a moderada consiste en la administración de agentes antimicrobianos aproximadamente durante 7 o 10 días. Para los pacientes con babesiosis grave, se necesita tratamientos intravenosos y realizar revisiones más minuciosas para evitar efectos secundarios. En los casos más graves puede incluso llegar a realizar una transfusión de sangre parcial o incluso completa. Las personas que presentan enfermedades autoinmunes, pueden necesitar tratamientos antimicrobianos durante 6 semanas.

Es fundamental realizar ciertas medidas preventivas, las cuales incluyen evitar las zonas con presencia de garrapatas, revisar todas las zonas del cuerpo en busca de garrapatas, usar ropa protectora y productos repelentes.

6 Bibliografía

<https://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2007/ace074a.pdf>

<https://www.lavanguardia.com/vida/salud/enfermedades-raras>

http://sea-entomologia.org/IDE@/revista_13.pdf

<https://www.news-medical.net/health/Diagnosis-of-Babesiosis.aspx>

Capítulo 689

PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA: INTERVENCIÓN DE LA T.O. EN EL SÍNDROME GERIÁTRICO: INMOVILISMO

MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA

SILVIA CUPIDO ESCALONILLA

MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando el anciano está hospitalizado es necesario el equipo interdisciplinar. Tras la Valoración Inicial, se aplicará un tratamiento conjunto. El Terapeuta Ocupacional ayuda al paciente a efectuar los movimientos comprendidos en el tratamiento, pero siempre debe ser el propio paciente el que los realice en la medida en que sea posible para lograr su independencia paulatina.

Necesidad de implicar a la familia, el soporte profesional y la implicación del personal sanitario. Evitar sobre protección y prisas.

Condicionantes previos a la Valoración funcional:

La actuación con pacientes encamados va a potenciar su funcionalidad. Aspectos fundamentales:

- Motivo del encamamiento.

- Patologías asociadas (incapacidad anterior que puedan limitar la movilidad y las enfermedades o alteraciones de los sentidos).
- Complicaciones aparecidas durante el periodo de inmovilización.
- Estado de la función cognitiva, la situación emocional y el cuadro psicológico del paciente y la interrelación de estos 3 factores. Si hay agitación diurna o nocturna, si hay alteraciones del estado de ánimo.
- Condicionantes externos.
- Circunstancias so (si hay familia y grado de implicación, soporte económico y recursos sociales disponibles).
- Destino al alta.

Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVDs)

Valoración de las capacidades e incapacidades. Existen numerosas escalas e instrumentos de valoración para conocer la situación funcional del anciano, con ellas evaluaremos:

- La capacidad funcional para la realización de las ABVDs y AIVDs previas al ingreso: interrogando al paciente y a la familia. Información subjetiva.
- Capacidad funcional para realizar las ABVDs en el momento del ingreso: más objetiva, se observará lo que puede y lo que no puede hacer.

Las dos escalas de mayor difusión son el Índice de Katz y el Índice de Barthel. Ambas tienen fines idénticos.

Aunque son una ventaja por la rapidez, tiene limitaciones por la simplificación de una situación compleja. Nos da un perfil rápido del grado de dependencia, pero no sirve para aplicar al tratamiento específico.

Para planificar el tratamiento necesitamos escalas específicas de Terapia Ocupacional.

2 Objetivos

Objetivo general

Conocer el síndrome de inmovilidad en profundidad y su repercusión en la salud del anciano.

Objetivos específicos

- Diferenciar, desde una perspectiva integral, las necesidades alteradas en adulto mayor basándonos en el modelo Virginia Henderson.
- Detectar principales diagnósticos de enfermería en el síndrome de inmovilidad.
- Identificar resultados (NOC) e intervenciones (NIC) adecuados y coherentes.

- Proponer un plan de cuidados estandarizado para pacientes con síndrome de inmovilidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 realizarán actividades específicas dentro de cada área para lograr la movilización progresiva del paciente.

Será estimulado a moverse por sí mismo de forma gradual y progresiva. Enseñarle patrones de movimiento normal, atendiendo especialmente a las incapacidades o patologías asociadas.

Lo más precozmente posible para tener una menor pérdida de habilidades de ejecución y efectos indeseables de la inmovilidad: progresiva debilidad y fatiga que llevarán a la postración y dependencia.

Movilidad en cama:

Secuencia de movilidad en cama: supino-lateral, desplazamiento lateral, hacia arriba y hacia abajo

Se parte siempre de la posición de supino.

- Para girarse: apoyar pie contralateral, pasar mano por encima del tronco e impulsarse. Si ayuda, el terapeuta ocupacional en el lado hacia el que se va, mano en cadera y escápula
- Para movimiento lateral: elevar la cadera con flexión de rodilla y desplazarla lateralmente. Si el tronco no está alineado, apoyar codos y cabeza y trasladarse. Si precisa ayuda, el terapeuta pondrá las manos debajo de cadera y luego debajo de escápula.
- Para desplazamiento hacia arriba: flexión de rodillas y apoyar pies para elevar cadera, apoyar codos e impulsarse. Si precisa ayuda, el terapeuta ocupacional pondrá las manos en la cadera. Si hay cabecero o triángulo, se usará para ayudarse
- Para desplazamiento hacia abajo: ligera flexión de rodillas y apoyo de codos y talones.

Fase de sedestación:

Inicio precoz:

- Sentarse al borde de la cama: elegir lado. Evitar posturas inadecuadas. De supino, desplazar los miembros inferiores hasta sacarlos de la cama, girar para quedar de lateral y trasladar el peso del tronco al codo y luego a la mano. El otro brazo, auxiliar para equilibrarse. Otra variante: girar a lateral sin bajar miembros inferiores. Si el paciente precisa ayuda, el terapeuta desplazará los miembros inferiores e impulsaremos con una mano en cintura escapular y después en parte posterior de la cabeza. Se evaluará el control de tronco y equilibrio sentado. En esta postura se trabajará el equilibrio con ejercicio de control de tronco en sedestación, sin apoyos laterales ni posteriores hasta que recupere reflejos posturales. Preparación para transferencias.

- Transferencias: variará según el grado de dependencia. Desde un primer momento que las haga el propio paciente implicando los miembros inferiores. Sentado al borde de la cama y con una silla al lado. Ayuda de 2 personas que le cojan por debajo de la axila y le ofrezcan la otra mano para que el paciente se sujete a modo de bastón (buena sujeción). Pies bloqueando los del paciente y rodillas fijadas (Evitar claudicación). Después, giro supervisado para sentarse en la silla (sin desplomarse). A mayor fuerza muscular y colaboración, retirar ayuda. 1 ayudante: colocado delante, fija rodillas, manos por debajo de las axilas en escápulas. Giran a la vez. Paciente con manos en reposabrazos y que vaya bajando

- Actividades básicas de la vida diaria elementales: que impliquen miembros superiores y potencien miembros inferiores. Higiene de la cara y alimentación. Poco esfuerzo. Con silla de ruedas que permita ir hasta el baño. Implicar miembros superiores en actividades de aseo más complejas. Se previene la inmovilización, se potencia función motriz, sensitivoperceptivo y cognitivo, movimientos amplios, sensibilidad térmica y táctil, destrezas manipulativas (destreza fina, coordinación bimanual), trabajo del equilibrio (inclinación de tronco). Colocar los objetos en diferentes planos. A nivel cognitivo (concentración, atención y orientación e identificación de objetos). Al principio puede requerir estimulación verbal y refuerzos verbales. Conocimiento del esquema corporal implicado. Mejora de la autoestima. Y también la salida de la habitación gracias a la silla de ruedas.

Fase de bipedestación

Implicará sus miembros inferiores, aunque necesite ayuda de 1 o 2 personas o de productos de apoyo. Si no tiene estabilidad, mantenerlo de pie unos minutos con apoyo del terapeuta ocupacional o del producto de apoyo e ir aumentando el tiempo y disminuyendo el apoyo.

- Sentarse y levantarse de la silla: deslizarse al borde del asiento, manos en re-

posabrazos, pies firmemente apoyados e inclinación de tronco mientras se ayuda de brazo. Al principio, con asistencia: mano del terapeuta para impulsar levemente la parte posterior del cuello y con la otra mano ayuda al miembro superior del paciente. Pierna y pie delante de las del paciente con el fin de fijar rodilla y pie. Para sentarse, colocarse de espaldas a la silla hasta que toque la pierna por detrás. Manos en reposabrazos y bajar despacio

- Bipedestación: puede presentar una postura en triple flexión (anteflexión de tronco, ligera flexión de cadera y rodillas). Dependiendo del patrón postural, se indicará la posición que se debe adoptar. Corregir desequilibrios posturales y flexión de cadera y rodillas. En ocasiones, las correcciones son difíciles. Tratamiento favorecido si se potencia la musculatura de miembros inferiores. Importante evitar claudicaciones en miembros inferiores para evitar caídas y posibles complicaciones (“síndrome de postcaída”: falta de confianza del paciente por miedo a volver a caerse). Esta situación retrasa y empeora el tratamiento.

Fase de deambulación

A partir de una postura aceptable de equilibrio en bipedestación. Precozmente. Primero en la habitación y con productos de apoyo según nivel de dependencia (favorecen la estabilidad y proporcionan seguridad). Importancia de retirarlas cuando no sean necesarias para que se evite la supeditación a aparatos. Unir a intervalos de sedestación que dependerán de la tolerancia al esfuerzo (bien que repose largos periodos, o que prime la actividad y descansen intervalos cortos). Especial cuidado en patologías cardiorrespiratoria asociada. Algunos, trastornos específicos de la marcha o el equilibrio que deben ser explorados.

- Test de medición: Tinetti (el más completo de los validados), test de Romberg (prueba de ponerse a andar), test de Wolfson y la Evaluación Cronometrada de la Estación Unipodal.

Actividades de la vida diaria de higiene y vestido:

Se requiere mayor movilidad y capacidad cognitiva.

Se trabajarán según vaya siendo la evolución del anciano.

Paralelamente a los ejercicios de sedestación y bipedestación.

Se comenzarán cuando haya cierto control de tronco en sedestación. La higiene y vestido se harán en esta postura (potencia miembros superiores y estimula sus funciones).

Desde sedestación, se hacen con seguridad. Requerirá ayuda para lavarse y vestirse miembros inferiores. También, se pueden usar productos de apoyo.

A medida que el paciente consiga mantenerse de pie y tras cerciorarnos de no claudicación de miembros inferiores, actividad de higiene y vestido en bi-

pedestación, con periodos de descanso en sedestación. Reforzaremos patrones posturales y el equilibrio durante la bipedestación (indispensable para la deambulación).

Calzado:

Muy importante el tipo de calzado, tanto para las transferencias como para la bipedestación y la deambulación. La mayoría de pacientes usa calzado inapropiado. A veces el problema radica en que no se pueden calzar solos (si es eso, le ayudaremos hasta que pueda o le daremos un calzador largo).

Para una buena base de sustentación: zapatos bien ajustados que recojan todo el pie, con tacón ancho de 1,5-2 cm de altura y suela antideslizante, sujetos por sí mismo o con velcros o gomas sin presentar puntos de presión.

En patologías específicas, a lo mejor se requerirá una suela más deslizante. En patologías de pie: adaptaremos el calzado, férulas o botas especiales.

- El envejecimiento se asocia con una serie de cambios en la musculatura y esqueleto óseo, lo que indica que existe una relación directa entre envejecimiento y deterioro músculo-esquelético.
- La causa más común que produce una mayor limitación de los movimientos y por consecuencia acentúa el síndrome son las enfermedades músculo-esqueléticas, en concreto la osteoporosis y las inflamaciones articulares (artritis).
- Las demencias y los problemas cardiovasculares provocan grandes incapacidades que comprometen la movilidad de la persona.
- Los factores de riesgo principalmente son la toma de muchos medicamentos, la inestabilidad producida la mayoría de las veces por los medicamentos, pérdida de agudeza de los sentidos, lo que conlleva a un elevado riesgo de caídas y de lesiones.
- Existen diferencias entre factores de riesgo biológicos y psicológicos, donde los factores más predictivos son los biológicos y haciendo referencia a la depresión y delirium como factores psicológicos que también pueden comprometer a agravar el síndrome de inmovilidad.
- Las complicaciones más comunes que aparecen a estos pacientes son las sobre todo urinarias y las infecciones de pecho, úlceras por presión y el estreñimiento.
- Los principales dispositivos de ayuda a la movilidad de estos pacientes son la silla de ruedas y el bastón.
- El síndrome de inmovilidad es una patología muy compleja que altera muchos diagnósticos enfermos en los pacientes que lo sufren, estudios analizan cuáles son los diagnósticos comunes y específicos de cada unidad relacionados con el síndrome de inmovilidad.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizado el contenido del capítulo se llega a la conclusión de que, el síndrome de inmovilidad representa un problema de salud común en la atención geriátrica, relacionadas especialmente con el neurológico y trastornos osteoarticulares, limitando la movilidad. Es uno de los síndromes geriátricos más comunes y que se da con mayor frecuencia en edades avanzadas. Todos los artículos revisados con el descriptor: síndrome de inmovilidad o immobility syndrome coinciden en que los grupos de edad de 80 y más años es donde se presenta la mayoría de los casos de este síndrome.

Existiendo una mayor prevalencia en el sexo femenino, aunque para esta afirmación es importante tener en cuenta las altas tasas de mortalidad masculina y que la institucionalización de las mujeres es el predominio de las mujeres en la población de edad avanzada y las mayores posibilidades de desarrollar enfermedades crónicas e incapacitantes.

6 Bibliografía

- Deterioro funcional en el anciano: significado, prevención y tratamiento M.P. Mesa y M. Forcano Hospital Geriátrico San Jorge. Zaragoza.
- Pedro Tarrés P. Síndrome de inmovilidad. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2004. p. 177-186.
- Durante Molina P. Caídas y accidentes. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2004. p. 99-114.

Capítulo 690

EL CELADOR Y LOS PRINCIPIOS DE MECÁNICA CORPORAL

ROSA MARIA VARGAS BRAVO

ROSARIO TEJERO TOLEDO

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

M^a PILAR MARTIN MERINO

ENRIQUE ALAMO SANTIAGO

1 Introducción

Cuando hablamos de lo que significa la mecánica corporal nos estamos refiriendo a las normas imprescindibles que se deben de dar en el momento en el que se desplaza a otro lugar a un enfermo o simplemente se le mueve de la posición en la que se encuentra. Este hecho le corresponde por norma al personal celador, ya que de él dependen tanto los cambios posturales, como los desplazamientos a otros espacios del hospital. Existen unas reglas que han de seguir los celadores, tanto de cambios posturales como en los desplazamientos. El celador realiza estas tareas que son imprescindibles para el bienestar del paciente y también para el buen proceder del resto de tareas de personal sanitario. Existen muchas técnicas de mecánica corporal y será el celador el que se encargue de tener la precaución de qué cuando se inicie cualquier movimiento de este tipo mecánico, el paciente deba de estar en la postura adecuada para no dañarlo. Una mecánica corporal bien ejecutada ayuda tanto a los pacientes como al personal del sistema nacional

de salud. Con ello se previenen lesiones e incluso al celador se le pueden evitar fatigas innecesarias por realizar una mala maniobra en la movilización o traslado del paciente.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio los enumeramos a continuación:

- Mencionar determinadas características de los principios de la mecánica corporal.
- Analizar el papel del celador respecto a la realización de la mecánica corporal y su aplicación al paciente del hospital.

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

La mecánica corporal y su correcta ejecución está relacionada con una serie de elementos o reglas básicas para que los celadores que trabajan en el hospital con los desplazamientos del paciente los realicen de manera correcta. Dichos cambios posturales se pueden dar desde para cambiar al paciente de área de destino o porque el inmovilismo tiene una serie de consecuencias las cuales hay que evitarlas en la medida de lo posible. De las reglas en la mecánica postural que aludimos nos vamos a referir a aquellas que son esenciales y las vamos a relacionar directamente con el personal celador. En primer lugar, estaríamos hablando de una de las técnicas o herramientas que sería aportar una base suficientemente amplia de apoyo, mientras se mantienen los pies del enfermo uno delante del otro. Esto hace que el centro de gravedad del paciente quede más centrado y así poder dar estabilidad al enfermo al inicio de la maniobra. No obstante, el celador debe de tener en cuenta lo siguiente: una de las funciones básicas que debe de tener en cuenta el celador es que el paciente debe de mover y acomodar al paciente en la cama de manera correcta, para ello el celador debe de conocer las distintas técnicas de mecánicas corporales y su correcta manipulación. Debe de conocer

igualmente este profesional de la salud el centro de gravedad de cada uno de los movimientos que ejecute con el paciente. Sabiendo cuestiones como que la fuerza requerida para mantener el equilibrio del cuerpo, aumenta conforme la línea de gravedad se aleja del punto de apoyo. Es por esto que en la relación del celador con las técnicas de mecánica corporal debe conocer además de las distintas técnicas que debe de emplear es igualmente importante saber cómo se comporta el cuerpo anatómicamente a la hora de desplazarse.

5 Discusión-Conclusión

De las distintas conclusiones que hemos sacado visualizamos, por un lado, que las características en cuanto a la mecánica corporal contemplan una gran variedad de aspectos y situaciones que se pueden dar en el trabajo del celador. Es por ello que el mismo debe de conocer, por un lado, las técnicas de mecánica corporal, pero también tener conocimientos de cómo se comporta el cuerpo anatómicamente en los distintos movimientos de desplazamiento que debe de realizar. Esta cuestión debe de ser considerada, ya que el celador debe de movilizar al paciente con la menor fuerza posible tratando siempre de ayudarse del cuerpo del paciente en el desplazamiento. Es, por tanto, importante los conocimientos que el celador tenga de mecánica corporal en diversos aspectos así como su aplicación de manera correcta.

6 Bibliografía

Sánchez López, I. (2015) Pacientes dependientes encamados: la movilidad. Área de innovación y desarrollo.

Capítulo 691

LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EL CELADOR EN EL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS

ELENA DEL HORNO DIAZ

1 Introducción

Dentro de las urgencias hospitalarias es recomendable que sepamos diferenciar dos términos, estos son urgencias y emergencias.

Entendemos por emergencia a una situación crítica que pone en peligro la vida del paciente y requiere una atención médica de inmediato.

La urgencia es aquella situación que implica un riesgo para el paciente y la atención no se debe demorar más de un intervalo de tiempo entre 24-48 horas.

El servicio de urgencias está compuesto por un equipo multidisciplinar que consta de médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, administrativos y celadores, entre otros.

En este servicio se desarrollan las funciones de una manera coordinada y en cadena, y para ello la figura del celador es muy importante, por eso se deben de tener nociones básicas respecto a las funciones que desarrollan dentro del servicio especial de urgencias.

En urgencias podemos diferenciar diferentes áreas entre las que se encuentran: admisión de urgencias, triaje, boxes, sala covid, observación, box de pacientes respiratorios, salas de exploración y de tratamiento, salas de espera.

Dentro de la asistencia en urgencias, como hemos dicho al principio, diferenciamos dos conceptos, por ello en el caso de que entre al servicio de urgencias una emergencia deberemos de acudir a la REA, que es la sala de reanimación, y

está dotada de todos aquellos materiales e instrumental para poder estabilizar al paciente.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las funciones que desarrolla el celador dentro del servicio especial de urgencias, así como del funcionamiento de las mismas

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente utilizando las bases de datos más importantes como: Google Scholar, Medline, Scielo, Pubmed.

También se ha revisado la literatura científica sanitaria existente en referencia a las funciones que desarrolla la figura del celador dentro del servicio especial de urgencias.

4 Resultados

Las funciones que desarrolla el celador en el servicio especial de urgencias se encuentran correctamente recogidas dentro de los artículos 13.9 y 14.2 del estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.

- Recepcionarán a los pacientes tanto aquellos que vengan en ambulancia como aquellos que acudan allí por medios propios. A todas las personas que asistan allí se les debe de proporcionar ayuda en todo aquello que necesiten, como por ejemplo en el traslado y deambulación, utilizando sillas o camillas.
- En el caso de encontrarnos con una situación de emergencia, se avisará al personal sanitario lo antes posible.
- Se tendrá previsión de sillas y camillas en la entrada de urgencias, para cuando sean necesarias.
- Vigilar y supervisar las entradas de urgencias, evitando así que accedan personas que no se encuentran autorizadas.
- ..Ayudarán al resto del equipo como enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería a todo aquello que necesiten, como al traslado de enfermos encamados, de una camilla a otra.

- . Proporcionarán a los usuarios una información general, no pudiendo ser esta ni administrativa ni sanitaria.
- . Se encargarán de transportar las muestras y analíticas de los pacientes hacia el laboratorio para su posterior análisis.
- . Portarán de los documentos de los pacientes siempre que los vayan a trasladar a otras dependencias, asegurándose en todo momento que el paciente está debidamente identificado.
- . Traslado de pacientes al servicio de rayos, quirófano, paritorios, reanimación, planta...
- . Cuando acuden los pacientes a los boxes se les pondrá un camisón y se les cambiará el pañal aquellos que lo necesiten, siempre con la ayuda del TCAE.
- . Colaborar en la inmovilización de pacientes para la realización de pruebas diagnósticas, en el caso de que estos se encuentren agitados o desorientados.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el presente trabajo de investigación, la figura del celador en el servicio especial de urgencias es muy importante. Trabaja en un equipo multidisciplinar compuesto, principalmente, por médicos, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Ayudará a estos en todas las actividades que se les requiera, y que se encuentren debidamente detalladas dentro del Estatuto de Personal No sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Se encargará personalmente del traslado de pacientes a las áreas donde el médico especialista haya determinado previamente. Por eso, si alguna vez tenemos dudas de cuáles son las funciones que debemos desempeñar, siempre podremos acceder a dicho documento.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>
<https://revistamedica.com/celador-urgencias/>
<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>
<https://medline.com/celador-urgencias/>

Capítulo 692

IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

ROSA MARIA VARGAS BRAVO

ROSARIO TEJERO TOLEDO

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

M^a PILAR MARTIN MERINO

ENRIQUE ALAMO SANTIAGO

1 Introducción

El trabajo del celador lo vemos desarrollado tanto en los hospitales como en los centros de salud. Muchas de las tareas que ejercen los mismos son fundamentales en ambos espacios sanitarios. Dichos cometidos los vamos a relacionar con la importancia que tiene el celador dentro de un equipo multidisciplinar.

El equipo recoge una gran variedad y amplitud de personal que en su mayoría es sanitario, no obstante hay personal que no es sanitario que cobra una gran importancia dentro de un equipo multidisciplinar. Es el caso del celador, ya que viene a realizar funciones que en muchos de los casos completan al personal sanitario y en su conjunto al equipo multidisciplinar.

El equipo debe de realizar sus tareas de manera individual, pero teniendo en cuenta cuestiones fundamentales para el desarrollo de su trabajo, como son el conjunto y la organización, así como la coordinación y el buen proceder de manera conjunta.

En el caso del celador, su trabajo se convierte en imprescindible, ya que debe de atender una amplia diversidad de servicios en dicho equipo hospitalario o a nivel de centro de salud. Es por tanto indispensable que el celador deba de saber cuáles son sus tareas y cómo coordinarlas con el resto del equipo multidisciplinar en el cual esté integrado.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio los enumeramos a continuación:

- Estudiar y valorar la relación del equipo multidisciplinar en la sanidad.
- Analizar la importancia del celador en el equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En primer lugar queremos exponer la importancia del trabajo en un equipo multidisciplinar para la sanidad pública. La labor del profesional de la salud es mucho más eficaz cuando sus funciones se hallan integradas dentro de un equipo multidisciplinar. En general, el trabajo de este equipo en la sanidad es resolver problemas al paciente, especialmente si estos son complejos. Por ejemplo el paciente puede tener dificultad desde que acude al centro hospitalario o de salud y tienen necesidad de una información general inicial, en esta función se encuentra trabajando el celador. Esta información inicial dará paso a la siguiente necesidad y es la que se relaciona con quienes realizan los trámites necesarios para ser atendidos por el personal sanitario, nos referimos al equipo administrativo que atiende al paciente. En este desarrollo de necesidades es posible que este trámite anterior lo continúe realizando el equipo médico que deba de atenderlo, ya que es muy probable que sea la finalidad última del usuario, el que lo atienda el equipo médico.

Por eso, la labor de un equipo multidisciplinar en la sanidad debe de estar coordinada y organizada entre los distintos profesionales, desde el primero de ellos que suele ser el celador, hasta el último.

Por último, se debe de tener en cuenta en un equipo multidisciplinar y relacionado con el celador, que el mismo debe de tener informado al resto del equipo sobre las labores que sean competencia de otro profesional o relevantes para el propio equipo multidisciplinar.

Dentro de un equipo multidisciplinar es importante el celador, ya que disminuye la carga de trabajo, ya que es uno más ejecutando la labor, debe de presentar una buena organización, de realizar una mejora de la calidad, así como una optimización de los recursos materiales y humanos.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones hemos determinado lo siguiente:

El equipo multidisciplinar es de suma importancia en el sistema sanitario público por varias cuestiones. El mismo al trabajar de manera coordinada con el resto de los profesionales, permite dar un mejor servicio, de mayor calidad, así como aunar fuerzas con el resto de profesionales de la salud, siendo el mejor instrumento de trabajo conjunto para la sanidad.

Por otro lado determinamos que el celador es una parte importante del equipo multidisciplinar debido al apoyo que presta al resto de profesionales de la salud. Es por tanto, la labor del celador junto con el equipo multidisciplinar imprescindible para el sistema sanitario público.

6 Bibliografía

- FRENCH, Wendell L. (1991): Administración de Personal. Desarrollo de Recursos Humanos. México: Limusa.
- RECIO FIGUEIRAS, E. M. (1986): La planificación de Recursos Humanos. Barcelona: Hispano Europea. Citado por CLAVER y otros (1995: 234).

Capítulo 693

EL CELADOR EN LA UNIDAD DEL PACIENTE

ROSA MARIA VARGAS BRAVO

ENRIQUE ALAMO SANTIAGO

ROSARIO TEJERO TOLEDO

M^a PILAR MARTIN MERINO

MARIA INMACULADA JUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

El trabajo del celador en la unidad del paciente viene a determinar cuestiones que nos van a ayudar en este apartado de introducción a desarrollar el resto de la investigación en la unidad del paciente.

El área que la conforma el espacio de la habitación, el mobiliario que se encuentra en él y también los materiales que va a utilizar el enfermo durante el tiempo que esté hospitalizado son tres cuestiones básicas que debe de controlar el celador a la hora de ejercer su trabajo en esta unidad del paciente.

Es por ello que en una habitación del hospital existirán tantas unidades de pacientes como número de camas nos encontremos y, por tanto, por cada uno de los pacientes deducimos que tienen una unidad de paciente.

De estas cuestiones que estamos definiendo son importantes porque el celador debe de controlar estos tres aspectos a la hora de velar por el buen desarrollo de la unidad de destino que es la unidad de paciente.

A continuación en el apartado de resultados vamos a mencionar ideas generales acerca de aspectos que debe de tener en cuenta el celador en la unidad de paciente y todo ello relacionado con las tres ideas principales que conforman una unidad de paciente.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio los vamos a analizar en los dos puntos siguientes. Analizar qué es y qué elementos conforman la unidad de paciente de un hospital. Valorar la unidad de paciente respecto del personal celador.

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 visualizar la estructura general y la composición que existe en una unidad de paciente. A continuación vamos a relacionar el área formada por la habitación, el mobiliario y los materiales necesarios que debe de haber en ella para así tener en cuenta el trabajo que debe de realizar el celador en la unidad de paciente.

En dicha unidad, como hemos mencionado, debe de haber una unidad de paciente por cada una de las camas existentes. Para ello el celador debe de conocer las características mínimas que debe de tener la habitación y concretamente la unidad de paciente del enfermo para así cuidar de manera exhaustiva que las condiciones sean las que ha determinado la dirección y, por tanto, lo mejor posible preparada para el beneficio del paciente.

Debe de tener espacio suficiente para que el enfermo pueda estar cómodo, recibir luz directa del Sol, que ventile fácilmente, tranquilo y sin ruidos.

En todas estas tareas el celador debe de velar por cada una ellas proporcionando según el caso, la luz que necesita el paciente, corriendo las cortinas e incluso

poniendo especial atención a que no haya ruidos que perturben al paciente. La unidad de paciente debe de tener determinados objetos cómo ropa para el paciente, pijama camisón o bata, vaso, cuñas, útiles para el aseo personal y diversos enseres que son imprescindibles para el paciente en el ingreso hospitalario. Cada uno de estos espacios sigue unas pautas concretas en cuanto a la distancia que debe de haber entre las camas del hospital, el tipo de Lumen que debe de tener la habitación según el sistema internacional de medidas para medir el flujo luminoso y la ventilación que debe de haber en la misma. Por ello el celador debe de conocer todas las condiciones que se dan en la unidad de paciente.

5 Discusión-Conclusión

Está apartado determina como conclusión inicial la importancia de que el celador conozca en la unidad de paciente que la misma está conformada por el espacio, los materiales que utiliza el enfermo y el mobiliario, creando con ello una serie de condiciones que debe de controlar el celador para el bienestar del paciente.

Para continuar con otra de las conclusiones extraemos la importancia de que el celador esté bien formado en este campo o área de trabajo para poder desarrollar el mismo correctamente.

Por último, concluimos que el celador en la unidad de paciente es el máximo responsable de que la misma esté atendida en cuanto a los objetos y condiciones específicas que debe de tener el enfermo en su estancia en el hospital.

6 Bibliografía

Ceballos Atienza, R. (2021) El celador en los servicios especiales y áreas de hospitalización. Formación Alcalá SL.

Capítulo 694

FUNCION DEL CELADOR EN EL HOSPITAL: EL CELADOR EN URGENCIAS

DOLORES CASTELLANOS GENTO

JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

CARLOS RUIZ LOSA

ANA TERA CAMACHO

1 Introducción

El servicio de urgencias es una unidad asistencial que está bajo la responsabilidad de un médico coordinador y que está destinado a la asistencia sanitaria de pacientes con problemas diversos y distinta gravedad. Normalmente, son procesos agudos que necesitan de una atención inmediata. Hay que distinguir entre urgencia y emergencia. La primera es una situación en la que el paciente tiene un riesgo que no debe retrasarse más de 24-48 horas. Muchas de las veces que se demanda una urgencia, ya sea por el mismo paciente o por un familiar, no lo es, esto es lo que llamaríamos una urgencia figurada. La emergencia es una situación crítica que requiere atención inmediata, ya que implica un riesgo vital para el paciente.

El celador es una de las primeras personas que recibe a los pacientes en el servicio de urgencias, por lo que su actitud es fundamental. El trabajo del celador es un apoyo muy importante para el resto del personal sanitario y su trabajo es fundamental para un buen funcionamiento de la actividad en equipo.

En el presente capítulo explicaremos detalladamente las funciones que tiene el celador en urgencias así como la importancia de sus actitudes en diferentes situaciones, ya que estas funciones son básicas para el control y orden de paciente y acompañantes.

2 Objetivos

El objetivo es conocer las funciones y la importancia que tiene el celador en el servicio de urgencias. Dar a conocer sus funciones.

3 Metodología

Para la realización de este estudio bibliográfico hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes fuentes como páginas web, blogs, libros y artículos académicos relacionados con las labores del celador y las características sobre sus principales funciones en el servicio de urgencias.

4 Resultados

En cada hospital existe un servicio de urgencias que sigue una distribución basada en la funcionalidad. Esto es así porque por el servicio de urgencias es por donde suele ingresar los pacientes y hay que tener una organización exhaustiva como zonas delimitadas para su correcta atención y evitar en todo lo posible los retrasos.

El servicio de urgencias está dividido en diferentes zonas que son la zona de admisión, sala de críticos, boxes, sala de espera, sala de observación y triaje que es donde el personal facultativo recibe y clasifica a los pacientes.

En este servicio los celadores tienen un papel muy importante, pues sirve de apoyo a toda esta organización. Así las tareas del celador es el servicio de urgencias son las siguientes:

- En primer lugar, el celador es el que recibe al paciente, tanto de los que vienen por sus propios medios como el que viene en ambulancia. Se les ayuda en el

traslado al centro del servicio a todo el que lo necesite ya sea en silla de ruedas o en camilla.

- Si la situación del paciente es crítica y así lo requiere será quien dará el aviso al personal sanitario para que así actúen lo más rápido posible.
- El celador también es el encargado de tener en la entrada a disposición del paciente camillas y sillas de ruedas para sí así lo necesitará.
- También será encargado de dar información generalizada no sanitaria a los acompañantes del enfermo o al propio enfermo derivándole o acompañándole si fuera necesario al facultativo que corresponda.
- Vigilará las entradas de Urgencias controlando que no se produzca el acceso a personas no autorizadas y comprobando por ejemplo, que solo haya un acompañante por box. Los boxes son salas dentro del servicio de urgencias y dentro del box los celadores tienen funciones características como las siguientes:
 1. Movilizar al paciente para ponerle en la posición que le hayan dicho el personal sanitario especializado.
 2. Ayudar en la movilización del paciente durante las pruebas.
 3. Mantener la intimidad del paciente.
 4. Trasladar al paciente o acompañaré a las distintas pruebas diagnósticas que le mande a realizar.

5 Discusión-Conclusión

En los servicios de urgencias es necesaria e indispensable la función del celador para el correcto control y orden de las entradas y salidas de paciente y acompañantes así como también los traslados de los pacientes a las distintas pruebas que los sanitarios consideren oportunas, movilizaciones que los enfermos necesiten, documentos del paciente que se tengan que trasladar a otro sitio, organización de sillas de ruedas y camillas necesarias, etc.

Los celadores son un eslabón muy importante de un claro trabajo en equipo que es necesario en el servicio de urgencias para una mejor atención al paciente y sus cuidados.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. www.congresosicepa.com

Capítulo 695

EL CELADOR EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION Y SUS FUNCIONES

DOLORES CASTELLANOS GENTO

JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

CARLOS RUIZ LOSA

ANA TERA CAMACHO

1 Introducción

Las funciones del celador en un hospital son muy variadas, y en la planta de hospitalización llevará a cabo casi todas sus funciones.

El celador forma parte del equipo multidisciplinar que integra el personal de planta de hospitalización. Una de las cosas que tiene que tener claro este es que tiene que tener siempre identificado al paciente, por ello la historia de este viajará siempre con él, si hace una traslado en camilla llevará la historia en la camilla (a los pies del paciente), y si es trasladado en silla de ruedas lo portará el paciente, si en su caso es acompañado a pie la historia la llevará el propio celador.

El celador deberá llevar al paciente a hacer las pruebas que les son solicitadas, y dejará al paciente al servicio donde lo han enviado y se asegurará que el personal que le atenderá recoja su historia

Los pacientes pueden llegar por distintas vías al hospital para ser hospitalizados, pueden hacerlos tanto por urgencias (que luego lo remiten a plan los médicos si

así lo consideran pertinente) o por el control de admisión si el paciente tiene un ingreso programado, bien para someterse a una intervención quirúrgica o alguna prueba diagnóstica.

El equipo multidisciplinar de planta está compuesto por enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores y el propio médico que haga el seguimiento del paciente y que será el que dirá las pruebas oportunas necesarias al paciente. El celador también será el encargado de acompañar al paciente hasta las puertas del hospital cuando este sea dado de alta, esto lo puede hacer en camilla, silla o bien acompañándolo a pie hasta la puerta de salida.

El celador de planta siempre ha de estar localizado por el resto del equipo multidisciplinar, pues pueden surgir pruebas urgentes o no esperadas, además de tener que ayudar a las auxiliares de enfermería si se produce algún incidente de cama para ayudar al cambio de sábanas, etc.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la planta de hospitalaria que muchas son desconocidas por el personal que se incorpora de nuevo a este trabajo.

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, así como la propia experiencia.

4 Resultados

El celador se encargará de trasladar al paciente a la planta, acompañándolo a la habitación que le corresponde, una vez en la habitación el auxiliar de enfermería le acompañara para ayudarle en el cambio de la camilla a la cama o de la silla de ruedas a la cama, para cualquier cosa que necesite el paciente, debiendo saber como actuar con el paciente, por donde lo tienen que sujetar, como colocar el rulo o el transfer para hacer el cambio, como colocar la sabanilla para ayudar

con la máxima seguridad al usuario. Además, si el cambio es de una persona en delicadas condiciones el cambio de camilla a la cama lo dirigirá la enfermera, debiendo seguir al dedillo las indicaciones que facilite esta.

El celador es el encargado de así mismo de trasladar comunicaciones tanto verbales como escritas (documentos), como también será el encargado de trasladar pruebas y muestras que se les hagan al paciente y llevarlas a los distintos servicios donde deban hacer las pruebas o análisis de biopsias.

Además, el celador tiene que tener un conocimiento exhausto de donde se colocan los accesorios que deba portar el paciente, como el oxígeno, debiendo conocer donde se coloca, conocer el manejo manómetro, además de fijarse en que posición está en caso de que tenga que colocar la misma cantidad de oxígeno en la habitación que la que llevaba en la unidad portátil.

Además, el celador debe colaborar con la enfermera y la auxiliar de enfermería con el amortajamiento del paciente fallecido. Así mismo es el celador el que llevará el paciente fallecido al mortuario, guardando siempre discreción, este será el responsable de este hasta que sea entregado al mortuario, debiendo llevar siempre toda la documentación del paciente fallecido y asegurándose de que sea este y no otra persona a la que pertenece la historia clínica que porta.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son los grandes olvidados del hospital, estos sin tener unos estudios específicos realizan muchísimos trabajos que requieren especialización y que estos no han recibido, estos adquieren los conocimientos de otros compañeros, por ello como una de las conclusiones principales que sacamos de este capítulo de libro es la de solicitar de estudios homologados para este personal. Que por más que solicitan esta formación todavía no ha sido reglada y es muy necesaria.

Por ende, hay que añadir que este personal hace un gran trabajo, pese a no estar profesionalizados, y que si tuvieran estudios reglados todavía podrían tener un trabajo más eficaz.

6 Bibliografía

el-celador-en-unidades-de-hospitalización <https://dle.rae.es/hospitalización>
<https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/>

Capítulo 696

FUNCIONES DEL CELADOR: PRINCIPALES FUNCIONES EN TODA LA ZONA QUIRÚRGICA

DOLORES CASTELLANOS GENTO

JOSÉ CARMELO ALARCÓN ALCOLEA

ANA FRANCISCA LOSA VALERO

CARLOS RUIZ LOSA

ANA TERA CAMACHO

1 Introducción

Las funciones del celador en quirófano son muchas, y en ocasiones son similares a las que realiza en otros servicios, pero con la particularidad de que va a trabajar en zona limpia, por lo que aquí la higiene personal es muy importante, el especial cuidado con los equipos de protección individual (pues no podrá salir de esta zona y entrar con la misma ropa, pues se contaminaría).

El celador de quirófano tiene que estar muy bien preparado, pues él es el que organiza el quirófano para las intervenciones, tendrá que saber antes de empezar la jornada que operaciones se van a hacer para colocar en las debidas posiciones las camas de quirófanos, pues no será la misma posición ni la misma cama para una apendicectomía que para un parto. Por lo que tiene que conocerse todas las posiciones posibles que pueden tener los pacientes para operaciones quirúrgicas,

así como debe colocar tanto la cama como al paciente para la operación, pues este debe acomodar al paciente también en la cama de operaciones. Así mismo, debe de estar conciencia que debe colaborar en todo lo que le solicite el cirujano, pudiendo ser desde ir a por un instrumental que no haya sido previsto como ayudar a la sujeción de un miembro de la parte amputar, etc.

2 Objetivos

Conocer a grandes rasgos las funciones del celador en el quirófano, pues explicar todos y cada una de sus funciones daría lugar a un libro completo.

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, así como de la propia experiencia.

4 Resultados

El celador de quirófano, además de preparar las camas quirúrgicas y de acomodar al paciente en la posición requerida para ser intervenido, debe permanecer en todo momento durante la intervención del paciente en la zona del ante quirófano por si precisara de sus servicios. Además permanecerá en ella con las debidas condiciones higiénicas tanto de EPI (pijama verde, guantes, mascarilla, etc.), pues puede ser requerido para entrar dentro de quirófano para colaborar si fuera el caso con el médico. Así mismo, se puede dar el caso que deba llevar muestras urgentes para su análisis, llevar miembros amputados a mortuario (que deberán ser tratados como paciente fallecido). Además si se diera el caso, llevará el paciente fallecido a mortuario.

El celador además llevará al paciente de la habitación a la zona quirúrgica, después de su intervención será trasladado por el celador a la sala de reanimación, siempre comprobando de llevar su historia clínica del paciente.

Además el celador tendrá aquí las funciones propias del celador, ayudando a los médicos, supervisores, auxiliares de enfermería, enfermera circulante, etc.

Otra de la función olvidada será la de rasurar al enfermo en caso de que el médico indique sea apropiado, indicando zona y método a utilizar.

El celador debe de ser consciente de los riesgos que hay en quirófano, pues se utilizan gran cantidad de máquinas que emiten descargas eléctricas, vapores, etc., y tiene que tenerlas en cuenta para salvaguardar su integridad física como la del resto de compañeros, pues algunas máquinas tienen riesgo grave de incendio, descargas eléctricas, quemaduras, etc. Así mismo, en ocasiones es necesario utilizar gafas de protección ocular para proteger a los ojos de destellos, vapores derivados de la utilización de ciertas máquinas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Una vez descritas sus principales funciones podemos concluir que la labor del celador de quirófano es de gran importancia y debe de estar muy integrada en todo el equipo multidisciplinar para la correcta realización de las intervenciones quirúrgicas. Por este motivo, su trabajo requiere de una formación previa que le permita desarrollar todas sus funciones de forma adecuada dentro de un área de quirófano, y que en la mayoría de los casos solo han recibido de manos de otros compañeros, no a través de formación reglada.

El celador debe cumplir y respetar como todos los miembros de este gran equipo multidisciplinar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia.

6 Bibliografía

<https://celador/funciones-del-celador-en-quiroyfano>

Capítulo 697

CONDICIONES DE TRABAJO QUE AFECTAN AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DEL ÁMBITO SANITARIO

JOSÉ EUGENIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

CELESTINO RIVERO RIVERO

1 Introducción

Los riesgos más comunes para la seguridad y salud en el puesto de trabajo y las medidas de prevención que se deben adoptar para evitar los mismos, son diversas en el caso del personal de mantenimiento sanitario. En primer lugar, encontramos: ayudar a conservar, limpiar y mantener ordenada la zona de trabajo, depositar los materiales inservibles y basuras en recipientes adecuados para que puedan ser retirados, tener presente la situación de los compañeros que se tienen cerca para evitar riesgos añadidos por esa proximidad, no circular bajo cargas que están suspendidas en el aire, revisar antes de iniciar el trabajo que los equipos, las máquinas y las herramientas que se van a utilizar estén en buenas condiciones, comunicar a los superiores cualquier deficiencia que se encuentre, consultar cualquier duda sobre la forma en que se debe ejecutar el trabajo, no poner en funcionamiento sistemas de seguridad de maquinaria y herramientas fuera de funcionamiento, señalar la zona de trabajo y poner las medidas de protección colectivas para evitar riesgos para la seguridad y la de los demás, usar -obligatoriamente- equipos de protección individual y no fumar en el lugar de

trabajo. Todas estas normas generales son medidas de prevención en el caso del personal de mantenimiento sanitario; sin embargo, se van a exponer a distintas condiciones y riesgos específicos que han de ser valorados.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar las condiciones específicas que generan riesgos para la salud del personal de mantenimiento sanitario.

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

Dentro de las condiciones de trabajo que generan riesgos encontramos, especialmente, las caídas. En este caso, el personal de mantenimiento no debe correr ni pisar superficies mojadas, usar el calzado facilitado por la empresa para evitar caídas de objetos en manipulación o golpes contra objetos. Se debe solicitar ayuda a los compañeros y no acceder a las dependencias con la luz apagada. Además, está muy relacionado con los sobreesfuerzos, por lo tanto, para trasladar objetos pesados, se deben utilizar ayudas de carros, carretillas y transpaletas. Asimismo, la manipulación de cajas y objetos, si se realiza de manera manual, se debe hacer transportando el menor peso posible y manteniendo la espalda recta y la carga cerca del cuerpo, sin realizar giros del tronco.

Otros riesgos específicos son los cortes por objetos, que se derivan del manejo de herramientas y otros objetos cortantes o punzantes, como sierras, tijeras y destornilladores, por lo que se debe extremar la precaución, manteniendo un buen uso de estas herramientas. Además, se debe utilizar la herramienta adecuada para cada tarea y utilizar la maquinaria de una manera correcta.

Con respecto al contacto térmico, que es otro riesgo habitual, se debe extremar la precaución y utilizar equipos de protección adecuados para cada una de las

tareas que se van a realizar. También existe el denominado “estrés térmico”, que es la exposición prolongada a temperaturas extremas, como pueden ser el calor o el frío o el cambio brusco de una situación térmica a otra opuesta. Esto puede ocasionar problemas de salud. En este sentido, parece que utilizar ropa adecuada a cada situación es la medida preventiva más correcta.

Para acabar, las instalaciones y las botellas de gases también son riesgos específicos, por lo que en tareas donde se vayan a manipular recipientes o instalaciones conductoras de gases se debe tener en cuenta que la mayoría son combustibles y que están sometidos a elevadas presiones atmosféricas y a bajas temperaturas, debiendo manipularse extremando las precauciones y teniendo presente las incompatibilidades en su uso y almacenamiento, realizando las manipulaciones en zonas bien ventiladas y lejos de fuentes de calor o ignición.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que los trabajos bien hechos, teniendo en cuenta los riesgos asociados -como incendios, exposiciones a productos químicos, trabajos de soldadura, trabajos en altura, las escaleras de mano, sobrecarga física, los riesgos eléctricos, las maquinarias en general, las instalaciones y las botellas de gases, los contactos térmicos, cortes caídas, sobreesfuerzos-, son riesgos específicos y derivados de las condiciones laborales del personal de mantenimiento, especialmente del sanitario, por lo que aplicar las normas generales de prevención y las medidas específicas para cada una de estas circunstancias es fundamental para evitar accidentes. La formación es imprescindible en este sector con el fin de prevenir lesiones.

6 Bibliografía

Ocsa Mares, C. M., & Huayra Huamani, Y. P. (2017). Condiciones de trabajo del personal del área de mantenimiento de la Empresa DCR Minería y Construcción de Arequipa 2017.

Espinosa, F. F., Dias, A., & Back, N. (2008). Un procedimiento de evaluación de las condiciones necesarias para innovar la gestión de mantenimiento en una empresa. *Información tecnológica*, 19(1), 97-104.

Challco Leiva, R. E. (2019). Modelo de gestión de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo a la norma iso 45001: 2018, para mejorar las condiciones laborales y el

ambiente de trabajo, en el área de mantenimiento de la empresa IMCO servicios SAC, Arequipa-Perú, 2019.

Arboleda Rodriguez, J. A., & Narvaez Cabrera, G. V. (2022). Identificación de condiciones de seguridad por trabajo en alturas, en técnicos de mantenimiento de una empresa de tecnología en la ciudad de Cali en el año 2020.

Capítulo 698

FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE FALLECIDO

DOLORES CASTELLANOS GENTO

1 Introducción

La muerte de un paciente, se dice que es el final de todas sus funciones vitales del organismo, la valoración la hacen los sanitarios, al igual que el certificado de defunción que lo hacen el médico correspondiente, pero el celador debe conocer algunos signos que puede manifestar el paciente fallecido, ya que dicho fallecido puede presentar signos como la desaparición del pulso, ausencia de musculatura y de movimiento respiratorio en la ocultación, pérdida de sensibilidad, no tiene latidos cardíacos, como aparición de lividez, rigidez enfriamiento, una vez que la muerte ha sido certificada por el médico correspondiente, el celador ayudara al personal de enfermería a amortajar a los pacientes fallecidos, ya que es su función del celador el traslado al mortuario.

El celador junto con la auxiliar de enfermería realizarán el amortajamiento, en el cual consiste en la preparación del cadáver para que pueda verlos sus familiares y amigos, antes de bajarlo a mortuario, luego el jefe subalterno le dirá a los familiares los pasos a seguir para que avisen a la funeraria y lo puedan trasladar para que puedan velador antes del entierro, también tenemos que mirar que antes del amortajamiento es imprescindible, en caso de ser una habitación compartida, tener la mayor intimidad posible, mediante el uso de biombos, cortinas etc. para su separación e intimidad.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador ante un paciente que ha fallecido y saber actuar para hacer su traslado a mortuario.

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, así como la propia experiencia.

4 Resultados

Un fallecimiento es algo muy desagradable para cualquier persona y sobre todo para los familiares y seres queridos, en el cual es una situación muy delicada e incómoda. El celador al igual que todos los sanitarios deben de tener humanidad y actuar de una manera muy delicada, para evitar cualquier situación incómoda a los seres queridos del fallecido/a, ya que el celador debe de ayudar a esa pérdida y acompañar a la familia y amigos en cierta manera a ese paso tan doloroso a lo ocurrido, también hay que darle un margen de tiempo para que los familiares asuman esa noticia y esa pérdida tan grande a que se tranquilicen y se desahoguen antes de pedirle muy amablemente que abandone la habitación eso forma parte de un buen profesional como es el celador en una situación como esta. Lo primero que se debe realizar cuando el personal facultativo responsable ha certificado el deceso del paciente es el amortajamiento del cadáver, el cual realiza el celador. En este aspecto hay que tener siempre en cuenta el “rigor mortis” (endurecimiento del cuerpo que se produce de 2 a 4 horas después de la muerte). El amortajamiento es responsabilidad del personal de Enfermería, pero es habitual que el celador colabore en estas tareas.

Dicho esto, se debe indicar que las funciones de los celadores vienen recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario de 5 de julio de 1971 en el artículo 14.2. En ese artículo, en la función 19, establece que “ayudaran a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario”.

El proceso básico para la realización del amortajamiento es el siguiente.

Colocar el cadáver en posición decúbito supino y manipularlo con guantes.

Retirar del cadáver los catéteres, sondas y cualquier dispositivo que lleve.

Cerrarle los ojos y la boca.

Taponar con algodones todos los orificios naturales para impedir la salida de fluidos orgánicos (ano, orejas, vagina, boca y nariz)

Se debe sujetar los tobillos con una venda y cruzarle los brazos sobre el pecho. 6.

Finalmente, se procederá a colocar una sábana por debajo del mismo y con esta se cubrirá al difunto.

Se procederá a cubrir al fallecido con un sudario y pasarlo a la camilla para su traslado al mortuario, asegurando que sobre el tórax haya una hoja donde figuren los siguientes datos: nombre, apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, servicio de procedencia y número de teléfono.

Por último el traslado del cadáver sí que es una tarea específica del celador, además de hacerlo de un modo discreto, conocer las instrucciones específicas sobre el destino del mismo, ya que el cadáver puede ser derivado a un quirófano (donación órganos, velatorio del hospital, sala de necropsias, etc.)

Con todo lo referido anteriormente podemos poner en conocimiento que el mortuario se caracteriza por ser una dependencia (imprescindible en todos los hospitales), donde se trasladan los cadáveres de los pacientes fallidos. Es el lugar donde permanecen mientras se les identifica, o esperan por la autopsia o su eliminación por entierro cremación u otro método.

Consta de varias cámaras frigoríficas para una mejor conservación de los cadáveres, el número de ellas dependerá del tamaño del hospital. El mortuario debe contar necesariamente con la presencia de al menos un celador durante todo el día.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el ámbito sanitario es fundamental, ya que, analizando todas las funciones que realiza, se puede apreciar la importancia que tiene un celador en la preparación y traslado de los pacientes fallecidos. Al celador se la puede considerar como la cara amable del hospital, centro de salud, centro de especialidades, etc., e influirá en la impresión que pacientes y familiares se lleven de la institución sanitaria. El buen desempeño de sus tareas significará la satisfacción por parte de los usuarios de la atención recibida y por consiguiente la satisfacción también del propio celador, ya que es un trabajo cercano, amable y de humanidad.

El celador debe de ser empático en todo momento a la vez que buen profesional en la realización de su trabajo en el traslado de pacientes fallecidos.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/procedimiento-celador-fallecimiento-paciente/>

3. Celadores online de instituciones sanitarias. Sitio web: www.celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 699

EQUIPOS NECESARIOS EN UNA COCINA HOSPITALARIA

MARIA MAGDALENA LOSA VALERO

ALBERTO DE NOVA PATÓN

SARA JIMÉNEZ MUÑOZ

DAVID DE LA BELDAD LEÓN

JOSE DAVIA CANTOS

1 Introducción

Cuando hablamos de equipamiento para cocinas profesionales, solemos pensar en la cocina de un hotel o restaurante, pero nos olvidamos de las cocinas para colectividades como hospitales o residencias. El equipamiento de estas cocinas suelen ser proyectos grandes y complejos en cuanto a maquinaria se refiere. Se debe entender que la alimentación en los centros hospitalarios necesita cumplir con altos niveles de exigencia, son cocinas que preparan comida para un número muy elevado de personas que deben seguir dietas específicas y en las que no cabe el error.

La alimentación es la medicina más importante para la recuperación de un paciente en un hospital. Las defensas y el sistema inmunológico de una persona enferma están debilitadas, por lo que son más propensas a tener infecciones y enfermedades de transmisión alimentaria. Por lo tanto, el servicio de alimentación

de un hospital tiene como objetivo ofrecer a sus pacientes una dieta nutritiva basada en las necesidades de estos y elaborada con los estándares de higiene.

En todos los procesos relacionados con la preparación de alimentos, la calidad en la alimentación y las buenas prácticas de higiene son claves para asegurar una buena nutrición de los pacientes y una pronta recuperación de estos. La seguridad alimentaria en la restauración de los hospitales se basa en los principios que se establecen en las certificaciones de calidad ISO 9001/2018 y en el Sistema de Análisis de Procesos y Puntos de Control Críticos (APPCC).

Todos los menús se preparan y elaboran en la cocina principal. Esta debe ser diseñada de forma que sea fácil su funcionamiento y que responda a las máximas exigencias en higiene y pueda sincronizarse con los demás procesos de seguridad hospitalaria. Como norma general se divide en distintas áreas de trabajo, aplicando el principio de “Trazabilidad” o “Marcha Adelante”. La secuencia sería recepción, almacenamiento, preparación, cocinado, distribución, servicio y limpieza. Los equipamientos se distribuyen en diferentes zonas dependiendo de su actividad, conservación, elaboración, triturados, emplatados, limpieza y desinfección.

Entre todo el equipamiento de la cocina, los más destacados son:

- Hornos mixtos de convección-vapor.
- Freidoras continuas.
- Aparatos mixtos basculante-marmitas, sartén basculante.
- Fogones, planchas y paelleras.
- Cocedores al vapor.
- Mesa caliente.

2 Objetivos

El objetivo principal es enumerar el equipamiento y utensilios de una cocina hospitalaria.

Otro de los objetivos es poner en conocimiento la importancia de una buena distribución de las distintas áreas de una 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 ha consultado artículos de

las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Las palabras clave que hemos utilizado para la búsqueda son equipamiento-hospital-cocina. Tras haberlas consultado se ha sacado la información que se necesitaba.

4 Resultados

Todos los menús que se preparan y elaboran en la cocina de un hospital debe ser diseñada de forma tal que sea fácil su funcionamiento. Se dividen en distintas áreas aplicando el principio de "Trazabilidad" o "Marcha Adelante". La secuencia global sería la siguiente: recepción, almacenamiento, preparación, cocinado, distribución y servicio y limpieza. Todo ello se logra mediante un retroceso mínimo, la utilización del espacio al máximo, un movimiento mínimo y el empleo al máximo del equipamiento con el menor gasto posible en tiempo y esfuerzo y económico.

El equipamiento de la cocina se distribuye en diferentes áreas físicas, siempre teniendo en cuenta su actividad, conservación, elaboración, limpieza y desinfección. El personal de cocina debe conocer para qué se usan cada uno de ellos para una mayor optimización del trabajo.

Todo el equipamiento utilizado en este tipo de colectividades debe ser de máxima calidad en materiales y montaje y su delimitación contribuye a evitar contaminaciones cruzadas. La maquinaria casi en su totalidad está fabricada en acero inoxidable gracias a las propiedades higiénicas, de seguridad y de resistencia que ofrece este material.

La maquinaria más utilizada y grande en una cocina hospitalaria se divide en generadores de calor y generadores de frío.

1.- Los Generadores de Calor son aquellos que la misma descripción lo dice, generan calor para poder llevar a cabo las elaboraciones como son:

- Los Fogones: son los más adecuados para la cocción de los alimentos y sus elaboraciones. Algunos se pueden mover para su limpieza y suelen estar adosados a la pared (murales) o en el centro de la cocina (centrales). Pueden ser eléctricos, de gas, de gasoil o de carbón mineral. El más utilizado es de gas butano.
- Los Hornos: Son herméticos capaces de llegar a temperaturas muy elevadas + 300 °C, transformando los alimentos. Los hornos pueden ser eléctricos, de convección (reparten el calor de igual manera), de convección mixtos (utilizan cocción con humedad y vapor), y microondas (cocinan con ondas electromagnéticas).
- Baño María: Es una maquinaria cuya parte superior tiene una cavidad en forma

de bañera y es capaz de alcanzar temperaturas elevadas de hasta +70 °C. Se llena de agua y se regulan con un termostato. Permiten tener las elaboraciones calientes hasta su emplatado. Suelen ser eléctricos, pero también los hay que funcionan con gas butano y propano.

- Marmitas: Son de grandes dimensiones, con recipiente fijo, capaces de una cocción rápida y a baja presión. Están provistas de tapa o no y un grifo para su fácil llenado, también tiene en su parte inferior otro grifo para poder evacuar el líquido de la marmita.

- Olla a presión: Tiene una válvula de seguridad y está cerrada herméticamente, con ello se consigue una mayor presión y que la temperatura aumente acortando el tiempo de cocción.

- Mesa Caliente: Su aspecto es como un mueble, con puertas abatibles o correderas, con resistencias eléctricas capaces de mantener temperaturas superiores a 70 °C. Se utilizan para mantener menús elaborados, calentar platos o como mesa de distribución de alimentos.

- Plancha parrilla: Es una placa lisa de diferentes aleaciones y en la parte frontal disponen de un surco que ayuda a recoger la grasa sobrante de los alimentos. Suelen estar fabricadas de hierro fundido o acero inoxidable.

- Sartén basculante: Recipiente rectangular provisto de un mando en forma de volante, para facilitar el vaciado de los salteados, frituras u otras elaboraciones. Consta de una gruesa placa de hierro fundido y tapadera abatible. Suelen ser eléctricos o de gas, y la fuente de calor está situada por debajo de la placa rectangular.

- Freidoras: Son máquinas que tienen una cubeta de gran capacidad, se llenan de aceite y tienen unos cestillos dónde se introducen los alimentos para su fritura. Tiene una salida de líquidos debajo de la cubeta. Son eléctricos o de gas y la temperatura se puede regular dependiendo del tipo de fritura.

- Asador Vertical: Es una máquina con forma de armario. En la parte frontal trasera está provista de resistencias y las espadas están dispuestas de forma horizontal en las cuales se insertan los alimentos, estas tienen un mecanismo de rotación para que el calor pueda llegar a todas las partes del alimento. Suelen ser eléctricos o de gas.

- Salamandra: Es una máquina con resistencias en la parte superior e inferior. Se utilizan tanto para gratinar como dorar o mantener los platos calientes.

2.- Los Generadores de Frío se utilizan básicamente para la conservación de los alimentos. Pueden ser:

- Cámaras Frigoríficas o Refrigeradores: Se utilizan para la conservación de los alimentos gracias a su capacidad de generar bajas temperaturas, las cámaras frigoríficas suelen estar entre 0 °C y 4 °C y las cámaras de congelación deben estar

entre -18 °C y -40 °C. Pueden estar construidas de obras o ser modulares, constan de la cámara frigorífica en sí o congelador y una sala fría adyacente.

- Mesas refrigeradas: Son similares a las mesas calientes, pero son todo lo contrario, tienen un sistema frigorífico. Sus puertas son abatibles o correderas, en su interior hay rejillas para poder depositar los alimentos, y se pueden trabajar sobre ellas.
- Armarios frigoríficos: Se utilizan para conservar las elaboraciones a corto plazo. En su interior está dividido por rejillas para una mejor circulación del frío.
- Abatidores de temperatura: Es una máquina que es capaz de bajar la temperatura de una elaboración de forma muy rápida. Generalmente, son de acero inoxidable y en su interior se encuentran unos ventiladores que generan una masa de aire frío. Son programables y suelen llevar incorporado varios ciclos, uno de refrigeración, otro de conservación o mantenimiento y otro de congelación.
- Sorbeteras: No suelen estar en cocinas hospitalarias. Son máquinas que se utilizan para la elaboración de sorbetes y helados. Es una cubeta en la que tiene un sistema de enfriamiento, va enfriando la mezcla y se solidifica.

En la cocina hospitalaria no solo se encuentra el equipamiento de grandes dimensiones, también hay otro tipo de maquinaria pequeña que es fundamental para poder llevar a cabo las elaboraciones, como son:

- Peladora: Suele ser de acero inoxidable y es una cubeta cuyas paredes en su interior son rugosas como una lija, su fondo es giratorio lo que permite que los alimentos toquen las paredes y se pelen por fricción. Se suelen utilizar para los tubérculos.
- Picadora: Es un aparato que se utiliza para picar carne, sobre todo. Son de acero inoxidable y se pueden desmontar para facilitar la limpieza.
- Batidoras y túrmix: Las batidoras son unos brazos que en su parte inferior acaba en unas cuchillas. El túrmix en vez de acabar en cuchillas acaban en varillas de acero inoxidable.
- Trinchadora: Es un aparato que se utiliza para cortar los alimentos en lonchas, es utilizado sobre todo en fiambres, aunque también se puede utilizar para frutas, quesos, verduras, etc. Suele ser de acero inoxidable y son desmontables para su fácil limpieza.
- Envasadora al vacío: Su utilización es la de envasar los alimentos al vacío, o sea se extrae el aire de las bolsas dónde se van a envasar. Con ello se consigue una mejor conservación de los alimentos.
- Las Mesas de Trabajo: Son de acero inoxidable e imprescindibles en la cocina.
- La Balanza: Se utilizan para pesar alimentos, condimentos, harinas, etc.

Otro tipo de herramientas que se utilizan en cocina son:

- Marmitas: son ollas grandes, se suelen utilizar para realizar fondos, hervidos, guisos, etc., suelen ser de aluminio, cobre o acero inoxidable.
- Olla a presión: es una olla con tapa de cierre hermético y válvulas de presión y seguridad. Se utilizan para cocciones rápidas.
- Braseadora: se utilizan para brasear. Suelen ser de cobre, aluminio o acero inoxidable.
- Rondón: es una cacerola parecida a la marmita, pero es más ancha y de poca altura.
- Sauté: es como una marmita pero con forma de sartén. Se suele utilizar para el salteado de verduras, para rehogar o pequeñas cocciones.
- Cazo: Se suele utilizar para muchas cosas. Su utilización es muy versátil.
- Rustidera: Se suelen utilizar para la elaboración de alimentos al baño maría en el horno.
- Sartén: Se suelen utilizar para saltear, freír, rehogar, etc.
- Paellera: Su utilización es para la elaboración de paellas y arroces.
- Hervidor de pescado: Se utilizará para el cocinado de pescados.

Cómo se observa, hay multitud de utensilios en una cocina y el personal de cocina deben de conocerlos y usarlos cuando sea necesario. Hay muchos más utensilios que no se han descrito no menos importantes, como son la multitud de bandejas gastronómicas, escurridores, chinos, barreños, etc. Otros utensilios imprescindibles en cocina son los cuchillos (deshuesador, cebollero, puntilla, cuchillo de pan, jamonero, pelador, etc.), tijeras, espátulas, chaira, espumaderas, arañas, varillas, cacillos, ralladores, tablas de cortar, abrelatas, pasa purés, etc. Estos utensilios se les denomina pequeño utillaje.

Otra maquinaria que no se debe olvidar es la de la limpieza. Lavavajillas industriales, túneles de lavado y secado, senos de lavado, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los proyectos más grandes y complejos en lo que a equipamiento y maquinaria se refiere, se encuentran en las cocinas hospitalarias, cocinas colectivas, las cocinas de residencias u otros espacios sanitarios.

En la cocina hospitalaria se deben cumplir los más altos estándares tanto profesionales como de calidad. Los niveles de exigencia son muy elevados, ya que en ellas se preparan comida para un número muy elevado de personas que deben seguir unas dietas específicas. Además, están sujetas a un nivel de control du-

rante el proceso de preparación y distribución muy alto, para impedir problemas en la salud de los pacientes y sanitarios.

El entorno de una cocina es muy delicado en cuanto a lo higiénico se refiere, por lo tanto el equipamiento utilizado no solo debe ser de máxima calidad, sino que también debe ser de fácil manipulación, funcionamiento, y limpieza. El material empleado por excelencia es el acero inoxidable, gracias a las propiedades higiénicas, de seguridad y resistencia que ofrece este material.

Cada cocina hospitalaria es diferente, pero existen unos equipos básicos que todo servicio de alimentación hospitalaria debe tener y que todo el personal de cocina debe conocer.

6 Bibliografía

- 1.- REVISTA MÉDICA, Las Cocinas de Hospital: Maquinaria(Internet)(Citado 26 Mayo de 2021) Disponible en: <https://revistamedica.com/cocinas-hospital-maquinaria/>.
- 2.-DOCPLAYER, Equipamiento de la cocina Hospitalaria(Internet)Disponible en: <https://docplayer.es/23427655-Equipamiento-de-la-cocina-hospitalaria.html>.
- 3.-AZEROSL.Maquinaria de cocina Hospitalaria(Internet)(Citado 13 julio 2022) Disponible en: <https://azerosl.com/maquinaria-de-cocina-hospitalaria/>.
- 4.-WINTERHALTER. Equipos Necesarios para la Cocina de un Servicio de Alimentación Hospitalaria(Internet)(Citado 21 Febrero 2022). Disponible en: <https://www.winterhalter.com/mx-es/blog-winterhalter/equipos-necesarios-para-la-cocina-de-un-servicio-de-alimentacion-hospitalaria/>.

Capítulo 700

TRABAJO EN EQUIPO EN UNA COCINA HOSPITALARIA

SARA JIMÉNEZ MUÑOZ

JOSE DAVIA CANTOS

ALBERTO DE NOVA PATÓN

MARIA MAGDALENA LOSA VALERO

DAVID DE LA BELDAD LEÓN

1 Introducción

Para empezar, debemos destacar que la cocina en un centro hospitalario, juega un papel fundamental, prestando el mejor servicio a los clientes, con un trato personalizado, a través de una buena alimentación y nutrición. De tal manera que contribuya a la mejora y satisfacción del paciente.

Por lo tanto, el cocinero debe servir de engranaje entre el médico, encargado de prescribir la dieta al paciente, el dietista, pasando por el equipo de gestión, hasta llegar a la cama del paciente. Todo esto debe de organizarse con una organización perfecta entre los diferentes equipos y departamentos de un hospital.

Otro punto muy importante para realizar un buen trabajo en equipo, es una correcta comunicación entre el personal de cocina, y los diferentes departamentos hospitalarios. Es muy importante aprender a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales. Ciertas habilidades de comuni-

cación nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales, que son fundamentales para un buen trabajo en equipo.

Resumiendo, el cocinero juega un papel muy importante dentro de un centro hospitalario, por lo tanto, una buena comunicación entre el equipo de cocina junto con los demás departamentos hospitalarios, crea tanto un buen ambiente de trabajo como un muy buen resultado del mismo.

2 Objetivos

- Conocer el trabajo en equipo dentro de una cocina hospitalaria
- Distinguir los diferentes tipos de comunicación
- Examinar las diferentes habilidades de comunicación

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Antes que nada, debemos saber diferenciar entre el trabajo en equipo y equipo de trabajo.

Trabajo en equipo: se refiere a las series de estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo humano para lograr las metas propuestas.

Equipo de trabajo: conjunto de personas asignadas o autoasignadas, para cumplir una determinada meta, bajo la supervisión de un coordinador.

El trabajo en equipo no solamente es la suma de aportaciones individuales.

Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada uno realiza su trabajo de forma individual y sin que le afecte el trabajo del resto de compañeros, no es un trabajo en equipo.

Por ejemplo, un equipo de cocineros en una cocina hospitalaria, si forman un equipo de trabajo. Cada cocinero va a realizar una tarea distinta, pero la suma de todas las actividades, la coordinación y organización es fundamental para que el servicio de cocina salga exitoso.

El trabajo en equipo se basa en las “5 C”:

- Complementariedad: en este caso, al tratarse de una cocina, cada cocinero domina una tarea determinada. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.
- Coordinación: el grupo de cocineros, tiene que tener un líder, debe trabajar de forma organizada para sacar el trabajo hacia adelante.
- Comunicación: el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos los cocineros, para poder coordinar todas las actuaciones individuales.
- Confianza: cada cocinero confía en el buen hacer del resto de sus compañeros.

Cada cocinero trata de aportar lo mejor de sí mismo, no busca destacar entre sus compañeros sino porque confía en que todos harán lo mismo, sabiendo que este es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo.

Compromiso: cada cocinero se compromete a aportar lo mejor de sí mismo, poniendo todo su empeño para sacar el trabajo hacia adelante.

La comunicación entre los cocineros juega un papel muy importante. Hablamos de comunicación cuando se transmiten informaciones, sentimientos, pensamientos y cualquier otra cosa que pueda ser transmitida.

Elementos de la comunicación:

- Emisor: persona o personas que emiten un mensaje.
- Receptor: persona o personas que emiten un mensaje.
- Mensaje: información que se envía.
- Canal: medio por el que se envía el mensaje.
- Código: signos y reglas que se utilizan para enviar el mensaje.

-Contexto: situación en la que se produce el mensaje.

La comunicación puede agruparse en dos categorías: comunicación verbal y comunicación no verbal.

Comunicación verbal: la comunicación verbal puede realizarse de dos formas: oral y escrita.

Oral: a través de signos orales y palabras habladas o escritas.

Escrita: por representación gráfica de signos.

Comunicación no verbal: los investigadores han demostrado que entre el 60 y el 70 % de lo que nos comunicamos lo hacemos por lenguaje no verbal, a través de signos.

Lenguaje corporal: gestos, movimientos, tono de voz, nuestra ropa e incluso nuestro olor corporal, también forma parte de nuestro lenguaje cuando nos comunicamos con los demás.

Lenguaje icónico: código morse, códigos universales, etc.

La diferencia entre la comunicación verbal y no verbal, es que la verbal la utilizamos principalmente para proporcionar información, mientras que la no verbal es utilizada para expresar las actitudes personales y a veces, para sustituir a la comunicación verbal.

Cuando hablamos de habilidades sociales, nos referimos a la capacidad aprendida de percibir, entender y responder a las exigencias y demandas de forma eficaz.

En relación con el cocinero, este ha de saber recibir críticas y no llevarlo al tema personal, sino aprender a corregir esos fallos para la mejora de su trabajo y del equipo de cocina en general.

Sus características principales son:

Conjunto de conductas específicas que todos debemos aprender.

Orientada al logro de objetivos que requieren influir sobre nuestro ambiente social.

Tienen que adecuarse a los objetivos y demandas de la situación, utilizando un

repertorio de conductas y evitar el empleo de patrones rígidos de comportamientos

En conclusión, el término habilidad social es sinónimo de eficacia del comportamiento interpersonal, tener habilidades sociales aumenta las posibilidades de tener resultados y logros más satisfactorios, dado que son comportamientos orientados a la obtención de distintos resultados o recompensas.

Pueden ser materiales (conseguir mejoras en el equipamiento, en este caso de cocina), sociales (como lograr el reconocimiento de algún compañero) y personales, como por ejemplo sentirnos satisfechos de nuestro trabajo realizado.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña un buen trabajo en equipo en una cocina hospitalaria es fundamental, debido a que sin esto el resultado en cocina no sería satisfactorio, ni para los cocineros entre sí, pero sobre todo para los pacientes, ya que como he dicho al principio, la cocina representa un papel fundamental en un centro hospitalario debido a que de ellos depende una buena alimentación y por lo tanto en cierto modo una mejora del paciente.

Para desarrollar un buen trabajo en equipo es muy importante una buena comunicación entre los cocineros, dietistas y ayudantes de cocina. De todos ellos depende que el servicio de comidas salga de manera exitosa.

6 Bibliografía

1.El trabajo en equipo, sinónimo de una atención sanitaria eficiente. Técnicas de trabajo en equipo, Soledad Betelú, Fabricio Campion, Maximiliano Massart, Carlos Narvaez, Carlos Raunich, Lautaro Rodríguez.

2.Manual de Trabajo en Equipo - Robert S. Winter - Google Libros

Capítulo 701

ACTUACIÓN DEL COCINERO HOSPITALARIO EN LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS CULINARIAS QUE MINIMICEN LA PÉRDIDA DE NUTRIENTES

JOSE DAVIA CANTOS

ALBERTO DE NOVA PATÓN

MARIA MAGDALENA LOSA VALERO

SARA JIMÉNEZ MUÑOZ

DAVID DE LA BELDAD LEÓN

1 Introducción

En la actualidad resulta cada vez más evidente el poder terapéutico que poseen los nutrientes existentes en el interior de los alimentos, por ello la cocina hospitalaria y el cocinero desempeñan un papel fundamental en el proceso de recuperación de los pacientes, ya que si utilizan técnicas que conserven la mayor cantidad de nutrientes repercutirá en un mayor poder terapéutico por parte de los platos elaborados que consuman los ingresados.

Los nutrientes que poseen los alimentos pueden verse alterados en cuanto a cantidad y características en función de la forma en que se preparen los alimentos y la temperatura alcanzada en su cocción.

La principal función de la cocción de los alimentos es hacerlos digeribles, eliminar bacterias y someterlos a la temperatura adecuada. No obstante, las técnicas de cocción empleadas producen alteraciones en los valores nutricionales de los alimentos.

Existen dos métodos básicos en los que se fundamentan las técnicas de cocción, el primero es método por expansión, en el que se pretende que los alimentos exterioricen sus jugos mediante su introducción en agua o caldo (estofado, al vapor, entre otros). El segundo método es por concentración, en este tipo lo que se busca es que los nutrientes permanezcan en el interior del alimento (plancha, salteado, entre otros).

2 Objetivos

Conocer las funciones y actuaciones del Cocinero Hospitalario en la aplicación de técnicas culinarias que minimicen la pérdida de nutrientes durante el proceso de cocinado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros. La búsqueda principal se ha realizado en bases de datos científicas como son Medline, Pubmed y Scielo. Se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con el objetivo de evitar al máximo la pérdida de nutrientes durante el proceso de cocinado, el cocinero deberá aplicar las siguientes técnicas culinarias:

1. Cocción al vapor: Es una de las técnicas culinarias en la que menos nutrientes se pierden, ya que durante la cocción no se extrae la materia soluble del alimento (vitaminas) por la acción de un líquido disolvente.

Mediante esta técnica los alimentos no están en contacto con el agua, sino con el vapor que esta desprende, por lo que mantienen todo su sabor, vitaminas, min-

erales, además hace que la fibra alimentaria quede más digestiva. Otro beneficio es que no presenta cambios en cuanto a textura y consistencia del alimento.

Para una optimización del uso de esta técnica el cocinero debe aplicar las siguientes pautas:

- Que los alimentos sean frescos, que estén cortados y dispuestos de forma que todos ellos precisen el mismo tiempo de cocción y que no toquen en ningún momento el agua.
- El recipiente que contiene el agua ha de tener una tapa, para que el vapor no se pierda.
- Cocinar por debajo de los 100°C de temperatura y solo durante el tiempo necesario para que los alimentos queden al dente, conservando su textura y color.
- En cocina hospitalaria se recomienda el uso de hornos a vapor, ya que cuentan con una regulación eléctrica del vapor que evita que los alimentos se cocinen en exceso, asegurando tanto su contenido nutricional como la preservación de la hidratación natural. Además, permiten la cocción al vapor a distintos grados, con o sin presión, y hacen posibles las cocciones combinadas.

2. Cocción al Horno: Mediante esta técnica se reducen pérdidas de nutrientes porque el alimento se cocina en seco y el calor pasa al alimento por radiación desde las paredes del horno de forma que transfiere y se concentra en la parte externa y superficial mismo.

No obstante, al crearse una “costra” en la superficie del alimento puede producirse cierta pérdida de proteínas y vitaminas, lo que por su parte, los hace más digeribles.

Para una optimización del uso de esta técnica el cocinero debe aplicar las siguientes pautas:

- Antes de introducir el alimento hay que precalentar el horno a 180-220°C, según la receta a preparar.
- El tiempo de preparación depende del tamaño y del peso de los alimentos. Por ejemplo, las carnes necesitan más tiempo de preparación y menos temperatura que los pescados. Además, si se comienza la cocción a fuego fuerte, la “costra” superficial se forma más rápido, y ello permite conservar mejor los nutrientes.
- En cuanto a las verduras y hortalizas, se aconseja hornearlos enteros y a una temperatura elevada (200-220°C) de forma que la superficie quede crujiente y el interior jugoso.
- No pinchar ni aplastar la pieza mientras se está horneando, para evitar que pierda sus jugos y nutrientes.
- Es recomendable salar los alimentos cuando empiecen a tomar color, de esta forma se evita así la pérdida de valor nutricional.

- Para evitar que los alimentos pierdan valor nutricional se puede tapar el alimento o envolverlo en papel de estraza, de forma que se cuezan en su propio jugo, lo que potencia su sabor y sustancia, además de preservar su contenido de nutrientes.

3. Salteado: Es una técnica culinaria que preserva las propiedades de los nutrientes, ya que la cocción se realiza a temperaturas muy elevadas durante un corto periodo de tiempo.

Para una optimización del uso de esta técnica el cocinero debe aplicar las siguientes pautas:

- El primer paso es calentar la sartén, seguidamente, incorporar el aceite distribuyéndolo por todas las paredes del recipiente y, cuando este esté caliente (sin humear), añadir los alimentos cortados en trozos pequeños y del mismo tamaño para que se cocinen de forma uniforme.
- Para evitar la pérdida de nutrientes es importante respetar un orden de incorporación de los alimentos a la sartén es fundamental, primero hay que añadir alimentos que tardan más en cocinarse (por ejemplo las verduras) secundariamente se añadirán aquellos que se cocinan más rápidamente.
- Remover los alimentos mientras se están cocinando es clave para evitar que se peguen. Además debemos mantener constante la temperatura, para ello no hay que retirar la sartén del fuego durante la cocción, ya que es imprescindible que la temperatura se mantenga constante.
- Una vez cocinados los alimentos, es fundamental servirlos inmediatamente para asegurar el aprovechamiento óptimo de nutrientes.

5 Discusión-Conclusión

Como bien es conocido, cuando cocinamos los alimentos, en la mayoría de los casos los sometemos a altas temperaturas para así poder hacerlos digeribles, pero al mismo tiempo este tratamiento térmico puede hacer que se vean alterados los nutrientes presentes en el interior de los alimentos.

Desde el punto de vista sanitario el abordaje nutricional resulta una herramienta terapéutica fundamental y para ello el papel que desempeña el cocinero hospitalario es crucial, ya que es la persona encargada de preparar los platos elaborados y por este motivo ha de aplicar las técnicas culinarias más apropiadas para cada alimento y que además conserven la mayor cantidad de nutrientes posibles, hacerlos digestivos, apetecibles y preservando las cualidades organolépticas de manera que se asegure que la alimentación del paciente cumpla con su función

de ayudar en el proceso terapéutico.

6 Bibliografía

1. Mulet, A. y Bon, J. 2001. Transferencia de calor por conducción en ingeniería de alimentos.
2. Holman, J. P. 1998. Transferencia de calor, 8ª edición. Madrid, Mc Graw Hill
3. Ibáñez, MV; Rincón, F; Martínez, B y Acosta, A. 2003. Biodisponibilidad Mineral. I Conceptos y factores que influyen. Alimentaria.
4. Alfredo Gil Martínez, 2010. Técnicas Culinarias. Ediciones Akal.

Capítulo 702

USO DE LA CONTENCION MECANICA PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

YOLANDA TORRES CUESTA

1 Introducción

La contención mecánica es un procedimiento, con finalidad terapéutica, mediante el cual se limitarán los movimientos de parte del cuerpo del paciente, o en su totalidad. Por lo tanto, se debería acudir a él como medida de última elección. Este método terapéutico se encuentra indicado en escenarios de agitación psicomotriz, situaciones en las que el paciente pueda ocasionar daño o lesiones, tanto a sí mismo como a terceras personas; y del mismo modo, podrá indicarse para que pueda llevarse a cabo, de forma óptima, el tratamiento pautado durante su estancia hospitalaria y evitar la retirada de dispositivos necesarios para el tratamiento, como por ejemplo una sonda vesical.

Podemos referirnos a este procedimiento tanto como sujeciones mecánicas, contenciones mecánicas como restricciones físicas.

Se define Sujeción Mecánica como cualquier procedimiento o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que este no sea capaz de mover o retirar. Como definición de Contención Mecánica nos encontramos: procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no puede ser manipulada o retirado por el paciente para mantener su seguridad y eficacia.

2 Objetivos

- Describir el personal necesario para llevar a cabo la sujeción mecánica de forma correcta.
- Enumerar las posibles indicaciones y contraindicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La restricción física que se somete al paciente con la aplicación de las contenciones mecánicas debe estar indicado por prescripción médica.

La enfermera responsable del paciente y con ausencia del médico en ese momento, puede tomar la decisión de la sujeción mecánica, con justificación del motivo, y una confirmación y prescripción médica a la mayor brevedad.

Deberá de informarse al familiar de la sujeción y el motivo por el que se realiza, de esto deberá informar el facultativo

Prevenir conductas del paciente, que puedan dañar a familiares, personal sanitario u otros pacientes, caídas o conductas autolesivas incluso. o Evitar interferencias en el tratamiento del paciente

CONTRAINDICACIONES (1, 4, 6) o No existencia de indicación. o Si existe adaje alternativo. o Orden expresa de no restricción física. o Castigo. o Comodidad o conveniencia del personal sanitario. o Si no hay personal suficiente para llevarlo a cabo. o Si la situación es peligrosa. o Si existe violencia con intencionalidad deliberativa.

Existen contraindicaciones como puede ser la existencia de lesiones en el lugar de la colocación de la contención. Como fracturas, luxación o incluso en el caso de problemas respiratorios

Para la colocación de las sujeciones son necesarias 4 personas:

Uno se colocará a la cabeza y será el que dirige. El resto, uno en cada extremidad. En el momento de llevarlo a cabo, se explicará al paciente lo que vamos a realizar de forma clara y concisa, con un tono de voz tranquilizador, pero firme.

Debemos intentar que entienda que es por su seguridad y su pronta recuperación no debemos hacer que parezca una forma de castigo como a los niños, sino que beneficiario por poder proporcionarle los cuidados precisos y necesarios.

5 Discusión-Conclusión

La sujeción mecánica es indicada, en muchos de los casos, para evitar que el paciente se haga daño a sí mismo, por posibles caídas o porque este se “arranque” dispositivos necesarios para sus cuidados. Es necesario conocer las contraindicaciones de la técnica para no producir más daño al paciente.

Es muy importante realizar una valoración exhaustiva del paciente y tener en cuenta todas las opciones posibles en el tratamiento antes de llegar a colocar las correas de sujeción. Al igual que la valoración del paciente es importante antes llevar a cabo esta técnica, lo es la valoración durante el tiempo que se mantenga.

6 Bibliografía

Wikipedia
Salud.net
Mayoclinic.com

Capítulo 703

MIEDO A LA MUERTE E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS

JUAN COBO PALOMINO

MARÍA ISABEL PUÑAL GUZMÁN

1 Introducción

Todo el mundo nos hemos planteado en alguna ocasión como será nuestra muerte y hay varios conceptos que tenemos que tener presentes, como es la dignidad humana, entre otros, y que afectan de una manera u otra a como entendemos o sentimos la muerte. Los cuidados paliativos son un modelo de cuidados que de una forma correcta dan sentido a estos conceptos que surgen al final de vida, y, por tanto, definen situaciones muy concretas de las que depende la buena praxis social, médica y sobre todo humana, con quienes se encuentran en los últimos momentos de su vida. Cuando el final está cerca, lo que esperamos es vivirlo con confort y calidad de vida, y ser tratado como persona que ha estado luchando hasta el último momento, independientemente de dónde y en qué momento de la vida se produzca el fallecimiento.

El acto de morir incumbe, a quien le acontece y a todo el ámbito social más cercano a la persona que se encuentra en dicha situación. Este tema siempre provoca angustia en la persona por la pérdida de la vida, y con ello de los seres queridos más cercanos, objetos u otros intereses, y por el desconocimiento de lo que hay

tras la muerte. El equipo de cuidados paliativos es el encargado de abordar este final con una correcta y humana atención ante la muerte y ante el que sufre una enfermedad incurable o que se encuentra en fase terminal, teniendo en cuenta la parte humana de los profesionales de esta rama como son las emociones, los sentimientos, atendiendo a las necesidades del paciente en el final de la vida y las de su familia.

2 Objetivos

- Analizar las variables miedo a la muerte e inteligencia emocional
- Identificar la relación entre ellas y comparar si existen diferencias con otras variables sociodemográficas.

3 Metodología

La metodología que se ha utilizado para este trabajo ha sido de corte cualitativo, realizándose una exhaustiva revisión bibliográfica.

La metodología de corte cualitativo arroja una comprensión holística, no representable en términos matemáticos, haciendo foco en la profundidad del objetivo. Esta metodología está basada en la recolección de descripciones y observaciones no cuantificables referenciadas en la bibliografía.

Para esta investigación, se ha buscado diversa bibliografía referente al tema de análisis, haciendo una selección de la más relevante sobre la Inteligencia emocional, el miedo a la muerte y equipos paliativos de enfermería.

4 Resultados

Los resultados de la revisión bibliográfica muestran presentan que los equipos de enfermería no se autoperciben como preparado a la hora de cuidar de enfermos terminales, siendo las personas de género femenino las que suelen presentar una puntuación significativamente mayor en los estudios cuantitativos, así como las que expresan con más claridad la percepción de no sentirse preparadas en los estudios de corte cualitativo. De la misma manera, en los trabajos revisados, no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en inteligencia emocional.

Con respecto a la regulación emocional, característica de la inteligencia emocional, se aprecia una aparición continuada en diferentes estudios de una cor-

relación negativa entre la capacidad de regulación emocional y el miedo a la propia muerte y la de otras personas.

Después de realizar nuestro estudio y con los artículos consultados de la revisión bibliográfica pertinente, podemos afirmar que, el hospital se ha convertido en el marco que recoge toda la vida de una persona, hasta el final de sus días. Hace años la mayoría de las muertes se producían en los domicilios. Hoy en día existe un porcentaje bastante alto de las muertes que se producen en el hospital. A modo de conclusión sobre este trabajo, hay que considerar la dignidad que la persona tiene que conservar y tener en la fase final de su ciclo vital, proporcionándole y obteniendo los cuidados necesarios como son los físicos, psicológicos, sociales y espirituales que llegar a su último día con plenitud, llevando una vida lo más posible a la normal, con la máxima independencia y libertad, y sobre con ausencia de dolor. En definitiva, morir bien y con calidad tendría que ser un derecho de todas las personas. El buen morir como reivindicación moral, como un valor merecido de final de una vida.

5 Discusión-Conclusión

En líneas generales se aprecia una percepción de no sentirse preparado para afrontar los cuidados paliativos de personas, dicha percepción se ve agravada o amortiguada por la capacidad de regulación emocional del personal de enfermería, no apreciándose en ningún trabajo revisado la eliminación de dicha percepción. Por otro lado, en la mayoría de los trabajos se hace referencia las implicaciones emocionales negativas que tiene en el personal de enfermería el proceso de morir de los pacientes en cuidados paliativos agravándose cuando el personal ha pasado por todas las fases del paciente, conocimiento de la enfermedad los síntomas, el sufrimiento y la agonía, generando en los/as enfermeros/as cierto estado de ansiedad.

A modo de conclusión cabe señalar la necesidad de incorporar iniciativas en el desarrollo de inteligencia emocional en los equipos de enfermería, así como la posibilidad apoyo emocional en aquellos trabajadores/as que cuidan de las personas en cuidados paliativos de esta manera se conseguirá incluir estrategias socioemocionales que mejoren su estado emocional en el ámbito laboral, creando recursos eficaces en los trabajadores para que puedan cuidarse para cuidar.

6 Bibliografía

- 1.Fernández-Martínez, E., Liébana-Presa, C., Martínez-Soriano, M., & López-Alonso, A. (2019). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Med. Paliativa*, 26(3), 205-210.
- 2.ColellBrunet, R. (2006). Relación entre la inteligencia emocional y la motivación para trabajar en Cuidados Paliativos en estudiantes de enfermería. *Med. paliat*, 186-191.
- 3.Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica*, 21(3), 129-135.
- 4.ColellBrunet, R. (2008). Enfermería y cuidados paliativos. *Enfermería y cuidados paliativos*, 1-91.

Capítulo 704

EL CELADOR Y SU RELACIÓN CON LOS DISTINTOS PERSONALES DE LA SANIDAD Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO

JAVIER MARIN GÓMEZ

ANTONIO LAYU JIMÉNEZ

JAVIER ALGUACIL LÓPEZ

PABLO DEL PINO RODRIGO

1 Introducción

En este apartado de introducción vamos a valorar distintas ideas que nos sirven como antecedentes acerca de las distintas relaciones que existen entre las distintas categorías profesionales. Estas relaciones de las distintas categorías profesionales de la sanidad las vamos a focalizar en la figura del celador y el personal de enfermería. Esto es debido a que en muchas ocasiones el personal de enfermería encarga tareas al celador en función de las necesidades que se den en el área de trabajo. Considerar que en la sanidad pública trabaja un amplio número de profesionales y que hay ocasiones en las que, aunque unos dependan de otros directamente, la relación que tienen en el hospital es de ayuda mutua entre ellos.

Esto es debido a que la finalidad principal es beneficio del paciente. Hay otras categorías profesionales con las que trabaja el celador y que a su vez depende de ellas, la más directa es el jefe de personal subalterno que es el responsable directo de la figura del celador. No obstante, el profesional de la salud celador, dado el número elevado de funciones que realiza en el hospital, suele estar en contacto directo con el personal de enfermería en muchos de los casos. Por estas cuestiones es por las que hemos considerado importante hacer la relación entre las funciones del celador y las del personal de enfermería.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general las relaciones de ayuda mutua entre los distintos profesionales de la salud.

Relacionar dichas relaciones con las funciones que ejerce el celador y el personal de enfermería en el espacio hospitalario.

3 Metodología

En este trabajo hemos usado distintas bases de datos que 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. Dichas bases de datos nos han aportado la información que hemos necesitado para nuestro trabajo.

4 Resultados

Este apartado de resultado nos va a servir para analizar cómo trabajan en el espacio hospitalario los distintos profesionales de la salud. Respecto a las relaciones de ayuda mutua en el centro hospitalario, mencionar que es un aspecto fundamental de la sanidad pública. Dado que el sistema sanitario está enfocado para que los distintos profesionales puedan ayudar y velar por el bienestar del paciente, es de primer orden el que las distintas categorías profesionales se unan para cuidar el bienestar y la mejora del paciente en cualquiera de los momentos que están en el espacio hospitalario. Los distintos profesionales de la salud deben de estar coordinados para que el paciente tenga una ayuda completa en todo momento. Esto se produce desde que el paciente llega al centro hospitalario y está siendo atendido

en admisión al paciente, posteriormente se le indica donde tiene que esperar para ser atendido. A partir de aquí, en este proceso le va a atender desde los propios celadores, a los enfermeros, médicos... Es por ello que este personal tan variado debe de tener una buena relación en cuanto a sus funciones de cooperación. Si nos ceñimos al papel del celador y el personal de enfermería en el espacio hospitalario, los mismos trabajan de manera coordinada y también conjunta. En este caso podemos poner como ejemplo: cuando el personal de enfermería indica al celador que tiene que ayudarlo en alguna de las funciones que debe de realizar. Esto lo vamos a concretar ejemplificando el momento de recoger muestras en la analítica de un paciente. Existen muchas funciones en las que ambas categorías de celador y enfermero, deben de estar relacionadas para trabajar conjuntamente en sus tareas, pero todas ellas necesarias en la sanidad.

5 Discusión-Conclusión

Este apartado conclusiones no sirve por un lado para determinar la importancia de que las distintas funciones de las categorías profesionales que hay en un centro hospitalario vayan coordinadas y organizadas en torno a la ayuda al paciente. Por tanto, la ayuda mutua entre los distintos profesionales es un hecho fundamental en un centro hospitalario. Por otro lado, concluir la importancia de la ayuda entre celador y personal de enfermería, ya que ambas categorías trabajan de manera continua en la sanidad pública. Es por ello que la ayuda mutua y la cooperación entre las distintas categorías profesionales, especialmente de enfermería, son fundamentales para un buen desarrollo de la sanidad.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1.

Capítulo 705

EL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD

MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO

PABLO DEL PINO RODRIGO

JAVIER ALGUACIL LÓPEZ

ANTONIO LAYU JIMÉNEZ

JAVIER MARIN GÓMEZ

1 Introducción

En este apartado de introducción vamos a poner de manifiesto la importancia del trabajo del celador en el centro de salud. El trabajo que estos profesionales desarrollan en los centros de salud es de una gran relevancia, ya que las tareas del mismo vienen a cubrir un amplio abanico de funciones en la sanidad pública y concretamente en los centros de salud. Sin el trabajo del celador en este espacio de trabajo, el resto de las tareas de las demás categorías de la sanidad estarían en muchas de sus funciones desatendidas. Esta desatención se traduce sobre todo en tareas en las que los distintos profesionales de la sanidad trabajan en cadena, proporcionando al paciente desde la entrada un trato inicial en el que se vela por sus necesidades. Esta atención inicial se produce hasta el momento en el que el personal facultativo médico los ve y en muchos casos, con posterioridad a esta visita del médico, el mismo necesita realizarle una serie de pruebas para las que en muchos momentos existe la necesidad de la figura del celador para

continuar la atención al paciente. Considerando, pues, la atención al paciente y su seguimiento en el centro de salud como una tarea prioritaria en este espacio de trabajo.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general el trabajo del celador en los centros de salud.

Relacionar el trabajo del celador con la importancia de sus funciones en el centro de salud.

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

El trabajo de los celadores en los centros de salud viene a cubrir varias de las necesidades principales que tienen dichos espacios en la sanidad pública. Otra de las cuestiones importantes en los centros de salud relacionados con los celadores es la comunicación, la organización y la coordinación que debe de tener con el resto del personal que trabaja en este espacio sanitario. Esto es debido especialmente a que la categoría de celador en muchas ocasiones sigue unas directrices concretas en función de las necesidades específicas que sean requeridas en el área de trabajo y por tanto dependen del resto de los profesionales de la salud que trabajan en este espacio. En los centros de salud las tareas que suelen desempeñar los celadores son muy variadas. Desde el control de la puerta, estando pendiente de los accesos al centro, la tarea de recepción del paciente tomándole los datos es otra función que se le puede asignar, otra de ellas es acompañando al paciente en los distintos espacios del centro de salud, también ayudando al personal sanitario en las tareas que se le demande como por ejemplo colocando el material

sanitario en el lugar de destino o ayudando a los mismos a volver a poner en funcionamiento la consulta médica cuando el personal facultativo haya terminado de pasar la consulta. Como vemos, las tareas del celador en un centro de salud son muy variadas y en muchos casos el mismo celador va a desempeñar varias a la vez en el turno en el que esté destinado para su servicio. Las funciones del celador en los centros de salud son necesarias en la mayoría de los casos, ya que por un lado son el apoyo y el refuerzo de otros trabajadores y por otro lado son funciones que hacen que el centro de salud continúe desarrollando su labor con normalidad a través de estos profesionales de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Este apartado de conclusiones nos sirve para determinar en primer lugar que los celadores en los centros de salud cumplen una gran cantidad de funciones, siendo todas ellas de relevancia para este espacio sanitario. La segunda conclusión es que dichas funciones están estrechamente relacionadas con las de los profesionales sanitarios, siendo por tanto el celador un apoyo importante para estos trabajadores de la sanidad. Es por ello que esta categoría profesional no sanitaria de celador se convierte en parte fundamental a la hora de proporcionarle al usuario todos los recursos disponibles en el centro de salud en búsqueda de su bienestar.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1.

Capítulo 706

EL CELADOR Y SU MARCO JURÍDICO

MARIA DEL CARMEN PIZARRO GARRIDO

JAVIER MARIN GÓMEZ

PABLO DEL PINO RODRIGO

ANTONIO LAYU JIMÉNEZ

JAVIER ALGUACIL LÓPEZ

1 Introducción

El celador en sus orígenes, antes de tener el estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, no tenía registrado un marco jurídico concreto. Sus funciones le fueron llegando a partir de necesidades diferentes que había en las instituciones sanitarias antes de 1971. Dichas necesidades se iban cubriendo entre los distintos profesionales de la salud. Para explicar el origen nos remontamos al propio término celador, viene del latín, y se traduce como ganas de hacer cosas con ansia y fervor. En el origen latino significa celo, el que cela: el que cuida o vigila. En definitiva, el que vigila un espacio o algo con ansia o fervor es el resumen del término del origen del celador. De estas dos cuestiones, por un lado, como las funciones del celador están sobrevenidas de una serie de necesidades conjuntas del sistema sanitario y por otro lado en la definición original en la que se deja constancia de que el celador es que el que vigila, el que ayuda y el que guarda. De estas cuestiones traducimos el resto de este trabajo de investigación, ya que nos van a poner en antecedentes lo que con

posterioridad va a definir el estatuto de su personal y en términos generales el estatuto del personal no sanitario.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en los siguientes:

Analizar de manera general la legislación del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias.

Valorar la influencia de dicha legislación en la figura del celador.

3 Metodología

En este trabajo hemos usado distintas bases de datos que 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. Dichas bases de datos nos han aportado la información que hemos necesitado para nuestro trabajo.

4 Resultados

Este apartado de resultados nos va a servir para exponer el marco legislativo o jurídico del personal no sanitario y concretamente de los celadores. Como hemos inferido del apartado de introducción, la figura del celador aparece en relación de una diversidad de necesidades que fueron manifestándose entre los distintos profesionales sanitarios en general en la sanidad pública. Para dichas necesidades llega un momento en el que debe de plantearse jurídicamente su regulación. Por un lado, tenemos como referencia el Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social en su orden del 5 de julio de 1971, donde se regía en principio al personal que prestaba servicio en la sanidad. Con posterioridad se van a realizar la ley 55/2003, del 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, que marca las normas básicas relacionadas con este tipo de personal. No obstante, las funciones de los celadores siguen recogándose en dicho Estatuto de personal no sanitario, aunque el mencionado estatuto de personal no sanitario es más antiguo que esta ley y se deberían de haber adaptado algunas funciones del celador que están obsoletas en el sistema sanitario público. Dichas funciones se recogen concretamente en el artículo 14.2. Donde nos dice que celador en el ejercicio de sus funciones debe de

realizar una serie de tareas extensas, ya que las funciones a realizar no han sido objeto de especial desarrollo en el Estatuto y por tanto la realizará de acuerdo con las características propias de su especialización. Esta situación le marca a estos profesionales de la salud unas tareas de base concretas, pero las mismas van a estar adaptadas a la especialización a la que estén destinados.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones por un lado determinamos que la regulación del personal no sanitario que trabaja en las instituciones públicas tiene un marco jurídico complejo y sin terminar de estar estructurado en un único marco común. Por otro lado, concluimos que la figura del celador y sus funciones necesita una adaptación de las mismas, ya que el estatuto que los regula se ha quedado antiguo porque algunas de esas funciones han cambiado o por qué por temas como la igualdad de género ya no se realizan de la misma manera. Por tanto, aunque sigamos valorando las funciones del celador con la orden del 5 de julio de 1971, algunas de las funciones deberían de estar adaptadas a las nuevas necesidades sanitarias y sociales.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1.

Capítulo 707

LA FIGURA DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL CADAVER A LA SALA DE AUTOPSIAS

ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS

TEODOR OCHIU

ALEJANDRO CIFUENTES BALLESTEROS

HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La sala de autopsias es el lugar donde se realiza un estudio externo e interno del cadáver que ha sido trasladado por el celador de hospitalización, en ella se toman muestras de órganos y de fluidos, en la realización de una autopsia consta del siguiente personal sanitario: Médico anatomopatólogo, personal técnico, tcae y celador.

Hay dos tipos de autopsias:

- La autopsia clínica es la practicada por el médico anatomopatólogo, cuya finalidad de esta autopsia consiste en descifrar la causa del fallecimiento de la persona, cuando la muerte está dudosa por la causa que ha sido provocada.
- La autopsia médico-legal: es aquella autopsia en la que la muerte tiene signos de haber sido una muerte criminal. En este tipo de autopsias se investigan lesiones

o alteraciones, para comprobar si la muerte ha sido debida a un crimen, o deducir el grado de responsabilidad que una persona ha podido tener en el motivo de la muerte.

Para ser celador en la sala de autopsias ha de estar muy preparado, ya que es una situación muy incómoda no solo mentalmente sino también psicológicamente, ya que se puede realizar una autopsia a cualquier persona de cualquier edad.

En este tipo de trabajo hay que tener muy en cuenta la fecha de fallecimiento, a mayor tiempo de la fecha de fallecimiento en peores condiciones estará el cadáver, esto hará que sea mucho más incómodo para el personal sanitario, se vería afectado los órganos de los sentidos (olfato, vista).

Vamos a mostrar cuáles son las medidas higiénico-sanitarias que debe de reunir una sala de autopsias:

- Los suelos deben ser de fácil limpieza e impermeables.
- Los techos deben ser lisos y lavables.
- Los niveles de iluminación deben de oscilar entre los 350 a 500 luxes
- Sistemas de depuración residuales.
- Sistemas de climatización artificial que facilite una rápida y eficaz eliminación de los olores producidos tras la práctica de una autopsia.

La sala de autopsias se encuentra ubicada junto al mortuario, están en lugares donde no pueden acceder ningún tipo de personal que no sea trabajador del centro hospitalario, ya que su ubicación está difícil de encontrar.

2 Objetivos

Vamos a desarrollar cuáles son las funciones que realiza un celador en la sala de autopsias, tras llamar que se tiene que realizar una autopsia a una persona que no saben cuál es la causa de su muerte y la fecha del fallecimiento no corresponde con el estado en la que se encuentra el cuerpo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

A continuación, vamos a describir cuáles son las funciones que realiza un celador en la sala de autopsias:

- El celador es el encargado de realizar los traslados del cadáver desde el mortuario hasta la sala de autopsias, el cuerpo del fallecido se encontrará en cámaras frigoríficas.
- El cadáver se colocará en la mesa en la posición decúbito supino para realizar dicha autopsia.
- Prepara el cadáver para la realización de la autopsia, es decir, se efectuará los movimientos que sean necesarios para la práctica.
- Se conservará un ambiente de respeto, impidiendo entrar durante dicho proceso en dichos ociosos o de carácter morboso.
- Tener las mismas consideraciones con el cuerpo muerto que con el paciente vivo.
- Auxiliar en cualquier momento al médico durante la autopsia, en aquellos procesos en los que pueda usar la figura del celador, evitando el uso de cualquier instrumental sobre el cuerpo del fallecido, sobre todo la movilización del cuerpo.
- Aseo y recomposición del cadáver una vez que se haya realizado la autopsia.
- Traslado del cada vez al mortuario hasta que sea recogido por la funeraria para el traslado al tanatorio.
- Limpieza de la sala, material y mesa utilizado.
- Entrega de las muestras obtenidas a los servicios correspondientes, ayudando al superior en el pesaje de los órganos, tomando las anotaciones posibles.
- Introducir los restos humanos en contenedores herméticos, que posteriormente serán incinerados por la empresa responsable.

Mostraremos la indumentaria que es necesaria para el personal que se encuentra dentro para la realización de una autopsia:

- Gorro que cubra completamente el pelo.
- Gafas o pantalla protectora para evitar el contacto de fluidos con los ojos.
- Mascarilla quirúrgica.
- Guantes y batas desechables.
- Protectores desechables para los brazos, para evitar que estén en contacto con los fluidos del cuerpo.
- Delantales largos, para evitar mojar la ropa con fluidos que salgan del cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador en la sala de autopsias es de gran importancia, ya que es la persona que coloca el paciente en la posición que necesita el médico anatomopatólogo, para la realización de la autopsia. Para dicha área cualquiera no puede estar, ya que es una zona que tienes que estar preparado mentalmente y psicológicamente muy bien, ya que son prácticas muy desagradables y dichas prácticas se realizan a personas de cualquier edad. Un buen estudio realizado por parte del médico anatomopatólogo, hace que los familiares del fallecido puedan saber con exactitud del motivo por el que ha sido fallecido su familiar.

6 Bibliografía

<https://www.legalyforense.com/comentarios/244>

http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc16

Capítulo 708

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

TEODOR OCHIU

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO

ALEJANDRO CIFUENTES BALLESTEROS

ANGEL CIFUENTES BALLESTEROS

1 Introducción

Dentro de un centro hospitalario se encuentra la zona de hospitalización psiquiátrica, es una especialidad médica, en el que se dedica al estudio de los pacientes que sufren un trastorno mental, ya sea de origen genético o de origen neurológico, con la función principal de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a dichos pacientes, para poder asegurar la autonomía y adaptación del paciente, a las condiciones de su existencia.

Su estudio se realiza en el encéfalo, para lo que está funcionando mal en él, no solo son enfermedades mentales.

El personal que se encuentra en dicha planta de hospitalización es de médicos psiquiátricos, psiquiatras, enfermería, tcae y celadores.

La unidad de psiquiatría es una planta donde los pacientes ingresados han de estar muy controlados, ya que son pacientes que están enfermos a nivel mental, deben de tratarse con máxima delicadeza y no se le debe de dar un estado de

confianza absoluto, ya que sus actos pueden desencadenar problemas serios al personal sanitario.

En España la red psiquiátrica está formada por:

1. Centros de Salud Mental: es la vía de acceso al resto de dispositivos sociosanitarios en este campo de salud.
2. Unidades de hospitalización Psiquiátrica: en ellas se encuentran los pacientes ingresados para su tratamiento, se localizan en mayor parte en Hospitales Generales.
3. Estructuras Intermedias:
 - Hospital de día.
 - Centro de día.
 - Centro de media y larga estancia.
 - Talleres ocupacionales.
 - Pisos protegidos.

2 Objetivos

Vamos a proceder al desarrollo de las diferentes funciones que deben de desarrollar un celador dentro de la zona de hospitalización psiquiátrica dentro de un hospital y cuáles son las formas de actuación que debe de desarrollar un celador con el paciente psiquiátrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 en planta de psiquiatría consiste en la relación de estos enfermos en la comunicación para crear un vínculo de relación.

La relación que debe de tener el personal sanitario y los celadores consiste en:

1. Ayudar al paciente para que este mejore su estado de salud.

2. Dar confianza, pero no en exceso, ya que al tener mucha confianza pueden producirse problemas, como pedir dinero, etc.

3. Dar seguridad, para que ellos se encuentren seguros según la enfermedad mental que tengan se tiene una actuación u otra.

SE deberá mostrar calma, para que el paciente se encuentre tranquilo.

Nombraremos al paciente por su nombre, esto hace que ellos se sientan cómodos y noten que se tiene interés en su recuperación.

En caso de que se inicie una discusión, se debe de hablar tranquilamente con ellos, para que se calmen. Y en caso de que no sea capaz el personal sanitario ni los celadores en calmar la situación, se recurre a llamar al personal de vigilancia, para que estos procedan a actuar.

Que totalmente prohibido el amenazar a los pacientes, se le explicara las actuaciones y mediante la compresión se le ayudara a controlar los pacientes en las diferentes situaciones.

Se le retirarán todos los objetos que puedan poner en peligro la vida tanto del personal trabajador como de los propios pacientes.

En caso de pacientes violentos, si no funciona el hablar no es efectivo y se recurrirá a la administración de medicación, y se procede a la sujeción mecánica del paciente.

Trasladará a los pacientes a las pruebas que les sean ordenadas por el personal de enfermería.

Llevará las muestras de orina y de sangre al departamento dentro del ámbito del laboratorio que corresponda.

5 Discusión-Conclusión

El que los familiares y el enfermo puedan contar con el cariño y la ayuda del celador en los momentos más difíciles, esto hace que el celador crezca de manera profesional, esto hace que se sienta orgulloso de la profesión que ha decidido dedicarse en su vida profesional. Las muestras de cariño que se le realizan a los pacientes hacen que se sientan arropadas en los momentos más difíciles por los que están pasando. El buen conocimiento de los protocolos que han de seguir todas las metas establecidas, y que aumente la confianza en cada una de las situaciones en las que les toca vivir en su vida.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/>

<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html>