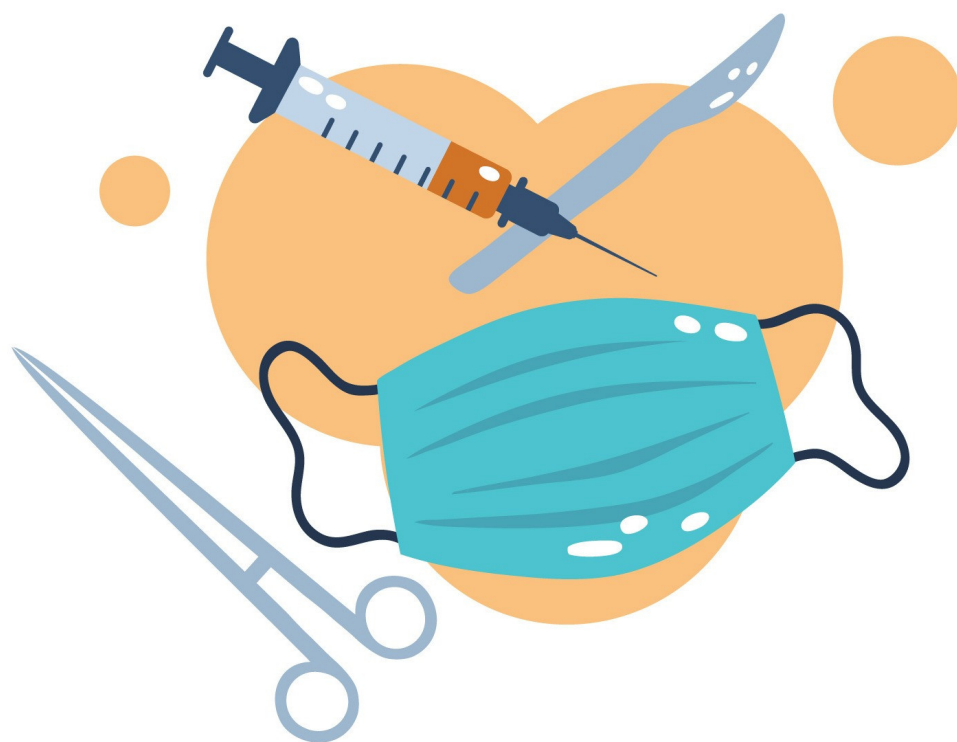


Hospitalarias, Extrahospitalarias y Domiciliarias

XXXVII LECCIONES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



Ciencia
Sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXXVII Lecciones en Urgencias y Emergencias.



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXXVII Lecciones en Urgencias y Emergencias.

Fecha de publicación: 21 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: 978-84-19493-09-5

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	INMOVILIZACIÓN EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO MARTA GONZALEZ NOMBELA, NEREA JUÁREZ MUÑOZ Y CARMEN SALDAÑA ROSELL	3
2	HEMORRAGIA PUERPERAL TARDÍA COMO CAUSA DE SHOCK HIPOVOLÉMICO ROCÍO GARCÍA JIMÉNEZ Y IRENE IDOIA VALERO ARROYO	11
3	EDUCACIÓN SANITARIA IMPARTIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUE SE VA A REALIZAR UN CATETERISMO CARDÍACO AMBULATORIO MARTA PÉREZ SANJURJO Y NURIA SAHÚN MARTÍNEZ	17
4	CUIDADOS DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA E. AGUILAR RICO, MIRIAM SORIA GIL, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER Y RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ	23
5	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA URGENCIA DE SALUD MENTAL ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA E. AGUILAR RICO, MIRIAM SORIA GIL, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER Y RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ	27
6	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA INTOXICACIÓN MARIA E. AGUILAR RICO, MIRIAM SORIA GIL, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER Y RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ	31

7	CONSIDERACIONES EN EL USO Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL EVA DIEZMA FERNÁNDEZ, JAVIER PEÑALVER ALVARO, RAQUEL SOBRINO DÍAZ, FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA Y MARIA DONDARZA DIAZ	35
8	CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE CRISIS EPILÉPTICAS BEATRIZ FERNÁNDEZ BELDAD	43
9	EMERGENCIA POR ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA JOSE MANUEL FERNANDEZ VALERO, JUAN JOSE RODRIGUEZ TORIBIO, SARA GARCÍA DÍAZ, JEMIMÁ MUÑOZ GOMEZ Y CECILIA LOPEZ GARCÍA	49
10	REACCIÓN DEL ORGANISMO EN GRANDES QUEMADOS POR ENFERMERÍA SARA GARCÍA DÍAZ, JOSE MANUEL FERNANDEZ VALERO, JUAN JOSE RODRIGUEZ TORIBIO, JEMIMÁ MUÑOZ GOMEZ Y CECILIA LOPEZ GARCÍA	55
11	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO CRISTÓBAL JUÁREZ GARCÍA	61
12	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA HTA EN URGENCIAS BEATRIZ FERNÁNDEZ BELDAD	67
13	EXPOSICIÓN DEL CAMBIO EN EL PERIODO DE PUBERTAD ACTUAL POR ENFERMERÍA JUAN JOSE RODRIGUEZ TORIBIO, JOSE MANUEL FERNANDEZ VALERO, SARA GARCÍA DÍAZ, JEMIMÁ MUÑOZ GOMEZ Y CECILIA LOPEZ GARCÍA	77
14	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN REANIMACIÓN HACIA EL NO NACIDO O NONATO DIANA RUIZ BONILLA, BEATRIZ OTERO GARCIA, MARTA VAQUERIZO TORRIJOS, MARÍA ELISA TIRADO CABALLERO Y ELENA GÓMEZ ARROYO	81

15	ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN CIRROSIS Y DEGENERACIÓN HEPÁTICA POR ENFERMERÍA BEATRIZ OTERO GARCIA, DIANA RUIZ BONILLA, MARTA VAQUERIZO TORRIJOS, MARÍA ELISA TIRADO CABALLERO Y ELENA GÓMEZ ARROYO	85
16	GESTIÓN Y MANEJO POR ENFERMERÍA DE MEDICAMENTOS EN LOS ENFERMOS MARTA VAQUERIZO TORRIJOS, DIANA RUIZ BONILLA, BEATRIZ OTERO GARCIA, MARÍA ELISA TIRADO CABALLERO Y ELENA GÓMEZ ARROYO	89
17	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERIDAS POSTQUIRÚRGICAS MARTA RUIZ PARADA, SANTIAGO TORRES PALOMARES, BARBARA SALES CARRION, LOURDES MARIA ROSELL MERLO Y CARLOS PANADERO MORENO	93
18	ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST MARTA RUIZ PARADA, SANTIAGO TORRES PALOMARES, BARBARA SALES CARRION, LOURDES MARIA ROSELL MERLO Y CARLOS PANADERO MORENO	101
19	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO MARTA RUIZ PARADA, SANTIAGO TORRES PALOMARES, BARBARA SALES CARRION, LOURDES MARIA ROSELL MERLO Y CARLOS PANADERO MORENO	105
20	DIETA CETOGÉNICA Y CÁNCER JAVIER PEÑALVER ALVARO, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ, MARIA DONARZA DIAZ, FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA Y RAQUEL SOBRINO DÍAZ	115
21	CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA GUADALUPE RAMOS COLLADO, ÁNGEL MANUEL MARTÍN ARCOS Y SILVIA CARRERO MALDONADO	121

22	USO DE LA VÍA INTRANASAL EN URGENCIAS ALMUDENA MORENO SOBRINO, MARTA LOPEZ MAESTRO Y JESUS FRANCISCO SANCHEZ-VALDEPEÑAS SANCHEZ-MANTERO	125
23	MANEJO DE LAS CRISIS ASMÁTICAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS MARTA LOPEZ MAESTRO, JESUS FRANCISCO SANCHEZ-VALDEPEÑAS SANCHEZ-MANTERO Y ALMUDENA MORENO SOBRINO	131
24	CETOACIDOSIS DIABÉTICA: CUIDADOS ENFERMEROS MARIA E. AGUILAR RICO, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MIRIAM SORIA GIL, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER Y RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ	137
25	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN EXTRA HOSPITALARIA AL PACIENTE CRÍTICO EN EL TRANSPORTE AÉREO DESIREE MARTINEZ GARRIDO, INMACULADA TORRECILLAS SEGURA, MARÍA CORTES LÓPEZ NAVARRO, CARMEN FUENTES MORENO Y DENISA BABA	141
26	PRÁCTICAS PARA DISMINUIR EL DOLOR EN LA VACUNACIÓN DE LOS LACTANTES EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA MARÍA VILLAVERDE GARCÍA, CLARA BARCENILLA FERNANDEZ, MARTA PORRAS GONZALEZ, BEATRIZ VIDAL GUTIERREZ Y RAQUEL LOZANO CALATAYUD	147
27	ABORDAJE Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA EPIDERMOLISIS BULLOSA HEREDITARIA MARÍA VILLAVERDE GARCÍA, CLARA BARCENILLA FERNANDEZ, MARTA PORRAS GONZALEZ, BEATRIZ VIDAL GUTIERREZ Y RAQUEL LOZANO CALATAYUD	153

28	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MEDIANTE BALÓN INTRAGÁSTRICO MARÍA VILLAVERDE GARCÍA, CLARA BARCENILLA FERNANDEZ, MARTA PORRAS GONZALEZ, BEATRIZ VIDAL GUTIERREZ Y RAQUEL LOZANO CALATAYUD	161
29	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN URGENTE ALEJANDRA SOLÍS VILLAR	167
30	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRISTÓBAL JUÁREZ GARCÍA	171
31	LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS ANTE EL PACIENTE INTOXICADO CRISTÓBAL JUÁREZ GARCÍA	175
32	CANALIZACIÓN UMBILICAL EN EL NEONATO. PRINCIPAL VÍA EN EL SOPORTE VITAL NEONATAL. SILVIA SOLER NOVILLO, CORAL GARCÍA GUIJARRO, ALBA GUIJARRO ARAQUE, LAURA DOLORES GUIJARRO ARAQUE Y MARÍA PALOMA SAIZ JAREÑO	179
33	TRATAMIENTO INMEDIATO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SILVIA CARRERO MALDONADO, GUADALUPE RAMOS COLLADO Y ÁNGEL MANUEL MARTÍN ARCOS	185
34	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE QUEMADURAS POR SUSTANCIAS QUÍMICAS MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RIVERO, CONSUELO ALMUDENA MORENO VALVERDE, MARIA ESPADAS NÚÑEZ DE ARENAS, IRENE DEL BURGO MARTÍNEZ Y PEDRO RODRIGO VACAS	189
35	ACTUALIZACIÓN SOBRE EL USO DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO GUIADO POR ECOGRAFÍA FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, MARIA DONDARZA DIAZ, RAQUEL SOBRINO DÍAZ, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ Y JAVIER PEÑALVER ALVARO	193

36 CONVULSIONES INFANTILES	
MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, LAURA VELÁZQUEZ RUIZ, ANGELA TARDIO LOPEZ, JESÚS DÍAZ MORALES Y ANA GARCIA LUCAS	197
37 MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA	
WILDER QUISPE CEBRIAN, LAURA REOLID GARCÍA, ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA, MARTA TENDERO RUIZ Y VERONICA IVONNE ARRELUCEA SOLANO	201
38 EL EMBARAZO DE RIESGO, TODOS LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
WILDER QUISPE CEBRIAN, LAURA REOLID GARCÍA, ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA, MARTA TENDERO RUIZ Y VERONICA IVONNE ARRELUCEA SOLANO	205
39 NUTRICIÓN ENTERAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
WILDER QUISPE CEBRIAN, LAURA REOLID GARCÍA, ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA, MARTA TENDERO RUIZ Y VERONICA IVONNE ARRELUCEA SOLANO	209
40 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON QUEMADURAS	
ANA ISABEL SÁNCHEZ BALLESTEROS, MARIA LOPEZ CHAVARRIA, CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ, IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA Y YOLANDA MEDEL ALCÁNTARA	213
41 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE PORT-A-CATH	
SONIA VILLALBA SOLIVA, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO, MARTA PEÑALBA ESPARCIA, FRANCISCO LÓPEZ CANO Y MARÍA USERO MOZOS	221

42	MANEJO DEL PACIENTE CON COLELITIASIS Y CÓLICO BILIAR PARA ENFERMERÍA SONIA VILLALBA SOLIVA, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO, MARTA PEÑALBA ESPARCIA, FRANCISCO LÓPEZ CANO Y MARÍA USERO MOZOS	225
43	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA SONIA VILLALBA SOLIVA, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO, MARTA PEÑALBA ESPARCIA, FRANCISCO LÓPEZ CANO Y MARÍA USERO MOZOS	231
44	PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO QUE INGRESA EN PLANTA DE CONVALECENCIA JULIA CASTELLANOS FRANCO, ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA, MIRIAM MEDINA LÓPEZ Y PEDRO ANTONIO SÁNCHEZ RÍSQUEZ	237
45	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDÍACO JULIA CASTELLANOS FRANCO, ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA, MIRIAM MEDINA LÓPEZ Y PEDRO ANTONIO SÁNCHEZ RÍSQUEZ	245
46	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TRAS UNA LARINGECTOMÍA JULIA CASTELLANOS FRANCO, ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA, MIRIAM MEDINA LÓPEZ Y PEDRO ANTONIO SÁNCHEZ RÍSQUEZ	251
47	PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A LAS HEMORRAGIAS EN EL HOSPITAL LAURA ARENAS PIQUERAS, KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ, CELIA VISIER OSMA, ENRIQUE MORENO GALLARDO Y ALICIA GARCÍA GARCÍA	257
48	LOS ENFERMEROS Y LOS PACIENTES QUEMADOS LAURA ARENAS PIQUERAS, ENRIQUE MORENO GALLARDO, KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ, CELIA VISIER OSMA Y ALICIA GARCÍA GARCÍA	261

49 PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN CUANDO FALLECE UN PACIENTE	
LAURA ARENAS PIQUERAS, ENRIQUE MORENO GALLARDO, ALICIA GARCÍA GARCÍA, KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ Y CELIA VISIER OSMA	265
50 DIABETES GESTACIONAL. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	
MARINA LATORRE HORTELANO, LETICIA ALONSO MAROTO, PATRICIA BARAHONA RUBIO-IGLESIAS, NURIA MORATINO VILLALUENGA Y MIRIAM CASARES BENITO	269
51 ATENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SHOCK CARDIOGÉNICO CASO CLÍNICO	
SILVIA SOLER NOVILLO, CORAL GARCÍA GUIJARRO, ALBA GUIJARRO ARAQUE, LAURA DOLORES GUIJARRO ARAQUE Y MARÍA PALOMA SAIZ JAREÑO	273
52 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO	
BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN, ALICIA CRUZ CARRASCO, REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ Y MARIA BLANCO SANABRIA	283
53 ENFERMERÍA: LA RECOLECCIÓN DE ORINA EN BEBÉS Y NIÑOS	
BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN, ALICIA CRUZ CARRASCO, REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ Y MARIA BLANCO SANABRIA	291
54 MANIOBRA DE HEIMLICH	
MONICA VIVAR GALÁN	295
55 ENFERMERÍA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN MEDIANTE SONDA NASOGÁSTRICA	
BEATRIZ ROSADO TOMÁS, ESTHER RAMOS PAVÓN, ALICIA CRUZ CARRASCO, REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ Y MARIA BLANCO SANABRIA	299

56 ENFERMERÍA Y EL PACIENTE OSTOMIZADO Y EL APOYO FAMILIAR	
MARIA HUECAS SOTOMAYOR, MIGUEL GONZÁLEZ GALAN, PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO, MARINA BARROSO MUÑOZ Y RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ	303
57 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA	
MARIA HUECAS SOTOMAYOR, RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARINA BARROSO MUÑOZ, PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO Y MIGUEL GONZÁLEZ GALAN	307
58 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE NEUMONÍA POR COVID	
MARIA HUECAS SOTOMAYOR, MIGUEL GONZÁLEZ GALAN, PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO, RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ Y MARINA BARROSO MUÑOZ	311
59 INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO MEDIANTE EL USO DEL SISTEMA ABCDE	
AMANDA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y CANDELA GARRIDO OMAR	315
60 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVA	
DENISA BABA, CARMEN FUENTES MORENO, DESIREE MARTINEZ GARRIDO, MARÍA CORTES LÓPEZ NAVARRO Y INMACULADA TORRECILLAS SEGURA	321
61 FRACTURA DE CADERA. CASO CLÍNICO	
SARAI RODRIGUEZ MENENDEZ	327
62 SÍNDROME DE KOUNIS	
BARBARA MARTINEZ HARO, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, BEATRIZ FUSTER LOPEZ, ELENA HERREROS MUÑOZ Y MARIA ROSA MARTINEZ HARO	331
63 VENTILACIÓN MECÁNICA: TÉCNICA DE SOPORTE VITAL	
ANA GARCIA LUCAS, LAURA VELÁZQUEZ RUIZ, ANGELA TARDIO LOPEZ, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO Y JESÚS DÍAZ MORALES	337

64	ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UCI Y URGENCIAS BARBARA MARTINEZ HARO, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, BEATRIZ FUSTER LOPEZ, ELENA HERREROS MUÑOZ Y MARIA ROSA MARTINEZ HARO	341
65	CUIDADOS DE LOS DRENAJES VENTRICULARES EXTERNOS (DVE) POR PERSONAL DE ENFERMERÍA BARBARA MARTINEZ HARO, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, BEATRIZ FUSTER LOPEZ, ELENA HERREROS MUÑOZ Y MARIA ROSA MARTINEZ HARO	347
66	ENFERMERIA Y TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MIRIAM CASARES BENITO, LETICIA ALONSO MAROTO, MARINA LATORRE HORTELANO, PATRICIA BARAHONA RUBIO-IGLESIAS Y NURIA MORATINO VILLALUENGA	353
67	LA ANEMIA COMO FACTOR INDICATIVO DE CÁNCER ANA CRISTINA GÓMEZ ROMERA, JOSE CANDIDO MUÑOZ CLEMENTE, MARÍA SORIA VERGARA, CAROLINA CASTILLO RODRIGUEZ Y BÁRBARA HERGUETA GUTIÉRREZ	359
68	DONACIÓN EN ASISTOLIA COMO NUEVA ALTERNATIVA PARA AUMENTAR LAS DONACIONES DE ÓRGANOS NEREA JUÁREZ MUÑOZ, MARTA GONZALEZ NOMBELA Y CARMEN SALDAÑA ROSELL	363
69	PANCREATITIS AGUDA BILIAR: SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO ANA CRISTINA GÓMEZ ROMERA, JOSE CANDIDO MUÑOZ CLEMENTE, MARÍA SORIA VERGARA, CAROLINA CASTILLO RODRIGUEZ Y BÁRBARA HERGUETA GUTIÉRREZ	377
70	EL PAPEL DE LA ENFERMERIA ANTE UNA EMERGENCIA POR GANGRENA DE FOURNIER MARÍA CORTES LÓPEZ NAVARRO, DESIREE MARTINEZ GARRIDO, INMACULADA TORRECILLAS SEGURA, CARMEN FUENTES MORENO Y DENISA BABA	381

71	FARMACOS FIBRINOLITICOS COMO METODO DE URGENCIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO JESUS FRANCISCO SANCHEZ-VALDEPEÑAS SANCHEZ-MANTERO, MARTA LOPEZ MAESTRO Y ALMUDENA MORENO SOBRINO	385
72	TRATAMIENTO A USUARIOS INFECTADOS POR ESTAFILOCOCO AUREUS AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ, MARTA DÍAZ PECO Y MARÍA TERESA CORREDOR RIVERA	391
73	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA MARTA DÍAZ PECO, AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ Y MARÍA TERESA CORREDOR RIVERA	397
74	ABORTO ESPONTÁNEO. CASO CLÍNICO SARAI RODRIGUEZ MENENDEZ	403
75	PLAN DE CUIDADOS EN URGENCIAS EN PACIENTE CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA, MARIA LOPEZ CHAVARRIA, YOLANDA MEDEL ALCÁNTARA, ANA ISABEL SÁNCHEZ BALLESTEROS Y CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ	407
76	HISTORIA DEL CÓDIGO ICTUS: DESDE LOS INICIOS HASTA 2009 MARIA LOPEZ CHAVARRIA, ANA ISABEL SÁNCHEZ BALLESTEROS, IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA, YOLANDA MEDEL ALCÁNTARA Y CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ	415
77	IMPORTANCIA DEL TESTAMENTO VITAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA NURIA MORATINO VILLALUENGA, LETICIA ALONSO MAROTO, PATRICIA BARAHONA RUBIO-IGLESIAS, MIRIAM CASARES BENITO Y MARINA LATORRE HORTELANO	423
78	LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA SARA LORENZO GRACIA Y MARÍA JOSÉ CUARTERO GARCÍA	431

79	CÓDIGO ICTUS, RELEVANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO. SARA LORENZO GRACIA Y MARÍA JOSÉ CUARTERO GARCÍA	445
80	INDICACIONES VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. SARA LORENZO GRACIA Y MARÍA JOSÉ CUARTERO GARCÍA	455
81	CATETERISMO Y ENFERMERÍA ALEJANDRO RUIZ PARADA, ISABEL ARANDA GRACIA, ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO Y MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA	467
82	ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA HIPOTERMIA PERIOPERATORIA ALEJANDRO RUIZ PARADA, ISABEL ARANDA GRACIA, ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO Y MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA	471
83	ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS ALEJANDRO RUIZ PARADA, ISABEL ARANDA GRACIA, ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO Y MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA	479
84	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON QUEMADURAS MARIA ESTER SANCHEZ ROMER, MARIA E. AGUILAR RICO, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MIRIAM SORIA GIL Y RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ	487
85	CUIDADOS Y PREPARACIÓN POR ENFERMERÍA A PACIENTES QUE SE VAN HACER UNA CPRE TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA Y MARTA OCAÑA DELGADO	493

86	CUIDADOS ENFERMEROS MÁS EFECTIVOS PARA LA REPOSICIÓN DE VOLUMEN EN EL PACIENTE EXSANGUINADO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO CARMEN SALDAÑA ROSELL, MARTA GONZALEZ NOMBELA Y NEREA JUÁREZ MUÑOZ	497
87	TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ESCUCHA ACTIVA CON EL PACIENTE INGRESADO EN UN HOSPITAL TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA Y MARTA OCAÑA DELGADO	513
88	CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADOS BASICOS A UN PACIENTE CON ENDOMETRIOSIS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA Y MARTA OCAÑA DELGADO	517
89	REANIMACIÓN NEONATAL EN UN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO ANA JOAQUINA SUÁREZ FERNÁNDEZ	521
90	ENFERMERÍA Y EL CÁNCER DE MAMA EN EL EMBARAZO MARTA DÍAZ SALAZAR, SAMUEL BARATAS RIVERA, ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO, JAVIER MONTERO MORENO Y MARÍA JESUS MUÑOZ MARTIN	525
91	CUIDADOS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA DESDE ENFERMERÍA MARTA DÍAZ SALAZAR, SAMUEL BARATAS RIVERA, ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO, JAVIER MONTERO MORENO Y MARÍA JESUS MUÑOZ MARTIN	529
92	ENFERMERÍA Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CICATRIZACIÓN DE UNA HERIDA MARTA DÍAZ SALAZAR, SAMUEL BARATAS RIVERA, ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO, JAVIER MONTERO MORENO Y MARÍA JESUS MUÑOZ MARTIN	533

93	ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO ANTE UN INTENTO AUTOLÍTICO DE CAUSAS MÚLTIPLES. LAURA RAMIREZ MUÑOZ, IRENE NICOLAS RISCO, MARTA RODRIGO RODRIGO, SARA IBÁÑEZ USERO Y BEATRIZ CAMACHO LAÍN	537
94	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA INFECCIOSA MARÍA SOLER GARCIA, SERGIO GUTIÉRREZ GÓMEZ, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, RAQUEL CANO RUIZ Y CÉSAR RUFO GARCÍA	543
95	CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LEGRADO POR ASPIRACIÓN MARÍA SOLER GARCIA, SERGIO GUTIÉRREZ GÓMEZ, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, RAQUEL CANO RUIZ Y CÉSAR RUFO GARCÍA	547
96	LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS INTERVENCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA MARÍA SOLER GARCIA, SERGIO GUTIÉRREZ GÓMEZ, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, RAQUEL CANO RUIZ Y CÉSAR RUFO GARCÍA	553
97	EMBARAZO ECTOPICO. CASO CLINICO SARAI RODRIGUEZ MENENDEZ	557
98	EL VALOR DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR MARÍA MÉNDEZ QUIÑONES Y CARLA SUAREZ MONTOTO	561
99	CUIDADOS PALIATIVOS: PERFUSIONES DE SEDOANALGESIA A TRAVÉS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL. DESIREE FERNANDEZ CUESTA Y ANDREA CUEVAS PÉREZ	567
100	VIA SUBCUTANEA: EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN EL USO DEL CATETER SUBCUTÁNEO EN PACIENTES PALIATIVOS DESIREE FERNANDEZ CUESTA Y ANDREA CUEVAS PÉREZ	571

101 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.	
DESIREE FERNANDEZ CUESTA Y ANDREA CUEVAS PÉREZ	575
102 PACIENTE CON ICTUS: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
SILVIA SOLER NOVILLO, CORAL GARCÍA GUIJARRO, MARÍA PALOMA SAIZ JAREÑO, ALBA GUIJARRO ARAQUE Y LAURA DOLORES GUIJARRO ARAQUE	581
103 VALORACIÓN SECUNDARIA EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO	
ÁNGEL MANUEL MARTÍN ARCOS, GUADALUPE RAMOS COLLADO Y SILVIA CARRERO MALDONADO	593
104 ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
PEDRO RODRIGO VACAS, CONSUELO ALMUDENA MORENO VALVERDE, MARIA ESPADAS NÚÑEZ DE ARENAS, MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RIVERO Y IRENE DEL BURGO MARTÍNEZ	597
105 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO TORÁCICO	
CARLA SUAREZ MONTOTO Y MARÍA MÉNDEZ QUIÑONES	601
106 MANEJO POR PARTE DE ENFERMERÍA DE LOS DISPOSITIVOS MÁS UTILIZADOS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	
YOLANDA PADILLA GARCÍA, NATALIA MORENO JIMÉNEZ, SARA GARCÍA FELIPE, PATRICIA CALVO GUZMÁN Y ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ	605
107 PREPARACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE ENCAMADO QUE SE VA A SOMETER A UNA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)	
YOLANDA PADILLA GARCÍA, NATALIA MORENO JIMÉNEZ, SARA GARCÍA FELIPE, PATRICIA CALVO GUZMÁN Y ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ	609

108 CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUE PRESENTAN UNA Distrofia muscular	
YOLANDA PADILLA GARCÍA, NATALIA MORENO JIMÉNEZ, SARA GARCÍA FELIPE, PATRICIA CALVO GUZMÁN Y ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ	613
109 INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA	
ISABEL HERRAEZ CASTILLO, ANA SÁNCHEZ ROSILLO Y LIDIA LUCAS ESCOBAR	617
110 VÍA INTRAÓSEA EN URGENCIAS	
MARINA RICO MEDINA Y ALBA AGUIRRE RODRÍGUEZ-MADRIDEJOS	621
111 ABORDAJE DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUEMADO	
CAROLINA CERRATO RODRÍGUEZ, FLORENTINA SUIA FERNÁNDEZ, ANA DÁVILA GUERRERO Y GLORIA MÉNDEZ COLLADO	625
112 LA ENFERMERÍA EN EL BANCO DE SANGRE	
JAVIER LAPARRA GONZÁLEZ, JOSÉ MARÍA LÓPEZ GONZÁLEZ, LAURA CASTRO OLIVARES, MARIA TERESA VICO SÁNCHEZ Y JORGE VICO SÁNCHEZ	629
113 TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES	
JAVIER LAPARRA GONZÁLEZ, LAURA CASTRO OLIVARES, JOSÉ MARÍA LÓPEZ GONZÁLEZ, MARIA TERESA VICO SÁNCHEZ Y JORGE VICO SÁNCHEZ	633
114 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	
FLORENTINA SUIA FERNÁNDEZ, ANA DÁVILA GUERRERO, GLORIA MÉNDEZ COLLADO Y CAROLINA CERRATO RODRÍGUEZ	637
115 CANALIZACIÓN DE CATÉTER MIDLINE	
ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANTONIO MONTOYA MOLINA, JUANA MARÍA CASTELLANO BUENO, SARA ZAMORA RODRÍGUEZ Y ANA ROBLES CAMPILLO	641

116 INTERVENCIONES PARA REDUCIR LOS ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN BEATRIZ LÓPEZ DOMINGO Y BEATRIZ MANZANERO CALVO	645
117 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A VMNI ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANTONIO MONTTOYA MOLINA, JUANA MARÍA CASTELLANO BUENO, SARA ZAMORA RODRÍGUEZ Y ANA ROBLES CAMPILLO	659
118 CANALIZACIÓN DE ACCESO INTRAÓSEO BEATRIZ LÓPEZ DOMINGO Y BEATRIZ MANZANERO CALVO	663
119 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE, ANTONIO MONTTOYA MOLINA, JUANA MARÍA CASTELLANO BUENO, SARA ZAMORA RODRÍGUEZ Y ANA ROBLES CAMPILLO	679
120 HIPERTENSIÓN EN URGENCIAS MANEJO DE UN CASO CLÍNICO MARÍA JOSÉ ROMERO LÓPEZ Y SILVIA CASTILLO CASTILLO	683
121 CASO CLÍNICO: ACCIDENTE TRÁFICO MÚLTIPLES VÍCTIMAS JORGE VICO SÁNCHEZ, LAURA CASTRO OLIVARES, JOSÉ MARÍA LÓPEZ GONZÁLEZ, MARIA TERESA VICO SÁNCHEZ Y JAVIER LAPARRA GONZÁLEZ	687
122 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE ENFERMOS DE SALUD MENTAL BELÉN ESTESO RETAMOSA, ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ, DAVID MARTINEZ GÓMEZ, MARTA ESCRIBANO RUEDA Y LAURA FLORES DECHADO	691
123 FACTORES DE RIESGO Y SU PREVENCIÓN EN EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE BEATRIZ MORENO MONTILLA	695

- 124 LA RELACIÓN DE LOS ENFERMEROS CON EL EQUIPO
MULTIDISCIPLINAR: SUS VENTAJAS E INCOVENIENTES**
BELÉN ESTESO RETAMOSA, LAURA FLORES DECHADO, MARTA
ESCRIBANO RUEDA, DAVID MARTINEZ GÓMEZ Y ENRIQUE
MARTINEZ GOMEZ 699
- 125 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE CROHN**
ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, MARTA BLANCO POY,
MARTA CABALLERO MOLERO, ROCIO LOMAS MENDAZA Y
MARTA MUÑOZ RUIZ 703
- 126 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON
NEUMOTÓRAX. CÓMO MANEJAR DRENAJES PLEURALES**
ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, MARTA BLANCO POY,
MARTA CABALLERO MOLERO, ROCIO LOMAS MENDAZA Y
MARTA MUÑOZ RUIZ 707
- 127 ENFERMERÍA: TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y
EL USO DE APÓSITOS**
ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, MARTA BLANCO POY,
MARTA CABALLERO MOLERO, ROCIO LOMAS MENDAZA Y
MARTA MUÑOZ RUIZ 711
- 128 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSTPARTO**
SILVIA NIEVA FERNÁNDEZ, ALBERTO CRUZ CAÑIZARES, JAVIER
SEBASTIÁN MARTIN RAMOS, NIEVES TENA DEL POZO Y CARLOTA
SERRANO LÓPEZ 715
- 129 PROCEDIMIENTO DE LOS ENFERMEROS EN LA APLICACIÓN DE
LA CREMA ANESTÉSICA TÓPICA**
SILVIA NIEVA FERNÁNDEZ, ALBERTO CRUZ CAÑIZARES, JAVIER
SEBASTIÁN MARTIN RAMOS, NIEVES TENA DEL POZO Y CARLOTA
SERRANO LÓPEZ 719

- 130 RECOMENDACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO**
SILVIA NIEVA FERNÁNDEZ, ALBERTO CRUZ CAÑIZARES, JAVIER SEBASTIÁN MARTIN RAMOS, NIEVES TENA DEL POZO Y CARLOTA SERRANO LÓPEZ 723
- 131 CLÍNICA E INTERVENCIONES EN GLOMERULONEFRITIS AGUDA POR ENFERMERÍA**
GEMA NATACHA SÁNCHEZ SALAZAR, MARTA LOPEZ-OCORADO, OLGA PARDO PONCE, IRENE VALERA FERNANDEZ Y BERTA HOLGUÍN MUÑOZ 729
- 132 ABORDAJE DEL INSOMNIO POR ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
GEMA NATACHA SÁNCHEZ SALAZAR, MARTA LOPEZ-OCORADO, OLGA PARDO PONCE, IRENE VALERA FERNANDEZ Y BERTA HOLGUÍN MUÑOZ 733
- 133 REVISIÓN EN EL SÍNDROME DE BURNOUT, AGOTAMIENTO PROFESIONAL POR ENFERMERÍA**
GEMA NATACHA SÁNCHEZ SALAZAR, MARTA LOPEZ-OCORADO, OLGA PARDO PONCE, IRENE VALERA FERNANDEZ Y BERTA HOLGUÍN MUÑOZ 737
- 134 LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MIRIAM CEPEDA PLAZA, ESTER GARCÍA CEBRIÁN, JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA, VIRGINIA PINEDO RUBIO Y ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ 745
- 135 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LA ENFERMEDAD CELIACA**
MIRIAM CEPEDA PLAZA, ESTER GARCÍA CEBRIÁN, JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA, VIRGINIA PINEDO RUBIO Y ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ 749

136 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA EN LOS HOSPITALES	
MIRIAM CEPEDA PLAZA, ESTER GARCÍA CEBRIÁN, JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA, VIRGINIA PINEDO RUBIO Y ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ	753
137 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA	
FLORENTINA SUIA FERNÁNDEZ, ANA DÁVILA GUERRERO, GLORIA MÉNDEZ COLLADO Y CAROLINA CERRATO RODRÍGUEZ	757
138 EL ENFERMERO Y EL RIESGO RELACIONADO CON EL QUIRÓFANO	
BELÉN ESTESO RETAMOSA, ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ, DAVID MARTINEZ GÓMEZ, MARTA ESCRIBANO RUEDA Y LAURA FLORES DECHADO	761
139 MANEJO DE LAS URGENCIAS ONCOLÓGICAS CARDIOVASCULARES MÁS FRECUENTES	
PAULA CIENFUEGOS GONZÁLEZ Y MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO	765
140 ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS	
RAFAEL HABAS MORENO, FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA, ANA ANTEQUERA GÓMEZ Y YOLANDA COLMENAR MARTÍN	771
141 EL BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE URGENCIAS	
MARÍA CASTAÑO VILLA	775
142 ENFERMERIA: LA HIPERURICEMIA EN PACIENTES ADULTOS	
MARTA PLAZA CEREZO	779
143 ERRORES ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS	
NOELIA VARGAS MUÑOZ, SILVIA PÉREZ TELLO, SERGIO CEA CEBRIÁN, PABLO ROVIRA SANCHEZ Y CARMEN DÍEZ BEJARANO	783

144 ACCESO VASCULAR BAJO CONTROL ECOGRÁFICO SERGIO CEA CEBRIÁN, NOELIA VARGAS MUÑOZ, SILVIA PÉREZ TELLO, CARMEN DÍEZ BEJARANO Y PABLO ROVIRA SANCHEZ	789
145 VALORACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMERÍA DENTRO DE UNA UNIDAD QUIRÚRGICA ÁLVARO GARCÍA ROLDÁN, CRISTINA MONDÉJAR TÉBAR, ANA RUS HERRÁIZ FAJARDO, BLANCA HERGUETA DÍAZ Y MARINA DE LA DUEÑA RUBIO	795
146 ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ÁLVARO GARCÍA ROLDÁN, CRISTINA MONDÉJAR TÉBAR, ANA RUS HERRÁIZ FAJARDO, BLANCA HERGUETA DÍAZ Y MARINA DE LA DUEÑA RUBIO	799
147 EVALUACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL DUELO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA ÁLVARO GARCÍA ROLDÁN, CRISTINA MONDÉJAR TÉBAR, ANA RUS HERRÁIZ FAJARDO, BLANCA HERGUETA DÍAZ Y MARINA DE LA DUEÑA RUBIO	803
148 ASISTENCIA AL PARTO INMINENTE EXTRAHOSPITALARIO. ACTUACIONES DURANTE ESTE PROCESO Y CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO JESICA FERNANDEZ HERBON	807
149 DRENAJES TORÁCICOS: INDICACIONES, VALORACIÓN DEL PACIENTE Y COMPLICACIONES INMEDIATAS VANESSA CAUNEDO SUÁREZ	819
150 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CONFLICTIVAS: ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGRESIVO. ROCÍO ÁLVAREZ FERNÁNDEZ Y MARÍA YOLANDA GONZÁLEZ FREIJOÓ	823

151 AFECTACIÓN DE LA TURNICIDAD LABORAL EN LA FORMA DE VIDA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MARÍA TERESA CORREDOR RIVERA, MARTA DÍAZ PECO Y AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ	827
152 ATENCIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON MIGRAÑA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MARIA ESPADAS NÚÑEZ DE ARENAS, CONSUELO ALMUDENA MORENO VALVERDE, MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RIVERO, IRENE DEL BURGO MARTÍNEZ Y PEDRO RODRIGO VACAS	831
153 MANEJO DEL PACIENTE CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ANABEL ORMEÑO HERVÁS, ALBA MORA ARENAS Y MARTA PAZ MORA	835
154 LA INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU IMPORTANCIA EN EL MALTRATO A ANCIANOS ALBA MARIA ARENAS BURRIEL, ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ROCÍO MORCILLO FERNÁNDEZ, ISABEL DEL BARRIO ASENSIO Y ESTHER PILAR GARCIA LEÓN	841
155 ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB UN CASO CLÍNICO POR ENFERMERÍA ALBA MARIA ARENAS BURRIEL, ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ROCÍO MORCILLO FERNÁNDEZ, ISABEL DEL BARRIO ASENSIO Y ESTHER PILAR GARCIA LEÓN	845
156 TÉCNICA ENDOSCÓPICA DIGESTIVA ALTA POR ENFERMERÍA ALBA MARIA ARENAS BURRIEL, ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ROCÍO MORCILLO FERNÁNDEZ, ISABEL DEL BARRIO ASENSIO Y ESTHER PILAR GARCIA LEÓN	851
157 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO JESÚS DÍAZ MORALES, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, LAURA VELÁZQUEZ RUIZ, ANGELA TARDIO LOPEZ Y ANA GARCIA LUCAS	857

158 FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UCI MARIA LUISA FERNANDEZ GÓMEZ	861
159 EL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. JENNIFER CALATRAVA AUGUSTO, RAQUEL MADRID MARTINEZ Y MARIA DEL CARMEN AUGUSTO AUGUSTO	865
160 LA UCI Y EL TCAE BELÉN LORENZO GARCÍA	869
161 PACIENTES CRÍTICOS: NUTRICIÓN ENTERAL BELÉN LORENZO GARCÍA	873
162 TCAE Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN MARIA JESÚS VICENTE SÁNCHEZ, ANA MARIA ROMERO HERNANDEZ, LOURDES MARÍA NÚÑEZ GIL, GEMA JIMENEZ SÁNCHEZ Y ANGELITA LOPEZ SANTOS	877
163 TCAE EN PEDIATRIA JENNIFER CALATRAVA AUGUSTO, RAQUEL MADRID MARTINEZ Y MARIA DEL CARMEN AUGUSTO AUGUSTO	881
164 NUTRICION ENTERAL Y EL PAPEL DEL TCAE EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN JENNIFER CALATRAVA AUGUSTO, RAQUEL MADRID MARTINEZ Y MARIA DEL CARMEN AUGUSTO AUGUSTO	885
165 TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SHEILA FERNÁNDEZ LAGO	889
166 CASO CLINICO: CARDIOMIOPATIA DILATADA ANA MARÍA CALVIÑO URÍA	893
167 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS REBECA GONZÁLEZ MENESES, CRISTINA CRESPO PEREZ, ROCIO CANO, JORGE IVÁN CERRO PARRA Y MONICA INFANTE MORA	897
168 LA INSOLACIÓN Y EL GOLPE DE CALOR CRISTINA GARCIA QUINTANA	901

169 LAS LABORES QUE DEBEN DE REALIZAR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN GENERAL REBECA GONZÁLEZ MENESES, CRISTINA CRESPO PEREZ, ROCIO CANO, JORGE IVÁN CERRO PARRA Y MONICA INFANTE MORA	905
170 EL PACIENTE DE PSIQUIATRÍA Y LAS LABORES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA REBECA GONZÁLEZ MENESES, CRISTINA CRESPO PEREZ, ROCIO CANO, JORGE IVÁN CERRO PARRA Y MONICA INFANTE MORA	909
171 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA IMPORTANCIA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN MEDIANTE LA ENTREVISTA MARÍA DEL PILAR MILLÁN GÓMEZ, CRISTINA SARAIBA RECIO, ELIANA BASTIDAS LUGO, ALEXANDER ARANGO ARBOLEDA Y MARÍA INÉS MARTÍNEZ ÁLVAREZ	913
172 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS DE LOS FAMILIARES CRISTINA SARAIBA RECIO, MARÍA DEL PILAR MILLÁN GÓMEZ, ELIANA BASTIDAS LUGO, ALEXANDER ARANGO ARBOLEDA Y MARÍA INÉS MARTÍNEZ ÁLVAREZ	917
173 LAS DIVERSAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PLANTA DE UN CENTRO HOSPITALARIO JAIME LUIS CAMPOS GONZÁLEZ	921
174 CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS M ^a DEL CARMEN LIDIA CARREIRA MACEIRAS	925
175 EL TCAE EN URGENCIAS ALEJANDRO FERNANDEZ ÁLVAREZ Y VERÓNICA PAYO REDONDO	931
176 ESTUDIO DEL ABORTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ELIANA BASTIDAS LUGO, MARÍA DEL PILAR MILLÁN GÓMEZ, CRISTINA SARAIBA RECIO, ALEXANDER ARANGO ARBOLEDA Y MARÍA INÉS MARTÍNEZ ÁLVAREZ	935

177	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LA IMPORTANCIA DE LOS ENEMAS PUEBLA MARTÍN MARTÍN	939
178	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES GERIÁTRICOS ANA MARIA ROMERO HERNANDEZ, MARIA JESÚS VICENTE SÁNCHEZ, LOURDES MARÍA NÚÑEZ GIL, GEMA JIMENEZ SÁNCHEZ Y ANGELITA LOPEZ SANTOS	943
179	LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS COMO ACCIDENTE DE TRABAJO ANA BELEN ONTIVEROS ALVAREZ Y CORNELIA DOBROTA	947
180	LA ACTUACIÓN DEL TCAE CON EL PACIENTE AGITADO PATRICIA FRESCO CUMBREÑO, KATTY JHOJANA MARIN OSORIO, ANDREA SANCHEZ PEREZ, ALEJANDRA MARIA SÁNCHEZ CARMONA Y CLOTILDE ESCANDON CHANTRES	951
181	FUNCIONES DEL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) ISABEL ROLDÁN FERNANDEZ, LORENA VILLANUEVA ARIAS, ROSANA MORENO ÁLVAREZ, BELEN BETOLAZA CADENAS Y ANA MARIA ALMAZAN JUAN	957
182	EL TCAE EN EL SERVICIO DE CONSULTAS Y TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA SERGIO MUÑOZ ROCHA, MARIA DE LOS SANTOS RIVAS GRACIA, MANUELA CARRASCO MANSILLA, ALMUDENA LOPEZ-BUENO NAVARRO Y MARÍA GARCÍA PÉREZ	963
183	EL TCAE Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PLANTA SERGIO MUÑOZ ROCHA, MARIA DE LOS SANTOS RIVAS GRACIA, MANUELA CARRASCO MANSILLA, ALMUDENA LOPEZ-BUENO NAVARRO Y MARÍA GARCÍA PÉREZ	969

184	PATOLOGÍA DIABÉTICA Y ALIMENTACIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA YOLANDA SERRANO SANTANA, MARÍA INMACULADA DÍAZ FERNANDEZ, LORENA FUENTES ÁVILA, YOLANDA REYES CID Y MARIA VICTORIA GUZMÁN GARRO	975
185	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN HIGIENE, ASEO Y CUIDADO DEL ENFERMO MARÍA INMACULADA DÍAZ FERNANDEZ, YOLANDA SERRANO SANTANA, LORENA FUENTES ÁVILA, YOLANDA REYES CID Y MARIA VICTORIA GUZMÁN GARRO	979
186	CASO DE INFLAMACIÓN INTESTINAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LORENA FUENTES ÁVILA, YOLANDA SERRANO SANTANA, MARÍA INMACULADA DÍAZ FERNANDEZ, YOLANDA REYES CID Y MARIA VICTORIA GUZMÁN GARRO	983
187	CASO CLINICO DE NEUMONIA POR COVID ANA MARÍA CALVIÑO URÍA	987
188	EL TCAE Y LOS PRIMEROS AUXILIOS GEMA JIMENEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA ROMERO HERNANDEZ, MARIA JESÚS VICENTE SÁNCHEZ, LOURDES MARÍA NÚÑEZ GIL Y ANGELITA LOPEZ SANTOS	991
189	MANIOBRAS DE AYUDA ANTE UN ATRAGANTAMIENTO MARICARMEN HUERTA RUS, MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ, MIRIAN CALERO MORENO Y MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE	995
190	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: SU PAPEL EN LAS DIETAS DIANA SÁNCHEZ PALENCIA, MARIA JESUS MARTÍN, ANA MARÍA FERNÁNDEZ CONSTANTINO, SANDRA PAVIA BARRONES Y CINTIA VICTORIA MARTÍN MACHO BENITO	1001

- 191 PACIENTE CON ILEOSTOMÍA: FUNCIONES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIA JESUS MARTÍN, DIANA SÁNCHEZ PALENCIA, ANA MARÍA FERNÁNDEZ CONSTANTINO, SANDRA PAVIA BARRONES Y CINTIA VICTORIA MARTÍN MACHO BENITO **1007**
- 192 TIPOLOGÍAS DE MUESTRAS Y SU RECOGIDA REFERENTE AL ESPUTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA MARÍA FERNÁNDEZ CONSTANTINO, DIANA SÁNCHEZ PALENCIA, MARIA JESUS MARTÍN, SANDRA PAVIA BARRONES Y CINTIA VICTORIA MARTÍN MACHO BENITO **1011**
- 193 EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA**
SILVIA PEREZ LOMBRAÑA **1015**
- 194 EL MANEJO EN RECOGIDA DE MUESTRAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SHIRLEY ROSA QUINO DUCHEN **1019**
- 195 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS EN PACIENTES CON TRANSTORNO DE LA CONSUCTA ALIMENTARIA (TCA)**
SERGIO MUÑOZ ROCHA, MARIA DE LOS SANTOS RIVAS GRACIA, MANUELA CARRASCO MANSILLA, ALMUDENA LOPEZ-BUENO NAVARRO Y MARÍA GARCÍA PÉREZ **1023**
- 196 DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS**
SILVIA PEREZ LOMBRAÑA **1029**
- 197 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DEL PACIETE POLITRAUMATIZADO**
MARIA ESTHER SANCHEZ VALERA **1033**

- 198 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA**
SERGIO NAVÍO PÉREZ, JUANA MARÍA FRANCO CUARTERO,
VIRGINIA MUÑOZ CAMARGO, FRANCISCO JAVIER PIQUERO LÓPEZ
Y MAR MARTIN 1037
- 199 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN APOYO A LOS CUIDADOS A LA MUJER GESTANTE**
SERGIO NAVÍO PÉREZ, JUANA MARÍA FRANCO CUARTERO,
VIRGINIA MUÑOZ CAMARGO, FRANCISCO JAVIER PIQUERO LÓPEZ
Y MAR MARTIN 1041
- 200 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA FAMILIA DEL PACIENTE**
SERGIO NAVÍO PÉREZ, JUANA MARÍA FRANCO CUARTERO,
VIRGINIA MUÑOZ CAMARGO, FRANCISCO JAVIER PIQUERO LÓPEZ
Y MAR MARTIN 1049
- 201 ZONAS RADIOLÓGICAS Y SU CLASIFICACIÓN**
MARÍA JOSÉ SUAREZ GONZALEZ 1055
- 202 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
SERGIO CASTELLANOS LARA, NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ,
CECILIA GÓMEZ FERNÁNDEZ, MARIA TERESA SÁNCHEZ
SÁNCHEZ Y CARLOS SÁNCHEZ SÁNCHEZ 1059
- 203 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ARTRITIS Y ARTROSIS**
MARÍA JOSÉ GARCÍA FRESNEDA, MARÍA FRANCISCA CHAMORRO
PEÑAS, MANUELA TORRES LOPEZ DEL CASTILLO, MARIA
DOLORES GONZÁLEZ BUSTAMANTE Y JUANA RUIZ MUÑOZ 1063
- 204 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**
MARÍA JOSÉ GARCÍA FRESNEDA, MARÍA FRANCISCA CHAMORRO
PEÑAS, MANUELA TORRES LOPEZ DEL CASTILLO, MARIA
DOLORES GONZÁLEZ BUSTAMANTE Y JUANA RUIZ MUÑOZ 1071

- 205 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CUIDADOS Y FUNCIONES EN HIPERBILIRRUBINEMIA DEL
NEONATO RECIÉN NACIDO**
MARIA JOSÉ OTERO BARROSO, SUSANA CUADRADO JIMENEZ,
RAQUEL GOMEZ TORRES, MERCEDES SÁNCHEZ DEL CERRO Y
MONTSERRAT JIMÉNEZ RODRÍGUEZ 1077
- 206 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
RELACIÓN ENTORNO Y SALUD**
SUSANA CUADRADO JIMENEZ, MARIA JOSÉ OTERO BARROSO,
RAQUEL GOMEZ TORRES, MERCEDES SÁNCHEZ DEL CERRO Y
MONTSERRAT JIMÉNEZ RODRÍGUEZ 1081
- 207 **CONOCIMIENTOS Y EXPOSICIÓN EN CÁNCER COLORRECTAL
POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
RAQUEL GOMEZ TORRES, MARIA JOSÉ OTERO BARROSO, SUSANA
CUADRADO JIMENEZ, MERCEDES SÁNCHEZ DEL CERRO Y
MONTSERRAT JIMÉNEZ RODRÍGUEZ 1085
- 208 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA FARMACIA DE
UN CENTRO HOSPITALARIO**
ANA BELEN GARCIA MASSO, SHEILA PADILLA NUÑEZ, JUANA
MARIA RUIZ ARANDA, CRISTIAN DEL OLMO DIAZ Y ANA MARIA
RUIZ BLANCO 1089
- 209 **LA ORGANIZACION DE LOS CARROS DE CURAS POR PARTE DEL
TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA BELEN GARCIA MASSO, SHEILA PADILLA NUÑEZ, JUANA
MARIA RUIZ ARANDA, CRISTIAN DEL OLMO DIAZ Y ANA MARIA
RUIZ BLANCO 1093
- 210 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGÍA**
ANA BELEN GARCIA MASSO, SHEILA PADILLA NUÑEZ, JUANA
MARIA RUIZ ARANDA, CRISTIAN DEL OLMO DIAZ Y ANA MARIA
RUIZ BLANCO 1097

- 211 LOS CUIDADOS POST MORTEM POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIA CORTES LORENZO GONZALEZ, MARIA SOL GONZÁLEZ GÓMEZ, ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA, MARIA DOLORES ROMERO DE LA CASA Y MANUELA GARRIDO MOYA 1101
- 212 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDÍACO GANZ**
MARIA CORTES LORENZO GONZALEZ, MARIA SOL GONZÁLEZ GÓMEZ, ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA, MARIA DOLORES ROMERO DE LA CASA Y MANUELA GARRIDO MOYA 1105
- 213 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL MANEJO DE LA CLORHEXIDINA EN EL PACIENTE CRÍTICO**
MARIA DE LOS ÁNGELES ÁLVAREZ MEANA, CRISTINA ALONSO ALONSO, MARIA DE CORTES MALDONADO MUÑOZ, YESICA FERNÁNDEZ POSADA Y PABLO SUAREZ FERREIRO 1109
- 214 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA MUJER GESTANTE. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA**
ADRIAN LOPEZ SANTOS, MARÍA PETRA GONZÁLEZ VALVERDE, NINA KELLNER, MARIA DE LOS ANGELES SANTOS GONZALEZ Y ANA BELEN COMESAÑA LEBRANCON 1113
- 215 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS HEMORRAGIAS EN PRIMEROS AUXILIOS: CUIDADOS**
ADRIAN LOPEZ SANTOS, MARÍA PETRA GONZÁLEZ VALVERDE, NINA KELLNER, MARIA DE LOS ANGELES SANTOS GONZALEZ Y ANA BELEN COMESAÑA LEBRANCON 1117
- 216 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO**
ADRIAN LOPEZ SANTOS, MARÍA PETRA GONZÁLEZ VALVERDE, NINA KELLNER, MARIA DE LOS ANGELES SANTOS GONZALEZ Y ANA BELEN COMESAÑA LEBRANCON 1121

- 217 LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN MÉDICA PARA UN
CORRECTO DIAGNÓSTICO**
ANDREA VIGIL MANTEROLA 1125
- 218 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS**
ALFONSA OLMO LOPEZ, VERÓNICA CATALÁN FLORES, CAROLINA
MORENO FERNÁNDEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES Y ALVARO
TORNERO ROSCO 1131
- 219 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE REHABILITACIÓN**
ALFONSA OLMO LOPEZ, VERÓNICA CATALÁN FLORES, CAROLINA
MORENO FERNÁNDEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES Y ALVARO
TORNERO ROSCO 1135
- 220 PRIMEROS AUXILIOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA**
ALFONSA OLMO LOPEZ, VERÓNICA CATALÁN FLORES, CAROLINA
MORENO FERNÁNDEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES Y ALVARO
TORNERO ROSCO 1139
- 221 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE UN QUEMADO Y SU NUTRICIÓN**
MARÍA DOLORES GARRIDO RUIZ, ROSA MARIA LOPEZ TORNERO,
ANA ROSA SANCHEZ - MAROTO NIEVA, M^aDEL PILAR MERINO
SANCHÉZ- MIGALLÓN Y PATRICIA OCHOA JIMENEZ 1143
- 222 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON COLOSTOMÍA**
MARÍA DOLORES GARRIDO RUIZ, ROSA MARIA LOPEZ TORNERO,
ANA ROSA SANCHEZ - MAROTO NIEVA, M^aDEL PILAR MERINO
SANCHÉZ- MIGALLÓN Y PATRICIA OCHOA JIMENEZ 1147

- 223 PROCESO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESIÓN**
MARÍA DOLORES GARRIDO RUIZ, ROSA MARIA LOPEZ TORNERO,
ANA ROSA SANCHEZ - MAROTO NIEVA, M^aDEL PILAR MERINO
SANCHÉZ- MIGALLÓN Y PATRICIA OCHOA JIMENEZ 1151
- 224 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS**
GEMMA RIESCO GONZALO Y ELSA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ 1155
- 225 LAS SOBREDOSIS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
CRISTINA RATO DOPAZO 1159
- 226 TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS, NEBULIZADORES**
MARIA ISABEL LOPEZ LABRADOR, MARIA LUCIA MONTERO
USERO, MARÍA INMACULADA PERAL SANTOS, JOSE MIGUEL
GARCÍA SOBRINO Y MARIA ISABEL MORAL BAENA 1163
- 227 ESTERILIZACIÓN POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
ANTONIO MAZUECOS OTALORA, CAROLINA MAZUECOS
OTALORA, MARIA LÓPEZ LÓPEZ, DIANA GARCIA RUIZ Y SANDRA
GARCÍA RUIZ 1169
- 228 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE FARMACIA**
ANTONIO MAZUECOS OTALORA, CAROLINA MAZUECOS
OTALORA, MARIA LÓPEZ LÓPEZ, DIANA GARCIA RUIZ Y SANDRA
GARCÍA RUIZ 1173
- 229 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD DE LUPUS**
ANTONIO MAZUECOS OTALORA, CAROLINA MAZUECOS
OTALORA, MARIA LÓPEZ LÓPEZ, DIANA GARCIA RUIZ Y SANDRA
GARCÍA RUIZ 1177

- 230**TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ÁMBITO
SANITARIO: ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA OTICA
MARIA ISABEL LOPEZ LABRADOR, MARIA LUCIA MONTERO
USERO, MARÍA INMACULADA PERAL SANTOS, JOSE MIGUEL
GARCÍA SOBRINO Y MARIA ISABEL MORAL BAENA 1181
- 231**TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ÁMBITO
SANITARIO
MARIA ISABEL LOPEZ LABRADOR, MARIA LUCIA MONTERO
USERO, MARÍA INMACULADA PERAL SANTOS, JOSE MIGUEL
GARCÍA SOBRINO Y MARIA ISABEL MORAL BAENA 1185
- 232**CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN
MARCAPASOS DEFINITIVO
ANTONIA SUSANA LOPEZ FLORES 1189
- 233**EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA
PREPARACIÓN DE LOS CARROS DE ENFERMERIA
BEATRIZ LOPEZ TORNERO, MARIA AGUDO LOPEZ, MÓNICA
ROBLES IGLESIAS, NURIA DE LAS HERAS PAREDES Y VERÓNICA
GARCÍA LORENZO 1199
- 234**EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS
BEATRIZ LOPEZ TORNERO, MARIA AGUDO LOPEZ, MÓNICA
ROBLES IGLESIAS, NURIA DE LAS HERAS PAREDES Y VERÓNICA
GARCÍA LORENZO 1203
- 235**TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
CARDIOLOGÍA
BEATRIZ LOPEZ TORNERO, MARIA AGUDO LOPEZ, MÓNICA
ROBLES IGLESIAS, NURIA DE LAS HERAS PAREDES Y VERÓNICA
GARCÍA LORENZO 1209
- 236**INFARTO DE MIOCARDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL
TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
ELSA GARCÍA RODRÍGUEZ, ANTONIA MAROTO UBEDA Y MARÍA
TORIBIO CERVANTES 1213

- 237 MANIOBRA DE HEIMLICH EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: EL PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
ELSA GARCÍA RODRÍGUEZ, MARÍA TORIBIO CERVANTES Y ANTONIA MAROTO UBEDA 1217
- 238 HEMORRAGIAS: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
ELSA GARCÍA RODRÍGUEZ, ANTONIA MAROTO UBEDA Y MARÍA TORIBIO CERVANTES 1221
- 239 CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LA BRONQUIOLITIS**
ROCÍO RAMÍREZ DUEÑAS, ALBA MARIA ZAMORA FERNÁNDEZ, SANDRA CAPITÁN RODRÍGUEZ, ÁNGELA MARÍA MERINO BENITEZ Y ELVIRA GARCÍA PRIETO 1225
- 240 ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA CARMINATIVO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE)**
ROCÍO RAMÍREZ DUEÑAS, ALBA MARIA ZAMORA FERNÁNDEZ, SANDRA CAPITÁN RODRÍGUEZ, ÁNGELA MARÍA MERINO BENITEZ Y ELVIRA GARCÍA PRIETO 1229
- 241 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON OSTOMÍA**
ROCÍO RAMÍREZ DUEÑAS, ALBA MARIA ZAMORA FERNÁNDEZ, SANDRA CAPITÁN RODRÍGUEZ, ÁNGELA MARÍA MERINO BENITEZ Y ELVIRA GARCÍA PRIETO 1233
- 242 UN REPASO A LA CADENA DE SUPERVIVENCIA PARA EL T.C.A.E.**
GREGORIO LÓPEZ MARTÍN, ROBERTO MOYA GONZÁLEZ Y RAÚL GARCÍA FERNÁNDEZ 1237
- 243 URGENCIAS OBSTÉTRICAS EXTRAHOSPITALARIAS**
BEATRIZ FERNANDEZ LANZA 1241

- 244**DELIRIUM EN PACIENTES ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y NO FARMACOLÓGICAS. PAPEL DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
DINA LOPEZ DIAZ, ANA MARIA MENOR DE GASPAR
FERNÁNDEZ-ROLDAN Y JESÚS ROMERO ROSADO 1245
- 245**INTRODUCCIÓN A LA ACTUACIÓN ANTE LA INTOXICACIÓN AGUDA EN URGENCIAS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ROBERTO MOYA GONZÁLEZ, RAÚL GARCÍA FERNÁNDEZ Y GREGORIO LÓPEZ MARTÍN 1251
- 246**EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE URGENCIAS PSQUIÁTRICAS**
JESÚS ROMERO ROSADO, ANA MARIA MENOR DE GASPAR
FERNÁNDEZ-ROLDAN Y DINA LOPEZ DIAZ 1255
- 247**EL TCAE EN LA MANIPULACIÓN Y CUIDADOS DE LOS DRENAJES QUIRÚRGICOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA**
JESÚS ROMERO ROSADO, ANA MARIA MENOR DE GASPAR
FERNÁNDEZ-ROLDAN Y DINA LOPEZ DIAZ 1259
- 248**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE TUBERCULOSO Y SUS RIESGOS**
MARIA JESUS LOPEZ CUEVAS, MARIA JOSEFA GARCIA GARCIA,
MARIA NAVAS GOMEZ, SHEILA MORA MARTIN AMBROSIO Y CRISTINA HERNANDEZ JIMENEZ 1263
- 249**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA**
SHEILA MORA MARTIN AMBROSIO, MARIA JOSEFA GARCIA GARCIA, MARIA NAVAS GOMEZ, CRISTINA HERNANDEZ JIMENEZ
Y MARIA JESUS LOPEZ CUEVAS 1267

- 250EL PAPEL DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS TRAS UNA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**
MARIA JOSEFA GARCIA GARCIA, MARIA NAVAS GOMEZ, CRISTINA HERNANDEZ JIMENEZ, SHEILA MORA MARTIN AMBROSIO Y MARIA JESUS LOPEZ CUEVAS 1271
- 251FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ICTUS**
MARIA CLARA MUÑOZ BERNARDO Y BEATRIZ FERNANDEZ SUAREZ 1275
- 252COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: LA DIABETES GESTACIONAL**
MELANIA ABAD ORTIZ, MÓNICA FUERTES GARCÍA, MARÍA EUGENIA ALLENDE LOBETO, NURIA FERNANDEZ GARCIA Y EVA MARÍA LÓPEZ ALVAREZ 1279
- 253EL PACIENTE EN URGENCIAS**
MILAGROS JASMIN CCOCHACHI BRAVO, BEATRIZ GOMEZ ALONSO, NÉLIDA GARCÍA RODRÍGUEZ, THALIA DEVEZA FERNANDEZ Y IRMA GARCÍA SAN JUAN 1283
- 254FALTA DE OXÍGENO EN EL CEREBRO POR NAUFRAGIO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CATALINA LÓPEZ MARTÍNEZ, MAJDA TACHFINE Y SAMIRA MIMON MOHAMED 1287
- 255REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN BEBÉS**
SORAYA CORTINA GARCÍA, CLAUDIA MENÉNDEZ PATO, YOANA FUENTE ALONSO, ERIKA ÁLVAREZ ALONSO Y DAVID SUÁREZ DEL TORO 1291
- 256LA TRAQUEOTOMÍA, REALIZACIÓN Y CUIDADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIA JOSE LOPEZ TRIGUERO, MÓNICA CAMPOS ALMODOVAR Y NATALIA SHUDRAVA PYLYPCHUK 1295

- 257 SONDAGE VESICAL EN EL PACIENTE Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIA JOSE LOPEZ TRIGUERO, NATALIA SHUDRAVA PYLYPCHUK Y MÓNICA CAMPOS ALMODOVAR **1299**
- 258 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES TERMINALES PEDIÁTRICOS**
MARIA CORTES LORENZO GONZALEZ, MARIA SOL GONZÁLEZ GÓMEZ, ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA, MARIA DOLORES ROMERO DE LA CASA Y MANUELA GARRIDO MOYA **1303**
- 259 LA OXIGENOTERAPIA EN EL PACIENTE Y LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIA JOSE LOPEZ TRIGUERO, MÓNICA CAMPOS ALMODOVAR Y NATALIA SHUDRAVA PYLYPCHUK **1307**
- 260 LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. INTRODUCCIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
RAÚL GARCÍA FERNÁNDEZ, GREGORIO LÓPEZ MARTÍN Y ROBERTO MOYA GONZÁLEZ **1311**
- 261 CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE UNA HERIDA POR ASTA DE TORO**
MARÍA ARANZAZU RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ **1315**
- 262 ACTUACIONES SOBRE UN NIÑO CON ESCARLATINA**
CRISTINA REYES DOMÍNGUEZ, ISABEL VIZCAÍNO MARTÍNEZ, ISABEL MARTINEZ DONATE, LORENA GARCIA SEGURA Y MIRIAM RODRÍGUEZ JIMÉNEZ **1319**
- 263 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA EMERGENCIA POR CRISIS DE EPILEPSIA**
CRISTINA REYES DOMÍNGUEZ, ISABEL VIZCAÍNO MARTÍNEZ, ISABEL MARTINEZ DONATE, LORENA GARCIA SEGURA Y MIRIAM RODRÍGUEZ JIMÉNEZ **1323**

264	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ASMA CRISTINA REYES DOMÍNGUEZ, ISABEL VIZCAÍNO MARTÍNEZ, ISABEL MARTINEZ DONATE, LORENA GARCIA SEGURA Y MIRIAM RODRÍGUEZ JIMÉNEZ	1327
265	TCAE: COMO REALIZAR LA MEDICION DE LA TEMPERATURA A UN PACIENTE CARMEN RAMOS VILLANUEVA	1331
266	LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ANTE PACIENTES CON UNA INTOXICACIÓN MARÍA ARANZAZU RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	1335
267	LESIONES OCULARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. CASO CLÍNICO MARIA BOLAÑOS YEBENES, MARIA LOPEZ TORDESILLAS, SARA CRUZ GUTIERREZ, LAURA GAMARRA PUNZON Y MARIA BELEN GARCIA LOPEZ	1339
268	HEMORRAGIAS ¿CÓMO ACTUAR? POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARIA BELEN GARCIA LOPEZ, MARIA LOPEZ TORDESILLAS, LAURA GAMARRA PUNZON, SARA CRUZ GUTIERREZ Y MARIA BOLAÑOS YEBENES	1343
269	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO ROCIO MESA GOMEZ	1347
270	PACIENTE EN URGENCIAS CON INTOXICACIÓN ETÍLICA ÁNGELA CLAUDIA NICOLAIESCU	1351
271	CALIDAD DE VIDA Y HIDROTERAPIA EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS RAQUEL MENCHERO SANCHEZ-CIFUENTES, ROCÍO SÁNCHEZ LINARES, DAVID CANCHAL CRESPO, ALBERTO MUÑOZ LOPEZ Y DANIEL REVIEJO MANZANO	1355

272	RELACIÓN ENTRE LA FLEXIÓN DORSAL Y EL ESGUINCE DE TOBILLO. ESTUDIO COMPARATIVO. DAVID CANCHAL CRESPO, DANIEL REVIEJO MANZANO, ALBERTO MUÑOZ LOPEZ, ROCÍO SÁNCHEZ LINARES Y RAQUEL MENCHERO SANCHEZ-CIFUENTES	1359
273	EL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN, CRISTINA GÓMEZ BERRACO, INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO Y ALBA ROJO DEL CAMPO	1365
274	EL FISIOTERAPEUTA ANTE LA PARÁLISIS CEREBRAL MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN, ALBA ROJO DEL CAMPO, ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO, INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ Y CRISTINA GÓMEZ BERRACO	1369
275	ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LAS FRACTURAS DE TOBILLO JAVIER DAMIÁN GALLEGRO RODRIGO	1373
276	EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA MANUAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR DANIEL REVIEJO MANZANO, RAQUEL MENCHERO SANCHEZ-CIFUENTES, DAVID CANCHAL CRESPO, ROCÍO SÁNCHEZ LINARES Y ALBERTO MUÑOZ LOPEZ	1377
277	RADIOLOGÍA DENTAL EN EL EMBARAZO EVELIN AMEIJENDA RAMÍREZ	1387
278	LA PARTICIPACION DEL TECNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL VICTOR GONZALEZ FERNANDEZ	1391
279	MIELOLIPOMA SUPRARRENAL GIGANTE ADRIAN ANTUÑA SUAREZ	1395
280	DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS PARA EL HIGIENISTA DENTAL MARÍA CRISTINA ALONSO ÁLVAREZ	1401

281	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, ¿CÓMO SE ACTÚA ANTE ESTA SITUACIÓN? ¿QUÉ PRUEBAS SE REALIZAN? ¿EN QUÉ CASOS ES NECESARIO UN TRASPLANTE? VIRGINIA AÑOVER ORTIZ	1405
282	INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS NURIA LEÓN TRAPERO, ESTHER CHILLARON CARRIÓN, ALICIA TORRES DÍAZ DEL CAMPO, MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ Y ALBA NEREA ESCOBAR JIMÉNEZ	1411
283	VIH. PRUEBAS EN EL LABORATORIO SILVIA GARCIA GARCÍA	1415
284	PARÁSITOS EN HECES: IMPORTANCIA DE LAS TÉCNICAS DE DETECCIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO REBECA FERNÁNDEZ MORALES, ISABEL MARÍA VILLAPLANA NÚÑEZ, SARA CARRIÓN TÉBAR, RODRIGO CARRIÓN OCAÑA Y ANA TORIBIA FERNANDEZ ALGUACIL	1419
285	EL TECNICO DE LABORATORIO EN LAS TÉCNICAS INMUNOQUÍMICAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO REBECA FERNÁNDEZ MORALES, ISABEL MARÍA VILLAPLANA NÚÑEZ, SARA CARRIÓN TÉBAR, RODRIGO CARRIÓN OCAÑA Y ANA TORIBIA FERNANDEZ ALGUACIL	1423
286	EL TECNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS DE LA SERIE ROJA EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA REBECA FERNÁNDEZ MORALES, ISABEL MARÍA VILLAPLANA NÚÑEZ, SARA CARRIÓN TÉBAR, RODRIGO CARRIÓN OCAÑA Y ANA TORIBIA FERNANDEZ ALGUACIL	1429
287	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO CLÍNICO MARIA DEL CARMEN TORRES LOPEZ Y MARIA DEL CARMEN MOLINA RIVALLO	1435

- 288DISPLASIA DE CADERAS EN BEBES**
TAMARA MARÍN MARÍN, RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ, LOURDES
MILLA SÁNCHEZ, CECILIA ADRIANA GUAYLLA GUAMAN Y
GLORIA CORTÉS LEAL 1439
- 289POSIBLE DERRAME ARTICULAR EN LA RODILLA. ¿QUÉ ES UN
DERRAME ARTICULAR? ¿CÓMO SE TRATA? ¿QUÉ TÉCNICAS DE
IMAGEN SE UTILIZAN PARA DICHO DIAGNÓSTICO?**
VIRGINIA AÑOVER ORTIZ 1443
- 290FILMARRAY PANEL DE SEPSIS**
JENIFER ONTIVEROS GOMEZ Y ROXANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 1449
- 291MARCADORES CARDÍACOS EN URGENCIAS**
JENIFER ONTIVEROS GOMEZ Y ROXANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 1453
- 292EL LACTATO EN LAS SEPSIS**
JENIFER ONTIVEROS GOMEZ Y ROXANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 1457
- 293DENSIOMETRICA ÓSEA EN TÉCNICO PARA RADIODIAGNÓSTICO**
CARMEN ESPEJO SÁNCHEZ, LAURA DOMINGUEZ CUELLAR Y
MIRIAM ORTIZ ORTIZ 1461
- 294EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA DETECCIÓN DE LA
OSTEOPOROSIS**
CARMEN ESPEJO SÁNCHEZ, LAURA DOMINGUEZ CUELLAR Y
MIRIAM ORTIZ ORTIZ 1465
- 295DETECTORES DE RADIACIÓN PARA TÉCNICOS DE
RADIODIAGNÓSTICO**
CARMEN ESPEJO SÁNCHEZ, LAURA DOMINGUEZ CUELLAR Y
MIRIAM ORTIZ ORTIZ 1469
- 296INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI**
NURIA LEÓN TRAPERO, ESTHER CHILLARON CARRIÓN, ALICIA
TORRES DÍAZ DEL CAMPO, MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ Y
ALBA NEREA ESCOBAR JIMÉNEZ 1473

297	LA IMPORTANCIA DE LA GASOMETRÍA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS LUCÍA PINTADO DEL RÍO	1477
298	SALMONELLA. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA MUESTRA PARA SU DETERMINACIÓN POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO LAURA REVUELTO CAPILLA Y CINTHYA RAQUEL ZAMUDIO CECILIA	1481
299	FRACTURAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS LOURDES MILLA SÁNCHEZ, CECILIA ADRIANA GUAYLLA GUAMAN, RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ, TAMARA MARÍN MARÍN Y GLORIA CORTÉS LEAL	1485
300	EL PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA DETECCIÓN DE LA SÍFILIS CINTHYA RAQUEL ZAMUDIO CECILIA Y LAURA REVUELTO CAPILLA	1489
301	LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN LA FERTILIDAD HUMANA VALENTINA NOGUERA PORRAS, ISABEL DIAZ PARIENTE, JESSICA PIZARRO VIGIL Y JORGE FRANCISCO ARIAS FLOREZ	1493
302	TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO SOBRE LA MALARIA Y SUS ASPECTOS PRÁCTICOS PARA EL TRABAJO DEL TÉCNICO DE LABORATORIO MARIA DEL CARMEN MOLINA RIVALLO Y MARIA DEL CARMEN TORRES LOPEZ	1497
303	MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS CON RADIOTERAPIA ESTHER ZAFRA LÓPEZ	1503
304	TÉCNICO DE LABORATORIO: PARÁMETROS DE LA SERIE ROJA EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA VERONICA DOMINGO RODRÍGUEZ, BRENDA BRAOJOS DEL CERRO, SEBASTIAN JURADO ZAPATA, ISMAEL MORENO PALACIOS Y CARMEN ABASCAL PALAZON	1507

- 305 TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA GESTIÓN DE RESIDUOS
SANITARIOS EN LOS LABORATORIOS**
VERONICA DOMINGO RODRÍGUEZ, BRENDA BRAOJOS DEL CERRO,
SEBASTIAN JURADO ZAPATA, ISMAEL MORENO PALACIOS Y
CARMEN ABASCAL PALAZON 1511
- 306 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y TRICHOMONAS VAGINALIS**
VERONICA DOMINGO RODRÍGUEZ, BRENDA BRAOJOS DEL CERRO,
SEBASTIAN JURADO ZAPATA, ISMAEL MORENO PALACIOS Y
CARMEN ABASCAL PALAZON 1515
- 307 URGENCIAS: PACIENTES CON FRACTURAS PÉLVICAS.**
EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA 1521
- 308 TRASTORNOS EN EL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS**
NURIA LEÓN TRAPERO, ESTHER CHILLARON CARRIÓN, ALICIA
TORRES DÍAZ DEL CAMPO, MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ Y
ALBA NEREA ESCOBAR JIMÉNEZ 1525
- 309 LA CENTRÍFUGA EN EL LABORATORIO**
MARÍA ISABEL MARTÍN CASTAÑO Y NOELIA VILLACORTA FLOREZ 1531
- 310 EL DÍA A DÍA DE UN TÉCNICO DE RAYOS**
RAFAEL PULIDO IGLESIAS, M^a TERESA IGLESIAS RODRÍGUEZ Y
MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS 1535
- 311 EL TÉCNICO DE RAYOS EN QUIRÓFANO**
M^a TERESA IGLESIAS RODRÍGUEZ, MIGUEL ANGEL MORENO
CABEZAS Y RAFAEL PULIDO IGLESIAS 1539
- 312 TÉCNICO DE RAYOS (TESID) Y EL SÍNDROME DEL HOMBRO
CONGELADO**
MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS, RAFAEL PULIDO IGLESIAS Y
M^a TERESA IGLESIAS RODRÍGUEZ 1543
- 313 ESTUDIO DE LA HEMOCOMPATIBILIDAD POR EL TÉCNICO DE
LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO**
SILVIA CUPIDO ESCALONILLA 1547

314 ATENCIÓN RADIOLÓGICA EN URGENCIAS MARI LUZ SÁNCHEZ MARTÍNEZ Y ANTONIO DE LA GUÍA SÁNCHEZ	1551
315 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO ANTE LA SOSPECHA DE MALOS TRATOS INFANTIL ANTONIO DE LA GUÍA SÁNCHEZ Y MARI LUZ SÁNCHEZ MARTÍNEZ	1555
316 IMPORTANCIA DE LA AUTOPSIA FETAL EN CASOS DE ABORTOS Y ESTUDIO DE LA PLACENTA LUCIA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ	1559
317 LARINGE. FONACIÓN Y VALSALVA MEDIANTE TC IÑIGO ROMERO MARCOS	1563
318 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y COLOCACIÓN DEL PACIENTE MARIA JOSÉ GONZÁLEZ HERNAN, VERÓNICA RAMOS RIVAS, JESSICA ROSILLO POZO, SIMONA GAINA Y MARIA DOLORES GUTIERREZ NIEVES	1567
319 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA MARIA JOSÉ GONZÁLEZ HERNAN, VERÓNICA RAMOS RIVAS, JESSICA ROSILLO POZO, SIMONA GAINA Y MARIA DOLORES GUTIERREZ NIEVES	1571
320 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD MARIA JOSÉ GONZÁLEZ HERNAN, VERÓNICA RAMOS RIVAS, JESSICA ROSILLO POZO, SIMONA GAINA Y MARIA DOLORES GUTIERREZ NIEVES	1575
321 DESEMPEÑO EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ADMISIÓN POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO MARIA DEL SOL ZAPARDIEL GARCÍA, JUAN PABLO HERRERO ALÍA, SERGIO RUEDA GONZÁLEZ, MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO Y DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ	1579

- 322AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS ELEMENTOS DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO**
JUAN PABLO HERRERO ALÍA, MARIA DEL SOL ZAPARDIEL GARCÍA, SERGIO RUEDA GONZÁLEZ, MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO Y DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ 1585
- 323PREVENCIONES SOBRE LA HIGIENE EN LOS LUGARES DE TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
SERGIO RUEDA GONZÁLEZ, MARIA DEL SOL ZAPARDIEL GARCÍA, JUAN PABLO HERRERO ALÍA, MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO Y DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ 1589
- 324EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
ENCARNACIÓN ALONSO NUÑEZ, MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO Y DIEGO MARTIN MAROTO 1595
- 325COMPETENCIAS Y DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL PROFESIONAL CELADOR**
MARÍA DOLORES SÁNCHEZ JIMENEZ, ANA ISABEL VILLARRUBIA MARTIN, MONICA MARTÍN NIETO, ANA DELGADO GARCIA Y ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA 1601
- 326AFECTACIONES PROPIAS DE UN AUXILAR ADMINISTRATIVO DE URGENCIAS DE CENTRALITA DERIVADAS DEL RUIDO**
SUSANA EXPÓSITO GONZÁLEZ 1605
- 327PREVENCIÓN Y MANEJO EN LAS HERIDAS POR QUEMADURAS POR EL PROFESIONAL CELADOR**
ANA ISABEL VILLARRUBIA MARTIN, MARÍA DOLORES SÁNCHEZ JIMENEZ, MONICA MARTÍN NIETO, ANA DELGADO GARCIA Y ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA 1609
- 328EL DESEMPEÑO Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
MONICA MARTÍN NIETO, MARÍA DOLORES SÁNCHEZ JIMENEZ, ANA ISABEL VILLARRUBIA MARTIN, ANA DELGADO GARCIA Y ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA 1613

329	FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN DE UN HOSPITAL JOSE ANGEL RUANO LOPEZ	1617
330	AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO JORGE GARCÍA ALVAREZ	1621
331	CONOCIMIENTO EN BIOÉTICA POR EL CELADOR MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA	1625
332	ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL Y FALLECIDO DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, ENCARNACIÓN ALONSO NUÑEZ, MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO, MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE Y DIEGO MARTIN MAROTO	1629
333	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN HOSPITALARIA POR EL PINCHE PABLO OLIVA GARCIA, ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA, BLANCA ALONSO SÁNCHEZ, MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA Y RAUL GARCIA CALVO	1635
334	TIPOLOGÍAS Y ORIGEN DE QUEMADURAS POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA, PABLO OLIVA GARCIA, BLANCA ALONSO SÁNCHEZ, MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA Y RAUL GARCIA CALVO	1641
335	PREVENCIÓN Y MANEJO CONVENIENTE DE LOS ÚTILES DE COCINA POR EL PINCHE DE COCINA BLANCA ALONSO SÁNCHEZ, PABLO OLIVA GARCIA, ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA, MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA Y RAUL GARCIA CALVO	1645
336	CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL PINCHE DE COCINA DE LOS DIVERSOS EQUIPOS Y APARATAJE BLANCA ARCE GONZALEZ, JESUS LOPEZ REJON, ELENA GARCIA CALVO, JOSE MARIA CALVO ZAPATA Y HECTOR SANCHALVO	1649

- 337 EQUIPAMIENTO MÁS HABITUAL EN LAS COCINAS
HOSPITALARIAS POR EL PINCHE**
JESUS LOPEZ REJON, BLANCA ARCE GONZALEZ, ELENA GARCIA
CALVO, JOSE MARIA CALVO ZAPATA Y HECTOR SANCHALVO 1655
- 338 ELEMENTOS Y PUNTOS CRÍTICOS EN COCINAS HOSPITALARIAS
POR EL PINCHE**
ELENA GARCIA CALVO, BLANCA ARCE GONZALEZ, JESUS LOPEZ
REJON, JOSE MARIA CALVO ZAPATA Y HECTOR SANCHALVO 1659
- 339 ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
EXTRAHOSPITALARIAS. SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA (SUAP)**
FRANCISCO JAVIER RUBIO SÁNCHEZ, MARIA JESUS CUBELLS
OLAYA Y SILVIA CUBELLS OLAYA 1665
- 340 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR
SANITARIO. EL LAVADO DE MANOS**
MARISOL GONZALEZ VIEJO 1669
- 341 EL CELADOR EN EL TRABAJO DEL PARTO EN MOMENTOS DE
PANDEMIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARIA ISABEL GIL GIL, SONIA RODRÍGUEZ RAMOS, FLORA GEMA
JUSTO MALDONADO, MARÍA ISABEL QUINTANILLA FERNÁNDEZ Y
JAVIER COLMENAR MARTÍN 1673
- 342 EL CELADOR COMO PERSONAL DE RIESGO**
MARIA ISABEL GIL GIL, SONIA RODRÍGUEZ RAMOS, FLORA GEMA
JUSTO MALDONADO, MARÍA ISABEL QUINTANILLA FERNÁNDEZ Y
JAVIER COLMENAR MARTÍN 1677
- 343 LA ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN UN PLAN DE
EMERGENCIAS**
MARIA ISABEL GIL GIL, SONIA RODRÍGUEZ RAMOS, FLORA GEMA
JUSTO MALDONADO, MARÍA ISABEL QUINTANILLA FERNÁNDEZ Y
JAVIER COLMENAR MARTÍN 1683

344	EL PAPEL DEL CELADOR CON LOS PACIENTES EN LA UCI. COMO ACTUAR CON ESTOS PACIENTES PARA AYUDAR A SU CUIDADO Y EL MANEJO DE LOS APARATOS MARINA ORTIZ IZQUIERDO, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO, EZEQUIEL ROMERO CABALLERO, INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO Y ANA BELÉN RUEDA NAVARRO	1687
345	LA IMPORTANCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO GLORIA PANIAGUA LEAL Y ALICIA LÓPEZ TENDERO	1691
346	EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE PACIENTES CON EMERGENCIAS ALICIA LÓPEZ TENDERO Y GLORIA PANIAGUA LEAL	1697
347	LA ACTUACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTES PORTADORES DE DRENAJES TORÁCICOS. CONSIDERACIONES GENERALES Y NORMAS DE ACTUACIÓN MARIA JESUS CUBELLS OLAYA, SILVIA CUBELLS OLAYA Y FRANCISCO JAVIER RUBIO SÁNCHEZ	1701
348	ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ÁREAS Y FUNCIONAMIENTO INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO, EZEQUIEL ROMERO CABALLERO, ANA BELÉN RUEDA NAVARRO, MARINA ORTIZ IZQUIERDO Y MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO	1705
349	RIESGOS DEL AYUDANTE PINCHE DE COCINA EN LA COCINA HOSPITALARIA. MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTE LESIONES DE HERIDAS Y CORTES CARMEN ALVAREZ MARTIN, M ^a DEL MONTE DEL FRESNO MENCHERO, MARIA SOLEDAD FERNANDEZ PACHECO GALLEG0 Y AMPARO PALACIOS CALERO	1709
350	EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PUERTA DE URGENCIAS SILVIA CUBELLS OLAYA, FRANCISCO JAVIER RUBIO SÁNCHEZ Y MARIA JESUS CUBELLS OLAYA	1715
351	ACCIDENTES IN ITINERE DEL PERSONAL NO SANITARIO VANESA MÉNDEZ CALVÍN	1719

- 352 EL PAPEL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA TARJETA
SANITARIA INDIVIDUAL**
JOSEFA ALBERCA ROMERO, MARIA DOLORES DEL ROCIO
RAMIREZ SIERRA, M.CARMEN RUEDA JAEN, AURELIO MARTINEZ
GOMEZ Y MANUELA SECO MOYA 1723
- 353 PACIENTES PALIATIVOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
MARÍA DOLORES LÓPEZ ANDÚJAR, ROSARIO PEREZ RAMIREZ,
CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, MARIA DOLORES SIMÓN GARRIGÓS Y
MARIA DE LOS ANGELES GIL ORTEGA 1727
- 354 SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) PARA EL CELADOR EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO**
MARÍA DOLORES LÓPEZ ANDÚJAR, ROSARIO PEREZ RAMIREZ,
CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, MARIA DOLORES SIMÓN GARRIGÓS Y
MARIA DE LOS ANGELES GIL ORTEGA 1731
- 355 EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE MUESTRAS**
MARÍA DOLORES LÓPEZ ANDÚJAR, ROSARIO PEREZ RAMIREZ,
CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, MARIA DOLORES SIMÓN GARRIGÓS Y
MARIA DE LOS ANGELES GIL ORTEGA 1735
- 356 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
PURIFICACIÓN MARTINEZ MARTINEZ, DOMINGO GALLEGU RUIZ,
JOSE MANUEL VALENCIANO FERNANDEZ, BEATRIZ ALTES LOPEZ
Y GEMA LANDETE LÓPEZ 1739
- 357 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA.
FUNCIONAMIENTO Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS
URGENCIAS GINECOLÓGICAS**
JUAN CARLOS SORIA VELAZQUEZ, SOLEDAD MINGUEZ
FERNANDEZ Y MARIA DE LOS ANGELES GALAN LOPEZ 1743
- 358 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA COLOCACIÓN DEL
MATERIAL DE INMOVILIZACIÓN A PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS**
JUAN CARLOS SORIA VELAZQUEZ, SOLEDAD MINGUEZ
FERNANDEZ Y MARIA DE LOS ANGELES GALAN LOPEZ 1747

- 359EL CELADOR EN URGENCIAS**
PURIFICACIÓN MARTINEZ MARTINEZ, DOMINGO GALLEGU RUIZ,
JOSE MANUEL VALENCIANO FERNANDEZ, BEATRIZ ALTES LOPEZ
Y GEMA LANDETE LÓPEZ 1751
- 360PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
PURIFICACIÓN MARTINEZ MARTINEZ, DOMINGO GALLEGU RUIZ,
JOSE MANUEL VALENCIANO FERNANDEZ, BEATRIZ ALTES LOPEZ
Y GEMA LANDETE LÓPEZ 1755
- 361EL PROFESIONAL CELADOR Y LA PREVENCIÓN EN CONTAGIOS
NOSOCOMIALES**
MARÍA DEL PILAR GÓMEZ CANELO, MARÍA SUSANA GÓMEZ
CANELO, YOLANDA SANCHEZ SÁNCHEZ, BLANCA ESPERANZA
CUADRADO LÓPEZ Y ANGEL RONCO BARGUEÑO 1759
- 362PROFESIONAL CELADOR CONOCIMIENTO EN ELIMINACIÓN Y
USO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS**
MARÍA SUSANA GÓMEZ CANELO, MARÍA DEL PILAR GÓMEZ
CANELO, YOLANDA SANCHEZ SÁNCHEZ, BLANCA ESPERANZA
CUADRADO LÓPEZ Y ANGEL RONCO BARGUEÑO 1763
- 363EL PAPEL DEL CELADOR HACIA LAS PATOLOGÍAS MENTALES**
YOLANDA SANCHEZ SÁNCHEZ, MARÍA DEL PILAR GÓMEZ
CANELO, MARÍA SUSANA GÓMEZ CANELO, BLANCA ESPERANZA
CUADRADO LÓPEZ Y ANGEL RONCO BARGUEÑO 1767
- 364DETECTAR LA DEPRESIÓN LABORAL Y COMBATIRLA**
PELAYO ÁLVAREZ PRIETO 1771
- 365LA GRÁFICA DE HOSPITALIZACIÓN PARA EL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA JOSÉ GARCÍA FRESNEDA, MARÍA FRANCISCA CHAMORRO
PEÑAS, MANUELA TORRES LOPEZ DEL CASTILLO, MARIA
DOLORES GONZÁLEZ BUSTAMANTE Y JUANA RUIZ MUÑOZ 1775
- 366EL CELADOR EN LA U.V.I (UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA).**
RAQUEL GARRIDO PÉREZ, DAVID MORENO GARCÍA Y JOSÉ LUÍS
OCAÑA LEÓN 1779

- 367 LA ERGOFOBIA: MIEDO IRRACIONAL AL TRABAJO**
PILAR CORDERO RODRIGUEZ, ASCENSIÓN GARCÍA FERNÁNDEZ,
MANUELA GONZÁLEZ SUÁREZ, MARIA DE LA PAZ MARTINEZ
MARTINEZ Y MARIA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA 1783
- 368 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO**
JOSÉ LUÍS OCAÑA LEÓN, RAQUEL GARRIDO PÉREZ Y DAVID
MORENO GARCÍA 1787
- 369 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO:
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN INCENDIO**
MIGUEL ANGEL CHORRO LOPEZ, SOLEDAD GARCÍA MAESTRE,
NOELIA VILLALBA ALFARO, DOLORES MORA POLO Y RODRIGO
MERCHANTE DE JULIÁN 1791
- 370 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO:
CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON
TRASTORNOS MENTALES A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO DE
ESTOS TRASTORNOS**
MIGUEL ANGEL CHORRO LOPEZ, SOLEDAD GARCÍA MAESTRE,
NOELIA VILLALBA ALFARO, DOLORES MORA POLO Y RODRIGO
MERCHANTE DE JULIÁN 1797
- 371 LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL
AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MIGUEL ANGEL CHORRO LOPEZ, SOLEDAD GARCÍA MAESTRE,
NOELIA VILLALBA ALFARO, DOLORES MORA POLO Y RODRIGO
MERCHANTE DE JULIÁN 1803
- 372 DIRECTRICES A SEGUIR POR EL PERSONAL CELADOR ANTE LA
EVENTUAL EVACUACIÓN DE PACIENTES DURANTE LA
DECLARACIÓN DE ALARMA POR INCENDIO EN UN HOSPITAL**
SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ, LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE Y
MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES 1807

- 373 MATERIALES UTILIZADOS EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE
ENCAMADO. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA
MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE CON LA UTILIZACIÓN DE UN
ELEVADOR HIDRÁULICO**
DAVID MORENO GARCÍA, RAQUEL GARRIDO PÉREZ Y JOSÉ LUÍS
OCAÑA LEÓN 1811
- 374 PERSONAL ADMINISTRATIVO Y NIVELES DE ATENCIÓN
SANITARIA: LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA**
MARIA DOLORES DEL ROCIO RAMIREZ SIERRA, JOSEFA ALBERCA
ROMERO, M.CARMEN RUEDA JAEN, AURELIO MARTINEZ GOMEZ Y
MANUELA SECO MOYA 1815
- 375 EL PINCHE DE COCINA Y LAS INTOXICACIONES ALIMENTARIAS
EN EL ÁMBITO SANITARIO**
SAÚL JIMÉNEZ MUÑOZ, ENCARNA LOPEZ BLASCO, LILIANA
RONDON MARIN, VIRGINIA TEJERA GIL Y MARIA DEL PRADO
PULIDO CID 1819
- 376 EL COCINERO Y LA CLASIFICACIÓN DE LAS CARNES EN EL
HOSPITAL**
MARIA PATROCINIO VILLA ARAQUE, MARIA PAZ VILLA ARAQUE,
LLANOS GALLEGLO LOPEZ, ENCARNACION CUENCA CALERO Y
MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA 1825
- 377 ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
EN EL AMBITO SANITARIO**
PATRICIA RUBIO SÁNCHEZ, INMACULADA NUÑEZ ALMENA,
GEMMA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ Y
NATALIA PERONA VALENTÍN 1829
- 378 EL EQUIPO EN LAS COCINAS SANITARIAS COMO METODO DE
TRABAJO DE COCINEROS**
MARIA PATROCINIO VILLA ARAQUE, MARIA PAZ VILLA ARAQUE,
LLANOS GALLEGLO LOPEZ, ENCARNACION CUENCA CALERO Y
MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA 1833

- 379 EL COCINERO/A , COCINANDO PARA DIABÉTICOS**
MARIA PATROCINIO VILLA ARAQUE, MARIA PAZ VILLA ARAQUE,
LLANOS GALLEGLO LOPEZ, ENCARNACION CUENCA CALERO Y
MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA 1837
- 380 EL PINCHE DE COCINA, NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN**
ENCARNA LOPEZ BLASCO, LILIANA RONDON MARIN, SAÚL
JIMÉNEZ MUÑOZ, VIRGINIA TEJERA GIL Y MARIA DEL PRADO
PULIDO CID 1841
- 381 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS ALIMENTOS DE
QUINTA GAMA DE UNA COCINA INTRAHOSPITALARIA**
LILIANA RONDON MARIN, SAÚL JIMÉNEZ MUÑOZ, ENCARNA
LOPEZ BLASCO, VIRGINIA TEJERA GIL Y MARIA DEL PRADO
PULIDO CID 1845
- 382 SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS.
FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN Y
EN LOS BOXES.**
MARIA DE LOS ANGELES GALAN LOPEZ, JUAN CARLOS SORIA
VELAZQUEZ Y SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ 1849
- 383 CONDICIONES AMBIENTALES Y ERGONOMÍA EN EL TRABAJO
DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO. UN
ENFOQUE HOLÍSTICO.**
BEATRIZ PELÁEZ HERRERO, MARÍA TERESA MURGA RODRIGUEZ,
JOSE MANUEL FERNANDEZ MUÑIZ, ANA INMACULADA JIMÉNEZ
SANCHEZ Y MARÍA JOSÉ GARCÍA RODRÍGUEZ 1853
- 384 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNIDADES DE URGENCIAS**
IGOR TAMAYO BERAMENDI 1859
- 385 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN SERVICIO DE VIGILANCIA DE
INSTITUCIONES SANITARIAS**
SANTIAGO FLORES GRANADOS, MANUEL JESÚS ZAMUDIO
NAVARRO, ANTONIO JESÚS MARTÍN PALMA, TAMARA MARÍN
MARÍN Y TERESA CALVO JORDAN 1863

- 386 EL CELADOR Y EL TRASLADO DE LOS DOCUMENTOS Y EL MATERIAL**
SANTIAGO FLORES GRANADOS, MANUEL JESÚS ZAMUDIO
NAVARRO, ANTONIO JESÚS MARTÍN PALMA, TAMARA MARÍN
MARÍN Y TERESA CALVO JORDAN 1867
- 387 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE TRIAJE**
SANTIAGO FLORES GRANADOS, MANUEL JESÚS ZAMUDIO
NAVARRO, ANTONIO JESÚS MARTÍN PALMA, TAMARA MARÍN
MARÍN Y TERESA CALVO JORDAN 1871
- 388 INSTITUCIONES SANITARIAS PRIVADAS EN ESPAÑA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO**
M.CARMEN RUEDA JAEN, JOSEFA ALBERCA ROMERO, MARIA
DOLORES DEL ROCIO RAMIREZ SIERRA, AURELIO MARTINEZ
GOMEZ Y MANUELA SECO MOYA 1875
- 389 PROTOCOLOS DE ACTUACION EN CASO DE EMERGENCIA EN EL ÁMBITO DE LA CONSTRUCCIÓN**
JOSÉ LUIS LORENZO ALVAREZ 1879
- 390 LA BUENA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DE COCINA**
JOSÉ MARIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-ESCALONILLA, MARIO
CARMONA RUIZ, CRISTINA POVEDA SOTO, RAQUEL MARTÍN
GOMEZ Y MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ 1883
- 391 SATISFACCIÓN LABORAL EN EL PERSONAL DE LA COCINA HOSPITALARIA**
JOSÉ MARIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-ESCALONILLA, MARIO
CARMONA RUIZ, CRISTINA POVEDA SOTO, RAQUEL MARTÍN
GOMEZ Y MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ 1887
- 392 INTOXICACIÓN ALIMENTARIA POR ANISAKIS: UN ANÁLISIS DE UN PINCHE DE COCINA**
JOSÉ MARIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-ESCALONILLA, MARIO
CARMONA RUIZ, CRISTINA POVEDA SOTO, RAQUEL MARTÍN
GOMEZ Y MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ 1893

- 393 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA. FUNCIONAMIENTO Y FUNCIONES**
MANUEL VIDAL VARELA, MARIA DEL PILAR VELÁZQUEZ
GONZALEZ-MOHÍNO, LUIS ANTONIO RODRÍGUEZ CALLEJA,
ANTONIO GOMEZ MORENO Y MARÍA DEL PILAR DE MARCOS
MARTÍNEZ 1897
- 394 LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE SUFRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y POSIBLES CAUSAS**
PATRICIA RUBIO SÁNCHEZ, INMACULADA NUÑEZ ALMENA,
GEMMA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ Y
NATALIA PERONA VALENTÍN 1901
- 395 EL PINCHE DE COCINA EN EL CONOCIMIENTO Y LA MANIPULACIÓN DE LA LECHE Y SUS PRODUCTOS DERIVADOS**
MARIA SOLEDAD FERNANDEZ PACHECO GALLEG0, CARMEN
ALVAREZ MARTIN, Mª DEL MONTE DEL FRESNO MENCHERO Y
AMPARO PALACIOS CALERO 1905
- 396 EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: HIGIENE PERSONAL DEL PACIENTE ENCAMADO**
JOSEFA ALAÑON UTRILLA, MARIA ISABEL VICENTE NAVAS,
MARÍA DOLORES NEGRETE GARCIA CONSUEGRA, ÁNGEL MOYA
MORA Y GUILLERMINA SIMARRO SIMARRO 1911
- 397 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CÓMO SE GESTIONA LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL**
MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA, ANA BELÉN TABASCO
GUILLÉN, NOELIA TOSCA RODRIGUEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA
TORRES Y MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ 1915
- 398 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS LEY ORGÁNICA 3/2018 DE 5 DE DICIEMBRE**
MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA, ANA BELÉN TABASCO
GUILLÉN, MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES, MARIA DEL CARMEN
PIQUERAS SAEZ Y NOELIA TOSCA RODRIGUEZ 1919

399PRINCIPALES FUNCIONES DE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN HOSPITALES

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA, ANA BELÉN TABASCO
GUILLÉN, NOELIA TOSCA RODRIGUEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA
TORRES Y MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

1923

400TRATAMIENTO DE DATOS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PATRICIA RUBIO SÁNCHEZ, INMACULADA NUÑEZ ALMENA,
GEMMA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ Y
NATALIA PERONA VALENTÍN

1927

401EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS. FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL ÁREA DE TRIAJE

ANTONIO GOMEZ MORENO, MARÍA DEL PILAR DE MARCOS
MARTÍNEZ, MANUEL VIDAL VARELA, MARIA DEL PILAR
VELÁZQUEZ GONZALEZ-MOHÍNO Y LUIS ANTONIO RODRÍGUEZ
CALLEJA

1931

402EL CELADOR EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS. FÉRULAS DE INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES

MARÍA DEL PILAR DE MARCOS MARTÍNEZ, MANUEL VIDAL
VARELA, MARIA DEL PILAR VELÁZQUEZ GONZALEZ-MOHÍNO,
LUIS ANTONIO RODRÍGUEZ CALLEJA Y ANTONIO GOMEZ
MORENO

1935

**403EL CELADOR EN URGENCIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
JAVIER GÓMEZ LÓPEZ Y ALICIA TALAYA NAVARRO**

1939

404LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN EN BLOQUE DE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO O CON TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE, MARI CARMEN
JIMÉNEZ MARTÍNEZ Y JORGE CARPIO DÍAZ

1943

- 405EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: REALIZACIÓN DE
CAMA OCUPADA POR PACIENTE**
JOSEFA ALAÑON UTRILLA, GUILLERMINA SIMARRO SIMARRO,
ÁNGEL MOYA MORA, MARÍA DOLORES NEGRETE GARCIA
CONSUEGRA Y MARIA ISABEL VICENTE NAVAS 1947
- 406FUNCIONES DE LOS CELADORES DESTINADOS EN EL SERVICIO
DEL ANIMALARIO**
FRANCISCA FERNANDEZ ESCRIBANO, MARIA JOSE MARTINEZ
CONTRERAS, FRANCISCO JOSE CASTILLO MARTINEZ, MARIA JOSE
ALCANTARA CARRASCO Y MARIA EUGENIA GARCIA JEREZ 1951
- 407FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL AREA HOSPITALARIA
DEL SERVICIO DE DIGESTIVO**
FRANCISCA FERNANDEZ ESCRIBANO, MARIA JOSE MARTINEZ
CONTRERAS, FRANCISCO JOSE CASTILLO MARTINEZ, MARIA JOSE
ALCANTARA CARRASCO Y MARIA EUGENIA GARCIA JEREZ 1955
- 408EL CELADOR EN EL AMBITO SANITARIO: TRASLADO DEL
PACIENTE DESDE LA CAMA HOSPITALARIA A LA SILLA DE
RUEDAS PARA REALIZAR UN TRASLADO INTRAHOSPITALARIO**
JOSEFA ALAÑON UTRILLA, MARIA ISABEL VICENTE NAVAS,
MARÍA DOLORES NEGRETE GARCIA CONSUEGRA, ÁNGEL MOYA
MORA Y GUILLERMINA SIMARRO SIMARRO 1959
- 409FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
FRANCISCA FERNANDEZ ESCRIBANO, MARIA JOSE MARTINEZ
CONTRERAS, FRANCISCO JOSE CASTILLO MARTINEZ, MARIA JOSE
ALCANTARA CARRASCO Y MARIA EUGENIA GARCIA JEREZ 1963
- 410TAREAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA
TELECONSULTA A DEMANDA**
GLORIA GARCÍA DELGADO, MÓNICA NOVILLO CRUZADO, MARIA
LUZ CUENCA MANZANERO, ROSA MARÍA FAJARDO
CASTELLANOS Y MATILDE MARTÍNEZ RUIZ 1967

- 411 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO**
GLORIA GARCÍA DELGADO, MÓNICA NOVILLO CRUZADO, MARIA
LUZ CUENCA MANZANERO, ROSA MARÍA FAJARDO
CASTELLANOS Y MATILDE MARTÍNEZ RUIZ 1973
- 412 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN
RADIODIAGNÓSTICO**
GLORIA GARCÍA DELGADO, MÓNICA NOVILLO CRUZADO, MARIA
LUZ CUENCA MANZANERO, ROSA MARÍA FAJARDO
CASTELLANOS Y MATILDE MARTÍNEZ RUIZ 1977
- 413 LA FATIGA EN EL CELADOR**
JOSÉ ANTONIO ALARCÓN LÓPEZ, LUIS RODRÍGUEZ-CAMUÑAS
ALCOBENDAS, PILAR RUÍZ NARANJO, ANGELA POZO BAUTISTA Y
ESTRELLA LEÓN MELERO 1981
- 414 EL CELADOR Y EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDO**
JOSÉ ANTONIO ALARCÓN LÓPEZ, LUIS RODRÍGUEZ-CAMUÑAS
ALCOBENDAS, PILAR RUÍZ NARANJO, ANGELA POZO BAUTISTA Y
ESTRELLA LEÓN MELERO 1985
- 415 ACTITUDES Y APTITUDES DEL CELADOR**
JOSÉ ANTONIO ALARCÓN LÓPEZ, LUIS RODRÍGUEZ-CAMUÑAS
ALCOBENDAS, PILAR RUÍZ NARANJO, ANGELA POZO BAUTISTA Y
ESTRELLA LEÓN MELERO 1989
- 416 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE URGENCIAS**
NATALIA SUÁREZ LÓPEZ, JORGE OVIES DIAZ, LAURA MORAN
MANSILLA, ALBERTO ISMAEL GUTIERREZ IGLESIAS Y ANTONIO
DE LA DUEÑA FUSTEL 1993
- 417 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL DESARROLLO DE SU
TRABAJO EN LA COCINA HOSPITALARIA DE GESTIÓN
CENTRALIZADA**
AMPARO PALACIOS CALERO, CARMEN ALVAREZ MARTIN, M^a DEL
MONTE DEL FRESNO MENCHERO Y MARIA SOLEDAD FERNANDEZ
PACHECO GALLEG0 1997

- 418 LOS FACTORES DE RIESGO LABORAL PARA EL PERSONAL NO
SANITARIO**
MARTA ALCÁZAR ALBA, NATALIA CALVO TOREL, SERGIO
NORIEGA CUESTA Y MARÍA JOSÉ CAMPOS GONZÁLEZ 2001
- 419 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ÁREAS QUE
INTEGRAN LA UNIDAD.**
MARI CARMEN JIMÉNEZ MARTÍNEZ, JORGE CARPIO DÍAZ Y
MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE 2005
- 420 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO. FUNCIONES DEL
CELADOR EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS**
MARI CARMEN JIMÉNEZ MARTÍNEZ, JORGE CARPIO DÍAZ Y
MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE 2009
- 421 CORRECTA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN LOS CENTROS DE
TRABAJO PARA EVITAR LESIONES**
ANTONIA DOS ANJOS BEIROTO, ROSA ANA MARTÍNEZ
MARTÍNEZ, MARÍA TERESA GARCÍA FERNÁNDEZ, ADORACIÓN
SÁENZ GARCÍA Y CARMEN CONSUELO SUAREZ NUÑO 2013
- 422 LA NECESIDAD DE CONOCER LOS PRIMEROS AUXILIOS**
MARIA JESUS ZURBANO SANCHEZ 2019
- 423 EVALUACIÓN DEL PAPEL DEL CELADOR EN LA GESTIÓN DE LOS
DONANTES DE ÓRGANOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL 2023
- 424 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE
SEGÚN LOS MEDIOS DE TRASLADO**
FRANCISCO JOSÉ RUBIO MARTÍN FONTECHA, MONTSERRAT
RUBIO MARTÍN FONTECHA Y ANA ISABEL SOTOCALIZCANO 2027
- 425 FUNCIONES DEL PERSONAL CELADOR EN EL ÁREA DE
QUIRÓFANO**
FRANCISCO JOSÉ RUBIO MARTÍN FONTECHA, MONTSERRAT
RUBIO MARTÍN FONTECHA Y ANA ISABEL SOTOCALIZCANO 2031

426	LA LABOR DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO FRANCISCO JOSÉ RUBIO MARTÍN FONTECHA, MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA Y ANA ISABEL SOTOCALIZCANO	2035
427	LA UNIDAD DE SALUD MENTAL Y EL CELADOR ALICIA TALAYA NAVARRO Y JAVIER GÓMEZ LÓPEZ	2039
428	CELADOR: LOS DETERMINANTES DE LA SALUD CARLOS FERNANDEZ ROMERO, ELIAS GALVEZ ROMERO Y ALICIA AMPARO GOMEZ FERNANDEZ	2043
429	ALERGIA ALIMENTARIA AL HUEVO FERNANDO GONZALEZ SIERRA, MARÍA INMACULADA RODRÍGUEZ BLANCO, MARIA FRANCISCA FERNANDEZ GARCIA Y ISABEL DOMENECH SOLACHE	2047
430	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL MARIA DEL CARMEN DE LOS SANTOS LOPEZ, DAVID LÓPEZ MEDINA Y ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL	2051
431	INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN MARIA DEL CARMEN DE LOS SANTOS LOPEZ, DAVID LÓPEZ MEDINA Y ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL	2057
432	INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN Y EL EJERCICIO FÍSICO EN LA DIABETES GETACIONAL MARIA DEL CARMEN DE LOS SANTOS LOPEZ, DAVID LÓPEZ MEDINA Y ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL	2061
433	CELADOR: RECURSOS DIDÁCTICOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD ALICIA AMPARO GOMEZ FERNANDEZ, ELIAS GALVEZ ROMERO Y CARLOS FERNANDEZ ROMERO	2067

- 434LA EMPATÍA, HABILIDAD NECESARIA EN EL TELEFONISTA DEL
ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ, MARIA PILAR MARTIN
BUITRAGO DIAZ, MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO,
NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y VANESA
FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO 2071
- 435LA VOZ COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO DEL TELEFONISTA
EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ, MARIA PILAR MARTIN
BUITRAGO DIAZ, MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO,
NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y VANESA
FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO 2075
- 436GESTIÓN DEL ESTRÉS EN LOS TELEFONISTAS DEL ÁMBITO
HOSPITALARIO**
MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ, MARIA PILAR MARTIN
BUITRAGO DIAZ, MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO,
NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y VANESA
FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO 2079
- 437EL PACIENTE TERMINAL Y EL CELADOR**
JOSE ANGEL RUANO LOPEZ 2083
- 438VALORACIÓN SOCIAL DE LA SITUACIÓN JURÍDICA DE LOS
MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS EN ESPAÑA**
ALBA ESCOBIO SANCHEZ, AIDA ALONSO DE LA TORRE
RODRÍGUEZ, LAURA RODRIGUEZ MARTINEZ, VIVIANA EUGENIA
MANRIQUE GUTIERREZ Y PAOLA DEL SOL PÉREZ 2087
- 439EL PAPEL DEL CELADOR DENTRO DE LAS UNIDADES DE
REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
JULIO DA SILVA TAMARGO 2097
- 440PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE
AGENDAS: CITA PREVIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARÍA TRUEBA MARTÍNEZ 2103

441	PLAN DE EVACUACION DE CENTROS HOSPITALARIOS CRISTINA GARCIA ALVAREZ, FRANCISCO JAVIER MADERA FERNÁNDEZ, MANUEL TUÑÓN REINAL, CRISTINA FERNANDEZ ZAPATERO Y M ^a BEGOÑA IGLESIAS GARCÍA	2107
442	CALIDAD EN CENTROS SANITARIOS SERGIO CUERIA GUTIÉRREZ	2111
443	EL SECRETO PROFESIONAL EN EL AMBITO SANITARIO PATRICIA FRESCO CUMBREÑO, JOSÉ GARAY DE LA ROZA, JOSE MARIA LOPEZ GARCIA, LORENA VILLANUEVA ARIAS Y CLOTILDE ESCANDON CHANTRES	2115
444	EL CELADOR EN LA PUERTA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS MÓNICA MÉNDEZ IBIAS	2119
445	GESTIÓN Y TRAMITACIÓN DE INCIDENTES SAMU ASTURIAS SANDRA RODRÍGUEZ VALDES, MARIA JESUS VILLARROEL ALLENDE, ANGELICA RODRIGUEZ ARMESTO, CONCEPCIÓN ELOÍNA FERNÁNDEZ VÁZQUEZ Y LEIDY LORENA VARGAS ÁLVAREZ	2123
446	LA ATENCIÓN AL PÚBLICO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD JOSE ANTONIO REGUEIRO FERNÁNDEZ	2127
447	EL PERSONAL ESTATUTARIO DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ANA MARIA ALMAZAN JUAN, PATRICIA FRESCO CUMBREÑO, ANA CRISTINA LÓPEZ GUTIÉRREZ, CLOTILDE ESCANDON CHANTRES Y VANESA GUTIÉRREZ PEREIRA	2131
448	IMPORTANCIA DE RAYOS X EN URGENCIAS EL PAPEL DEL CELADOR: FUNCIONES Y PREVENCIÓN BEGOÑA CASTAÑO GUIO	2135
449	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA RELACIÓN CON EL PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO HOSPITALARIO ANA CRISTINA RUBIO SÁNCHEZ, MARIA JESUS CUBELLS OLAYA, M ^a PILAR MARTIN MERINO, JOSE VAQUERO BRAVO Y GONZALO MENÉNDEZ FERNÁNDEZ	2139

- 450AUXILIAR ADMINISTRATIVO EXPLICA EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDD DE CIRUGÍA SIN INGRESO MEDIANTE UN CASO CLÍNICO**
ANA CRISTINA RUBIO SÁNCHEZ, MARIA JESUS CUBELLS OLAYA, M^a PILAR MARTIN MERINO, JOSE VAQUERO BRAVO Y GONZALO MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 2143
- 451ACTUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS EN CASO DE EMERGENCIA O CATÁSTROFE**
CARMEN GLORIA VALLINA GUTIÉRREZ, ABRAHAM FRANCO MARTINEZ, ANA MATA CASADO, MONTSE GARCÍA GONZÁLEZ Y MARÍA ROSARIO TORAÑO FERNÁNDEZ 2147
- 452EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CONSULTA TELEFÓNICA**
ANA CRISTINA RUBIO SÁNCHEZ, GONZALO MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, M^a PILAR MARTIN MERINO, MARIA JESUS CUBELLS OLAYA Y JOSE VAQUERO BRAVO 2151
- 453EL PINCHE Y LA LIMPIEZA DEL MATERIAL DE COCINA**
JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO, FRANCISCO LARIÑO CAMACHO, ROCIO CALA REAL, LUNA CAJA REAL Y TERESA DE JESÚS MENA RUIZ 2155
- 454EL PINCHE Y LAS PRÁCTICAS PELIGROSAS EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**
JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO, TERESA DE JESÚS MENA RUIZ, FRANCISCO LARIÑO CAMACHO, LUNA CAJA REAL Y ROCIO CALA REAL 2159
- 455PINCHE: GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**
JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO, LUNA CAJA REAL, ROCIO CALA REAL, FRANCISCO LARIÑO CAMACHO Y TERESA DE JESÚS MENA RUIZ 2163
- 456INTERVENCIÓN EN QUEMADOS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL**
MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA, SILVIA CUPIDO ESCALONILLA Y MIRIAM GALLEG0 MARTÍNEZ 2167

457	EL PINCHE Y LA ELABORACIÓN DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS JAVIER MARIN GÓMEZ, GLORIA FERNÁNDEZ CRUZ Y HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO	2173
458	ACTUACION DE PRIMEROS AUXILIOS ANTE UNA QUEMADURA EN EL SERVICIO DE COCINA POR EL PINCHE. GLORIA FERNÁNDEZ CRUZ, JAVIER MARIN GÓMEZ Y HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO	2177
459	EL PINCHE Y LAS PRINCIPALES TOXINFECCIONES ALIMENTARIAS HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO, GLORIA FERNÁNDEZ CRUZ Y JAVIER MARIN GÓMEZ	2181
460	EL CELADOR Y LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTE COVID-19 ANA MARIA RUIZ BLANCO, JUAN CARLOS RUBIO GONZALEZ, MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO, MARÍA LUISA RODRÍGUEZ ALCAIDE Y VICTOR RIVAS LÓPEZ	2185
461	EL CELADOR EN LOS DISPOSITIVOS INTERMEDIOS O REHABILITADORES MARÍA LUISA RODRÍGUEZ ALCAIDE, VICTOR RIVAS LÓPEZ, MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO, JUAN CARLOS RUBIO GONZALEZ Y ANA MARIA RUIZ BLANCO	2189
462	ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE PACIENTES CON RIESGO SUICIDA VICTOR RIVAS LÓPEZ, MARÍA LUISA RODRÍGUEZ ALCAIDE, MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO, JUAN CARLOS RUBIO GONZALEZ Y ANA MARIA RUIZ BLANCO	2193
463	EL ALMACEN SANITARIO JOSE MARTÍNEZ ALVAREZ	2197
464	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ICTUS PATRICIA MARTÍNEZ PORTERO, BEATRIZ SERRANO MARTÍNEZ, MARIA PARDO BURGOS, DIANA HERNAIZ MOLINA Y MARÍA ADORACIÓN SERRANO MARTÍNEZ	2201

- 465 LA IMPORTANCIA DE LAS MASCARILLAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
CRISTINA LAMUÑO FERNANDEZ, ALEJANDRO RODRIGUEZ DE PAZ, MARIA JOSEFA DÍAZ GARCÍA, ALBA BURÓN VÁZQUEZ Y TAMARA BURÓN VAZQUEZ 2211
- 466 ATENCIÓN SANITARIA AL PROCESO QUIRÚRGICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA**
MARÍA ADORACIÓN SERRANO MARTÍNEZ, DIANA HERNAIZ MOLINA, MARIA PARDO BURGOS, BEATRIZ SERRANO MARTÍNEZ Y CRISTINA PINEDA GONZALEZ 2217
- 467 CUIDADOS SANITARIOS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS.**
MARÍA ADORACIÓN SERRANO MARTÍNEZ, DIANA HERNAIZ MOLINA, MARIA PARDO BURGOS, BEATRIZ SERRANO MARTÍNEZ Y NURIA GUTIÉRREZ AYAD 2223
- 468 LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS EN EL PACIENTE CRÍTICO**
MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS, MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO Y SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU 2231
- 469 MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA PARDO BURGOS, NURIA GUTIÉRREZ AYAD, PATRICIA MARTÍNEZ PORTERO Y CRISTINA PINEDA GONZALEZ 2235
- 470 EL PINCHE Y EL ACONDICIONAMIENTO DE LA CARNE DE AVE**
LILIANA LOZANO HERRERO, ALMUDENA LOZANO HERRERO Y JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN 2245
- 471 GRUPOS ELECTROGENOS EN LOS HOSPITALES. EL PAPEL DEL ELECTRICISTA Y CALEFACTOR PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS MISMOS**
ADRIAN GONZALEZ LASSO 2249
- 472 EL PINCHE Y LA COCINA CENTRALIZADA**
ALMUDENA LOZANO HERRERO, JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN Y LILIANA LOZANO HERRERO 2253

- 473 LOS PINCHES DE COCINA Y LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL**
JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN, LILIANA LOZANO HERRERO Y ALMUDENA LOZANO HERRERO 2257
- 474 MODALIDADES CONTRACTUALES Y SEGURIDAD SOCIAL.**
YESICA FERNANDEZ RUBIO Y JOANA FERNÁNDEZ RUBIO 2261
- 475 TRATAMIENTO Y ELIMINACIÓN DE DESECHOS DEL MEDIO HOSPITALARIO Y EL PINCHE DE COCINA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
DÉBORA MOYA ROGER, MÓNICA PALENCIANO BRIHUEGA, RODRIGO LOPEZ MARTINEZ Y ESTER MARTIN FERNANDEZ 2265
- 476 PINCHE DE COCINA: EL AGUA EN EL ORGANISMO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
MÓNICA PALENCIANO BRIHUEGA, DÉBORA MOYA ROGER, RODRIGO LOPEZ MARTINEZ Y ESTER MARTIN FERNANDEZ 2269
- 477 AYUDANTE DE SERVICIOS, PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: DIETAS EXENTAS DE GLUTEN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
RODRIGO LOPEZ MARTINEZ, DÉBORA MOYA ROGER, MÓNICA PALENCIANO BRIHUEGA Y ESTER MARTIN FERNANDEZ 2273
- 478 LA FISIOTERAPIA ANTE LA ESCOLIOSIS EN LA ADOLESCENCIA INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO, ALBA ROJO DEL CAMPO, MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN Y CRISTINA GÓMEZ BERRACO** 2277
- 479 EL CÓDIGO DE DIETAS EN EL HOSPITAL Y EL PINCHE DE COCINA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
MARIA ANGELES BODOQUE VILLALBA, MARIA CRUZ MARIANA GARCIA, MARIA DOLORES MORALES LOZANO Y ARANZAZU SOBRINO RODRÍGUEZ 2281
- 480 EL PINCHE Y EL SERVICIO DE COCINA. EL ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARIA CRUZ MARIANA GARCIA, MARIA ANGELES BODOQUE VILLALBA, MARIA DOLORES MORALES LOZANO Y ARANZAZU SOBRINO RODRÍGUEZ 2285

**481LAS FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN EL
ACONDICIONAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFIC**

MARIA DOLORES MORALES LOZANO, MARIA CRUZ MARIANA
GARCIA, MARIA ANGELES BODOQUE VILLALBA Y ARANZAZU
SOBRINO RODRÍGUEZ

2291

Capítulo 1

INMOVILIZACIÓN EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

MARTA GONZALEZ NOMBELA

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

CARMEN SALDAÑA ROSELL

1 Introducción

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo en dos o más órganos, o que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida. Como factores de riesgo influye la edad (lactante y adolescente), sexo masculino y nivel socioeconómico bajo.

Las causas que provocan más politraumas son los ahogamientos, accidentes de tráfico, caídas, quemaduras.

La mortalidad debido al traumatismo tiene una distribución primordial. El primer pico se observa en los primeros minutos del accidente y se observa como consecuencia de laceraciones de grandes vasos (cerebro, corazón), poca supervivencia. El segundo pico ocurre en las primeras horas y las muertes son debido a hematoma subdural, hemo neumotórax, rotura de bazo e hígado y el tercer pico se observa en los siguientes días y semanas y se debe a fallo multiorgánico y sepsis.

Nuestro objetivo como profesionales de enfermería junto con nuestro equipo disciplinar es seguir un sistema de actuación de forma ordenada en el que actuemos ante el riesgo vital de la forma más eficaz y rápida. Para ello realizaremos en

primer lugar la valoración inicial o primaria detectaremos lesiones vitales en un tiempo inferior a 30 segundos. Seguiremos un protocolo de actuación siguiendo las siguientes fases ABCDE.

Después de la evaluación inicial procederemos a una evaluación de cabeza a pies, buscando lesiones asociadas al traumatismo. Esta fase será aproximadamente de dos minutos y otorgará la calidad asistencial en el tratamiento. Esta fase seguirá la metodología de inspección, palpación, percusión y auscultación.

Por último conoceremos los dispositivos utilizados en los pacientes politraumatizados y la distinta utilización según el traumatismo que tenga nuestro paciente. Nuestro objetivo con estos dispositivos será evitar la aparición de una lesión secundaria.

Para la elección de los distintos materiales o técnicas tendremos que tener en cuenta: la localización del paciente y accesibilidad a la víctima, número de víctimas, posición que ocupa y situación clínica, tipo de vehículo, número de sanitarios disponibles y disponibilidad de materiales de rescate.

2 Objetivos

Como profesionales de enfermería, nuestro objetivo junto con nuestro equipo multidisciplinar es seguir un sistema de actuación de forma ordenada en el que actuaremos ante el riesgo vital de la forma más rápida y eficaz posible.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con la inmovilización en paciente politraumatizado, la valoración inicial y secundaria y como hay que actuar en los distintos marcos de actuación. Así como los distintos dispositivos para inmovilizar que existen y cual es más recomendable en cada paciente.

La búsqueda se ha realizado en las siguientes bases de datos científicas Cielo, Pubmed, Dialnet, Google académico. Hemos revisado también artículos en las siguientes publicaciones: Revista Cubana, SAMUR y área de Salud de Badajoz. Se utilizaron como palabras clave las siguientes: “Politraumatizado”, “Inmovilización”, “dispositivos”, “valoración inicial”, “valoración secundaria”, “collarín cervical” con el operador booleano “AND”.

Los criterios de inclusión adicionales utilizados en la búsqueda bibliográfica fueron los siguientes:

- Artículos de acceso completo sin limitaciones de tiempo.
- Artículos disponibles en resumen y texto completo.
- Artículos en español e inglés.
- Artículos científicos que contengan información de la inmovilización en politraumatizados.
- El periodo de búsqueda se limitó hasta 2006.

Como criterio de exclusión utilizamos que los artículos fueran de pago y en otros idiomas distintos al español e inglés.

4 Resultados

El politraumatismo es la principal causa de muerte entre personas de 20 a 40 años (mayormente hombres a mujeres).

La exanguinación es una de las principales causas de muerte ante un paciente politraumatizado. Esto pacientes sufren grandes anomalías metabólicas, entre los que destacan la llamada triada mortal (hipotermia, coagulopatía y acidosis).

Ante el paciente politraumatizado existe.

Valoración inicial o primaria.

1. Vía aérea o columna cervical. El primer paso en la atención al paciente politraumatizado es garantizar la permeabilidad de la vía aérea, con control bimanual y tracción de la columna cervical, maniobra fundamental para la supervivencia del paciente. La causa más común de obstrucción de la vía aérea en paciente inconsciente es caída del paladar blando y la lengua, aunque no hay que olvidarse e otras causas como vómito, sangrado y obstrucción por cuerpo extraño. Para lograr la permeabilidad de la vía aérea debemos efectuar la tracción mandibular o subluxación de la mandíbula. En pacientes con traumatismo sino logramos la apertura de la vía aérea estaría indicada la maniobra frente mentón. Mantendremos la apertura de la vía aérea con una cánula nasofaríngea u orofaríngea (Guedel), que solo debe usarse en pacientes inconscientes. Se considera hasta que no se demuestre lo contrario, la existencia de una lesión cervical, en todo paciente con bajo nivel de conciencia y traumatismo por encima de la clavícula; por lo tanto se colocará un collarín cervical para evitar los movimientos de flexo extensión del cuello. Tendremos que continuar la inmovilización manual o utilizar el inmovilizador tetracameral (Dama de Elche). Si el paciente necesita una

vía aérea definitiva se colocará un tubo endotraqueal.

2. Oxigenación y ventilación del paciente Una adecuada ventilación estará asegurada por una vía aérea permeable, un adecuado intercambio entre O_2 y CO_2 y una pared torácica. Para comprobar el estado ventilatorio del paciente es necesaria la exploración del mismo mediante inspección, palpación, percusión o auscultación, en busca de posibles alteraciones.

- Inspección: Valorar la frecuencia, profundidad, amplitud y ritmo de las respiraciones. Valorar la asimetría o no de la pared torácica.
- Palpación: Para descubrir enfisema subcutáneo, dolor y crepitaciones.
- Percusión: comprobar matidez e hiperresonancias (presencia de aire o sangre en cavidad pleural).
- Auscultación: campos pulmonares y ruidos cardiacos.

3. Circulación.

Si no existe latido se iniciara rápidamente la RCP. La valoración es esencial, cuatro elementos nos dan la información en segundos: nivel de conciencia. Pulso, coloración de la piel y hemorragia externa. La primera medida será tratar el shock, que es una anomalía del sistema circulatorio que da lugar a una perfusión orgánica inadecuada y a una falta de oxigenación tisular que se aprecia de signos clínicos que manifiestan una inadecuada funcionalidad.

4. Deterioro neurológico.

El fin de esta fase es establecer el grado de afectación neurológica del paciente y nivel de conciencia. El nivel de conciencia se mide mediante la escala de coma de Glasgow que mide la apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora. Una puntuación de 14-15 TCE leve, 9- 13 moderado, <8 grave.

5. Exposición/Control ambiental.

Se dejará al paciente desnudo en su totalidad para poder observar abdomen, extremidades y tórax. Debemos velar por la intimidad del paciente. Tras la valoración inicial y la identificación de las potencialmente mortales por parte del profesional, se iniciará la evaluación secundaria, cuyo objetivo es reconocer problemas sin riesgo vital, usando el método de “observar, escuchar y sentir” en todas las regiones corporales desde la cabeza a los pies. En esta evaluación tenemos que detallar como ha sido el accidente. Si en cualquier momento se compromete la vida del paciente, debemos suspender esa evaluación secundaria e intentar restablecer las funciones vitales.

Valoración Secundaria.

1. Cabeza: Inspeccionamos y palpamos toda la cabeza, incluyendo cuero cabelludo, pabellones auriculares, fosas nasales, boca. Buscaremos cualquier herida, sangrado, contusión, zonas de sangrado. Ante la sospecha de un traumatismo maxilofacial grave debemos asegurar la permeabilidad de la vía aérea, y ante la sospecha de un TCE no debemos colocar sondas nasogástricas.
2. Cuello: Inspeccionaremos zonas de contusión, áreas hemorrágicas o hematomas (Posible aparición de ingurgitación yugular). Palparemos áreas de dolor, desviación de la tráquea, zonas de crepitación por enfisema subcutáneo e integridad de los cartílagos laríngeos y pulsos de ambos lados. Auscultación en busca de posibles soplos carotídeos.
3. Columna: Ante cualquier TCE se sospechará la afectación de la columna, por lo que se inmovilizará.
4. Tórax: Inspección tanto por la cara anterior como posterior del tórax. Valorar la presencia de heridas superficiales o profundas, y la posible presencia de volet. Palparemos buscando puntos dolorosos, deformidades, fracturas en costillas que se asocian con lesiones vasculares en los MMSS, lesiones en el piso abdominal superior y zonas de enfisema subcutáneo que sugieran neumotórax. Auscultaremos en busca de neumotórax a tensión y sospecha de patología cardiopulmonar aguda.
5. Abdomen: El trauma abdominal es una patología frecuente que hay que diagnosticar rápidamente por la posible inducción de un shock hemorrágico. Inspeccionaremos tanto por la cara anterior como posterior, en busca de heridas, contusiones, zonas hemorrágicas. Palparemos en busca de áreas dolorosas, signos de peritonismo, áreas de distensión abdominal y auscultaremos en busca de soplos abdominales que nos hagan sospechar de lesiones vasculares.
6. Pelvis: Valorar el área pélvico-perianal y genital; ya que las fracturas pélvicas pueden provocar una rotura del plexo venoso pélvico o puede producir una lesión arterial. Debemos palpar la estabilidad o inestabilidad del área. Si hay sangrado a nivel genital o rectal, se deberá valorar la posibilidad de realizar un tacto.
7. Sistema musculoesquelético. Las lesiones en las extremidades no son muy amenazantes a no ser que provoquen hemorragia severa. Inspeccionar zonas de deformidad ósea que precisen tratamiento posterior, o al menos inmovilización.
 - Palpación: Signos de inestabilidad pélvica o lesiones de huesos largos que pueden provocar hemorragias importantes o shock hipovolémico.
 - Inspección: heridas, contusiones y zonas hemorrágicas. Zonas de deformidad ósea que precisen tratamiento posterior, o al menos una inmovilización.
 - Comprobar la perfusión: descartando la aparición de áreas de isquemia, localizando pulsos proximales o distales. Descartar síndrome compartimental, ya que

las zonas de fuerte traumatismo pueden provocar una importante distensión y edema de la masa muscular que puede comprometer la perfusión de la extremidad.

Dispositivos de inmovilización en paciente politraumatizado:

1. Collarín cervical En el paciente politraumatizado la inmovilización cervical es una prioridad que se realiza de forma simultánea con el manejo de la vía aérea. Son mucho mejores para la inmovilización los rígidos y semirrígidos.

- El collarín philadelphia bloquea casi al 100% el movimiento flexo extensión. En los movimientos de rotación y flexión lateral ningún collarín a demostrado su eficacia, por lo tanto deben ser complementados con otros dispositivos inmovilizadores. En un rescate vehicular este collarín al ser semirrígido no está indicado.
- El collarín Stifeck es el más usado por su simplicidad de uso, su rigidez y su fácil acceso al cuello (examen visual, tomar el pulso carotídeo).

- Como dispositivos laterales complementarios al collarín cervical, usaremos la Dama de Elche. En una tabla espinal se fijan a ambos lados de la cabeza con unos velcros. Además se colocan unas tiras que pasan por la frente y el mentón del paciente consiguiendo la máxima inmovilización.

2. Camilla de cuchara Camilla de rescate o inmovilización, no de traslado. Soporte metálico formado por dos palas separadas y ajustadas a la víctima, ligeramente cóncavas, articuladas en uno de sus extremos, constituido por un sistema de anclajes que permite obtener diferentes longitudes. Se utilizan para rescatar a una persona de una superficie regular.

3. Tablas espinales Se utilizan siempre asociadas al collarín cervical. Tabla rígida de unos 2 metros de largo y 50 cm de ancho. Presenta orificios en los laterales para colocar los cinturones de sujeción y como asideros para el transporte. La técnica para colocar al paciente es el puente holandés. Esta técnica se realiza mínimo entre tres personas (hombros, caderas y pies), y se introduce la tabla por debajo. Completaremos la técnica con el collarín cervical y la dama de elche. Utilizar este método preferiblemente en trayectos cortos.

4. Corsé espinal de Kendrick (Chaleco espinal) Se usa para extraer a personas del interior de un vehículo para la inmovilización del eje tronco cuello-cabeza. El corsé espinal consiste en varias tiradas de madera, unidas por una lona impermeable, que permite su movilidad para adaptarlo a la posición del paciente. En la parte superior está compuesto por una superficie almohadillada y dos sujeciones para frente y barbilla.

5. Colchón de Vacío Dispositivo de 2 m de largo y 80-100 cm de ancho. En el exterior recubierto por plástico o nailon, y en el interior de caucho relleno de

gránulos de poliespán. Esos gránulos internos, moldeables, están conectados con el exterior por una válvula de vacío que, al aplicarle una bomba de vacío, permite extraer el aire que hay entre los gránulos; con ello el colchón se convierte en una estructura rígida. Ayuda a prevenir la hipotermia y es más cómodo que el tablero espinal.

6. Férulas Sistemas de inmovilización para las distintas extremidades.

Férula rígida: Inmoviliza parte del cuerpo.

No deformables: Necesitan vendaje previo y necesitan acolcharse.

Deformables: Las férulas de vacío.

- Férulas moldeables: Se incluyen las férulas neumáticas que se adaptan a la extremidad lesionada. previenen el síndrome compartimental. Es recomendable que sean transparentes ya que ejercen presión sobre los puntos sangrantes. Usada en fracturas distales.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales sanitarios es de suma importancia conocer cual es el protocolo de actuación ante un paciente que se encuentre en situación de riesgo vital. La valoración inicial será el primer paso que tendremos que seguir como profesionales de enfermería junto con nuestro equipo disciplinar, para detectar el riesgo vital de la forma más rápida y eficaz posible.

Después realizaremos una evaluación más minuciosa, de manos a pies para detectar lesiones asociadas a ese traumatismo que suponen un riesgo vital para el paciente. Conocer cual es el dispositivo más adecuado para cada paciente dependiendo del traumatismo, localización de la víctima, accesibilidad y disponibilidad de este material.

6 Bibliografía

1. Ballesteros Díez Y. Manejo del paciente politraumatizado. Protoc diagn ter pediátr. 2020; 1:247-262.

2. Rodríguez Vegas FJ, Caballero Trenado JV. Valoración del paciente politraumatizado.

Complejo hospitalario Universitario de Badajoz. Areasaludbadajoz.com.]. Disponible en: <https://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/politraumatizado.pd>.

3. Técnicas de inmovilización. Disponible en: https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/606_06.htm

4. Robles Arévalo LO. Intervenciones de enfermería en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia de la clínica Ricardo Palma,2021. Universidad Privada Norbert Wiener Facultad ciencias de la Salud. Perú.2021
5. Morales Wong MM, Gómez Hernández MM, González Ortega JM, López Cuevas ZC. Triada mortal en pacientes politraumatizados. Rev Cubana Cir.2006; 45(1). ISSN 1561-2945.
6. Gómez Martínez V, Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Chacón Manzano MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. Sumergen. 2008;34(7):354–63.
7. Membrilla Beltrán L, Moreno López JM. Manejo prehospitalario del paciente politraumatizado. Universidad de Almería Facultad de Ciencias de la Educación Enfermería y Fisioterapia. Grado en Enfermería. 2013.
8. Cantero Garacochea I. Inmovilización cervical selectiva en paciente politraumatizado consciente. Universidad Pública de Navarra Grado en enfermería. Junio 2014.

Capítulo 2

HEMORRAGIA PUERPERAL TARDÍA COMO CAUSA DE SHOCK HIPOVOLÉMICO

ROCÍO GARCÍA JIMÉNEZ

IRENE IDOIA VALERO ARROYO

1 Introducción

La hemorragia puerperal es una de las complicaciones más frecuentes en el periodo puerperal, siendo la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna. Por ello, resulta especialmente importante conocer las posibles formas de presentación y las pautas de actuación que debemos tomar para evitar las posibles complicaciones, así como conocer el diagnóstico diferencial de las diferentes etiologías. Es por ello que, a continuación, se presenta el caso clínico de una paciente de 28 años que acude por sangrado genital abundante de forma tardía, tras haber tenido un parto eutócico hacía 14 días. La exploración física, así como las pruebas complementarias, llevaron al diagnóstico de un shock hipovolémico a consecuencia de una subinvolución del lecho placentario. Ante los hallazgos, se decidió optar por un manejo terapéutico basado en la colocación de un balón de Bakri intrauterino, además de las medidas de soporte y estabilización. Pasadas las 24 horas tras la inserción del balón de Bakri, se resolvió el cuadro. La paciente permaneció ingresada 24 horas en la unidad de cuidados intensivos, y otras 72 horas posteriores tras la retirada del Balón de Bakri, precisando transfusión sanguínea de 3 concentrados de hematíes. La evolución posterior fue favorable con resolución de la anemia ferropénica tras 3 meses de tratamiento oral con hierro.

2 Objetivos

El objetivo es a través de este caso clínico recordar las posibles causas de hemorragia puerperal, así como su etiología y presentación clínica con la finalidad de establecer la forma más idónea de proceder para disminuir al máximo la morbilidad materna.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 28 años que acude al servicio de urgencias de su centro de salud de referencia por presentar sangrado genital abundante de aparición brusca. Refiere haber tenido un parto vaginal eutócico sin complicaciones hace 14 días no mostrando sangrado en los últimos 10 días. Se trata de una paciente primípara, que no presenta alergias medicamentosas conocidas. No presenta ninguna enfermedad de base ni intervenciones quirúrgicas previas. En ese momento, se decide la toma de una actitud conservadora, prescribiéndose ácido tranexámico y maleato de metilergometrina, siendo la paciente dada de alta domiciliaria. Cuatro días más tarde la paciente vuelve a urgencias de su centro de salud por persistencia de sangrado, que ha aumentado en cantidad, además de presentar astenia intensa con cefalea que no cede con analgesia habitual. Ante dicha situación se decide la derivación a su centro hospitalario de referencia.

A su llegada a urgencias hospitalarias, la paciente es valorada por el servicio de ginecología y obstetricia. A la exploración se observa un sangrado procedente de cavidad uterina mayor que una menstruación. El útero se encontraba correctamente involucionado y la ecografía transvaginal mostraba un útero de ecoestructura normal, con un escaso engrosamiento endometrial, anejos normales y ausencia de líquido libre en Douglas.

La paciente presentaba claros signos clínicos de shock hipovolémico, presentando una mala perfusión periférica con pulsos filiformes y frialdad distal, sudoración profusa, hipotensión mantenida a pesar de sueroterapia intravenosa, taquicárdica a 130 pulsaciones por minuto –sx´-, taquipneica a 30 respiraciones por minuto. A la auscultación cardíaca no se apreciaron soplos y el murmullo vesicular pulmonar estaba conservado en todos los campos. El abdomen, blando, no doloroso y sin hallazgos de interés. No se detectaron signos de trombosis venosa profunda en miembros inferiores.

El trazado de monitorización cardíaca y el electrocardiograma realizado sólo ponían de manifiesto la taquicardia sinusal, sin otros datos relevantes. La analítica urgente de sangre arterial en el gasómetro disponible presentó pH 7.34,

pO₂ 91 mmHg, pCO₂ 37, SatO₂ 99% (O₂ suplementario con ventimask a alto flujo), sodio -Na-, potasio -K- y calcio -Ca- normales, hematocrito de 19.7% y Hb de 6.6 g/dl. El estudio de coagulación presentaba parámetros normales.

En el diagnóstico diferencial de la hemorragia puerperal deben descartarse diferentes etiologías que pueden provocar el cuadro clínico. Para ello nos basamos en la regla de las cuatro T: Tono, Tejido, Trauma y Trombopatía.

La atonía uterina difusa es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a un sangrado constante, por lo que debe ser una de las primeras causas a descartar ante un cuadro clínico de dichas características. En nuestra paciente se descartó, al observarse un útero involucionado durante la exploración. Además, es un cuadro que suele presentarse con mayor frecuencia en el postparto inmediato. La retención de tejido placentario o de membranas puede asimismo causar hemorragias, pero en este caso la ecografía no mostraba la presencia de restos intrauterinos; por lo tanto, este posible diagnóstico fue descartado. Respecto a la posible presencia de traumas o desgarros de canal del parto o de cérvix, es una causa de sangrado que habitualmente se presenta de forma aguda en el postparto inmediato. Sin embargo, la exploración sistemática se llevó a cabo, sin encontrarse lesiones que justificasen dicho sangrado. Por último, en cuanto a la existencia de una posible coagulopatía que justificase el cuadro, no se consideró como probable en un principio ya que el estudio de coagulación no presentaba alteraciones y la paciente no refería antecedentes relacionado con estas patologías. La subinvolución del lecho placentario se suele asociar con una hemorragia posparto de aparición tardía, como es el cuadro presentado. La clínica es de sangrado puerperal tardío, en ocasiones abundante, sin visualizarse ningún otro tipo de etiología que pueda ocasionar metrorragia puerperal, como ocurre en nuestra paciente.

Ante la clínica presentada por la paciente se establece como diagnóstico principal la posibilidad de estar ante un caso de SUBINVOLUCIÓN DEL LECHO PLACENTARIO.

Ante la gravedad del cuadro al encontrarse la paciente en shock hipovolémico, se decide optar por una medida que disminuya el sangrado de forma rápida y eficiente, por lo que procede a la inserción de un Balón de Bakri (figura 1 y figura 2) intrauterino insuflado con 300 cc de suero fisiológico. Se informa a la paciente y sus familiares de la posibilidad de precisar una histerectomía total simple si las medidas tomadas no consiguen controlar el sangrado.

Tras la colocación del balón de Bakri se observó el cese del sangrado. Dado el adecuado control del sangrado por el momento, la paciente es derivada a la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilización hemodinámica, con monitorización

y vigilancia intensiva, donde se realiza la transfusión de tres concentrados de hematíes como medidas de reposición hemática. Las primeras 24 horas posteriores fueron favorables, presentando la paciente estabilidad hemodinámica y sin presentar sangrado. Ante la buena evolución, se decide realizar la retirada del Balón de Bakri en el quirófano, dado el riesgo de que se reiniciase de nuevo el sangrado. Por ello, se precisó la presencia del cirujano vascular durante el acto por si fuese necesaria la realización de una embolización selectiva de las arterias uterinas, en el caso de que se retomase el sangrado. Finalmente, el balón intrauterino se retiró sin incidencias, sin que la paciente presentase sangrado tras la retirada del mismo.

Posteriormente, la paciente permaneció ingresada en la sala de hospitalización de servicio de obstetricia durante 72 horas. Durante dicho periodo la paciente no presentó signos de metrorragia ni otros signos de gravedad. Se realizó una analítica de control posterior, presentando una hemoglobina de 8,8 g/dl. La evolución de la paciente fue favorable, siendo finalmente dada de alta domiciliaria con buen estado general, sin que presentase ningún tipo de complicación posterior. En domicilio la paciente realizó tratamiento ambulatorio con hierro oral diario, con mejoría de los parámetros analíticos de anemia ferropénica.

4 Discusión-Conclusión

La hemorragia puerperal es una de las complicaciones más frecuentes en el periodo puerperal, siendo la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna, especialmente en países en vías de desarrollo (1). Se trata por tanto, de un cuadro en el que los clínicos debemos estar bien formados con el objetivo de poder identificarlas y poder actuar de forma rápida pues las consecuencias pueden ser de elevada gravedad.

Las hemorragias puerperales se clasifican en hemorragias precoces y hemorragias del postparto tardío. Las hemorragias puerperales precoces son aquellas que se desarrollan en las primeras 24 horas tras el parto, mientras que las hemorragias del postparto tardío son aquellas que acontecen una vez pasado un día del parto (2).

El manejo conservador ofrecido hasta ahora a estas pacientes varía ampliamente y consiste en uso de retractores uterinos, ligadura de arterias uterinas y/o hipogástricas, suturas al lecho placentario, embolización de arterias uterinas y uso de métodos mecánicos de compresión como packing de compresas y dispositivos intrauterinos como la sonda Sengstaken-Blakemore utilizada tradicionalmente en hemorragia de origen esofágico (3). Sin embargo, la aparición de la técnica

basada en el uso de taponamiento intrauterino (4) con un balón especialmente diseñado para ello, denominado balón de Bakri, ha permitido disminuir el número de tratamientos más agresivos para el control de este tipo de sangrados (5).

El tratamiento inicial de la hemorragia puerperal tardía debe ser mediante medidas farmacológicas como la administración de derivados ergotínicos. La metilergometrina (Methergin®) está disponible en ampollas de 1 ml que contienen 0,2 mg de principio activo. Se puede utilizar a dosis de 0,2 mg intramusculares/2-4 horas, sin superar 1 mg de dosis total (5 ampollas). Nunca debe administrarse por vía endovenosa (6) por el riesgo de provocar crisis hipertensivas, espasmo coronario e infartos de miocardio.

En el caso que con estas medidas iniciales no sea suficiente, la paciente debe ser derivada a un centro especializado a que, en los casos en que no se consiga detener la hemorragia con el tratamiento conservador, se debe optar por el tratamiento quirúrgico. De todas las técnicas quirúrgicas la histerectomía debe ser considerada la última opción para el tratamiento. La histerectomía puede ser total, que implica una mayor dificultad, o subtotal, que no soluciona las hemorragias procedentes de los vasos cervicales y segmentarios (3).

Si bien en la mayoría de los hospitales españoles existe un servicio específico de urgencias obstétrico-ginecológicas, el conocimiento de la patología puerperal y las complicaciones periparto debe formar parte del cuerpo doctrinal del urgenciólogo. En nuestro caso, de ser atendida esta paciente en servicios de urgencias extrahospitalarios, la aplicación de medidas correctas de estabilización hemodinámica (sueroterapia intensa, aminos) y el uso de ergotamina IM, serían suficientes para asegurar un correcto traslado a centro especializado para su tratamiento definitivo.

5 Bibliografía

1. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209:449.e1.
2. J.A. Usandizaga, P. De la Fuente. Tratado de obstetricia y ginecología. Patología del alumbramiento. 518-528. Ed: Mc Graw-Hill Interamericana. 1997.
3. Izquierdo González F. Tratamiento quirúrgico de las hemorragias del alumbramiento. *Cienc Ginecol* 2005; 3: 190-200.
4. Frenzel D, Condous GS, Papageorgiou AT, Mc Whiney NA. The use of the "tamponade test" to stop massive obstetric haemorrhage in placenta accreta *BJOG* 2005; 112: 676-77.

5. Bakri YN. Balloon device for control of obstetrical bleeding. *Euro J Obstet Gynecol Repro Biol* 1999; 86: S84.
6. Davies GA, Tessier JL, Woodman MC, Lipson A, Hahn PM. Maternal hemodynamics after oxytocin bolus compared with infusion in the third stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2005 Feb;105(2):294-9.

Capítulo 3

EDUCACIÓN SANITARIA IMPARTIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUE SE VA A REALIZAR UN CATETERISMO CARDÍACO AMBULAROTIO

MARTA PÉREZ SANJURJO

NURIA SAHÚN MARTÍNEZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares corresponden a trastornos del sistema circulatorio que incluye el corazón, los vasos sanguíneos y la sangre. El corazón bombea la sangre a través de la circulación menor o pulmonar y de la circulación mayor o sistémica. Son enfermedades de etiología y localización diversa. Los trastornos cardiovasculares se clasifican en enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, periféricas y otras.

Las enfermedades isquémicas del corazón, se deben a un estrechamiento progresivo de la luz de las arterias coronarias, causado por la acumulación de placas de ateroma. Estas placas de ateroma pueden romperse produciendo una obstrucción total o parcial de la arteria provocando la interrupción de la circulación sanguínea o isquemia; si esta situación se prolonga, el tejido cardíaco afectado se destruye produciendo una zona de necrosis o infarto agudo de miocardio.

En España las enfermedades coronarias son la principal causa de morbilidad y mortalidad. Existen varias pruebas para diagnosticar y tratar la cardiopatía

isquémica y en este capítulo nos vamos a centrar en el cateterismo cardíaco, que es una prueba que nos permite el estudio de la estructura y función del corazón. Estudia la permeabilidad de las arterias brindando información sobre la luz del vaso y dándonos información sobre posibles lesiones que pudieran tener las arterias coronarias.

El cateterismo cardíaco permite estudiar y tratar también las patologías de las válvulas cardíacas, así como diversas malformaciones del corazón. Existen dos tipos de cateterismo cardíaco: el cateterismo diagnóstico (angiografía) y el cateterismo terapéutico (angioplastia). El procedimiento se realiza en una sala de Hemodinámica donde el paciente estará despierto con una sedación ligera y se aplicará anestesia local en la zona de punción. Hay diferentes vías de acceso al torrente circulatorio entre las que destaca es la vía radial, esta tiene menos complicaciones que la vía femoral o humeral, sin embargo, en algunos pacientes la vía de acceso radial no es factible debido a múltiples causas teniendo que recurrir a las otras vías de acceso.

Para realizar el cateterismo cardíaco se utilizan unos catéteres que se introducen a través de alguna de las arterias principales de nuestro organismo como la arteria femoral o la arteria radial y se hacen llegar hasta el corazón. La coronariografía, es una técnica que ayuda a completar al cateterismo cardíaco y que se realiza a la vez que éste. Se introduce un contraste en el sistema circulatorio con el que se pueden ver las arterias coronarias, mediante rayos X. Así podremos saber si existen obstrucciones o estrecheces en las arterias coronarias, la localización, el número de arterias afectadas y la gravedad de las lesiones.

El cateterismo cardíaco es un procedimiento invasivo que se utiliza para el diagnóstico de enfermedades isquémicas y para gran variedad de pruebas diagnósticas y terapéuticas. De esta manera la indicación al paciente de que tiene que realizarse un cateterismo cardíaco representa para él una experiencia desagradable y preocupante debido a la inseguridad de lo que puede suceder durante el procedimiento. Todo esto unido a la falta de conocimiento sobre la técnica, miedos, temores provoca en el paciente una sensación de inseguridad y un alto nivel de ansiedad. Por eso consideramos importante el contacto del personal de enfermería con el paciente antes de la realización de dicha prueba.

Es de vital importancia que el personal de enfermería eduque al paciente para conseguir su colaboración y que llegue a realizar el procedimiento en las mejores condiciones tanto físicas como psicológicas posibles.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar el nivel de conocimientos del paciente previos a la realización de la prueba y reforzarlos, procurando dar respuesta a sus dudas.

Objetivos secundarios:

- Destacar la importancia de las intervenciones de enfermería para disminuir el nivel de ansiedad del paciente ya que el cateterismo cardiaco es un procedimiento invasivo que origina incertidumbre por conocer el resultado y tratamiento correspondiente.
- Proporcionar seguridad y bienestar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente utilizando algunas de las principales fuentes de datos como Pudmed, Scielo, Cuiden, Elsevier y Google académico. Seleccionando los diferentes artículos científicos que tenían relación con el tema a estudio.

Utilizando palabras claves como cateterismo, educación, enfermería y ansiedad.

4 Resultados

Una vez que el cardiólogo decide realizar un cateterismo cardiaco ambulatorio deriva toda la documentación del paciente que es necesaria para la realización del procedimiento al personal de enfermería de la consulta pre- cateterismo. El personal de enfermería será responsable de que el paciente acuda con todos los estudios solicitados a realizar el cateterismo. Entre los estudios requeridos por el cardiólogo esta una analítica, un electrocardiograma reciente, un informe médico actualizado y los consentimientos informados.

Indicamos al paciente que cuando tengamos los resultados de su analítica, que realizará en su centro de salud, contactaremos con él telefónicamente y le daremos cita en nuestra consulta para darle los resultados de las pruebas realizadas e informarle sobre el procedimiento que tiene que realizar y resolver todas sus dudas. Recomendamos que acuda acompañado de un familiar o cuidador.

En la consulta de enfermería:

-Informamos al paciente y familia del día, lugar y hora que va a realizarse el cateterismo. Le indicamos que ese día debe acudir al hospital acompañado. Al paciente se le administrará una ligera sedación y no es recomendable la conducción de vehículos.

-Explicamos cual es el procedimiento del cateterismo cardíaco procurando responder a las necesidades de información como qué es un cateterismo, para que sirve y cómo se realiza.

El cateterismo cardíaco es bien tolerado por la inmensa mayoría de los pacientes. No obstante, como todo procedimiento invasivo, puede ocasionar complicaciones que son poco frecuentes y que dependen de muchos factores. Es necesario transmitir toda la información necesaria para disminuir la ansiedad que tiene el paciente ante la realización de dicha prueba es importante que comprenda es una técnica frecuente en hospitales y que ayuda a diagnosticar y a tratar muchas patologías cardíacas, sabemos que uno de los principales problemas que genera el cateterismo cardíaco es el alto nivel de ansiedad, sobre todo en aquellas personas que se someten a la prueba por primera vez.

El personal de enfermería debe comprobar que el paciente se ha realizado todos los estudios prescritos por el cardiólogo y que deberá aportar el día que realice el cateterismo cardíaco que son la analítica, electrocardiograma reciente, informe médico actualizado y muy importante es comprobar que el consentimiento informado ha sido leído y está firmado correctamente.

También se comprobará si existen alergias medicamentosas, si tiene modificada la pauta de anticoagulación/ anti agregación prescritas por el médico y valorar la administración de AAS o AINES por riesgo de hemorragias. En pacientes diabéticos se les dará las recomendaciones pautadas según protocolo. Se verificará si el paciente tiene algún protocolo específico como en el caso de insuficiencia renal, alergia al yodo y si es así, indicarles el tratamiento a realizar según protocolo. Se recalcará la importancia de ir en ayunas el día que se realiza la prueba.

Todas estas indicaciones que explicamos de forma verbal también se las entregaremos por escrito para evitar olvidos y errores. El personal de enfermería debe tener la capacidad de transmitir al paciente la importancia que supone esta técnica para su salud, el cateterismo cardíaco, como tratamiento rápido y eficaz para resolver su patología. La educación sanitaria impartida por enfermería es imprescindible para asegurar unos cuidados integrales y un proceso asistencial de calidad.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería tiene un papel relevante para responder a las necesidades de los pacientes y la educación es un aspecto fundamental en la atención de la salud cuya función es primordial y esencial en la práctica de la enfermería, por tanto, la educación es una parte importante para prestar una atención de enfermería de calidad.

El personal de enfermería tiene que saber valorar la situación anímica del paciente y familia y resolver todas las dudas que le generen ansiedad, así la realización del cateterismo será menos traumática para el paciente.

Una vez finalizada la consulta individual realizada con el paciente, observamos una disminución de la ansiedad y una modificación de los conocimientos previos referentes al procedimiento que se va a realizar (cateterismo), por tanto, la educación individualizada de enfermería en la consulta pre cateterismo es indispensable para modificar conceptos, aumentar conocimientos, disminuir complicaciones, mejorar la autoestima y disminuir de manera considerable el nivel de ansiedad del paciente.

6 Bibliografía

1. Saldaña, D. M. A., Beltrán, L. F. A., Cardona, P. A. E., & Suarez, A. S. G. (2012). Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 20(3), 112-116.
2. Sorajja, P., Lim, M. J., & Kern, M. J. (Eds.). (2020). *Kern. Manual de Cateterismo Cardíaco*. Elsevier.
3. Galimany Masclans, J., Díaz Rodríguez, S., & Pernas Canadell, J. C. (2010). Cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria. *Enfermería en Cardiología*, 2010, vol. XVII, num. 49, p. 70-73.
4. de las Heras, S. B., Sánchez, S. L., Jiménez, C. L., Valios, A. L., & Cabeza, G. R. (2016). Cuidados de enfermería en el cateterismo cardiaco. *Revisión de la bibliografía. Cuidando la salud: revista científica de enfermería*, (13), 108-110.
5. Rivera Pretel, S. G., & Muro Minguillo, M. B. (2018). Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre cateterismo cardiaco en el nivel de conocimiento y en la prevención de complicaciones de los pacientes de un hospital de Lima, enero-abril 2018.

Capítulo 4

CUIDADOS DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA E. AGUILAR RICO

MIRIAM SORIA GIL

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El paciente politraumatizado (PLT) o trauma grave es aquel que presenta dos o varias lesiones de origen traumático, de las cuales, al menos una de ellas, puede comprometer la función respiratoria o circulatoria, pudiendo suponer un riesgo vital para el paciente. Cuando nos referimos a PLT no solo hablamos de lesiones óseas, sino también de lesiones viscerales.

Cuando un paciente sufre varias fracturas o contusiones, pero no corre riesgo su vida, nos referimos a un paciente policontusionado o polifracturado.

Existen escalas para valorar la gravedad del trauma, como por ejemplo, Injury Severity Score (ISS).

El pronóstico del paciente dependerá de diversos factores como la gravedad del trauma, la energía transferida, la reserva fisiológica y la calidad y rapidez de

los cuidados. Por todos estos motivos, en este tipo de paciente, es fundamental la reevaluación continua del mismo durante las primeras horas hasta su estabilización. El abordaje debe ser multidisciplinar y requiere de una actuación coordinada y sistematizada por todo el equipo sanitario que interviene durante la asistencia tanto inicial como a lo largo del proceso.

Es importante valorar la biomecánica del accidente para poder conocer los mecanismos de acción de los traumatismos, ya que esta información ayuda a los profesionales sanitarios a anticiparse ante posibles complicaciones tardías que puedan presentar los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer la secuencia de actuación frente a un paciente politraumatizado.
- Conocer las lesiones según el mecanismo de acción del accidente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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, es necesario un reconocimiento primario del paciente siguiendo una secuencia organizada para unificar los cuidados y llevar a cabo una actuación organizada para la valoración completa del paciente.

- A: Descartar obstrucción de vía aérea.
- B: Valoración respiratoria.

En este apartado, habría que hacer una inspección completa del tórax, valorando la posición de la tráquea, si existe ingurgitación yugular, hematomas, contusiones o laceraciones, así tanto como la simetría del tórax y la profundidad y regularidad de las respiraciones.

Estudiar la percusión del tórax para descartar lesiones como el neumotórax (timpanismo) o hemotórax (matidez).

Palpación exhaustiva del tórax para comprobar desniveles que podrían ser producidos por fracturas costales, crepitación para descartar enfisema subcutáneo y choque punta cardíaca.

Por último, es importante la auscultación torácica.

- C: Valoración hemodinámica, vigilando los pulsos centrales y periféricos, la frecuencia cardíaca, la perfusión de las extremidades (color, temperatura y relleno capilar), presión arterial y por último, valorar nivel de consciencia y diuresis.

Hemodinámicamente, es importante diferenciar entre shock compensado, que se caracteriza por taquicardia y relleno capilar enlentecido y shock descompensado, que se caracteriza por hipotensión, disfunción del sistema nervioso central (SNC) y oliguria, estos dos últimos, como signo tardío.

- D: Valoración neurológica, hay que hacer una valoración exhaustiva del nivel de consciencia del paciente, valorando los siguientes ítems:

Alerta.

Responde órdenes verbales.

Responde al dolor.

Sin respuesta.

Pupilas, valorando tanto el tamaño, como la reactividad y simetría.

Glucemia capilar.

Para esta valoración existe la escala de coma de Glasgow (SCG) que evalúa el estado neurológico mediante la apertura ocular y respuesta verbal y motora.

- E: Exposición, en este apartado es necesaria una visualización rápida del paciente para objetivar grandes lesiones y la prevención tanto de la hipotermia, como de la hipertermia.

Con respecto a la valoración del mecanismo de acción del accidente, es importante conocer todos los aspectos que lo han producido, para, de ese modo poder actuar de una manera más específica.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, es importante atender de una manera protocolizada al paciente politraumatizado (PLT), consiguiendo así una atención adecuada a sus necesidades, ya que este tipo de pacientes abarca unos cuidados muy diversos, implicando distintos aparatos y sistemas afectados.

También es necesario que dicha atención sea temprana, pues el tiempo de actuación afecta al pronóstico del paciente, cuanto antes se valore y atienda a dicho paciente, su pronóstico será más favorable y positivo.

Para esto, es necesario una amplia formación de un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios, los cuales deberían estar capacitados para trabajar ante situaciones extremas y actuar de manera rápida y eficaz.

6 Bibliografía

1. American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. 9ª ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012.
2. Auñón I, Caba P y colaboradores. Análisis del coste del tratamiento del paciente politraumatizado en un hospital de referencia de España. Cir Esp [Internet]. 2012 [citado Septiembre 2022]; 90 (9): 342-346.
3. De la Oliva P, Cambra-Lasaosa FJ, Quintana-Díaz M, Rey-Galán C, Sánchez-Díaz JI, Martín-Delgado MC, et al. Guías de ingreso, alta y triaje para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. An Pediatr (Barc). 2028 May; 88(5):287.

Capítulo 5

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA URGENCIA DE SALUD MENTAL

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA E. AGUILAR RICO

MIRIAM SORIA GIL

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Debido a la crisis sanitaria de la Covid-19, los casos relacionados con las urgencias de salud mental han aumentado exponencialmente. La enfermera tiene una labor indispensable en estos casos, llevando a cabo labores asistenciales y de actuación con el equipo multidisciplinar.

Una urgencia psiquiátrica se puede definir como cualquier alteración en el pensamiento, sentimientos o acciones en una persona, siendo imprescindible llevar a cabo una asistencia terapéutica temprana e inmediata.

Todo ello, a veces, conlleva un desconocimiento por parte del personal de enfermería, siendo necesario formar a dichos profesionales en el campo de las habilidades comunicativas, haciendo hincapié en la necesidad de una escucha activa, evitando juicios.

Se debe valorar los motivos de consulta a urgencias, siendo los más frecuentes, riesgo, o tentativa, de suicidio, riesgo de daños físicos a ellos mismos, o a otras personas, emergencias médicas manifestadas por síntomas psiquiátricos y quejas somáticas que parecen proceder de un trastorno psiquiátrico.

Es fundamental una buena valoración y asistencia enfermera para que el paciente pueda expresarse y se sienta seguro, mejorando de esa manera la calidad asistencial, a su vez, es importante una continuidad asistencial de dichos pacientes, por si fuera necesario un ingreso en la unidad de hospitalización de psiquiatría.

2 Objetivos

- Conocer la secuencia de la atención en urgencias de un paciente con problemática mental.
- Describir y valorar los patrones de salud en enfermería de salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Es fundamental conocer la secuencia asistencial en el ámbito de urgencias ante un paciente psiquiátrico, dicho proceso consta de los siguientes pasos:

- Establecer una relación terapéutica, es fundamental que el paciente sienta la confianza necesaria, y se sienta lo suficientemente cómodo como para poder hablar con el profesional
- Expresar preocupación por su motivo de consulta, escuchando de manera activa y permitirle al paciente que se exprese, evitando cortarle y evitar también llevar a cabo juicios.
- Conocer el motivo real por el que ha acudido a urgencias, siendo necesario hablar con familiares, en caso de que le acompañen.
- Dentro de lo posible, no dejar solo al paciente y garantizarle seguridad, tanto a él como a sus familiares.

- Evitar estimularle más, llevar a cabo la entrevista en un entorno tranquilo, no sobrecargarle con preguntas, si tiene que esperar que lo haga en un ambiente tranquilo y sin mucha gente.
- En caso de ser necesario, se utilizarán medidas de contención para evitar un daño al propio paciente, familiares u otros pacientes.

Como profesionales de la enfermería es necesario conocer los patrones de salud afectados en los pacientes con afectación mental, siendo los más destacados y en los que la enfermera debe actuar el patrón percepción-control de salud y el patrón cognitivo-conductual.

El patrón percepción-control de la salud es el más destacable cuando el paciente acude a urgencias, pues incluye su aspecto general y su actitud frente a los profesionales. Con respecto al patrón cognitivo- conductual, es importante valorar el nivel de conciencia, su orientación espacio-temporal, si tiene síntomas como alucinaciones, ilusiones o alucinosis, su humor, y por último, pero no menos importante, la manera en que se expresa, siendo importante valorar la velocidad del lenguaje, su tono y modulación.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, es necesario proporcionar una asistencia en urgencias adecuada y protocolizada para el paciente psiquiátrico, siendo de vital importancia una buena valoración, una continuidad asistencial, una identificación correcta de patrones potencialmente afectados, y sobre todo, el desarrollo de unas buenas habilidades comunicativas hacia dicho paciente y familia.

El paciente psiquiátrico despierta en los demás una falsa sensación de peligrosidad, miedo y temor, dichos conceptos deberían desaparecer por completo en nuestra sociedad y para ello es necesario una amplia formación en cuanto a salud mental se refiere, aumentando el conocimiento y la información, tanto en profesionales sanitarios como no sanitarios.

Aparte de la atención en urgencias, es indispensable el trabajo de coordinación con el equipo asistencial, y de salud mental, para un manejo adecuado y continuado del paciente.

6 Bibliografía

1. Barbudo E, Chinchilla A. Uso y abuso de la urgencia psiquiátrica. En: Chinchilla A (coord.). Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson: 2003.
2. Bobes García, J.; Bousoño García , M.; Sáiz Martínez , P-A; González García-Portilla, M.P.; Enfermería Psiquiátrica, Barcelona, DOYMA, 2000.
3. Roldán Merino, J.F.; Santos, A.; Bonilla , R.; Fernández , J.; Vega, R. ; Plan de cuidados nº 3 : Urgencias/Unidad de Agudos; Revista Rol de Enfermería, nº 235, pp. 17-25, 1999.

Capítulo 6

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA INTOXICACIÓN

MARIA E. AGUILAR RICO

MIRIAM SORIA GIL

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se conoce como intoxicación al conjunto de signos y síntomas que se producen en relación a la presencia de una sustancia exógena en el organismo, la cual es capaz de producir alteraciones anatomofuncionales y en los casos más graves hasta la muerte.

Una intoxicación se puede producir de manera intencionada o accidental por tragar, inhalar, tocar o inyectarse distintos medicamentos, sustancias químicas, venenos o gases.

Por si sola, una sustancia no es tóxica, habrá que definir una determinada dosis para que dicha sustancia que se entiende como tóxica sea dañina para el ser humano, así como la vía de administración, es decir, es tan importante tanto la sustancia como la dosis y la administración de la misma.

En cuanto a los agentes causantes, los medicamentos constituyen el 70% de las intoxicaciones, siendo las benzodiacepinas y antidepresivos los más frecuentes.

Normalmente esta intoxicación se produce por una incorrecta ingesta de estos medicamentos produciendo una sobredosis y/o al consumo paralelo de productos incompatibles como el alcohol. Los pacientes con ideas suicidas y los adictos también forman parte de los agentes causantes de las intoxicaciones.

Afortunadamente, más del 80 % de las intoxicaciones tienen síntomas leves, sin embargo el 5% de los pacientes, sufren compromiso multiorgánico y como consecuencia, ingreso en UCI.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar la actuación de enfermería ante una intoxicación aguda.

Objetivos secundarios:

- Determinar qué tipo de sustancia ha provocado la intoxicación.
- Determinar qué tipo de cuidados proporcionar en el ámbito de la enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica y una lectura crítica de diferentes artículos académicos y capítulos de libros basados en la actuación clínica enfermera en el ámbito de urgencias y emergencias.

4 Resultados

Tras comparar la bibliografía, hemos clasificado las distintas actuaciones en los siguientes puntos:

- Para empezar, es importante un triaje en el servicio de urgencias; ante la llegada de un intoxicado el equipo de enfermería debe realizar una valoración rápida y protocolizada de los aspectos o síntomas más relevantes que presente el paciente. Dentro de estos aspectos hay que valorar la situación clínica y la magnitud de los síntomas a partir del nivel de consciencia, la dinámica respiratoria, el estado neurológico, la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura corporal. Tipo de medicamento, vía de administración e intervalo de tiempo desde la exposición hasta la llegada a urgencias y la intencionalidad de la intoxicación.
- Traslado al paciente a un box para su observación clínica.
- Actuaciones de enfermería:

1. Monitorización del paciente para observar los cambios y su estado clínico.
 2. Prevenir la absorción con las sustancias que procedan con el uso de carbón activado a través de una sonda nasogástrica. También se usan antieméticos como el jarabe de Ipecuana, para su uso, es necesario que el paciente esté consciente y con una exposición menor a 3 horas.
 3. Administración de antidotos: estos fármacos contrarrestan los efectos tóxicos de una sustancia específica.
 4. Aumento de la eliminación del fármaco: los tóxicos se eliminan fisiológicamente del organismo por vía hepática, respiratoria y renal.
 5. Ante situaciones de riesgo vital como la depresión respiratoria, el coma, crisis convulsivas o paradas cardiorespiratorias, se debe actuar de una manera específica ante la situación de urgencia del paciente.
- Una vez solucionada la urgencia con la estabilización clínica del paciente, se procederá a la derivación del servicio específico que requiera, pudiendo ser desde planta a UCI. Dependiendo de la intencionalidad de la intoxicación, el paciente puede ser derivado a un servicio de psiquiatría.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los fármacos son el grupo de sustancias que mas frecuentemente causa una intoxicación, siendo las benzodiacepinas el mas habitual.

El personal de enfermería cumple un papel fundamental en el manejo del paciente intoxicado, ya que son los responsables de la mayoría de las acciones que se realizan durante su atención. Una rápida y eficaz actuación por parte del equipo sanitario responsable es de vital importancia para la recuperación del paciente ya que aumenta la calidad de los cuidados disminuyendo la estancia hospitalaria y los costes sanitarios, tanto humanos como materiales.

Como conclusión final hemos de recalcar la importancia de conocer los efectos y peligros que implican las sustancias que puedan provocar una intoxicación.

6 Bibliografía

1. Intoxicación aguda tras ingesta de medicamentos: tratamiento inicial. 2010. RevPrescrire,30 (319): 356364.
2. Joan B. Tarloff, Lawrence H. Lash.Toxicology of the Kidney. 3Th ed. CRC Press editor. 2004.
3. Bretones Sánchez, C. Manejo de las intoxicaciones agudas.2013. Segura, S.M.R. et al. Intervención de enfermería en el manejo en el paciente intoxicado. Medic-

ina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolo de actuación. L. Jiménez Murillo, FJ. Montero Pérez. Edit Elsevier. 3ª edición. Cap. 127 Intoxicaciones agudas: actitud diagnóstica y tratamiento general. Pág 632-637.

Capítulo 7

CONSIDERACIONES EN EL USO Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

RAQUEL SOBRINO DÍAZ

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

MARIA DONDARZA DIAZ

1 Introducción

El sondaje vesical es un procedimiento invasivo que consiste en la inserción de un catéter a través de la uretra hasta la vejiga, cuyas finalidades principales son el drenaje de la orina o la introducción de productos, bien sean medicamentos u otras sustancias, a nivel vesical para diagnóstico o tratamiento. Según las necesidades del sondaje, podemos elegir entre distintos tipos de sondas, en función del material, tamaño, longitud, etc. Las condiciones más importantes para la elección de un sistema u otro son la indicación clínica y la expectativa de duración del catéter. (1,2)

Se estima que se hace un uso inadecuado del catéter urinario en el 20-50 % de los pacientes con sondaje hospitalario. Los pacientes portadores de este tipo de sondas constituyen un importante reservorio de bacterias multirresistentes (BMR),

entre las que destacan las enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). (1,3)

Las infecciones del tracto urinario relacionadas con el uso del sondaje vesical están producidas por el acceso de microorganismos patógenos al tracto urinario a través de la entrada que se genera cuando el sistema de drenaje no cuenta con los cuidados fundamentales para evitar la colonización en las áreas próximas a la zona de inserción. Las infecciones asociadas al sondaje vesical son consideradas una de las infecciones nosocomiales más frecuentes dentro de las áreas intrahospitalarias a nivel mundial. (1)

Por estas razones, es necesario conocer los protocolos estandarizados en la colocación y manejo de este tipo de dispositivos para así lograr una menor incidencia de este tipo de infecciones en el ambiente hospitalario y unos mejores resultados.

2 Objetivos

Con la realización de este trabajo se pretende revisar la evidencia científica disponible más novedosa acerca del sondaje vesical, con el fin de conocer los detalles a tener en cuenta para conseguir un adecuado manejo del catéter urinario y reducir así la incidencia de las infecciones del tracto urinario asociadas a estos catéteres. Del mismo modo, con la elaboración de este trabajo se pretende proporcionar conocimiento acerca de las pautas idóneas a seguir en su colocación.

3 Metodología

Para la elaboración de este proyecto se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales plataformas digitales, tales como PubMed y Google Académico. A través de la búsqueda mediante el sistema de palabras clave, tanto en inglés como en español, y operadores booleanos, se han encontrado los artículos que recogían la información que se adecuaba al tema previo planteado y se han seleccionado aquellos cuya información reflejada era lo más novedosa posible, es decir, que se encontraba publicada en los últimos seis años. Todos los artículos analizados, y finalmente seleccionados, están avalados y respaldados por evidencia científica.

4 Resultados

1. Indicaciones clínicas:

El sondaje vesical es un procedimiento invasivo comúnmente puesto en práctica por los profesionales de enfermería en su día a día laboral. No obstante, pese a su práctica común, no está exento de complicaciones, por lo que con el fin de evitarlas se debe limitar su aplicación a las indicaciones adecuadas. Se debe valorar de manera individualizada la necesidad de sondaje en cada paciente con sus beneficios y riesgos asociados, y retirarlo cuando no sea necesario, valorando su indicación diariamente. (1,2) Las principales indicaciones para la utilización del sondaje urinario son (3):

- Control de la retención urinaria.
- Cuantificar diuresis diaria o intraoperatoria.
- Paciente con sedación profunda o bajo nivel de conciencia.
- Uso perioperatorio para determinados procedimientos quirúrgicos.
- Manejo de la hematuria macroscópica.
- Cuidados del paciente inmovilizado.
- Cuidados del paciente con vejiga neurógena.
- Manejo de paciente con úlceras por presión en región sacra o perineal con incontinencia urinaria.
- Terapia intravesical farmacológica.
- Cuidados paliativos en pacientes terminales.

La única contraindicación absoluta para este tipo de procedimiento es la presencia de lesión uretral.

2. Tipos de sondas:

Existen distintos tipos de sistemas para la recogida de orina. La elección de un sistema u otro se basa en la indicación clínica y la expectativa de duración del catéter. (1,3) El sondaje vesical puede ser permanente o intermitente. El drenaje permanente se usa en pacientes hospitalizados, en pacientes con retención crónica de orina o resistentes o no candidatos a tratamientos específicos, como por ejemplo la resección transuretral prostática. Los sondajes intermitentes son adecuados en pacientes con dificultad neurógena del vaciado uretral, como por ejemplo aquellos con lesión medular. (1)

Existen diferentes tipos de sondaje en base a diferentes características (1,4):

1. Según su composición. Las sondas pueden ser de látex, silicona u otros materiales.

- Látex: son más baratas, tienen una consistencia blanda y se utilizan en sondajes de corto tiempo. Suelen producir más reacción alérgica o cistitis, y pueden producir inflamación crónica de la mucosa al estar en contacto con ella.
- Silicona: son más resistentes y se utilizan en sondajes prolongados. Producen menos reacción tisular, pero son más costosas. Son más resistentes a la in-

crustación de biofilm cristalino.

- Folatex: es un material de una consistencia intermedia que se usa en sondas de mayor calibre. Tiene una estructura espiral en su interior que evita el colapso en caso de presión negativa por aspirado, tal y como ocurre en los lavados vesicales que se realizan en caso de hematuria.

2. Según el número de vías.

- De 1 vía: suelen ser rígidas y están indicadas en sondajes difíciles, lavados vesicales y para la recogida de muestras de orina.

- De 2 vías: tienen una vía por donde se drena la orina y otra para llenado del balón de fijación.

- De 3 vías: tienen una vía por donde se drena la orina, otra para llenado del balón y una tercera que se utiliza para introducir líquidos en la vejiga, principalmente para lavados vesicales cuando existe hematuria o para instilar algunas sustancias. Suelen tener un mayor calibre.

3. Según la talla. El tamaño de la sonda debe elegirse según la anatomía de cada paciente. Se miden en unidades francesas o Charriere (Ch), donde cada unidad equivale a 0,33mm aproximadamente y miden la circunferencia del catéter. Por lo general, en adultos suelen usarse sondas de 14 a 16 Ch.

4. La longitud suele variar entre 21-45cm.

5. Según el tipo de punta. Existen sondas de punta recta (Neaton), curvas (Tiemann), en pico de pato (Couvellaire), etc.

6. Según el tipo de drenaje. Existen drenajes abiertos, donde la bolsa se cambia periódicamente, y cerrados, donde el sistema es entero y se drena la orina a través de una válvula unidireccional que disminuye el riesgo de bacteriuria.

Complicaciones:

La complicación más frecuente que se observa en este tipo de procedimientos es la infección urinaria, a menudo ocasionada por una incorrecta manipulación del sistema. La infección del tracto urinario es por definición la presencia y la multiplicación de microorganismos en la vía urinaria con invasión de los tejidos, y generalmente, cursa con la presencia de bacterias en orina (bacteriuria). En la mayoría de las ITU aparecen leucocitos en orina (leucocitosis o piuria) como respuesta inflamatoria a la invasión tisular por bacterias. (4,5)

Las ITU son una patología habitual tanto a nivel hospitalario como comunitario. Alrededor del 70% de las ITU se desarrollan en pacientes portadores de sondaje vesical y aproximadamente el 95% ocurren en unidades de cuidados críticos. El resto se han asociado con otras manipulaciones genitourinarias como la cirugía urológica. (3)

La incidencia de bacteriuria en pacientes con sondajes vesicales es de entre el 3-10% por día de sondaje, y prácticamente el 100% en pacientes con más de 30 días de sondaje. El 80% de las ITU nosocomiales están relacionadas con el sondaje vesical y la segunda causa de bacteriemia asociada.

Consideraciones: cuidados médicos es el sondaje vesical. Este tipo de infecciones frecuentemente cursan con la siguiente clínica: fiebre, escalofríos, dolor suprapúbico, dolor de costado, confusión, hipotensión y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. (1)

Los factores de riesgo más asociados a la presencia de infección son (1):

- Sondajes con más de 30 días de evolución.
- Mujer.
- Edad avanzada.
- Diabetes mellitus.
- Colonización de bacterias en bolsa colectora.
- Cuidados del catéter inadecuados.

En la prevención de las ITU asociada al sondaje, las actuaciones más relevantes que se han de llevar a cabo son: limitar el sondaje urinario a las indicaciones específicas anteriormente citadas, recambiar la sonda permanente en los plazos adecuados y elegir el material adecuado; usar técnica estéril durante el procedimiento de colocación, una adecuada higiene de manos previa y posterior a la manipulación del dispositivo, valorar otras opciones antes de recurrir a esta técnica invasiva y limitar los plazos de duración en los casos que sea indispensable su utilización. (1,4)

Consideraciones (1,3,4):

Limpieza del meato uretral. Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de antisépticos, como povidona yodada o clorhexidina, para la limpieza del meato antes de la inserción del catéter. La inserción del catéter debe realizarse mediante medidas asépticas, material estéril y por personal profesionalmente formado.

Higiene de manos. Antes de proceder a la colocación del catéter se debe realizar un lavado higiénico de mano, preferiblemente con preparados de base alcohólica (PBA). En caso de que existan restos orgánicos en las manos, se debe realizar previamente un lavado con agua y jabón neutro o un lavado definitivo con jabón antiséptico. Es imprescindible recordar que el uso de guantes estériles no exime del deber de realizar la higiene de manos previa.

Higiene de la zona genitourinaria. El meato uretral se debe lavar con agua y jabón alrededor de la sonda durante el aseo diario. No es conveniente usar antisépticos o antibacterianos, ya que favorecen la aparición de resistencias.

Sistema de drenaje. El uso de un sistema de drenaje cerrado reduce la presencia de bacteriuria.

Mantenimiento. La higiene de manos con PBA es también necesaria justo antes y después de la manipulación del sondaje o del sistema de drenaje. La bolsa colectora debe vaciarse periódicamente evitando el contacto de la válvula con el contenido de la bolsa. Se deben evitar los acodamientos de la sonda ya que pueden dar lugar a obstrucciones, reflujo o desgaste del material. La bolsa colectora debe encontrarse siempre en un plano inferior a la vejiga para evitar reflujo retrogrado, pero nunca debe apoyarse en el suelo.

Retirada del catéter. Alrededor del 21-50 % de las indicaciones o duración de sondaje están injustificadas. El tratamiento antimicrobiano en el momento de extracción ha demostrado que reduce el riesgo de infección urinaria a corto plazo. Sin embargo, la terapia antimicrobiana sistémica para prevenir ITU-SU en el momento de su retirada no se recomienda actualmente debido a sus efectos adversos, coste y selección de BMR.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones del tracto urinario asociadas al sondaje vesical supone la cuarta causa más común de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Activar de forma conjunta las recomendaciones planteadas referentes a la técnica de inserción, manipulación, mantenimiento y retirada, ha demostrado que reduce considerablemente las tasas de incidencia de infecciones urinarias. La elaboración y uso de protocolos basados en la evidencia y programas de prevención acerca del sondaje urinario disminuyen las tasas de ITU-SU, especialmente en unidades de pacientes críticos. Cabe destacar que el principal riesgo de infección asociado al sondaje urinario es su duración, es por ello que se debe valorar su duración de manera estrecha, ya que se ha comprobado que limitar su duración tiene un resultado significativo en la disminución de las ITU.

6 Bibliografía

1. Martín JA, Martínez SV, González Falcón DE, Morales Belloso DA, González RS. Sondaje vesical. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2017;24(10):596–604. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2017.04.004>.
2. La EDE, Juan C, Santa M. Cuidados de enfermería del manejo de sondaje vesical orientado a la prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes del área de

medicina interna, hospital general monte Sinaí. 2021 [Internet]. 2020; Available from: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/465>.

3. Vallverdú Vidal M, Barcenilla Gaite F. Antiseptic urinary catheterization and maintenance of the bladder catheter. *Med Intensiva* [Internet]. 2019;43(xx):48–52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.014>

4. Cornistein Wanda, Cremona Alberto, Chattas Ana, Luciani Alejandro, Daciuk Lucía, Juárez Paula CÁ. Artículo especial infección del tracto urinario asociada a sonda vesical. *Materiales y métodos Definiciones , epidemiología y diagnóstico*. 2018;258–64.

5. Soria-Aledo V, Romero Simó M, Balibrea JM, Badia JM. Recomendaciones de «no hacer»: propuestas de la Asociación Española de Cirujanos al proyecto de «Compromiso por la calidad de las sociedades científicas». *Cir Esp*. 2016;94(8):453–9.

Capítulo 8

CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE CRISIS EPILEPTICAS

BEATRIZ FERNÁNDEZ BELDAD

1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad crónica muy frecuente que consiste en crisis convulsivas periódicas recurrentes y requiere un tratamiento crónico para su control. Dentro de la epilepsia es importante aclarar determinados conceptos como son:

- Convulsión: contracción violenta e involuntaria de la musculatura estriada del cuerpo.

- Crisis epiléptica: manifestación clínica de una descarga brusca, anormal, excesiva y descontrolada por su intensidad e hipersincronía de un agregado neuronal del cerebro.

- Status epilepticus: crisis comiciales de repetición de más de 30 minutos de duración sin recuperación de la consciencia entre ambas.

Según la etiología la epilepsia se clasifica en primaria cuando la crisis es la principal alteración; secundaria cuando existe una enfermedad genética que provoca la crisis o epilepsia adquirida debido a otras alteraciones patológicas como son: ACVA, infecciones SNC, enfermedades sistémicas, eclampsia, alteraciones electrolíticas, intoxicaciones....

La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que en España padecen epilepsia unas 400.000 personas, aunque alrededor de 600.000 sufrirán la enfermedad a lo largo de su vida.

A pesar de la frecuencia de la enfermedad su diagnóstico es complicado, pues en el 20 % de los pacientes con crisis no controladas existen errores de anamnesis que retrasan el diagnóstico y hasta el 25 por ciento de las crisis pueden pasar

inadvertidas para los propios pacientes y sus familiares, y por lo tanto puede existir una falsa percepción de control o de levedad de la enfermedad, que puede a la larga tener repercusiones graves como accidentes, morbilidad, complicaciones psiquiátricas o déficit cognitivo.

Además es una patología de tratamiento complicado, puesto que no a todos los enfermos les sirven los mismos fármacos, ya que muchas personas crean farmacoresistencia a los antiepilépticos. La mayoría de afectados ante una primera crisis son niños y población joven, que reciben su primer tratamiento anticonvulsivo en las urgencias de los hospitales, lo que hace que represente un 2 % en niños y 1 % en adultos de las enfermedades más tratadas en los servicios de urgencias.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer brevemente los tipos de crisis epiléptica.

Objetivos secundarios:

- Exponer la evidencia científica actual del primer tratamiento ante una crisis epiléptica en España.
- Extraer conclusiones del material bibliográfico revisado para la realización del trabajo.

3 Metodología

Este capítulo de libro es una revisión bibliográfica narrativa sobre las crisis epilépticas y su clasificación.

Para su elaboración se ha realizado una búsqueda sistematizada de información en diversas bases de datos multidisciplinarias y específicas en ciencias de la salud, buscadores académicos, algún artículo de prensa y páginas web de distintas organizaciones relacionadas con la medicina, farmacología y enfermería.

A través de la biblioteca Fuden se ha accedido a bases de datos como Medes y búsqueda de artículos en sciencedirect. Como metabuscador general se ha utilizado Google normal y académico en castellano y en inglés. Se han llevado a cabo diversas estrategias de búsqueda, habitualmente en lenguaje natural, usando distintos descriptores y sus sinónimos y combinando los términos con los operadores booleanos AND (Y) y OR (O). Se ha utilizado el lenguaje controlado en la base de datos Pubmed (específica de Ciencias de la Salud en inglés), utilizando el

tesauro Mesh. Aunque muchos artículos en inglés se han descartado por que al no ser un trabajo muy extenso, se ha centrado en el tratamiento de la enfermedad en España.

Se han utilizado también guías farmacológicas y la página web de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios, lo que justifica que algunas dosis e información de los fármacos se haya utilizado tal cual viene sin realizar cambios.

4 Resultados

Clasificación de tipos de crisis epilépticas.

Tipos de crisis epilépticas:

Focales:

Se inician por descarga eléctrica en una zona concreta de la corteza cerebral.

- Crisis epilépticas simples: sin pérdida del nivel de consciencia, los síntomas dependen del área de la corteza donde se origine la descarga.

- Crisis epilépticas complejas: cursan con alteración del nivel de consciencia. Pueden ir precedidas o no de crisis parciales simples, hay una desconexión del medio y realización de movimientos de automatismo coordinados e involuntarios

- Crisis epiléptica focal secundariamente generalizada: crisis focales simples o complejas que dan lugar a crisis epilépticas tónico-clónicas generalizadas.

Generalizadas:

En las que no existe evidencia de comienzo focal, el origen es en toda la corteza simultáneamente.

Aura: sensación breve previa a la crisis epiléptica. Aparecen destellos luminosos, sonidos u olores inusuales.

Crisis epilépticas de ausencias típicas: crisis generalizadas no convulsivas que se manifiestan con una pérdida de consciencia súbita y breve sin pérdida del control postural . Duran unos segundos y la recuperación es brusca. Ocurren generalmente en la infancia y de forma excepcional en adultos.

Crisis epilépticas tipo mioclónicas: sacudidas musculares breves, generalmente en flexión de las cuatro extremidades, aunque pueden darse a cualquier nivel de manera asimétrica.

Crisis epilépticas tipo atónicas: pérdida repentina del tono muscular postural de 2-3 segundos de duración con alteración breve de la consciencia. Puede limitarse a cuello, miembros inferiores o ser total (drop attack). No se acompaña de confusión posictal.

Tónicas: episodios breves de contracción muscular sostenida y rigidez, principalmente en extremidades superiores. Los síntomas incluyen: pérdida de consciencia, mandíbulas contraídas, apnea y cianosis.

Clónicas: episodios bruscos de actividad motora, de contracción y relajación. Riesgo de morderse la lengua, flexión de brazos, y extensión de las piernas.

Crisis epilépticas tipo tónico-clónicas o gran mal: tienen un comienzo brusco, es el tipo más frecuente de crisis generalizada. La fase inicial es una contracción tónica de los músculos de todo el cuerpo, incluida la musculatura laríngea con emisión de un grito típico y encajamiento mandibular con posibilidad de mordedura lingual. Se altera la respiración, las secreciones se acumulan en la orofaringe y el paciente se vuelve cianótico. Existe un aumento del tono simpático con aumento del ritmo cardíaco, presión arterial y midriasis. A los 20-30 segundos comienza la fase clónica de aproximadamente un minuto de duración, se produce una relajación del tono muscular y sacudidas bruscas, incontroladas y bilaterales de los miembros y el tronco, se acompaña de síntomas vegetativos como la salida de espuma por la boca e incontinencia de esfínteres. La fase postcrítica se caracteriza por ausencia de respuesta, flaccidez muscular, salivación excesiva, incontinencia vesical-intestinal, cefalea, dolores musculares, etc.

Estatus epiléptico:

Es la complicación principal de las crisis convulsivas, consiste en una actividad epiléptica, continua o intermitente, sin recuperación del estado neurológico inicial; la crisis se prolonga más de 30 minutos o las crisis se suceden repetidamente cada 5-10 minutos sin recuperación del nivel de consciencia. Se produce daño neuronal a los 30-60 minutos de actividad convulsiva continua. Es una emergencia médica, ya que comporta una alta tasa de mortalidad y morbilidad (7-46 %).

5 Discusión-Conclusión

Después de la realización de la presente revisión bibliográfica para este capítulo se extraen las siguientes conclusiones:

- La epilepsia es una enfermedad muy frecuente en España y resto del mundo, pero queda mucho por investigar para mejorar su diagnóstico y tratamiento.
- Existen diferentes clases de epilepsia que pueden ser focales o generalizadas.
- Si una crisis epiléptica se produce durante menos de 3-5 minutos no es necesario aplicar tratamiento farmacológico, es prioritario realizar medidas inmediatas y proteger al paciente y su vía aérea.
- La complicación de una crisis epiléptica es cuando se convierte en status epiléptico, que requiere de tratamiento de emergencia e ingreso en uci.

6 Bibliografía

1. Canabal Berlanga R. Guía Asistencial urgencias y emergencias extrahospitalarias. 1st ed. Castilla La Mancha: Gerencia de urgencias, emergencias y transporte sanitario; 2011.
2. García-Ramos R, Pastor A, Masjuan J, Sánchez C, Gil A. FEEN: Informe sociosantario FEEN sobre la epilepsia en España. *Neurología*. 2011;26(9):548-555.
3. Díez Tejedor E. En España se detectan entre 12.400 y 22.000 casos de epilepsia al año. *Redacción médica* [Internet]. 2018 [cited 14 April 2019];. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/neurologia/en-espana-se-detectan-entre-12-400-y-22-000-casos-de-epilepsia-al-ano-3250>.
4. Julían Jimenéz A. Manual de protocolos ya actuación en urgencias. 4th ed. Toledo: SESCOAM; 2016.
5. Perales Fraile I, Moya Mir M. Actuación en urgencias ante una crisis convulsiva en adultos. *SEMES* [Internet]. 2005 [cited 10 April 2019];(17):S83-S89. Available from: [http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Emergencias-2005_17_5_-S83-9%20\(4\).pdf](http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Emergencias-2005_17_5_-S83-9%20(4).pdf).
6. Mercadé Cerdá J, Toledo Argani M, Mauri Llerda J, López González F, Salas Puig X, Sancho Rieger J. Guía oficial de la Sociedad Española de Neurología de práctica clínica en epilepsia. 2019.
7. Moratal R. Emergencias extrahospitalarias. 1st ed. Madrid: Marbán; 2015.
8. Rodríguez García P. Diagnóstico y tratamiento médico de la epilepsia. *Revista cubana de neurología y neurocirujía* [Internet]. 2015 [cited 10 April 2019];(2):164-85. Available from: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/206>.
9. Olga Helena Hernández O., Alejandro Guerra P., Juan Carlos Arango M., Juan Diego Ciro Q., Hernán Delgado Ch., Carlos Santiago Uribe U., José Fernando Zapata B., Marta Elena Jiménez J. Refractory status epilepticus in Instituto Neurológico de Antioquia - intensive care unit a management algorithm. *Acta Neurol Colomb* 2011;27:33-45.
10. Diagnóstico y tratamiento de la crisis epiléptica única no provocada [Internet]. *Psiquiatria.com*. 2019 [cited 13 April 2019]. Available from: <https://psiquiatria.com/neuropsiquiatria/diagnostico-y-tratamiento-de-la-crisis-epileptica-unica-no-provocada/>.

Capítulo 9

EMERGENCIA POR ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA

JOSE MANUEL FERNANDEZ VALERO

JUAN JOSE RODRIGUEZ TORIBIO

SARA GARCÍA DÍAZ

JEMIMÁ MUÑOZ GOMEZ

CECILIA LOPEZ GARCÍA

1 Introducción

La hemorragia logra diversificarse como hemorragia digestiva alta y hemorragia digestiva baja. Si bien las dos logran contribuir a la aparición de un hecho de shock hipovolémico, la hemorragia que con más prevalencia la concibe es la hemorragia digestiva alta.

La hemorragia digestiva es puntualizada y definida como la pérdida y menoscabo de sangre a través del aparato digestivo, que acomete en un entorno de emergencia y que de la cual se precisara sin duda de un ingreso urgente del enfermo en el centro hospitalario, de modo que se pueda evitar o tratar el shock hipovolémico, esto se efectuara mediante la rápida identificación de la lesión sangrante y se dará apertura con su tratamiento, con la finalidad hemostática o curativa.

Entre los orígenes más usuales de la hemorragia digestiva alta se hallan la úlcera duodenal, úlcera gástrica y las varices esofágicas.

En la totalidad de los hechos de hemorragia digestiva será de una vital y suma importancia establecer la dimensión del sangrado. La valoración y la monitorización permanentemente de la presión arterial, así como de la frecuencia cardíaca en decúbito y en sedestación, además del estado de la perfusión periférica, ya que esto nos consentirá más o menos cuantificar el volumen de la hemorragia.

En la hemorragia digestiva, si esta es leve, la presión arterial y la frecuencia cardíaca se hallan normalizadas, en este suceso se puede ver mínima la volemia en un máximo del 10 %, que es aproximadamente de unos 500 ml (1).

En el hecho de la hemorragia digestiva moderada, se contempla entre un 10 % a un 20 % de la sangre total, siendo de entre unos 500 ml y unos 1000 ml de pérdida de sangre (1).

En la hemorragia digestiva grave las cifras se establecen entre 1000 y 1750 ml de sangre, que es de un 20 % a un 35 % de la volemia en su totalidad, y en el hecho de que la hemorragia digestiva ocurriera en modo masivo, se pierde alrededor de 1750 ml, siendo superior al 35 % de la volemia total

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo consiste en referir la hemorragia digestiva, los diagnósticos de enfermería concernientes a la misma y la educación sanitaria del enfermo por parte del profesional de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los diagnósticos de enfermería que se convienen tener en consideración ante un enfermo con hemorragia digestiva serán (2):

- Riesgo de un déficit del volumen de líquidos en analogía con el sangrado.
- Dolor concerniente con la patología.
- Déficit de conocimiento concerniente con restricciones dietéticas, los cuales implican cambios en el estilo de vida del enfermo.
- Riesgo potencial de ansiedad coherente con su traslado al hospital.

La hemorragia digestiva, cuya etiología es la rotura de las varices esofágicas, forma parte de los orígenes de muerte más prevalentes dentro del grupo de las hepatopatías (3), en ciertos enfermos con patologías ya de base y asentadas como la diabetes mellitus estas logran llegar a enmascarar una vasculopatía como consecuencia de su patología, que puede subsistir silente hasta que emprenden a manifestar las alteraciones hemodinámicas (3).

Estos están en general ocasionados por situaciones como la hemorragia digestiva alta por las varices esofágicas, que puede lograr a conllevar a una isquemia hepática aguda, que se ve asociada a un peor pronóstico de la patología y con una mortalidad que ronda entre 50 % (4).

Por ello las actuaciones a llevar a la práctica con el enfermo serán las de ejecutar una valoración completa del mismo, de este modo se logran evidenciar signos y síntomas que estén asociados con una posible hemorragia, como pueden ser:

- Hipotensión.
- Sudoración excesiva: Diaforesis.
- Palidez de piel y mucosas.
- Frecuencia cardíaca aumentada: Taquicardia.
- Hematemesis y/o melenas.

Además de esto, es vital que durante la etapa álgida de la hemorragia se efectúe:

- Controlar exhaustivamente las constantes vitales.
- Informar sobre el proceso de su patología al enfermo.
- Establecer al menos dos vías venosas periféricas de un grueso calibre y catéter corto para administrar fluidoterapia según las premisas que requiera el enfermo, siempre antes prescritas por el personal facultativo.
- Valoración de si el enfermo precisa oxigenoterapia, comenzándola en tal suceso.
- Colocar una sonda nasogástrica para realizar lavado gástrico con suero fisiológico, aunque actuales estudios nos referencian que esta práctica es ineficaz para controlar el sangrado, ya que puede llegar a alterar la coagulación.
- Administrar medicación según las directrices del personal médico, incluyendo si precisara analgesia.

Además, habrá que instruir el proceso de educación sanitaria del enfermo mediante diversas recomendaciones (2):

- Evitar los salicilatos.
- Comer en muy pequeños bocados, siempre llegando a masticar muy bien los alimentos.
- Evitar las comidas o los líquidos irritantes, como el alcohol.
- Evitar efectuar esfuerzos excesivos en condiciones como la defecación o en levantar objetos pesados.
- Será preciso preparar al enfermo para su traslado al hospital de referencia, en hecho de que el facultativo responsable decida trasladarlo de centro.

Añadido a lo anterior, es significativo que en el proceso de evaluación del enfermo la enfermera se asegure de que el paciente (5):

- Conserva las constantes vitales normalizadas.
- Reduzca o cese los signos y síntomas de hemorragia.
- Manifieste que entiende y conoce, sobre el proceso de su patología.
- Camine un mínimo 30 minutos, unas tres veces por semana.
- Muestre buen control del dolor con la analgesia que tiene pautada, y manifieste si precisa de analgesia extra.
- Sea capaz de estrechar y de controlar la ansiedad ligada al proceso de la patología y ante el traslado hospitalario si fuese forzoso.
- Sea capaz de poder incrementar el grado de independencia a la hora de poder practicar las actividades básicas de su vida diaria, interviniendo sobre los aspectos que precise más ayuda.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, será muy importante ejecutar diagnósticos de enfermería correctos a la patología del enfermo, de que se puedan proceder a las intervenciones enfermeras acorde a la patología y necesidades de esta.

Por otra parte, se ultima que es esencial el proceso de la educación sanitaria, de esta manera el enfermo podrá adquirir mejores hábitos higiene alimenticia. Este proceso siempre ha de efectuarse según la tolerancia, nivel de conciencia y estado generalizado del enfermo.

Además, será preciso hacer con forma periódica el proceso de evaluación enfermera, observar al enfermo de forma directa y siendo constantes en el plan de cuidados con el fin de garantizar que el enfermo se encuentre adecuadamente.

6 Bibliografía

1. Ostabal Antigas M. La hemorragia digestiva aguda. Revista de medicina integral. 2017. 37(4).
2. Pérez ara, F.J, Ferrer Berges, A, Ramírez plaza, C.P, De la fuente Perucho, A. Urgencias quirúrgicas en atención primaria. 3ª edición. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2016.
3. Ejemplos de causa de muerte más frecuentes en la práctica cotidiana. Barcelona; 2019.
4. Senosiain Lalastra C, Arribas Anta J, Moreira Vicente V, Martínez González J, Maroto Castellanos M, García Sánchez M et al. Isquemia hepática aguda tras hemorragia digestiva alta por varices esofagogástricas. Gastroenterología y Hepatología. 2016;39(9):590-596.
5. Campos Márquez C, Romero Martín M, Ponce J. suceso clínico: actuación ante un suceso de hepatopatía crónica. Hygía. 2017.
6. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-hemorragia-digestiva-aguda-10021655>.
7. http://www.repositorio.usac.edu.gt/6178/1/T_2688.pdf.

Capítulo 10

REACCIÓN DEL ORGANISMO EN GRANDES QUEMADOS POR ENFERMERÍA

SARA GARCÍA DÍAZ

JOSE MANUEL FERNANDEZ VALERO

JUAN JOSE RODRIGUEZ TORIBIO

JEMIMÁ MUÑOZ GOMEZ

CECILIA LOPEZ GARCÍA

1 Introducción

Aunque la lesión que se ocasiono en el quemado sea una lesión circunscrita a un espacio determinado o a varios y puede considerarse inicialmente que reviste de poca importancia debemos valorar que la lesión conlleva todo un cortejo de múltiples y variantes respuestas, más o menos secundarias a nivel orgánico que implica a otros órganos, así como a sistemas distintos del afectado y que estos deben ser valorados.

Pues en el día de hoy veremos la afectación de las lesiones por quemaduras, aunque más especialmente del enfermo quemado, ya que va a precisar de unos cuidados más específicos, como es lógico en cualquier suceso pero en especial en este tipo de lesiones la respuesta orgánica es proporcional a la intensidad el estímulo y de la agresión que la ha provocado.

Debido a los efectos directos del calor, la microvasculatura de la región se verá dilatada y su capa endotelial reprimirá plasma y proteínas intravasculares. En los próximos minutos u horas, la circulación de esta área o región se detiene e interrumpe a medida que los capilares se empaquetan de glóbulos rojos y micro trombos como consecuencia del acrecentamiento de la viscosidad intraluminal. Esta clínica se verá agravada por la respuesta local inflamatoria. Aunque el daño celular de esta zona o región tiene un potencial reversible alto, coexiste una lesión de la microcirculación que va más allá de las 4 8 horas. La incurrancia inflamatoria en la zona o área de estasis es la culpable del posterior edema y del suceso de un shock hipovolémico.

2 Objetivos

Ver y exponer en este artículo por parte del profesional enfermero, los trastornos fisiológicas y patológicas inducidas por las quemaduras.

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.

4 Resultados

El edema se instituye inmediatamente en el tejido quemado debido a causa del incremento de la permeabilidad microvascular, incremento de la actividad oncótica intravascular en el tejido dañado, inminente vasodilatación y la infiltración tisular de los leucocitos que soltarán sustancias vaso activas. Los intermediarios inflamatorios endógenos culpables en la patogénesis del shock posterior a las quemaduras incluirán: peroxidasas lipídicas, kininas, histaminas, serotonininas, radicales libres de oxígeno, 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, D4, C4, E4.

El tromboxano con un efecto vaso constrictivo y de agregación plaquetaria que logra acrecentar marcadamente la isquemia de la piel, precipitando exponencialmente la muerte celular.

En los quemados con superficies afectadas que son superiores al 30 %, acontece una reacción de ampliación de la permeabilidad capilar, ya no solo en el área o región quemada, sino generalizada a todos los órganos, debido a la hipoproteïnemia ya presente y a los mediadores inflamatorios, resultando la aparición de edema en tejido no quemado.

El paso excesivo y el escape de plasma hacia el espacio intersticial, substancialmente en las primeras 8 horas posteriores a la quemadura, será el responsable de la hipovolemia, hipoproteïnemia, desequilibrio hidroelectrolítico, hemoconcentración, y trastornos del ácido-base . El volumen plasmático se ve minimizado a un 23 -27 % con una reducción concomitante del gasto cardíaco, así como un incremento de las resistencias periféricas. En ausencia de reposición rápida y proporcionada 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 concurren diversos cambios significativos en el índice cardíaco, así como en las resistencias vasculares sistémicas. En el referente del índice cardíaco se ha verificado que la lesión estimula primero es un descenso para, en las 24 horas siguientes, lograr valores supra normales. Acontece todo lo contrario con las resistencias periféricas. Tanto por una cosa como por otra debemos poseer en balance que, en primera instancia, la pérdida de los líquidos, bien por la extravasación, o por retención osmótica, por la liberación de los mediadores o bien por la pérdida directa por la evaporación o inclusive 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 suceso fundamental para poder evaluar la situación del enfermo quemado. Estudios mantienen que con cifras de 50 cc/h de diuresis, así como de una frecuencia cardíaca normocárdica son elementos que determinan una buena perfusión periférica.

Otra alteración que a su vez se aprecia es a un nivel hormonal . La vasopresina puede alcanzar a acrecentar hasta 50 veces sus niveles en circunstancias normales, catecolaminas (hasta más de 20 veces al alza sus niveles de epinefrina y norepinefrina), incrementos de hasta 4 veces la actividad de la renina plasmática, 7 veces los niveles de angio- tensina... En términos generales lo que se ocasiona tras la agresión térmica es una respuesta amplificada frente a una agresión . Se ocasiona un estado de hipermetabolismo inducido por el cuadro hormonal ante-

rior, que intenta suplir el incremento de los requerimientos energéticos, incremento del catabolismo proteico... a consecuencia de las múltiples pérdidas. En una quemadura con una afectación del 50-60% se ocasiona un incremento del gasto metabólico basal 2-2,5 veces .

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

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

5 Discusión-Conclusión

En referencia a todo lo expuesto precedentemente llegamos a la conclusión y en opinión diremos que lo más importante a subrayar que en un enfermo quemado y que es trascendental, será la de tener una vigilancia extrema ya que la pérdida de proteínas y colágeno a la hora de la curación y restructuración del tejido tegumentario será de vital importancia tener controlado la diuresis, así como el gasto cardíaco, son enfermos muy especiales y que como profesional enfermo debemos estar actualizados y saber que la situación de un enfermo quemado, se puede llegar a descontrolar de un momento a otro, y debemos saber actuar en todo momento.

6 Bibliografía

1. Ramírez CE, Ramírez B, Carlos E, González LF, Ramírez N, Vélez K. Fisiopatología del quemado quemado. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud

- [Internet]. Abril 2010 [consultado el 8 de mayo de 2021]; 42(1): 55-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072010000100007&lng=en
2. Palacio Sánchez AF, Hoyos Franco MA. Reanimación del quemado quemado. Iatreia [Internet]. Junio de 2008 [consultado 7 de mayo de 2021]; 21 (2): 153-165. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932008000200005&lng=en
3. Durango Gutiérrez LF, Vargas Grajales F. Manejo médico inicial del quemado quemado. Iatreia [Internet]. Marzo de 2004 [consultado el 8 de mayo de 2021]; 17 (1): 54-61. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000100004&lng=en
4. Del Río Lago D, Acosta Domínguez J, Pérez Breña N, Rodríguez Pérez B, Polo Hernández L. Trastornos hidroelectrolíticos y ácido base en quemados quemados. Estudio de tres años. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” [Internet]. 2020 [consultado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplclass/jvccss2020/paper/viewFile/127/72>
6. Angulo M, Aramendi I, Cabrera J, Burghi G. (2020). Mortality analysis of adult burn patients in Uruguay. Análise da mortalidade em quemados queimados adultos no Uruguai. Revista Brasileira de terapia intensiva. [Internet]. 2020 [consultado el 11 de mayo de 2021]; 32(1): 43-48. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200008>
7. Mendonça Machado N, Gragnani A, Masako Ferreira L. Burns, metabolism and nutritional requirements. Nutr. Hosp. [Internet]. Agosto de 2011 [consultado el 7 de mayo de 2021]; 26(4):692-700. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000400005&lng=es
8. Moreira E, Burghi G, Manzanares W. Actualización sobre el metabolismo y la terapia nutricional en quemados con quemaduras graves. Metabolismo y terapia nutricional en el quemado quemado crítico: una revisión actualizada. Medicina intensiva. [Internet]. 2017 [consultado el 10 de mayo de 2021]; 42(5):306-316. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.07.007>
9. Maldonado AA, Küntscher M, Sillero A. Análisis de parámetros bioquímicos en grandes quemados: nuevos condicionantes pronósticos. De la investigación básica a la clínica. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. Diciembre de 2012 [consultado el 5 de mayo de 2021]; 38(4):305-312. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922012000400001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922012000400001>

10. Núñez-Vinaveirán T, Sánchez M, Millán P, Martínez-Méndez JR, Iglesias C, Casado-Pérez C et al. Estimación del gasto energético en el quemado quemado mediante la utilización de ecuaciones predictivas: revisión bibliográfica. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2014 Jun [consultado el 5 de mayo de 2021]; 29(6):1262-1270. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-161120140006000006&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.6.7470>
11. Diccionario MOSBY Medicina, enfermería y ciencias de la salud. Sexta edición. Madrid. Elsevier. 2003. Quemadura; p.1316. Calorimetría indirecta; p.223.

Capítulo 11

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO

CRISTÓBAL JUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

El drenaje torácico es un sistema que se coloca para drenar aire, sangre o líquido de la cavidad pleural. Además de utilizarse como drenaje, se puede utilizar también para administrar medicamentos.

Las patologías que pueden tratarse mediante el drenaje torácico son:

- Neumotórax: se puede producir por diferentes causas como una lesión pulmonar o una intervención quirúrgica. Esto se produce cuando el aire que existe en los pulmones sobrepasa la pleura visceral al espacio pleural, produciendo un cambio de presión intrapleural que pasa de ser negativa a positiva, disminuyendo el efecto de succión que realiza la cavidad pleural sobre el tejido pulmonar. Cuando esto sucede, los pulmones pueden colapsarse total ó parcialmente. En el Neumotórax abierto, el aire de fuera entra a través del tórax y de la pleura.
- Neumotórax a tensión: es mas grave que el Neumotórax. Sucede cuando existe una fuga de aire hacia el espacio pleural, quedando el aire atrapado, aumentando el volumen de aire y produciéndose una desviación del mediastino, zona mediastínica y el corazón por la presión que se produce, comprimiéndose las demás estructuras y trasladándose hacia la zona no afectada. La desviación puede ser tan importante pudiendo llegar incluso a colapsar parte del pulmón libre y comprimir el corazón, limitando su movimiento y comprometiendo la vida del paciente.
- Hemotórax-Hemoneumotórax: en el hemotórax se produce una acumulación de sangre en el espacio pleural y en el hemoneumotórax la acumulación es de

aire y de sangre. Ambos tienen el mismo resultado, un aumento de la presión intrapleurar y un colapso pulmonar parcial ó total.

Neumectomía-Lobectomía: resección de parte o del total del parénquima pulmonar. En la neumectomía esta indicado colocar un drenaje para evacuar durante el postoperatorio el excedente de líquidos.

La doble misión del sistema de drenaje es evacuar la cavidad torácica y mantener la presión constante en la cavidad drenada, evitando el desplazamiento del mediastino.

2 Objetivos

Establecer la atención de Enfermería al paciente con drenaje torácico.

3 Metodología

Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas como: Medline, Pubmed y Cuiden, así como en el buscador Google Académico. Para la búsqueda, se han utilizado palabras clave como: enfermería, drenaje torácico, cuidados, atención de enfermería, neumotórax, sistema de drenaje.

Para la búsqueda, se utilizaron diferentes criterios de inclusión, dentro de los que se encuentran:

- Publicaciones a texto completo.
- Publicaciones de acceso gratuito.
- Publicaciones en inglés y español.
- Publicaciones previamente revisadas.

De los numerosos resultados obtenidos, finalmente se llevan a revisión 8 por su gran contenido, relevancia de publicación y por ajustarse al objetivo propuesto para esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

Para realizar una correcta atención de Enfermería al paciente con drenaje torácico, el profesional de Enfermería debe realizar:

1. Valoración del paciente:

- Evaluar periódicamente los signos vitales como tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.
- Vigilar el color de la piel y mucosas.

- Vigilar sudoración ó signos de perfusión.
- Vigilar la presencia de nauseas.
- Vigilar si existe ansiedad ó insomnio.
- Valorar síntomas como dolor torácico, fiebre, disnea, tiraje, etc.

2. Cuidados diarios:

- Aseo del paciente: se realizará como cualquier paciente encamado entre el profesional de Enfermería y el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, además de la ayuda del celador. Se debe tener especial cuidado con los tubos para que no se desconecten o se pincen.
- Cambiar el apósito diariamente. Para ello se utilizaran guantes estériles, limpiando la zona de inserción con suero fisiológico y desinfectante. Además, se debe aprovechar para inspeccionar la zona por si hubiera inflamación, edema, exudado o crepitaciones. La herida quirúrgica se debe tapar con apósito quirúrgico.
- Equipo de drenaje. Comprobar día a día los niveles de las cámaras. Si se tiene que rellenar la cámara de aspiración, cerrar la aspiración, rellenarla y volver a abrir.
- Realizar mediciones todos los días, marcando en el equipo de drenaje la cantidad de liquido que ha salido.
- Anotar en la historia clínica del paciente la cantidad y aspecto del líquido drenado, así como la presencia o ausencia de burbujeo y fluctuaciones.
- Administrar una dieta rica en fibra, aumentando la ingesta de líquidos, administrando laxantes para evitar el estreñimiento y mantener la función intestinal.
- Mantener la movilidad, levantando al paciente al sillón lo antes posible para evitar posibles complicaciones.
- No pinzar los tubos cuando se realice un traslado del paciente a otro servicio. El pinzamiento de los tubos quedará limitado a: cambio de equipo, localizar una fuga aérea, valorar la retirada del tubo torácico (en caso de neumotórax)
- Comprobar que el tubo no esté acodado y se mantenga permeable.
- Si el tubo se sale de la zona de inserción, tapar la inserción inmediatamente con gasas impregnadas en vaselina.
- Mantener el tubo de conexión siempre libre de liquido de drenado para evitar una disminución de la aspiración.
- Vigilar la posible aparición de coágulos en el tubo de drenaje y, en caso de existir, intentar evacuarlos.
- En caso de necesitar una muestra del liquido drenado, sacarlo del tubo de conexión lo mas cerca posible del tubo torácico, nunca de la cámara colectora.
- Comprobar que el sistema de drenaje esté vertical y siempre por debajo del tórax

del paciente, observando la presencia o ausencia de fluctuaciones en la cámara de sello de agua. La ausencia de líquido en la cámara colectora y la no fluctuación puede significar obstrucción.

- Vigilar la cantidad drenada. Si se drena más de 150 ml/hora de sangre avisar al médico.
- Es importante insistir al paciente para que realice todos los ejercicios de fisioterapia respiratoria para evitar complicaciones posteriores.
- Registrar en la historia clínica del paciente todo lo referente al drenaje torácico, como el color y aspecto del líquido drenado, cantidad drenada, entre otros.
- Valorar la presencia de dolor en el paciente y administrar la analgesia pautada.

5 Discusión-Conclusión

El drenaje torácico es un sistema que se utiliza comúnmente dentro del ámbito sanitario. Este sistema puede colocarse ante patologías como neumotórax, neumotórax a tensión, hemotórax y lobectomía.

La atención de Enfermería a los pacientes portadores de un drenaje torácico debe ser además de protocolizada, individualizada según las necesidades que presente cada paciente.

Es fundamental que Enfermería esté perfectamente formada en esta materia y esté cualificada para realizar los cuidados oportunos.

A su vez, Enfermería debe reconocer los posibles contratiempos que se deriven del empleo de este sistema, sabiendo identificarlas a tiempo y tomando las medidas necesarias para evitar que las complicaciones se agraven.

6 Bibliografía

1. López, J. M. G., Ortolá, C. F., Simarro, J. V. C., Bernia, A. S., & Martín, D. P. (2010). Drenajes torácicos: conceptos y cuidados de enfermería. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (90), 16-24.
2. Avilés Serrano, M., García Díaz, M., Jiménez García, E., Latorre Marco, A., Martínez Álvarez, A., Pellús Pardines, A., & Ramos Vázquez, R. (2007). Drenaje torácico. *Rev. Rol enferm*, 442-448.
3. Vaz Rodríguez, J. A., & Díaz Estrella, A. (2016). Cuidados enfermeros al paciente portador de drenaje torácico. *Metas enferm*, 71-76.
4. Sánchez, A. C., Sánchez, A. G., Fenoll, J. M. G., Irigoyen, M. J. H., & Martinez, L. T. (2021). Drenajes Torácicos: cuidados de Enfermería. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (130), 78-80.

5. Estrada Masllorens, J. M., Falcó Peguerols, A. M., & Moreno Arroyo, M. C. (2012). Drenaje torácico cerrado. Procedimiento y cuidados de enfermería a propósito de un caso. *Nursing*, 2012, vol. 30, num. 5, p. 50-57.
6. Fernández Guitlein, N. (2021). Cuidados de enfermería a pacientes portadores de drenaje torácico. Revisión bibliográfica narrativa.
7. Hernández, C. L., Rodríguez, A. R., Gandú, C. A. L., & Hernández, M. L. (2021). Cuidados de enfermería en la colocación y mantenimiento de drenaje torácico tras neumotórax a tensión. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(7), 18.
8. Armas Pérez, B. A. (2021). Sobre el drenaje torácico. *Revista Cubana de Cirugía*, 60 (2).

Capítulo 12

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA HTA EN URGENCIAS

BEATRIZ FERNÁNDEZ BELDAD

1 Introducción

La Hipertensión arterial es un tema de estudio de gran interés para los investigadores, ya que el 90 % de personas de más de 45 años de edad, desarrollan hipertensión esencial o primaria y menos del 10 % desarrolla hipertensión arterial secundaria.

Esta es la razón por la cuál es importante investigar y conocer los factores de riesgo modificables y no modificables que influyen y marcan el desarrollo de la enfermedad.

El papel de Enfermería, encargada de promover la salud de los individuos de una sociedad, debe estar a la cabeza, tanto de los cuidados enfermeros, como de los factores de riesgo modificables y no modificables de la Hipertensión arterial.

Y así contribuir con el aumento de la calidad de vida de la población, de dicha sociedad.

Si somos capaces de controlar los factores de riesgo modificables y la hipertensión, se lograría disminuir carga económica y sanitaria, que se genera con las enfermedades cardiovasculares, renales y neurológicas consiguientes.

Para que el actual sistema sanitario pueda asumir el gasto que genera el manejo, tratamiento y posibles complicaciones de la Hipertensión arterial.

Potenciando la prevención de esta enfermedad desde la infancia y adolescencia, realizando una prevención primaria. Dando la importancia que se merece la educación para la salud.

Conociendo las dimensiones de la población afectada por la Hipertensión arterial, sus consecuencias y sus posibles complicaciones, sumadas a la gran carga sanitaria y económica que se genera, hacen que su estudio e investigación sea más que necesario y justificado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Diferenciar entre Urgencia hipertensiva y Emergencia hipertensiva.

Objetivos secundarios:

- Conocer tratamiento de la Emergencia hipertensiva.
- Explicar el papel de Enfermería frente a una Emergencia hipertensiva.

3 Metodología

A continuación se explica la metodología que se ha seguido para llevar a cabo el presente capítulo de libro:

Se ha realizado una búsqueda y revisión de documentos y artículos científicos.

La información necesaria para su elaboración, ha sido extraída de bases de datos especializadas en ciencias de la salud, de sitios web con información provista de la Biblioteca Nacional de Medicina y los Institutos Nacionales de salud de EE.UU, de buscadores de carácter académico, en bases de datos de carácter científico, artículos científicos extraídos de las publicaciones del sindicato de Enfermería SATSE y del CODEM, de artículos relacionados con el tema a tratar de otras especialidades de la salud.

También ha sido enriquecedor el uso de la información extraída de los sistemas de búsqueda de información de la web.

4 Resultados

Diferencia entre urgencia hipertensiva y emergencia hipertensiva:

Las crisis hipertensivas son circunstancias clínicas en las que se produce una elevación aguda de la presión arterial (PA). Se definen como PA sistólica (PAS) > 180 y/o PA diastólica (PAD) > 120 mmHg. Se clasifican en emergencias y urgencias hipertensivas. Ambas tienen diferente pronóstico y tratamiento. La PAD persistente > 130 mmHg se asocia a daño vascular agudo, debiendo siempre recibir tratamiento con antihipertensivos parenterales u orales según el caso.

Urgencia hipertensiva: consiste en una elevación importante de la presión arterial no asociada a lesiones en órganos diana (corazón, riñón, cerebro). La clínica puede ser sintomática o inespecífica. No se considera una emergencia médica, las cifras tensionales deben corregirse gradualmente con medicación oral en 24-48 h.

Emergencia hipertensiva: se caracteriza por abruptas elevaciones de la PA por evidencia de inminente o progresiva disfunción de un órgano diana. La PAS puede alcanzar valores mayores de 180 mmHg y la PAD valores de más de 120 mmHg. Tiene mal pronóstico, requiere una corrección inmediata y controlada de la TA, antes de una hora, con medicación vía intravenosa.

Tratamiento de las crisis hipertensivas:

La crisis hipertensiva es una elevación aguda de la presión arterial (PA), por encima de 120 mmHg de PA diastólica y/o 180 de PA sistólica. El curso clínico de la crisis hipertensiva viene determinado por la afectación de los órganos diana más que por las cifras tensionales alcanzadas. Se provocan por un fallo en los mecanismos de autorregulación, aumento de las sustancias vasoconstrictoras y un daño endotelial.

El principal objetivo del tratamiento ante una crisis hipertensiva es disminuir las cifras de PA y para ello podemos contar con una serie de estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

Tratamiento de la urgencia hipertensiva:

Las urgencias hipertensivas se tratarán en el centro hospitalario cuando no respondan al tratamiento oral o requieran de alguna exploración complementaria que no pueda realizarse fuera del hospital.

El primer paso para tratar la urgencia será tumbar al paciente en un lugar tranquilo durante unos treinta minutos para repetir la toma de PA. Pasado este tiempo se valorará la administración de algún fármaco ansiolítico si el paciente muestra ansiedad o nerviosismo. Si las cifras no varían, se optará por la administración de tratamiento farmacológico por vía oral. El objetivo principal es conseguir una PA < 160/100 durante las siguientes 24-48 horas.

El tratamiento farmacológico variará en función de los antecedentes del paciente, si está diagnosticado de HTA crónica valoraremos su adherencia al tratamiento y si ésta es escasa, en primer lugar, se administrará su tratamiento habitual. En caso de que tomara la medicación correctamente se aumentaría la dosis que toma normalmente o se introduciría otro fármaco combinado. Si el paciente no tiene antecedentes de HTA se utilizarán fármacos antihipertensivos siendo de elección aquellos con rápido inicio de acción y de semivida plasmática larga.

Los fármacos más utilizados en pacientes sin tratamiento antihipertensivo previo

son:

- IECA, ARAII, calcioantagonistas o diuréticos a dosis adecuadas. Todos son igualmente válidos, lo esencial es conseguir control tensional.
- Se preferirán diuréticos e IECA en pacientes con insuficiencia cardíaca e IECA o ARAII en pacientes adultos con enfermedad renal crónica.
- Como opción inicial pueden considerarse uno de estos fármacos: captopril 25-50 mg vía oral (vo), amlodipino 5-10 mg vo , o seguril 40 mg vo. Se reevaluará la TA en 60 minutos. Si persiste la HTA, se puede aumentar la dosis o añadir otro fármaco (evitando el tratamiento conjunto con IECA y ARAII).

Una vez que se ha administrado la medicación correspondiente por vía oral (estando desaconsejada la vía sublingual por el poco control que tenemos sobre su absorción) controlaremos la PA durante las dos horas siguientes. Si las cifras descienden de 180/120 mmHg y el paciente no presenta síntomas se podrá proceder al alta para continuar con el tratamiento en el domicilio y deberá acudir a Atención Primaria para hacer un seguimiento de la PA, exceptuando los casos de HTA maligna, los pacientes jóvenes sin HTA previa, las gestantes. Es esencial haber descartado anteriormente lesión en órganos diana (incluyendo la exploración del fondo de ojo).

Tratamiento de la emergencia hipertensiva

El paciente requerirá monitorización en todo momento, que puede llegar a ser invasiva si se encuentra hemodinámicamente inestable y necesita ingreso hospitalario. El principal objetivo terapéutico es el descenso inmediato y gradual de la PA. En la primera hora debe disminuir un 25% hasta un nivel seguro, y luego descender hasta cifras normales progresivamente. Se debe evitar la hipotensión y los efectos isquémicos derivados de esta. El tratamiento inicial se administrará vía parenteral. Los fármacos de elección en una emergencia hipertensiva son:

Vasodilatadores:

- Nitroprusiato sódico.
- Nitroglicerina.
- Nicardipino.
- Hidralacina.

Inhibidores adrenérgicos:

- Fentolamina.
- Esmolol.
- Labetalol.

Diuréticos:

- Furosemida.

Actuación en urgencias ante una emergencia hipertensiva:

1. Anamnesis y la historia clínica.

En primer lugar, es importante conocer si el paciente es hipertenso conocido o no, ya que en su mayoría las crisis hipertensivas se producen en pacientes ya hipertensos, interrogando, si el paciente está consciente y puede hablar, sobre si existe control previo de la TA o crisis hipertensivas previas.

Se debe conocer la presencia de otras enfermedades como diabetes, anginas previas, etc. Además de la medicación habitual que toma y la adherencia al tratamiento, así como sus cifras habituales de TA. En personas más jóvenes, existe la posibilidad de consumo de drogas. Y también saber si existe el consumo de fármacos como antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o el abandono de la medicación hipertensiva habitual o la supresión brusca de betabloqueantes .

2. Exploración física:

El facultativo/a se encargará de:

Conocer el estado general y de perfusión periférica:

Auscultación: soplos carotídeos, soplos cardiacos (puede auscultarse soplo de insuficiencia aórtica en casos de disección o rotura aórtica aguda), 3er y 4º tonos y crepitantes pulmonares.

Edemas.

Pulsos periféricos: simetría y amplitud (puede objetivarse asimetría de pulsos en el síndrome aórtico agudo).

Focalidad neurológica aguda: alteraciones sensitivas, motoras o del nivel de conciencia.

Fondo de ojo: las hemorragias y exudados retinianos o el edema de papila definen la HTA maligna.

La enfermera/o se encargará de :

La valoración de síntomas y signos que nos hagan sospechar lesiones de órganos diana, como dolor torácico, disnea...

Monitorización del paciente.

La toma de la TA, puede ser manual o con el manguito del monitor , las recomendaciones si se hace de forma manual o sin monitor son las siguientes:

- El paciente debe estar tumbado, relajado y con su brazo apoyado en la camilla en la que el enfermero realiza la técnica. No debe haber ropa oprimiendo el brazo y deberá estar colocado a la misma altura que el corazón y sin cruzar las piernas.
- El ambiente debe ser tranquilo y relajado, con una temperatura ambiente de aproximadamente 20°C.
- El manguito debe situarse a la misma altura aproximada que la del corazón del paciente.

- La bolsa inflable del manguito debe abarcar como mínimo el 80% del perímetro del miembro, sin que se superpongan sus extremos. La anchura del manguito debe corresponder a dos tercios de la del brazo o la pierna ya que si es ancho da cifras bajas y si es estrecho da cifras altas.
- El velcro o sistema de cierre debe sujetar firmemente.
- El aparato de medida debe estar validado y calibrado.
- Repetir la toma de PA después de 5 minutos y obtener la media de las dos medidas. Si entre la primera y la segunda medida existe una diferencia de 5 mmHg o más, repetir una tercera medida.
- Si se hace manual y los ruidos son débiles, indicar al paciente que eleve el brazo y que abra y cierre la mano 5-10 veces; después insuflar el manguito rápidamente.
- Tomar la medida en ambos brazos.
- Si se sospecha disección aórtica, tomar también la PA en los miembros inferiores.
- Para determinar que sea una verdadera crisis hipertensiva, debemos descartar las llamadas falsas crisis hipertensivas. Por ejemplo, una disnea importante con una TA de 160/110 mmHg puede constituir una emergencia hipertensiva y un cólico renal con una TA de 180/110 mmHg no. En este último caso el tratamiento no será bajar la TA, sino tratar la enfermedad de base.

Realizar electrocardiograma (EKG).

Canalizar uno o dos vías venosas periféricas.

Extracción de analítica sanguínea.

Recoger análisis de orina.

Preparación y administración de la medicación pautada por el facultativo.

Por último es muy importante la actitud con el paciente y en esto enfermería tiene un papel primordial. Como se indicó en el tratamiento, lo primero que se debe hacer es descartar unas cifras de PA elevada secundarias a ansiedad o nerviosismo, por lo que se debe tener una actitud tranquila con el paciente y tratar que se encuentre lo más cómodo posible. También es muy beneficioso ganar confianza con él para que a la hora de realizar la medición no se alteren las cifras de PA por el entorno desconocido y los profesionales que hay alrededor¹¹.

3. Pruebas complementarias:

- TC craneal (en caso de síntomas neurológicos, para descartar ictus agudo).
- AngioTC de aorta y/o ecocardiograma transesofágico (en casos de sospecha de síndrome aórtico agudo), etc.

Cuidados de enfermería para prevenir las crisis hipertensivas:

Uno de los mejores recursos que tiene el personal de enfermería para evitar que se vuelva a producir una crisis hipertensiva es la educación para la salud. Se le debe

enseñar y explicar al paciente como llevar un estilo de vida saludable y que cambios debe realizar en su día a día para conseguir llevarlo a cabo.

A continuación vamos a explicar cuáles son los factores modificables que pueden llevar a cabo el paciente para tener un estilo de vida más saludable y conseguir disminuir el riesgo cardiovascular y la toma de fármacos antihipertensivos:

Medidas dietéticas: el principal cambio que se debe realizar en la dieta es reducir el consumo de sal, ya que contribuye al aumento de la PA y a la prevalencia de la HTA. Además reducir el consumo de sal a menos de 5 gramos diarios ayuda a potenciar la acción de ciertos fármacos antihipertensivos como los ARA II, IECA y betabloqueantes, previniendo también la hipopotasemia producida por los diuréticos. Acompañando a la disminución de sal es muy recomendable llevar una dieta tipo DASH, en la que haya un incremento en el consumo de frutas y verduras, así como de productos lácteos desnatados y carnes rojas, o la mediterránea que también tiende a reducir las cifras de PA. Disminuyendo el consumo de grasas saturadas también ayudamos a reducir el colesterol y con esto el riesgo vascular¹⁴.

Control del peso corporal: es uno de los factores más importantes ya que reducir el peso corporal en personas obesas conlleva la disminución directa de las cifras de PA, estimándose que la reducción de PA es de 1 mmHg de PAS y PAD en cada kilogramo de peso perdido. Además consigue otros efectos beneficiosos sobre factores de riesgo como la resistencia a la insulina, la diabetes, la hiperlipemia y la hipertrofia ventricular izquierda.

Promoción del ejercicio físico: la realización de actividad física moderada ayuda a la disminución de la PA por lo que es recomendable hacer ejercicio aeróbico y anaeróbico. El tipo de ejercicios y el tiempo que debe durar la actividad física debe ser programado en función a las condiciones de cada paciente y teniendo en cuenta su estado general de salud.

Reducción del consumo excesivo de alcohol: existe una relación directa entre el consumo de alcohol y la HTA, además está relacionado con la mortalidad cardiovascular siendo los abstemios y los consumidores elevados los que tienen más riesgo mientras que en aquellos pacientes con un consumo moderado se pueden ver beneficios en su sistema vascular. Las principales recomendaciones dicen que se deben evitar consumos superiores a 20-30 gramos de alcohol al día en hombres y a 10-20 gramos en mujeres.

Evitar el consumo de tabaco: aunque no está demostrado que tenga una relación directa con la PA, sí está demostrado que aumenta considerablemente el riesgo cardiovascular.

Además de mejorar el estilo de vida para prevenir que se produzcan las crisis

es importante que los pacientes conozcan los signos y síntomas tanto de las crisis como de otros problemas cardiovasculares graves como un infarto agudo de miocardio o un ictus para poder ser atendidos lo antes posible.

Por último, es muy importante trabajar en la importancia de la adherencia terapéutica ya que un buen control de la administración de los fármacos antihipertensivos reduce en gran medida el riesgo de complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

La HTA es uno de los factores de riesgo más importante que puede causar graves problemas cardiovasculares y neurológicos, por lo que según los últimos estudios los científicos estudian de bajar la cifra que marque riesgo de HTA a 130/80, lo que aumentaría la población en riesgo.

Las emergencias hipertensivas cursan con afectación del estado clínico del paciente, por lesión grave o progresiva de los órganos diana, el tratamiento debe tener un efecto inmediato. A diferencia de ello, en la urgencia hipertensiva la repercusión orgánica es mínima o está ausente, el tratamiento puede hacer efecto en 24-48 horas. El manejo exige un rápido reconocimiento de la entidad a tratar, ya que de ello puede depender el curso clínico y el pronóstico del paciente.

Es importante una correcta anamnesis, exploración física y análisis de las pruebas complementarias para detectar a qué tipo de crisis nos enfrentamos.

El personal de Enfermería debe conocer el tratamiento farmacológico ante una urgencia hipertensiva y una emergencia y sus diferencias.

Las emergencias hipertensivas requieren una actuación rápida en medio hospitalario con tratamiento intravenoso, y generalmente cursan con ingreso del paciente en observación de urgencias o en unidad de críticos si su estado es más grave, mientras que las urgencias hipertensivas no requieren ingreso y las cifras de TA suelen disminuir con tratamiento oral.

El personal de enfermería dentro del equipo multidisciplinar colabora en el diagnóstico de las crisis hipertensivas mediante la valoración y seguimiento del paciente y posteriormente para conseguir una buena adherencia al tratamiento. Además, una correcta técnica de medición de la presión arterial es imprescindible para poder realizar un buen diagnóstico.

Es muy importante en los cuidados al alta por parte de enfermería, la labor en educación de la salud, para llevar a cabo un estilo de vida saludable y disminuir los factores de riesgo cardiovascular.

Cada emergencia hipertensiva depende de cada paciente, de sus antecedentes y patologías, por lo que el manejo terapéutico será diferente según la situación

específica de cada paciente.

6 Bibliografía

1. KATHI C: Revisión sobre hipertensión. México, Mundo Médico. 2000; 316(XXVII): 65- 66.
2. HAROLD EB: Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en la atención del primer nivel. Instituto Cardiovascular Avanzado. Centro Médico Regional Audubon. Louisville EUA. Mundo Médico 1994; 247(XXII): 142-158.
3. Casi un 43 % de la población adulta es hipertensa en España [Internet]. Medicosypacientes.com. 2019 [cited 11 August 2019]. Available from: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/casi-un-43-de-la-poblacion-adulta-es-hipertensa-en-espana>.
4. OMS. Hipertensión. 2019(cited 12 August 2019). Disponible en: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>
5. Delgado J, Delgado J, perfil V. SEMFYC. Los médicos de familia abogan por individualizar los umbrales de intervención en casos de hipertensión arterial de acuerdo con el cuadro clínico de cada paciente para evitar sobrediagnósticos. [Internet]. Udmfycofradelicias.blogspot.com. 2019 [cited 12 August 2019]. Available from: <https://udmfycofradelicias.blogspot.com/2018/05/semfyc-los-medicos-de-familia-abogan.html>
6. Gijón-Condea T, Gorostidic M , Camafortd M, Abad-Cardiele M , Martín-Rioboof E , Morales-Olivasg F , Vinyolesh E, Armarioi P, Banegasb J.R , Cocad A , De la Sierra A , Martell-Clarose N , Redónk,l, Ruilopeb LM y Seguram J. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. 2018;35(3):119—129
7. Julian Jimenéz A. Manual de protocolos ya actuación en urgencias. 4th ed. Toledo: SESCAM; 2016.
8. Canabal Berlanga R. Guía Asistencial urgencias y emergencias extrahospitalarias. 1st ed. Castilla La Mancha: Gerencia de urgencias, emergencias y transporte sanitario; 2011.
9. Fernández M, Palazuelos V, Macías B, De Castro FJ. Manejo de la hipertensión arterial en urgencias. Medicine. 2015; 11(90): 5371-5378.

Capítulo 13

EXPOSICIÓN DEL CAMBIO EN EL PERIODO DE PUBERTAD ACTUAL POR ENFERMERÍA

JUAN JOSE RODRIGUEZ TORIBIO

JOSE MANUEL FERNANDEZ VALERO

SARA GARCÍA DÍAZ

JEMIMÁ MUÑOZ GOMEZ

CECILIA LOPEZ GARCÍA

1 Introducción

En la actual sociedad ahora resulta que al respecto de la adolescencia, nos ponemos en los 11, 12 y 13 años, y de ahí a los 15 -18, se ocasionan unos cambios muy significativos desde el punto de vista corporal, que mediatizan todo el desarrollo, en el que configuran el sistema hormonal, la figura corporal, el deseo... son además muy rápidos, casi de la noche a la mañana. Estos cambios van a afectar a la fisiología, la imagen corporal y la identidad, el pensamiento y las opiniones, la profesionalidad, las relaciones sociales con la familia, con los iguales, el colegio, etc.

Se trata de un nuevo modo de vivir y de comportarse, especialmente en la esfera sexual, que acompaña a los nuevos modos de conocer la realidad y de relacionarse con los demás.

Según la OMS, el periodo de adolescencia abarcará desde la fase o etapa comprendida entre los 10 años a los 20 años, aunque esto es muy debatible, no tanto el emprendimiento como su clausura, pues en las sociedades occidentales diversas de las particularidades que se le aplican al adolescente, pueden perdurar incluso hasta los 29 o incluso más años.

Cambios bio- fisiológicos de la pubertad:

La pubertad se establece por una serie de cambios fisiológicos, profundos, rápidos, amplios y determinantes.

La hipófisis, bajo la influencia de las gonadotropinas hipotalámicas secreta FSH (u hormona folículo - estimulante) y la LH (u hormona luteinizante). Como consecuencia de esto, las gónadas, los testículos y los ovarios correspondientemente, van a ser estimulados por estas hormonas provocando:

- Por una parte, la maduración de las concernientes células germinales.
- Y por otra, el incremento, muy considerable, de la secreción endocrina de las correspondientes hormonas sexuales gonadales.

Esta maduración sucedida en la pubertad es diferente según se trate de una chica o de un chico.

2 Objetivos

Dar a conocer en esta exposición los diferentes cambios bio-fisiológicos de la pubertad femenina y masculina.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, procederemos a mostrar los cambios bio-fisiológicos de la pubertad femenina.

A través de las secreciones hormonales del ovario y de otros órganos endocrinos que son los que proceden a madurar en esta etapa, estos serán los responsables

y obtienen las demás manifestaciones y desarrollos de los caracteres conformes de la pubertad femenina:

- El incremento exponencial de la talla corporal con la intervención y actuación de la hormona del crecimiento.
- La aparición de la primera menstruación o menarquia.
- El progreso de los órganos genitales.
- Desarrollo del tejido mamario y de la areola.
- Aparición de vello, primero realizara su aparición en la zona púbica para posteriormente hacerlo en las axilas.
- Comienzo de un olor característico corporal.

Al respecto de los cambios bio-fisiológicos de la pubertad masculina:

Se desencadenan por medida general entre los 11 y los 12 años y dará su terminación de media a los 18 años, aunque siempre coexiste la diferencia entre los individuos y que esta a veces es muy grande y evidente, siempre será dependiendo del desarrollo, de los elementos genéticos, entre muchos otros.

A través de las secreciones hormonales del testículo surgen los desarrollos y las manifestaciones de los caracteres sexuales oportunos de la pubertad masculina:

- El considerable incremento de la talla.
- Hacia los 11 años los testículos acrecientan de tamaño, el escroto se pigmentará y adopta un aspecto rugoso y el pene desarrolla en grosor y longitud paralelamente a los testículos hasta su tamaño de adulto. A la par, se desarrollan las vesículas seminales y la próstata, y emprenden a segregar sus secreciones propias, de modo que a los 12-13 años son ya posibles las eyaculaciones, aunque el líquido seminal no este dotado aun de espermatozoides maduros.
- Aparecen las eyaculaciones espontáneas, acaeciendo de modo espontáneo durante el sueño, pudiendo ir acompañadas de un orgasmo.
- Aparición de vello pubiano.
- Olor especial y característico corporal.
- Transformación del tono en el lenguaje.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar se ocasionan los períodos de cambios muy característicos, amplios y determinantes. Los cambios se les considera muy significativos y trascendentales porque afectan a contenidos que tiene mucha importancia tanto profesional como social, amplios porque implican a numerosas dimen-

siones, rápidos porque algunos de ellos brotan en semanas o meses y determinantes porque van a conformar lo que la persona será el resto de la vida. Desde que nacemos hasta la adolescencia los cambios fisiológicos son más bien superficiales, lentos (sobre todo una vez superado el primer año de vida). La pubertad se identifica por una serie de cambios fisiológicos, profundos, rápidos, amplios y determinantes.

6 Bibliografía

1. Lillo Espinosa José Luis. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2004 Jun [citado 2022 Mayo 26]; (90): 57-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es.
2. <https://profamilia.org.co/aprende/cuerpo-sexualidad/adolescencia-y-pubertad/>.
3. Palacios Ximena. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano?. Rev. Cienc. Salud [Internet]. abril de 2019 [citado el 26 de mayo de 2022]; 17(1): 5-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000100005&lng=en. Edición electrónica del 10 de junio de 2019.
4. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>.
5. https://www.informajoven.org/info/salud/k_7_7.asp.
6. Gaete Verónica. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatra [Internet]. 2015 Dic [citado 2022 Mayo 26] ; 86(6): 436-443. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
7. https://www.quironsalud.es/kenko/es_PE/11-14-anos/cambios-fisicos-psicologicos

Capítulo 14

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN REANIMACIÓN HACIA EL NO NACIDO O NONATO

DIANA RUIZ BONILLA

BEATRIZ OTERO GARCIA

MARTA VAQUERIZO TORRIJOS

MARÍA ELISA TIRADO CABALLERO

ELENA GÓMEZ ARROYO

1 Introducción

La reanimación intrauterina es sencilla de efectuar y puede dar como resultado una mejoría significativa en la condición del nonato internamente del útero materno.

La reversión tanto de la hipoxia, así como de la acidosis fetal consiente que el trabajo de parto pueda continuar de una manera segura o al menos lograr optimizar el bienestar fetal hasta el instante en que se pueda llevar a término una extracción fetal urgente.

En el suceso en que no se corrigiese, podría dar como resultado una descompensación fetal que conduciría de modo irremisible a una lesión hipóxica.

El suministro de oxígeno al nonato depende directamente del abastecimiento de oxígeno uterino (hemoglobina materna, saturación del oxígeno y presión de percusión), de la circulación desde el útero a placenta (actividad uterina y tamaño

de los depósitos placentarios), de la transferencia del oxígeno al nonato (compresión de cordón o prolapso de cordón) y de la circulación fetal (exponencial concentración de hemoglobina fetal, gasto cardíaco embrionario altamente dependiente de la frecuencia cardíaca fetal) por lo que cualquier modificación o alteración en esta cadena podría asumir consecuencias fatales.

Sufrimiento fetal es un término esgrimido para describir nuestra preocupación con relación a la traza del registro cardiotocográfico. Es por ello que los profesionales enfermeros deberíamos de manejar en su lugar el término "sospecha de compromiso fetal" por ser su interpretación tan subjetiva y variable.

2 Objetivos

- Conocer los pasos a seguir y la gestión conveniente ante la sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Conocer las consecuencias de la gestión e intervención inconveniente antes situaciones de este calibre.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y se ha realizado la consulta de diversos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, realizando una selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La administración y aporte de oxígeno a alto flujo mediante y a través de una mascarilla incrementará la saturación de oxígeno materno y la presión parcial de oxígeno, dando como resultado un aumento de la oxigenación fetal. Sin embargo, esto solo se encomienda en embarazadas con un nivel reducido de saturación de oxígeno, por ejemplo ante un paro cardíaco materno o una hipovolemia secundaria debida a un desprendimiento de placenta, ya que la administración y aportación rutinaria de oxígeno puede ser inclusive perjudicial en consecuencia a la vasoconstricción del lecho placentario secundario a un acrecentamiento de la tensión de oxígeno especialmente en un nonato con crecimiento intrauterino restringido.

Por otro lado, la infusión intravenosa rápida de un litro de suero (a menos que posea una contraindicación como logra ser una preeclampsia) incluso si la mujer no está hipovolémica mejorará el retorno venoso y el gasto cardíaco y, por lo tanto, el flujo sanguíneo uterino. Asimismo, la infusión de líquidos igualmente ayuda a diluir la oxitocina en sucesos de hiperestimulación uterina.

Un cambio en la posición materna, por ejemplo, en decúbito lateral izquierdo, puede así lograr aliviar la compresión aorta-cava y con ello el originado gasto cardíaco. Por otro lado, en el suceso de infusión oxitócica, habría que llevar a cabo una interrupción de esta y considerar la administración de tocolíticos en el suceso de que haya seguridad de hiperestimulación. Esto mejorará la perfusión útero-placentaria y sujetará la compresión del cordón mediante de la relajación uterina.

De modo análogo, si se administran prostaglandina para estimular el trabajo de parto, se deben eliminar de inmediato y se deben disponer tocolíticos si no hay mejoría adicional en el trazo del registro.

En el suceso en que se ocasione una hipotensión materna secundaria a un colapso materno, podría considerarse el manejo de vasopresores para así, restaurar el gasto cardíaco y la tensión arterial materna.

La combinación de varias de estas intervenciones podría ser de mayor beneficio. Por último, señalar la importancia de la reevaluación continua del RCTG, sobre todo ulterior de cada intervención, con el fin de objetivar una mejoría.

5 Discusión-Conclusión

Es importante y significativo que todo el personal de paritorio esté entrenado y conozca estas sencillas maniobras como parte del manejo conveniente ante una sospecha de pérdida de bienestar fetal, con el fin de dar una solución rápida a la incidencia.

Las consecuencias de una mala gestión e intervención podrían traducirse en un empeoramiento del estrés hipóxico intraparto, lo que podría dar como resultado una encefalopatía hipóxico-isquémica e incluso muerte perinatal.

La hiperestimulación uterina, que suele ser una causa corregible de pérdida de bienestar fetal, se traduce en muchas ocasiones en intervenciones quirúrgicas innecesarias de supuestas anomalías en el trazado del registro cardiotocográfico.

6 Bibliografía

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (2014) Intrapartum Care CG190. london: RCOG Press.
2. Tram, TS, kulier, R, Hofmeyr, GJ. (2012) Acute tocolysis for uterine tachysystole os suspected fetal distress. Cochrane Database of Systematic Reviews 4.
3. Thurlow, JA, SM (2002) Intrauterine resuscitation: active management of fetal distress. international Journal of Obstetric Anaesthesia 11, 105-116.
4. Domínguez Dieppa Fernando. Actualización en reanimación neonatal. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2016 Sep [citado 2022 Sep 14] ; 88(3): 388-394. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000300012&lng=es.
5. Montesinos-Ramírez Claudia, Pinacho-Velázquez José Luis, Torres-Lira Silvia F, Robledo-Galván Alicia Elizabeth, Barrera-Martínez Pedro Iván, Quiroz-Mendieta Eva Karina et al . Programa de reanimación neonatal: recomendaciones actuales. Rev. mex. pediatr. [revista en la Internet]. 2021 Oct [citado 2022 Sep 14] ; 88(5): 209-213. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522021000500209&lng=es. Epub 08-Ago-2022. <https://doi.org/10.35366/103903>.

Capítulo 15

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN CIRROSIS Y DEGENERACIÓN HEPÁTICA POR ENFERMERÍA

BEATRIZ OTERO GARCIA

DIANA RUIZ BONILLA

MARTA VAQUERIZO TORRIJOS

MARÍA ELISA TIRADO CABALLERO

ELENA GÓMEZ ARROYO

1 Introducción

Expondremos en el siguiente estudio en que consiste exactamente la Cirrosis hepática ya que está en una alteración y modificación en el tejido hepático, referenciada y definida por la formación anormal de bandas de tejido fibroso, lo cual cambia la estructuración y arquitectura normal, esto incurre en una fibrosis la cual es totalmente irreversible esto afecta a todo el buen funcionamiento hepático, llegando menoscabar y degenerar exponencialmente la función hepática del hígado, ya que el tejido será considerado como un tejido cicatrizal reprimiendo su funcionamiento.

En cuanto a las situaciones de cirrosis y en referencia al enfermo nos podemos encontrar con cirrosis asintomáticas las cuales el paciente no sabe nada de su patología ya que esta no dio la cara, hallándose esta enfermedad crónica en alguna

prueba o casualmente en algún examen esta se consideraría como una cirrosis compensada .

Otra situación en la cual ya existirían patologías y enfermedades subyacentes y que por lo tanto el paciente afectado, aquí si que tendría y manifestaría una sintomatología y esta estaría denominada como una cirrosis descompensada, suele ser debida a los abusos en el alcohol, pacientes afectados de Hepatitis C o inclusive que ostenten demasiada grasa visceral, entre muchas otras patologías o que nos podemos encontrar.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer como profesionales de enfermería de la sintomatología y tratamiento, así como se halla y establece el diagnostico de Cirrosis hepática.

3 Metodología

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

Se ha efectuado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En cuanto a la sintomatología que suele manifestar un paciente afectado de cirrosis hepática nos encontramos con una gran debilidad, cansancio generalizado, mucha apatía, así como una perdida de peso considerable debido a la anorexia que suelen ostentar estos pacientes, comienzan en la mayoría de los casos con una ictericia muy evidente, tanto ocular como dérmica, si se le realizan los exámenes y pruebas analíticas se vera y probara que tiene alteraciones al respecto de la coagulación de la sangre y su vascularización, ya que suelen presentar abundantes arañas vasculares.

En lo referente a sistema digestivo y su afectación debido a la anorexia que presentan, se le conjunta con afectación de nauseas o inclusive vómitos, obstrucción biliar, entre otras.

Nos podemos encontrar ya con casos más graves en los cuales puede comenzar con una hinchazón mamaria, impotencia, y en estados avanzados llegar a desarrollar una hipertensión portal con incurrancia en varices esofágicas, debido a las dilataciones esofágicas.

En la entrevista y anamnesis del paciente se le investigara sobre sus hábitos alimenticios, si toma anabolizantes o esteroides, así como de la historia y antecedentes familiares referentes al caso que se esta tratando, si ostenta abuso sobre drogas o alcohol.

La ecografía es el método de elección siguiente a la anamnesis, dado su bajo coste y su efectividad. Ya que con el se logra efectuar un diagnóstico certero desde las etapas más tempranas de la patología. Cuando el paciente enfermo es diagnosticado, a continuación, se suele solicitar tomografía axial computarizada (TAC) del área abdominal para poder lograr y evaluar el alcance de las lesiones hepáticas, así como de los órganos secundarios que hayan conseguido verse afectados, como podría ser la vesícula biliar o esófago.

Una de las confirmaciones ya establecido el diagnóstico sería el de efectuar una Biopsia hepática, esta nos llevaría a la confirmación de la presencia de cirrosis, así como del posible agente causal.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición y estudio en las etapas tempranas de la patología de cirrosis, enfermería deberá adoptar el papel de instruir al paciente enfermo en promoción y prevención de la salud, para mejorar su calidad de vida y que el paciente cirrótico muestre una disposición para mejorar su propia salud, de esta manera podemos evitar la progresión de la patología.

El paciente enfermo con cirrosis precisa gran cantidad de cuidados cuando estos demandan y requieren hospitalización.

A menudo nos encontramos con pacientes enfermos que además de precisar una dieta específica, precisan de administración de fármacos para los síntomas, que sean más graves. El papel de la enfermera consistirá en administración farmacología y soporte para las técnicas diagnóstica.

6 Bibliografía

1. Roesch-Dietlen, F., González-Santes, M., Sánchez-Maza, Y. J., Díaz-Roesch, F., Cano-Contreras, A. D., Amieva-Balmori, M., & Ortigoza-Gutiérrez, S. (2021). In-

fluencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. *Revista de Gastroenterología de México*, 86 (1), 28-35.

2. Llerena, S., Cuadrado, A., de Lope, C. R., & Crespo, J. (2020). Complicaciones de la cirrosis hepática. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(6), 316-326.

3. Santos, S. C., Blanco, M. V., & Nicó, A. C. (2020). Caracterización de paciente enfermos con cirrosis hepática por alcoholismo. 16 de Abril, 59 (277), 867.

4. Azabache Vásquez, A. V. (2020). Características epidemiológicas, clínicas y ecográficas de la cirrosis hepática en hospital regional docente de Trujillo. Período 2012-2016.

5. Ciurea, T., Istrătoaie, O., Militaru, C., Donoiu, I., & Deliu, R. (2018). Correlaciones de la función diastólica en paciente enfermos con cirrosis hepática alcohólica. *Cor- Salud (Revista de Patologías Cardiovasculares)*, 10 (2), 1.5

Capítulo 16

GESTIÓN Y MANEJO POR ENFERMERÍA DE MEDICAMENTOS EN LOS ENFERMOS

MARTA VAQUERIZO TORRIJOS

DIANA RUIZ BONILLA

BEATRIZ OTERO GARCIA

MARÍA ELISA TIRADO CABALLERO

ELENA GÓMEZ ARROYO

1 Introducción

Dentro de la profesión de enfermería en el proceso de cuidar a un enfermo toda precaución que se tenga es poca a la hora de asistir y tratar a los enfermos el profesional enfermero tiene una gran responsabilidad en el momento de la asistencia, pero muy exponencialmente en el cometido en cuanto a la administración de los fármacos o medicamentos que le sean pautados para su tratamiento.

El profesional enfermero debe de estar instruido y en continua actualización de cuáles pueden ser los eventos adversos o errores que más se suceden en la práctica clínica ya que estos se pueden dar en cualquier momento.

En referencia a la profesión de enfermería, la administración de medicamentos es una de las responsabilidades de más envergadura, a la que se enfrenta esta pro-

fesión y que en base a unos principios científicos estos se fundamentan siempre en saber prevenir la seguridad del paciente.

Los errores son parte de la naturaleza humana, en las acciones que realiza, no obstante, estos errores y eventos adversos deben ser más estudiados para lograr una minimización adecuada en cuanto a prevención y evitación ya que estos incurren en retrocesos de la recuperación de la salud en los mejores casos y en los peores se halla la posibilidad de grandes y graves repercusiones para el paciente y a nivel de repercusiones importantes en el contexto económico y social.

2 Objetivos

- Conocer los principales eventos adversos en cuanto a la administración de medicación que acontecen a causa de la intervención enfermera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática mediante la consulta de artículos y publicaciones en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la exposición, revisión de este estudio se incidirá en lo más primordial y significativo de todas las responsabilidades que sume la profesión enfermera.

Concerniente al puesto que el profesional ocupe, es sabido que tendrá más responsabilidad o menos, aunque no por ello los errores dejan de suceder.

En el ámbito hospitalario sucederá con más frecuencia que en una consulta ya que en la administración de medicamentos será la función principal del profesional de la enfermería, estos eventos adversos según las consecuencias que ocasionen pueden ir desde la no administración que sería lo más leve por así decirlo, hasta lograr derivar en lesiones temporales o permanentes y en los sucesos más graves la muerte del paciente.

En el proceso de estudio para la creación de este capítulo, se vio en referencia a los porcentajes que se registraron que la incidencia de estos errores y eventos adversos era de un 19 % entre todos los registrados.

En un estudio del 1996 realizado por Bates, se halló que el 30 % de los pacientes hospitalizados en algún momento tuvieron y sufrieron consecuencias derivadas y asociadas a estos errores en la administración.

Los motivos de los errores o eventos adversos por los que se suele llegar a ese punto son:

- Equivocación en la prescripción: incorrecto medicamento, inadecuada dosis, vía incorrecta, , o inclusive la no administración, equivocación en cuanto a la concentración y/o la velocidad de la administración.
- Equivocación en la hora de administración.
- Equivocación en el intervalo o en el tiempo.
- Administración de un medicamento que no está prescrito
- Equivocación en la dosificación que esta sea superior o inferior a la ordenada.
- Formulación del medicamento o fármaco o manipulación indebida.
- Realizar con modo o vía de administración inapropiado.

5 Discusión-Conclusión

Hay que destacar de esta exposición que sería ideal llegar a instaurar y establecer medidas de detección y prevención de los errores y eventos adversos de medicación, ya que están presentes continuamente en la rutina de trabajo diaria de los profesionales de enfermería. Aunque la mayoría de estos eventos adversos, suelen ser leves y no inducen daños en el paciente enfermo, es importante minimizar su incidencia mediante la prevención y la supervisión. En cuanto a los errores más comunes, son los que hacen referencia a vía, dosis, hora, medicamento y enfermo incorrecto.

Los elementos que tienen más influencia para que se produzcan los errores están relacionados con la sobrecarga de trabajo, las interrupciones y/o distracciones y el número inadecuado del profesional de enfermería. Todas aquellas medidas de prevención que puedan ayudar a mejorar estos errores deberían ser implementadas en todo el sistema sanitario para mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del enfermo.

6 Bibliografía

1. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Med Clin (Barc), 2002.
2. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med, 1995.

3. Berdot S, Sabatier B, Gillazeau F, Caruba T, Prognon P, Durieux P. Evaluation of drug administration errors in a teaching hospital. BMC Health Services Research, 2012 Francia.

Capítulo 17

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERIDAS POSTQUIRÚRGICAS

MARTA RUIZ PARADA

SANTIAGO TORRES PALOMARES

BARBARA SALES CARRION

LOURDES MARIA ROSELL MERLO

CARLOS PANADERO MORENO

1 Introducción

Una herida quirúrgica es la interrupción de la integridad de la piel en el ámbito de intervención de un profesional sanitario, guardando medidas de asepsia, con objetivos terapéuticos y/o reparadores.

Las heridas quirúrgicas cicatrizan por sí mismas rápidamente y sin complicaciones, aunque hay factores locales, y a nivel general, que van a afectar a la cicatrización. La buena cicatrización de una herida quirúrgica es un factor fundamental para el postoperatorio del paciente. Una cura rápida y sin complicaciones mejora el estado general del paciente, disminuye el dolor, acorta la estancia hospitalaria y ahorra costes sanitarios.

Actualmente se puede influir en la cicatrización de las heridas quirúrgicas y prevenir los problemas de infección y cicatrización. La infección de heridas quirúrgicas representa del 15% al 24% de las infecciones nosocomiales; su prevalencia en

España es del 7,91%, y en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se alcanza una prevalencia del 37,12% . Se ha estimado que el número de infecciones en heridas quirúrgicas es del 1,4% al 15% en cirugía electiva, y del 30% en cirugía contaminada.

La importancia de la infección de la herida quirúrgica radica en las complicaciones que pueden surgir, tanto a nivel local (dehiscencia de la sutura, absceso, fístulas, celulitis) como a nivel sistémico (septicemia), lo que produce una elevada morbilidad y una prolongación de la estancia hospitalaria.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir qué es una herida quirúrgica y cómo se cura.

Objetivos secundarios:

- Describir cómo favorecer el proceso de cicatrización y prevención de la infección.
- Dar a conocer cómo detectar la aparición de posibles complicaciones

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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.

El idioma elegido fue el castellano.

4 Resultados

Las heridas quirúrgicas, llamadas también postoperatorias, son aquellas producidas generalmente con bisturí para la reparación de tejidos o realización de intervenciones. En función del grado de contaminación pueden ser limpias, limpias-contaminadas, contaminadas o sucias-infectadas.

Normalmente estas heridas suelen ser agudas (siguen un proceso secuencial de cicatrización), simples (sin destrucción ni pérdida de tejidos, ni presencia de cuerpos extraños) y limpias (al realizarse de forma aséptica y siguiendo la ordenada distribución de las capas de la piel). Además se suturan con materiales como hilo

o grapas. En la práctica clínica diaria podrían ser también consideradas como un tipo de herida cortante, al producirse con bisturí. No obstante, se ha considerado conveniente diferenciarlas por la importancia de las mismas en el tema que se trabaja.

Por último, es importante tener en cuenta la diferencia entre la herida quirúrgica simple y suturada que se infecta en días posteriores al procedimiento quirúrgico, respecto a la que proviene de una intervención quirúrgica sucia o infectada de entrada. Esta última, se deja abierta (sin suturar) para favorecer la minimización de la infección, favoreciendo la cicatrización de la herida y suturándola por tercera intención posteriormente.

En una intervención quirúrgica, para poder proceder a la ruptura de la piel es importante conocer los mecanismos de curación de una herida ya que cuando se cortan los tejidos, inmediatamente actúa el sistema inmune para iniciar su reparación.

Se reconocen tres tipos de curación de heridas:

- la unión por “primera intención”: representa la forma más sencilla de cicatrización. La piel presenta un corte limpio debido a una incisión quirúrgica o una laceración traumática. Se puede cerrar la herida con puntos de sutura o grapas quirúrgicas, lo que aproxima o acerca los bordes de la misma. Este tipo de herida cicatriza con rapidez debido a que no se ha producido ninguna pérdida de tejido.

- la unión por “segunda intención”: se produce en lesiones infectadas, bien a causa de un gran traumatismo o por la gran pérdida tisular causada, la cual no permite una buena aproximación de los bordes. Son heridas que se pueden dejar abiertas, de manera que se puedan limpiar desde el fondo hacia la superficie, lo cual implica una curación más lenta y un mayor riesgo de infección secundaria.

El cierre de las mismas se ve facilitado por una mayor contractura de la piel a causa del crecimiento de los fibroblastos que forman el tejido de granulación y que fuerzan el crecimiento secundario del epitelio.

- la unión por “tercera intención”: o también llamada de cierre primario demorado, dado que se realiza cuando la sutura se retrasa, cuando se pretende aislar una región infectada o tras un gran desbridamiento. La sutura de la herida se realiza a los 4-6 días del post operatorio, uniéndose dos superficies del tejido de granulación y dando como resultado una cicatriz más amplia y profunda.

A) Fases de la cicatrización de la herida quirúrgica.

Se diferencian tres fases principales en la cicatrización de las heridas en general y de la herida quirúrgica:

- Fase inflamatoria (reacción): comienza inmediatamente después de una lesión

y dura 2-5 días. Después de sufrir un daño, los vasos sanguíneos de pequeño calibre se dilatan, volviéndose más permeables y se trasvasa líquido seroso hacia el tejido dañado como consecuencia de la liberación de histamina y prostaglandinas. Los espacios intersticiales reciben plasma y electrolitos que originan un edema. Éste transforma la lesión en una herida enrojecida, inflamada y dolorosa a la palpación. Los neutrófilos alcanzan el lugar dañado después de unas 6 horas ayudando a evitar infecciones mediante la ingestión y la digestión de bacterias por fagocitosis. La destrucción de las bacterias por parte de los neutrófilos depende de la presencia de oxígeno. Sobreviven varias horas tras la ingestión de bacterias y el tejido necrótico antes de liberar sus contenidos intracelulares, que pasan a formar parte del exudado de la herida.

- Fase de proliferación o granulación (regeneración): comienza entre 2 y 3 días después de la lesión y finaliza 14-24 días después. A lo largo de la fase de granulación, las células epiteliales proliferan con rapidez para generar una cubierta protectora para la herida. El tejido de granulación se forma por reconstrucción de la red capilar vascular y el tejido conjuntivo. Las fibras de colágeno incrementan la fuerza de tensión de la herida y confieren integridad a la misma.

- Fase de maduración o remodelación de la herida: la contracción de la herida comienza entre 14 y 21 días después del daño y puede extenderse hasta 2 años. A lo largo de esta etapa se reducen las dimensiones y el espesor de la cicatriz. La intensidad de enrojecimiento disminuye conforme desaparecen los capilares. La contracción se debe a la actividad de los miofibroblastos, los cuales facilitan la migración de los bordes de la herida hacia el centro de la misma. La piel y las fascias de la herida curada tan sólo presentarán el 70-80% de la fuerza de tensión de una piel normal. El tejido cicatrizal posee un número más bajo de melanocitos, por lo que es más pálido que la piel normal.

B) Complicaciones de las heridas quirúrgicas.

- Dehiscencia y evisceración.

Dos de las complicaciones más comunes de las heridas quirúrgicas son la dehiscencia y la evisceración, considerando la primera como la ruptura o separación de las capas de la incisión quirúrgica y pudiendo llegar, en el peor de los casos, a la salida de los órganos al exterior a través del sitio quirúrgico, conocida como la evisceración. A su vez, una complicación que puede aparecer con posterioridad a la cicatrización aparentemente satisfactoria de una herida quirúrgica son las adhesiones que se forman de manera frecuente en la cavidad peritoneal tras la cirugía (sobre todo abdominal) y pueden constreñir o plegarse alrededor del intestino. Y hernias quirúrgicas o relacionadas con la incisión que pueden desarrollarse cuando la intensidad de la presión intraperitoneal es tal que presiona el

tejido cicatrizal y origina una hernia (o evaginación) a través de la misma. La síntesis excesiva de colágeno da lugar a la formación de un queloide, una complicación que no supone un problema relevante para el funcionamiento del organismo aunque suele dar lugar a una alteración de la propia percepción cuando son de grandes dimensiones o están localizados en un lugar visible del cuerpo.

- Infección del sitio quirúrgico.

Se define herida infectada cómo aquella herida con presencia de bacterias u otros microorganismos en cantidad suficiente como para superar las defensas tisulares y lesionar el tejido o alterar su curación. Los microorganismos que se reproducen en ella invaden los tejidos vivos que rodean la lesión y producen alteraciones en los mismos. En este caso pueden aparecer los signos clínicos característicos de una infección local: eritema, edema, calor, dolor, rubor y exudado purulento, los cuales evidencian la existencia de una reacción de los microorganismos en el huésped. Una infección local sin control puede llevarnos a situaciones mucho más graves y complejas como la infección loco-regional (osteomielitis), regional (celulitis), o bien, como se ha mencionado en el párrafo anterior, una infección generalizada (sepsis), la cual en algunas ocasiones puede llevar al paciente hasta la muerte.

En muchos casos el que una herida esté infectada representa, cuanto menos, un enlentecimiento en el proceso de cicatrización y, por tanto, la imposibilidad de que ésta pueda curarse correctamente. En la literatura existen trabajos que describen, en pacientes quirúrgicos, un aumento de su estancia hospitalaria de entre 3 y 20 días cuando presentaban heridas infectadas a raíz de una intervención quirúrgica.

En todos los pacientes se toman medidas universales con el objeto de prevenir esta importante complicación, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados cuando sea necesario.

Asimismo, el uso de una profilaxis antimicrobiana adecuada, en el momento y dosis precisos, es vital para la prevención de infecciones, como también lo es la adecuada preparación preoperatoria de la piel, tanto con respecto al baño como a otras medidas, como podría ser el rasurado del sitio quirúrgico.

C) Factores de riesgo de infección de la herida quirúrgica.

La causa principal de las infecciones del sitio quirúrgico es la flora endógena de la piel, que es el principal contaminante de la herida operatoria y del sitio quirúrgico, o la flora de las mucosas o vísceras huecas del paciente, según el tipo de cirugía; pero también puede participar la flora exógena presente en el ambiente quirúrgico, instrumentos y personal.

El principal factor de riesgo es el grado de contaminación durante el procedimiento. Otros factores comprenden la calidad de la técnica quirúrgica, la presencia de cuerpos extraños, incluso tubos de drenaje, la virulencia de los microorganismos, la infección concomitante en otros sitios, la práctica de afeitar al paciente antes de la operación y la experiencia del equipo quirúrgico.

Además, existen una serie de factores que pueden participar como coadyuvantes en la génesis de las infecciones del sitio quirúrgico. Algunos de ellos forman parte o son propios del paciente y otros, por el contrario, tienen más que ver con el entorno que le rodea.

5 Discusión-Conclusión

La cura de heridas consiste en un procedimiento que los profesionales de enfermería de todos los ámbitos asistenciales realizan frecuentemente, dentro del cual, podemos encontrar una variabilidad introducida por el profesional sanitario muchas veces no guiada o basada en la mejor evidencia científica de la práctica clínica enfermera, entorpeciendo en última instancia la calidad de los cuidados prestados. Existen estudios que nos indican que la correcta protocolización en el cuidado de las heridas quirúrgicas puede disminuir el tiempo de hospitalización y la reducción consecuente del gasto sanitario.

En la actualidad, los profesionales sanitarios se enfrentan a diferentes tipos de situaciones relacionadas con las heridas quirúrgicas, pudiendo intervenir en la prevención de complicaciones y en el tratamiento de las mismas. No cabe duda de que enfermería, es la máxima responsable de la cura de las heridas quirúrgicas de la cual dependerá en parte su estado y evolución, debiendo realizar los mismos teniendo siempre presente el mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Bryant RA. Acute and chronic wounds. London: Mosby; 1992, pp. 91-104.
2. García Collado F, y cols. Heridas quirúrgicas. En: Arantón Areosa L, y cols. Guía práctica ilustrada: Tratamiento de heridas. Madrid: EDIMSA, Editores Médicos; 2009. pp. 53-4.
3. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG. The national nosocomial infection rate. A new need for vital statistics. Am J Epidemiol 1985; 121: 159-67.
4. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Grupo de Trabajo EPINE. Evolución de la Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en

- los Hospitales Españoles. EPINE 1990-1999. En: Vaqué J, Roselló J, editores; 2001.
5. Leaper D, Snyder RJ. Progresando en su práctica: comprender la infección de las heridas y el papel de los biofilms. La compleja cuestión de la infección de las heridas. Documento de: Asociación para el Progreso del Tratamiento de las Heridas (AAWC). 2008.
6. Petherick E, Dalton J, Moore P, Cullum N. Methods for identifying surgical wound infection after discharge from hospital: a systematic review. *BMC Infect Dis* 2006; 6: 170.
7. García Collado F, et al. Heridas quirúrgicas. En: Arantón Areosa L, y cols. Tratamiento de heridas. Guía práctica ilustrada. Madrid: EDIMSA, Editores Médicos; 2009, p. 55.

Capítulo 18

ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

MARTA RUIZ PARADA

SANTIAGO TORRES PALOMARES

BARBARA SALES CARRION

LOURDES MARIA ROSELL MERLO

CARLOS PANADERO MORENO

1 Introducción

El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), es la primera causa de muerte en los países desarrollados. Una atención temprana para su correcta identificación, diagnóstico y tratamiento, hará posible disminuir la morbilidad y la mortalidad de dicha enfermedad.

El SCACEST, o hasta hace unos años, también llamado infarto agudo de miocardio (IAM), es una patología que se caracteriza principalmente por su sintomatología. Su síntoma fundamental y más característico, conocido como el mayor síntoma de alarma, es el dolor o molestia que dura más de 20 minutos, que se describe como opresivo, en puñalada, localizado en el área retroesternal y/o precordial. Dicho dolor, es frecuente que irradie hacia el brazo izquierdo, cuello o

epigastrio. Otros síntomas que suelen acompañar al dolor opresivo, son la disnea, sudoración fría, náuseas, vómitos, mareo, síncope e incluso shock.

El SCASEST, en la mayoría de los casos, es producido por la obstrucción de una arteria coronaria, que genera un déficit de aporte sanguíneo a las células que se localizan en una zona del músculo cardíaco, ocasionando una necrosis. Normalmente, la obstrucción que se provoca, es debido a una rotura de una placa de ateroma, ya presente desde hace años en el paciente. Sobre la placa que se rompe, se forma un trombo que es lo que obstruye completamente la arteria coronaria que se ve afectada.

Habitualmente, es más frecuente en varones, pero a medida que pasan los años, la tendencia de producirse esta patología en mujeres, está en aumento. En las personas afectadas, suele relacionarse con factores cardiovasculares de riesgo como podrían ser la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipemias y tabaquismo.

2 Objetivos

Recordar qué es el síndrome coronario agudo con elevación de ST o el también llamado infarto agudo de miocardio (IAM), así como sus factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Varón de 73 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, vive con su mujer e hijo. Acude al servicio de urgencias de su hospital de referencia, por malestar general y palpitaciones. Refiere que mientras se trasladaba en transporte público a su trabajo, comenzó con dolor centro torácico que refiere opresivo, hace referencia que estaba sentado, es decir, en reposo.

A su llegada a la consulta de triaje, se sienta en la silla y se le observa pálido y sudoroso. Consciente, orientado y colaborador. Comenta que llevará unos 15 minutos de dolor torácico persistente. Se administra cafinitrina sublingual que no cede el dolor y se decide trasladar a monitores para observar evolución.

Antecedentes personales: no alergias alimenticias ni medicamentosas conocidas.

Ex-fumador de dos paquetes diarios desde hace 4 años.

No bebedor habitual. Bebedor social, los fines de semana.

Patologías previas: infarto agudo de miocardio (IAM) en 2014. Reinfarto en 2018.

Enfermedades de interés: Hipertenso y dislipémico.

Antecedentes familiares: padre fallecido por IAM y madre hipertensa.

Tratamiento habitual en domicilio: Emconcor 2,5 mg, Adiro 100 mg, Atorvastatina

80mg y Acovil 2,5 mg.

Exploración física en boxes de observación:

- Tensión arterial: 148/86 mmHg.
- Glucemia capilar: 102 mg/dL.
- Frecuencia cardíaca: 75 lpm.
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm.
- Saturación de oxígeno basal: 98 %.
- Temperatura corporal: 36.7 °C.
- Peso: 75 kg.
- Talla: 176 cm.

Exploración complementaria/pruebas diagnósticas.

Auscultación cardíaca: sin signos de insuficiencia cardíaca ni soplos.

Radiografía de tórax: Sin hallazgos de signos compatibles con insuficiencia cardíaca.

Electrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal, 75lpm, hemibloqueo anterior. Onda Q en V1-V3/V4 junto con elevación de ST a ese nivel.

Analítica de sangre: Leucocitos 16,91, neutrófilos 95. Resto de hemograma sin alteraciones significativas. ProBNP 1305. Creatinina 1,2. Colesterol total 112. HDL 34 y LDL 88. Triglicéridos 75. CK 333 con CKMB 32.

Tras los exámenes complementarios el paciente se queda en observación para valoración en próximas horas. Se le explica la importancia del uso de ceftriaxona en casos puntuales y que relacione con dolor precordial. Tras las horas de observación se confirma Scaest.

El paciente es dado de alta con tratamiento a seguir en domicilio.

4 Discusión-Conclusión

Se debe tener en cuenta, que el diagnóstico temprano es clave para tomar las medidas necesarias ante dicha patología. Se basa en la clínica anteriormente descrita, junto a un electrocardiograma (ECG) con elevación de ST, elevación de las enzimas cardíacas, una ecocardiografía que refleja una contracción cardíaca fuera de la normal y una coronariografía que indica obstrucción de una arteria coronaria.

El tratamiento, también se basa, en una atención temprana y precoz, para que la necrosis sea la menor posible y no se haga mayor con el paso de las horas.

Dentro del tratamiento terapéutico se utiliza en función de cada caso particular, la angioplastia primaria (también conocida como angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)) o la fibrinólisis farmacológica o la ACTP de rescate si no tiene éxito la fibrinólisis.

5 Bibliografía

1. García, V.; Muñoz-García, A. J.; Jiménez-Navarro, M. F. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en Urgencias. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2019, vol. 12, no 89, p. 5249-5252.
2. Ibáñez, Borja, et al. Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Revista española de cardiología, 2017, vol. 70, no 12, p. 1082. e1-1082. e61.
3. Castillo, Adrian Alejandro Vitón, et al. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con infarto agudo del miocardio. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2018, vol. 22, no 5, p. 884-893.
4. Poll Pineda, Jorge Armando, et al. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con síndrome coronario agudo según sexo. Medisan, 2017, vol. 21, no 10, p. 3003-3010.
5. Shang, Chen, et al. Características clínico epidemiológicas del síndrome coronario agudo con elevación del ST en pacientes diabéticos y no diabéticos. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 2019, vol. 25, no.
6. Sebastián, C. García, et al. Protocolo de tratamiento en urgencias del paciente con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. MedicinePrograma de Formación Médica Continuada Acreditado, 2021, vol. 13, no 38, p.2203-2206.

Capítulo 19

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO

MARTA RUIZ PARADA

SANTIAGO TORRES PALOMARES

BARBARA SALES CARRION

LOURDES MARIA ROSELL MERLO

CARLOS PANADERO MORENO

1 Introducción

La hemorragia postnatal o hemorragia postparto es una de las principales causas de la mortalidad y enfermedad maternas en todo el mundo. Es la principal causa de muerte en los países subdesarrollados y una de las tres principales en los países desarrollados.

La incidencia general de sangrado posparto es del 4% para el parto vaginal y del 6% para la cesárea en los países industrializados, con aproximadamente 125.000 muertes por año. En las regiones en desarrollo, la hemorragia postparto es la causa más común de muerte materna con una incidencia del 33,9% (1 muerte por cada 16 nacimientos). Se ha descrito una meseta para el efecto de la hemorragia postnatal desde la década de 1980. Desde el año 2000, sin embargo, ha habido un aumento debido al aumento en el número de cesáreas.

La hemorragia postparto se ha definido clásicamente como una pérdida de sangre de más de 500 ml durante el parto vaginal y más de 1000 ml durante la cesárea.

Debido a que la estimación de la pérdida de sangre suele ser visual, la pérdida real a menudo se subestima. Dadas estas limitaciones, también es común basar el diagnóstico en datos clínicos (aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea) y de laboratorio (disminución del hematocrito en un 10% ó más).

Dependiendo del nivel de pérdida de sangre y factores preexistentes como anemia previa o mal manejo, pueden causar shock hipovolémico, fallo multiorgánico y muerte materna en las primeras seis horas. Toda mujer en el parto tiende a tener sangrado postparto. Es por eso que los profesionales deben estar preparados para esta situación. Es una crisis obstétrica que requiere un tratamiento multidisciplinario inmediato y estrategias de prevención.

El momento en que nace el bebé y las primeras horas después del nacimiento es importante para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sangrado. A veces encontramos partos a corto plazo tanto fuera del hospital como dentro del hospital (fuera de la sala de maternidad), así como mujeres postparto en la sala. Necesitamos identificar la aparición de la hemorragia postparto, ya que los efectos de esta crisis obstétrica requieren una detección y acción rápidas.

2 Objetivos

Describir e indicar las principales causas y medidas terapéuticas en las hemorragias postparto por parte del equipo de enfermería en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente 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

Son muchos los factores de riesgo conocidos para la hemorragia postparto pero tienen una relación sensibilidad/especificidad muy baja para poder basar en ellos estrategias preventivas excepto en los casos de acreción placentaria, placenta accreta y trabajo de parto prolongado.

Las principales causas de hemorragia postparto se agrupan en cuatro categorías, denominadas 4 “T”, según el defecto detectado, clasificación que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) incluye en sus protocolos:

- Atonía uterina (Tono).
- Retención de placenta o restos placentarios (Tejido).
- Lágrimas del tracto genital (Trauma).
- Trastornos de la coagulación de la trombina.

La causa más común de hemorragia postparto es la atonía uterina (50-60%).

Ocurre cuando el mecanismo fisiológico de retracción y contracción uterina falla después de la expulsión del feto. El útero, por contracción y retracción, reduce la superficie de implantación de la placenta y facilita su separación. Separando por completo la placenta, la contracción uterina facilita el parto de la misma y deja múltiples vasos desgarrados que se comprimen con las contracciones uterinas, estos son los llamados “enlaces vivos” de Pinard, este es el mecanismo hemostático fundamental para el control de hemorragia. después del alumbramiento. Si este mecanismo falla, el sangrado continúa.

Se considera el diagnóstico de atonía uterina si hay sangrado continuo y el útero está blando y alto durante la palpación. A veces, el sangrado puede no ser obvio y puede parecer escaso, ya que el útero extendido puede retener más de 1 litro de sangre. La forma de prevenir la atonía uterina es mediante el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.

La segunda causa es la placenta retenida o los restos placentarios. Puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria una revisión sistemática de la placenta después del parto para verificar la integridad total de esta y sus membranas. Los restos de placenta retenidos después de la salida de la mayor parte de la placenta, impiden la contracción adecuada del útero, lo que provoca atonía uterina.

Los desgarros del canal cervical y/o vaginal generalmente están relacionados con el parto instrumental, la presencia de un feto macrosómico, el parto rápido o la realización de una episiotomía. El diagnóstico se realiza excluyendo la atonía uterina y la presencia de restos placentarios retenidos.

La inversión uterina consiste en el prolapso del fondo uterino a través del cuello uterino, exponiendo la cavidad endometrial. Es una complicación poco común (1/5000 partos) y puede presentarse total o parcialmente. Los factores de riesgo incluyen macrosomía fetal, anomalía uterina, primariedad, atonía uterina y maniobras del cordón. El diagnóstico se confirma, junto con la hemorragia, un bulto que sobresale hacia el introito, la vagina o el cuello uterino, junto con dolor y signos o síntomas de shock, excesivos para la cantidad de sangrado.

Las patologías de la coagulación pueden ser la causa o la consecuencia de una hemorragia postparto. Las coagulopatías hemorrágicas pueden ser congénitas (generalmente ya diagnosticadas previamente) y adquiridas (a través de diversos procesos, desprendimiento prematuro de la placenta, preeclampsia, muerte fetal, sepsis, embolia amniótica, etc.), lo que puede provocar una coagulación intravascular diseminada (CID), pero debe tenerse en cuenta que una hemorragia postnatal grave o prolongada también puede causar coagulopatía de consumo.

Las diferentes causas se relacionan con algunos factores de riesgo que deben identificarse cuando sea posible. La identificación de los factores de riesgo es importante, aunque la prevención de la hemorragia postparto ocurre de forma sistemática en todos los partos, existan o no factores de riesgo.

La tercera etapa del parto o el parto es el intervalo de tiempo desde el nacimiento del niño hasta el nacimiento de la placenta, puede ser una etapa crítica en relación al bienestar materno. La separación de la placenta generalmente comienza después del nacimiento como resultado de la abstinencia uterina o con las primeras contracciones del útero vacío. Los signos clásicos del desprendimiento de placenta son: cambio en la forma y tamaño del útero, pérdida de sangre, origen y alargamiento del cordón umbilical y elevación del fondo uterino.

La tercera etapa del trabajo se puede gestionar activamente o se puede mantener una actitud expectante. El manejo expectante o fisiológico se refiere al parto espontáneo de la placenta sin usar uterotónicos y sin tirar del cordón, completamente sin intervenciones. El manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto involucra los siguientes elementos: pinzamiento precoz del cordón, tracción controlada del cordón, masaje uterino y administración de fármacos uterotónicos.

El manejo activo se refiere a una disminución en la incidencia de hemorragia postparto y una reducción en la pérdida de sangre, por lo que debe aplicarse en todos los partos.

El pinzamiento precoz o compresión del cordón se realiza en los primeros 60 segundos después del parto, mientras que el pinzamiento tardío ocurre más de un minuto después del parto o cuando el cordón deja de latir. Los pinzamientos precoces se asocian a un menor riesgo de hemorragia postparto. Sin embargo, una revisión reciente no mostró diferencias significativas entre los índices de hemorragia postnatal al comparar el pinzamiento temprano y tardío del cordón umbilical, encontrando algunas ventajas del pinzamiento tardío, como mayor peso al nacer, concentración temprana de hemoglobina y mayores reservas de hierro hasta seis meses después del nacimiento.

La tracción controlada del cordón umbilical incluye la tracción del cordón umbilical mientras se presiona hacia arriba colocando una mano en la parte inferior

del abdomen; debe realizarse solo después de que aparezcan signos de separación placentaria. Ambas intervenciones, si no se realizan correctamente, pueden dar lugar a resultados adversos que incluyen dolor, sangrado e inversión del útero. Otro elemento del tratamiento activo es la administración de fármacos uterotónicos. Se ha demostrado que la oxitocina profiláctica reduce la hemorragia postnatal y la necesidad de uterotonicidad terapéutica. Sin embargo, el momento de administración de los medicamentos con oxitocina varía mucho. El abordaje más recomendado en el tratamiento activo es la administración de fármacos en el momento de la salida del hombro anterior, medida que reduce el riesgo de hemorragia postparto sin incrementar la retención placentaria. La oxitocina para la profilaxis previene mejor la pérdida de sangre en comparación con los alcaloides del cornezuelo de centeno, y no se observan mejoras adicionales cuando se usan juntos.

La duración de la tercera fase del trabajo de parto es importante porque la prevalencia de hemorragia postnatal aumenta a lo largo de su duración. En una de las revisiones de la literatura revisadas, la administración de oxitocina antes o después del parto placentario no tuvo un efecto significativo sobre la duración de la tercera etapa del trabajo de parto.

Sí, a pesar del manejo activo del parto, encontramos una verdadera hemorragia posparto, debemos actuar de forma secuencial y rápida. Inicialmente se debe realizar el soporte vital del paciente y el tratamiento etiológico al mismo tiempo. Necesitamos descartar las 3 causas más comunes de hemorragia postparto: atonía uterina, placenta retenida y desgarros cervicales/vaginales.

El tratamiento inicial de la atonía uterina requiere la administración inmediata de fármacos uteróticos junto con el masaje del fondo uterino, colocando una mano en la parte inferior del abdomen de la paciente y estimulando el útero con masajes repetidos o movimientos de presión, para controlar su grado de contracción y favorecer su vaciado.

En Europa las pautas de actuación y reanimación inmediata de la paciente ante hemorragia obstétrica son similares, sin embargo el orden de elección de los fármacos varía de un país a otro. En nuestro medio, la oxitocina sigue siendo el fármaco de primera línea, seguida de los alcaloides del cornezuelo de centeno. La oxitocina es el fármaco preferido en la atonía uterina, ya que aumenta la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas en 2-4 min y su vida media es de 5-12 min. Debe administrarse lentamente porque causa hipotensión repentina por vasodilatación.

Antes de sangrar, las dosis utilizadas son de 5-10 UI IM o bolo IV y repetir la dosis si es necesario con una infusión de 20-40 UI de oxitocina en 500/1.000 ml de SSF

o RL a 60-125 ml/h (varía la velocidad de infusión según la respuesta). Debido a su corta vida media, para evitar la atonía secundaria es necesario continuar su administración por infusión intravenosa durante 4-6 horas o asociarla con otros uterotónicos.

Si el sangrado persiste, se administrará Alcaloides derivados del centeno: metilergonovina (Methergin®). Se administrarán en dosis de 0,25 mg IM, repetidas cada 2-4 horas hasta un máximo de 1,25 mg. Provoca una intensa contracción del músculo liso uterino, pero también del músculo liso arterial, lo que puede desencadenar crisis hipertensivas, arritmias y accidentes cerebrovasculares. Provoca náuseas y vómitos. Está contraindicado en pacientes con antecedentes de hipertensión, preeclampsia y enfermedad de las arterias coronarias.

Si el tratamiento anterior resulta ineficaz y el sangrado continúa, se trasladará a la administración de prostaglandinas (PG). Sin demora y no más de 30 minutos después del diagnóstico de hemorragia postparto.

Carboprost (Hemabate®) es una prostaglandina F2 α . La administración es una dosis de 0,25 mg IM o intramiometrial (nunca IV), pudiendo repetir la dosis cada 15 minutos hasta un máximo de 2 mg. El tiempo de acción es de 1 minuto y es igualmente efectivo. Sus efectos adversos incluyen broncoespasmo, náuseas, vómitos y diarrea, dolor de cabeza, presión arterial alta, aumento de la temperatura corporal. No debe usarse en pacientes con enfermedades del hígado, corazón o riñón.

El misoprostol (Cytotec®) se usa en obstetricia para el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto, para la maduración cervical, para la inducción del aborto vaginal y para el tratamiento de la hemorragia postparto. Su administración por vía vaginal es más eficaz para aumentar las contracciones uterinas y con menos efectos ubícuos que la oral. Sin embargo, en la hemorragia postparto, se excluye la administración vaginal, al igual que la administración oral. Una alternativa válida es la administración rectal, la absorción a través de la mucosa rectal es tan eficaz como por alguna de las otras vías, aunque los niveles plasmáticos alcanzados son menores. Puede tener efectos secundarios dañinos, especialmente aumento de la temperatura corporal (fiebre) y temblores. El misoprostol se puede distribuir más fácilmente a nivel de la comunidad que un medicamento inyectable menos estable como la oxitocina (requiere almacenamiento en el refrigerador) para prevenir o tratar el sangrado severo en pacientes después del parto. Una revisión Cochrane apoya la administración de la dosis efectiva más baja de misoprostol para la prevención o el tratamiento del sangrado materno después del parto y se asocia con un mayor riesgo de fiebre en dosis de 600 mcg o más.

La carbetocina (Duratobal®), un agonista de la oxitocina de acción prolongada, parece ser muy prometedor para prevenir el sangrado postparto. Se asienta rápidamente y tiene una vida media larga de 40 minutos. Se administra en una dosis única de 100 microgramos IV. Se tolera bien y es tan eficaz como la oxitocina. El inicio de la contracción uterina después de la administración de carbetocina es rápido y conduce a una contracción firme después de dos minutos. Las indicaciones clínicas aprobadas oficialmente en España son la prevención de la atonía uterina tras una cesárea bajo anestesia epidural o raquídea.

Existe una revisión sistemática para determinar si el uso del agonista de oxitocina es tan eficaz como los uterotónicos tradicionales para prevenir el sangrado postparto. No se encontraron diferencias entre los tratamientos para la variable más relevante, la prevención de la hemorragia postparto. Sin embargo, en las mujeres que tuvieron una cesárea, la carbetocina resultó en una reducción estadísticamente significativa de la necesidad de fármacos uterotónicos terapéuticos en comparación con la oxitocina. y en la prevención del sangrado postparto en mujeres que han dado a luz por vía vaginal, la carbetocina se asocia con menos pérdida de sangre y muchos menos efectos secundarios que la sintometrina. Los autores concluyen que se necesitan más estudios de investigación para analizar la rentabilidad de la carbetocina como uterotónico y que su uso como fármaco de primera línea no está justificado en todas las situaciones.

La sintometrina, una combinación de 5 UI de oxitocina + 0,5 mg de ergometrina, es más eficaz que la oxitocina para prevenir el sangrado postparto, pero tiene más efectos secundarios como: B. un alto riesgo hipertensión. Una revisión²⁰ que comparó oxitocina con sintometrina y redujo el riesgo de hemorragia postparto concluyó que la oxitocina ergometrina (sintometrina) se asoció con una ligera reducción en el riesgo de hemorragia postparto en comparación con la oxitocina (odds ratio: 0,74; intervalo de confianza del 95%: 0,65-0,85). Esta ventaja fue menor pero aún significativa cuando se usaron 10 UI de oxitocina. No se observaron diferencias entre los grupos que recibieron 5 o 10 UI para una pérdida de sangre de al menos 1000 ml. Los principales efectos secundarios se han asociado con el uso de ergometrina oxitocina. Los autores concluyen que el uso de sintometrina en el tratamiento activo de rutina del trabajo de parto parece estar asociado con una reducción estadísticamente significativa del riesgo de hemorragia postparto en comparación con la administración de oxitocina con una pérdida de sangre de menos de 1000 ml. No se observaron diferencias entre los grupos que recibieron 5 ó 10 UI para una pérdida de sangre de al menos 1000 ml. Este hallazgo debe compararse con los efectos secundarios más comunes asociados con el uso de sintometrina.

No hay evidencia de que una secuencia de fármacos sea mejor que otra. Lo más importante no es el orden de administración de los medicamentos, sino el inicio rápido de la terapia uterotónica. Debería ser posible determinar en 30 minutos si la terapia con medicamentos puede corregir la atonía uterina. De lo contrario, se debe iniciar un tratamiento invasivo de la hemorragia postparto. Dependiendo de la estabilidad de la paciente, disponibilidad y conocimiento de la técnica, se pueden realizar las siguientes operaciones: taponamiento uterino con balón, embolización arterial selectiva, ligaduras vasculares, suturas de compresión uterina, histerectomía hemostática. Una revisión sistemática compara las diferentes técnicas: taponamiento uterino con balón, embolización arterial selectiva, ligadura vascular y suturas de compresión uterina. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de éxito entre los 4 procedimientos, por lo que los autores concluyeron que ningún método es superior a otro en el tratamiento del sangrado postparto persistente. No existe una indicación clara del tratamiento más apropiado para el sangrado postparto que no responde al tratamiento inicial con fármacos uterotónicos. Sin embargo, se deben hacer todos los intentos posibles para utilizar técnicas quirúrgicas conservadoras, procedimientos de rayos X o fármacos hemostáticos para evitar la histerectomía.

5 Discusión-Conclusión

La alta morbilidad y mortalidad de esta patología y el tratamiento multidisciplinar requieren el conocimiento de su diagnóstico y tratamiento por parte de diferentes profesionales.

El objetivo del sangrado postparto es la prevención. La identificación de los factores de riesgo puede ser de gran ayuda, pero la profilaxis debe realizarse de forma rutinaria en todos los partos, haya o no factores de riesgo. El manejo activo del trabajo de parto, incluida la administración de uterotónicos, el pinzamiento temprano y la tracción del cordón umbilical, se considera la forma más eficaz de prevención. Si se produce sangrado postparto a pesar de la prevención, se debe realizar un diagnóstico y una acción inmediata.

En España, la oxitocina es el fármaco de elección, seguida de la metilergonovina y las prostaglandinas como tercera opción. Actualmente, la carbetocina y la sintometrina no se consideran fármacos de primera línea para el tratamiento del sangrado postparto. Lo más importante no es el orden de administración de los medicamentos, sino el inicio rápido de la terapia uterotónica.

6 Bibliografía

1. A Systematic Review of the Relationship between Blood Loss and Clinical Signs.
2. A, Dresner M. Massive obstetric hemorrhage. *Curr Anesth Crit Care* 2005; 16: 181-88.
3. A. Pérez Solaz^{1,a}, R. Ferrandis Comes^{2,a}, J. V. Llau Pitarch^{2,b}, M. J. Alcántara Noalles^{1,a}, A. Abengochea Cotaina^{1,b}, M. Barberá Alacreu^{1,c}, F. 4.J. Belda Nácher², La hemorragia obstétrica. Actualización *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2010; 57: 224-235).
5. Campelo T, Fraca N, Haya J, Bajo J. Hemorragias del alumbramiento y postparto inmediato. *Fundamentos de obstetricia. SEGO.* 2007. 6. Pahlavan P, Nezhay C, Nezhath C. Hemorrhage in obstetrics and gynecology. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001; 13(4):419-24.
7. Carbetocina para la prevención de la hemorragia postparto (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, et al. *Obstetricia de Williams*, 22ª edición. McGraw-Hill Interamericana, 2006;810-854.
9. Doumouchtsis SK, Papageorghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do

Capítulo 20

DIETA CETOGÉNICA Y CÁNCER

JAVIER PEÑALVER ALVARO

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

MARIA DONDARZA DIAZ

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

RAQUEL SOBRINO DÍAZ

1 Introducción

El cáncer es una de las principales causas de muerte en nuestro país, siendo un gran problema para la salud pública debido a los costosos tratamientos y a los grandes cuidados que necesitan los pacientes que lo padecen.

Las células normales se multiplican cuando el cuerpo las necesita, y terminan muriendo cuando se dañan o ya no son necesitadas por el organismo. Cuando el material genético de una célula cambia, provoca que las células crezcan fuera de control, por lo que se dividen demasiado rápido y no mueren de manera normal.

El tratamiento varía según el tipo de cáncer y su estadio. Una de las terapias que está surgiendo como una estrategia alternativa es la dieta cetogénica, sin embargo, las preocupaciones con respecto a su seguridad y adherencia suele ser un factor que puede impedir que los médicos la prescriban. La dieta cetogénica es un plan bajo en hidratos de carbono y rico en grasas, exponiendo al cuerpo a un estado de cetosis, volviendo al cuerpo aún más eficiente y convirtiendo la grasa en energía.

Las células cancerígenas se nutren principalmente de glucosa, ya que no tienen la misma capacidad de las células sanas de nutrirse a partir de cuerpos cetónicos, por lo que es interesante evaluar como este tipo de dieta puede ser una gran terapia en el tratamiento contra el cáncer para debilitar las células cancerígenas.

2 Objetivos

Evaluar si la dieta cetogénica es una buena intervención nutricional en el tratamiento contra el cáncer en combinación con su tratamiento.

3 Metodología

Para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de artículos científicos que pretenden investigar los beneficios de la dieta cetogénica como terapia contra el cáncer. Para la búsqueda de dichos artículos se ha establecido un tiempo de 5 años para asegurar una evidencia lo suficientemente actualizada.

La base de datos utilizada ha sido Pubmed, respetando los criterios y documentación para dicha base de datos en las que se han utilizado palabras clave o descriptores, que se han combinado con operadores booleanos and y or.

- DeCs: dieta cetogénica y cáncer.
- MeSH: ketogenic diet y cancer.

Para la selección de los artículos científicos se han tenido en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Artículos con acceso completo en inglés o español, gratuito o con posibilidad de acceso.
- Artículos que cumplen los criterios de búsqueda establecidos y mencionados anteriormente.
- Estudios cuya muestra sean humanos, independientemente de su edad, raza o sexo.
- Artículos que se encuentren en el periodo establecido de tiempo.
- Artículos que lleven a cabo intervenciones terapéuticas con la dieta cetogénica y no otro tipo de dieta como tratamiento nutricional contra el cáncer.

Criterios de exclusión:

- Aquellos que no estén disponibles a texto completo.

- Aquellos que no se ajusten a los criterios de búsqueda.
- Artículos encontrados en idiomas distintos a los mencionados anteriormente.
- Artículos cuya muestra no son humanos.

4 Resultados

Se encontraron 16 resultados de los cuales tan solo 7 fueron los seleccionados, ya que eran los que se ajustaban a los métodos de inclusión y exclusión.

Todos los estudios alaban que la dieta cetogénica es efectiva en el tratamiento contra el cáncer, siendo antes importante realizar una valoración global del paciente que se va a tratar. No obstante, obtuvieron resultados muy interesantes:

Khodabakhshi A y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que la combinación de la dieta cetogénica con quimioterapia mejoraba la calidad de vida y el nivel de actividad física en 6 semanas, pero no había diferencias significativas a las 12 semanas de tratamiento en pacientes con cáncer de mama.

La adherencia es muy relevante para conseguir resultados y beneficios a largo plazo cuando se sigue un patrón de dietético, Cohen, C y Voss M obtuvieron resultados muy interesantes al respecto, el seguimiento de este tipo de dieta produjo abandono por parte de algunos sujetos de estudio, ya que les resultaba complicado mantenerla a lo largo del periodo de tiempo establecido a pesar de que aquellos pacientes que consiguieron llevarla a cabo mejoraron su calidad de vida.

Martin-McGill, K. J y sus colaboradores observaron que gracias a la dieta cetogénica los sujetos no solo mejoraban su estado físico, sino que también su salud mental. La dieta cetogénica fue efectiva en la reducción del cáncer en estadio II Y III, mejorando el estado nutricional de los pacientes que se encontraban en estado de cetosis.

Khodabakhshi A, Cohen, C y Voss M observaron que la dieta cetogénica mejoraba varios parámetros analíticos como la resistencia a la insulina, además observaron que los pacientes que seguían la dieta cetogénica mantuvieron su índice de masa magra y disminuyeron su porcentaje graso.

5 Discusión-Conclusión

1. La dieta cetogénica es efectiva en el tratamiento contra el cáncer, ya que los pacientes que siguieron dicha dieta mejoraron su calidad de vida, actividad física y mental.
2. La dieta cetogénica redujo tumores en estadio II y III en aquellos sujetos que se encontraban en estado de cetosis.
3. Parámetros como la resistencia a la insulina mejoraron con dicha intervención además de mantener la masa magra y reducir el porcentaje graso, no obstante su adherencia no fue buena por parte de varios sujetos, por lo que esta dieta puede producir cierto rechazo dependiendo de cada situación y persona.
4. A pesar de los buenos resultados obtenidos, se debe seguir investigando sobre la dieta cetogénica y su repercusión en el cáncer para abrir un amplio abanico de tratamientos futuros y asegurar el buen estado nutricional de pacientes con cáncer, ya que la desnutrición es muy común en pacientes con dicha patología.

6 Bibliografía

1. Cohen, C. W., Fontaine, K. R., Arend, R. C., Alvarez, R. D., Leath, C. A., III, Huh, W. K., Bevis, K. S., Kim, K. H., Straughn, J. M., Jr, & Gower, B. A. (2018). A Ketogenic Diet Reduces Central Obesity and Serum Insulin in Women with Ovarian or Endometrial Cancer. *The Journal of nutrition*, 148(8), 1253–1260.
2. Khodabakhshi, A., Akbari, M. E., Mirzaei, H. R., Mehrad-Majd, H., Kalamian, M., & Davoodi, S. H. (2020). Feasibility, Safety, and Beneficial Effects of MCT-Based Ketogenic Diet for Breast Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial Study. *Nutrition and cancer*, 72(4), 627–634.
3. Cohen, C. W., Fontaine, K. R., Arend, R. C., Soleymani, T., & Gower, B. A. (2018). Favorable Effects of a Ketogenic Diet on Physical Function, Perceived Energy, and Food Cravings in Women with Ovarian or Endometrial Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *Nutrients*, 10(9), 1187.
4. Augustus, E., Granderson, I., & Rocke, K. D. (2021). The Impact of a Ketogenic Dietary Intervention on the Quality of Life of Stage II and III Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial in the Caribbean. *Nutrition and cancer*, 73(9), 1590–1600.
5. Martin-McGill, K. J., Marson, A. G., Tudur Smith, C., Young, B., Mills, S. J., Cherry, M. G., & Jenkinson, M. D. (2020). Ketogenic diets as an adjuvant therapy for glioblastoma (KEATING): a randomized, mixed methods, feasibility study. *Journal of neuro-oncology*, 147(1), 213–227.

6. Voss, M., Wenger, K. J., von Mettenheim, N., Bojunga, J., Vetter, M., Diehl, B., Franz, K., Gerlach, R., Ronellenfitsch, M. W., Harter, P. N., Hattingen, E., Steinbach, J. P., Rödel, C., & Rieger, J. (2022). Short-term fasting in glioma patients: analysis of diet diaries and metabolic parameters of the ERGO2 trial. *European journal of nutrition*, 61(1), 477–487.
7. R., Mehrad-Majd, H., Kalamian, M., & Davoodi, S. H. (2020). Feasibility, Safety, and Beneficial Effects of MCT-Based Ketogenic Diet for Breast Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial Study. *Nutrition and cancer*, 72(4), 627–634.

Capítulo 21

CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

GUADALUPE RAMOS COLLADO

ÁNGEL MANUEL MARTÍN ARCOS

SILVIA CARRERO MALDONADO

1 Introducción

El proceso de atención enfermera es una forma de valorar y estandarizar un plan de cuidados necesarios para el paciente. La valoración holística y general desde la visión de que el individuo es un todo, debemos considerar qué cuidados hay que aportarle según sus necesidades, tanto físicas, psíquicas, sociales y espirituales. Gracias al proceso de atención enfermera, (PAE) podemos realizarlo de forma refutada y estandarizada según la evidencia científica. Este plan de cuidados se realiza siempre de la siguiente forma. Al problema de salud se le atribuye un diagnóstico de enfermería que viene dada por una taxonomía específica, la taxonomía NANDA. Posteriormente se marcan unos objetivos con el paciente que es hasta donde queremos llegar con los cuidados, denominado NOC. Y finalmente se escogerán las intervenciones idóneas que se realizarán con el enfermo según esas necesidades, NIC. Todo esto será evaluado al final para comprobar si la paciente ha reaccionado bien a nuestro plan de cuidados, o haya que adaptarlo en el futuro a nuevas necesidades que vayan surgiendo.

A continuación, el proceso de atención enfermero va a ser individualizado y personalizado ante un problema de salud concreto, para establecer los cuidados necesarios ante un paciente que acude al Servicio de Urgencias con una hemorragia digestiva alta.

2 Objetivos

- Exponer un caso clínico de un paciente con alteración digestiva que cursa con melenas y hematemesis.
- Elaborar un proceso de atención enfermera con cuidados individualizados.

3 Caso clínico

Paciente varón de 55 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Ciudad Real por melenas abundantes en la mañana tras ir al baño. Tres horas después de lo sucedido, comienza con hematemesis rojo intenso. Es traído al hospital por su hija que presencia lo sucedido.

Ningún antecedente personal previo, sin patologías ni hábitos tóxicos.

Constantes registradas por el personal de enfermería:

- TA: 85/45.
- FC: 120 l.p.m.
- Sat O₂: 94 %.
- T^a: 35 °C.

Presenta sintomatología asociada de dolor abdominal agudo, refiere mucho frío y estado de nerviosismo y ansiedad, junto con piel y mucosas pálidas.

Los diagnósticos de enfermería que asociamos a su estado de salud son:

- Dolor agudo r/c proceso agudo digestivo m/p verbalización directa del paciente.
- Ansiedad r/c estado de alarma m/p agitación.
- Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para comer.
- Termorregulación ineficaz r/c perfusión tisular deficiente m/p temperatura baja.

A continuación desarrollamos los Objetivos propuestos (NOC), con las Intervenciones (NIC) y actividades a realizar para tratar cada diagnóstico anteriormente formulado a cada problema de salud.

- Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para comer.

NOC Estado nutricional (1004).

NIC Manejo de la nutrición (1100).

- Actividades:

Fomentar la ingesta adecuada a las necesidades del paciente.

Preguntar y aplicar en la alimentación las preferencias alimentarias del paciente.

Proporcionar alimentos ricos en nutrientes y calorías.

Proporcionar un ambiente tranquilo y de confianza durante las ingestas.

- Termorregulación ineficaz r/c perfusión tisular deficiente m/p temperatura baja.

NOC Termorregulación (0800).

NIC Regulación de la temperatura (3900).

- Actividades:

Comprobar la temperatura periódicamente.

Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades y aportar fuentes de calor.

Observar la coloración de la piel y vigilar signos de hipotermia.

- Dolor agudo r/c proceso agudo digestivo m/p verbalización directa del paciente.

NOC Control del dolor (1605).

NIC Administración de analgésicos (2210).

- Actividades:

Seleccionar el tipo de analgésico y vía de administración más efectiva para el tipo y localización del dolor.

Observar que no ocurre ninguna reacción adversa medicamentosa.

Valorar la efectividad del medicamento administrado.

Proporcionar medidas de confort y un ambiente tranquilo para el paciente.

- Ansiedad r/c estado de alarma m/p agitación.

NOC Control de la ansiedad (1402).

NIC Disminución de la ansiedad (5820).

- Actividades:

Realizar escucha activa.

Trasmitir confianza y seguridad al paciente.

Animar a que el paciente se exprese y pueda verbalizar sus miedos y temores.

Explicar todos los procedimientos médicos que se le van a realizar al paciente e informar de las sensaciones que puede experimentar.

4 Discusión-Conclusión

El paciente recibió la atención enfermera propuesta, cumpliendo así los objetivos propuestos junto a las intervenciones realizadas por las actividades descritas.

El paciente tuvo un control del dolor adecuado, gracias a las medidas de confort y analgesia administrada previamente prescrita.

La temperatura y el control de la termorregulación corporal fue conseguida exitosamente tras el aporte de calor y la observación de síntomas que evolucionaron favorablemente.

El nivel de ansiedad que sufría en paciente al inicio, fue disminuyendo progresivamente al encontrarse en un ambiente de control y manejo de la situación y el aporte de comprensión y atención por el personal de enfermería.

Con respecto al nivel nutricional, al tratarse de un servicio de Urgencias, en el que se necesita estar en ayunas para la realización de pruebas diagnósticas complementarias, y a la espera de la evolución de dicha enfermedad digestiva incompatible con la ingesta de alimentos vía oral en ese momento, no pudieron realizarse dichas actividades. Sin embargo, dichas intervenciones podrían realizarse posteriormente durante el ingreso hospitalario del paciente que se realizó tras las pruebas diagnósticas complementarias.

5 Bibliografía

1. Nanda international. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España; 2013.
2. McCloskey Dochterman, J, & Bulechek, G.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2005.
3. Moorhead, S., & Johnson, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier España; 2009.

Capítulo 22

USO DE LA VÍA INTRANASAL EN URGENCIAS

ALMUDENA MORENO SOBRINO

MARTA LOPEZ MAESTRO

JESUS FRANCISCO SANCHEZ-VALDEPEÑAS SANCHEZ-MANTERO

1 Introducción

El uso de la vía intranasal es una alternativa rápida y cómoda para la administración de fármacos en casos de urgencia. Esta administración por vía intranasal se basa en la penetración a través de la mucosa nasal, ya que esta se encuentra recubierta por una extensa red vascular y permite el paso del medicamento de manera rápida a la circulación sistémica. Aunque existen situaciones en las que esta vía está contraindicada ya que debido a diferentes factores como puede ser la presencia de moco, patologías intranasales, cirugías..., ya que la absorción está comprometida.

Esta vía es muy utilizada en los servicios de urgencias pediátricos ya que es frecuente que en situaciones como son la sedación, analgesia, convulsión..., se necesite administrar de manera muy precoz el fármaco. Como bien sabemos, la vía de elección es la vía intravenosa ya que con ella conseguimos una estabilización rápida del paciente, aunque en muchas ocasiones, los accesos venosos son de difícil canalización y esto puede suponer una tardanza en la administración del fármaco. Por ello, se debe poner en conocimiento de todos los profesionales sanitarios la alternativa que existe con el uso de la vía intranasal usando un dispos-

itivo llamado atomizador nasal, cuyo objetivo es una óptima y mejor absorción del fármaco ya que pulveriza las partículas para una fácil absorción en la mucosa, lo que conlleva una disminución del tiempo de absorción, comparándose con la intramuscular. Por la importancia que tiene en determinadas situaciones de urgencia es beneficioso conocer su manejo e indicaciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer el uso y manejo de la vía intranasal en los Servicios de Urgencias.

Objetivos secundarios.

- Exponer las ventajas que supone el uso de la vía intranasal.
- Describir las contraindicaciones de su uso.
- Indicar qué fármacos son los más usados para la vía intranasal en casos de urgencia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Académico, Scielo, Pubmed y Medline. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados sobre la utilización de la vía intranasal a través de atomizadores en los Servicios de Urgencias tanto hospitalarias como en Atención Primaria. También se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: “vía intranasal”, “urgencias”, “emergencias”, “administración”.

4 Resultados

En los servicios de urgencias lo ideal es tener acceso a una vía periférica para la estabilización rápida de los pacientes, sin embargo, hay ocasiones en las que canalizar un acceso venoso no es fácil y hace que se retrase el tiempo de administración de fármacos. Por tanto, como alternativa más rápida tenemos la vía intranasal en situaciones que se necesite de la administración precoz de la medicación. Como hemos mencionado anteriormente. La vía intranasal debido a su extensa red vascular, la convierte en una buena alternativa a la vía venosa, ya que transporta la medicación a la circulación sistemática de manera rápida, evitando por tanto la limitación de la absorción por efecto del metabolismo.

Los fármacos pueden ser administrados en la cavidad nasal por cuentagotas, jeringas o por atomizadores. Estos últimos son el método más eficaz ya que cuenta con muchos beneficios con respecto de otros tipos de administración de medicación por esta vía debido a que existe menor pérdida de fármaco por orofaringe y es mejor toleradas en los pacientes, concretamente en niños. Sin embargo, el mal uso de ello, por desconocimiento de su técnica por parte de los profesionales sanitarios, podría reducir la eficacia del tratamiento administrado.

Debido a que su técnica es muy sencilla y no requiere ser estéril, por lo que la hace ser una técnica rápida. Esta técnica es muy utilizada en casos de urgencias pediátricas debido a que los niños toleran muy bien la vía intranasal.

Los fármacos de uso principal para la vía intranasal en urgencias son:

- Fentanilo, ketamina y morfina como fármacos analgésicos.
- Midazolam, ketamina como medicación sedante o anticonvulsionante. El midazolam es muy utilizado antes de la realización de alguna técnica invasiva en niños, de esta manera conseguimos que el niño se relaje. Debemos monitorizar la saturación de oxígeno del paciente ya que uno de los efectos adversos de este es la depresión respiratoria.
- Midazolam y diazepam en crisis convulsivas activas.
- Haloperidol, en crisis psicóticas o en agitados.
- Glucagón, utilizado en hipoglucemias graves.
- Naloxona, para intoxicaciones por opiáceos. Por esta vía intranasal la efectividad es limitada debido a que requiere unas dosis muy elevadas para conseguir dosis terapéuticas.

El procedimiento es sencillo, pero necesita de unas nociones básicas por parte de los profesionales sanitarios que van a realizar la técnica. Debemos preparar al paciente y explicarle el procedimiento. En niños de menor edad será conveniente llevar al niño a una sala de procedimientos decorada con colores agradables, crear un ambiente tranquilo e intentar distraerlo con el objeto de disminuir la ansiedad si el proceso clínico lo permite. Debemos valorar la cavidad nasal, para que esté limpia y no existan alteraciones. Se preparará el material necesario (guantes no estériles, jeringas o atomizadores, pulsioxímetro si el fármaco provoca depresión respiratoria) y se colocará en un lugar limpio y accesible.

La posición del paciente será tumbado o sentado con el cuello en ligera hiperextensión. Una vez con la higiene de manos correcta pediremos al paciente que respire por la boca mientras dure la administración del fármaco. Debemos repartir el fármaco a la mitad para cada fosa nasal, dejando el atomizador en cada

fosa nasal entre 5-10 segundos para evitar fugas del mismo. En el caso que se requiera la repetición de dosis, debemos esperar entre 5-15 minutos para permitir una buena absorción. Hay que tener en cuenta que la dosis ideal es de 0,5 ml en adultos y 0,2-0,3 ml por fosa en niños. Se registra el procedimiento y vigilemos posibles efectos adversos.

Si se necesita repetir dosis a lo largo del procedimiento, utilizaremos el mismo atomizador para el mismo paciente.

Como contraindicación nos podemos encontrar con alergias o sensibilidad al fármaco que se quiere administrar, epistaxis, obstrucción nasal, uso reciente de sustancias como es la cocaína por ser vasoconstrictor nasal y disminuye la absorción de los fármacos O situaciones que varíen la perfusión de la mucosa nasal como rinoplastias, malformaciones, etc.

5 Discusión-Conclusión

La administración de fármacos por vía intranasal, basándonos en la evidencia científica, es un método seguro y eficaz y de fácil administración, que es bien tolerado, siendo una vía alternativa a la vía venosa o intramuscular. Además de su rápida acción y mejor recuperación frente a la vía oral. Además, optimiza la capacidad de absorción y minimiza la probabilidad de saturación de la mucosa y por tanto que el fármaco se pierda a través de la orofaringe. Por tanto, minimiza la llegada del medicamento a los pulmones.

Sin embargo, puede provocar sensación de prurito y de quemazón, además de irritación de la fosa nasal al ser administrado el fármaco, aunque con el uso del atomizador este inconveniente se reduce. También requiere de la integridad total de la mucosa nasal.

6 Bibliografía

1. Ansorena Iglesias, S., González Cella, E., & Merino Verbo, N. Administración de midazolam intranasal con atomizador en las urgencias pediátricas. Conocimiento enfermero. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Revisado o, 14.
2. Montañés, P. M., Espínola, R. Á. P., Hernando, E. A., Ríos, C. G., Cobos, A. I. L., & Vidal, M. C. L. (2022). Uso de la vía intranasal ante el dolor en los servicios de urgencias pediátricas. Revista Sanitaria de Investigación, 3(3), 5.

3. González, A. P. (2022). Administración de fármacos por vía intranasal. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 1º Edición, 2022, 1.
4. Mínguez Navarro MC, Alonso Salas MT, et al.; Manejo del dolor y procedimientos de sedoanalgesia en urgencias pediátricas; Sociedad Española de Urgencias Pediátricas; Madrid (2018); ISBN: 978-84-17194-29-1.

Capítulo 23

MANEJO DE LAS CRISIS ASMÁTICAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

MARTA LOPEZ MAESTRO

JESUS FRANCISCO SANCHEZ-VALDEPEÑAS SANCHEZ-
MANTERO

ALMUDENA MORENO SOBRINO

1 Introducción

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. Se calcula que alrededor de 300 millones de personas en el mundo se ven afectadas por dicha enfermedad, siendo el 10% niños.

Se considera crisis asmática al episodio agudo o subagudo de empeoramiento de la dificultad respiratoria. Este empeoramiento es debido principalmente a la broncoconstricción producida por la exposición a factores desencadenantes, además del edema que se produce en las mucosas y al aumento de secreciones.

Se han identificado múltiples factores de riesgo para el desarrollo de crisis asmática, tales como edad, raza, obesidad, exposición al humo de tabaco y bajo nivel socioeconómico, lo que conlleva un acceso limitado a los servicios de atención sanitaria.

Las consultas al servicio de urgencias por crisis asmáticas son aproximadamente de un 5%. Los niños hospitalizados por asma tienen un mayor riesgo de ingreso, incluso llegando a precisar ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos

Pediátricos, por el mismo motivo durante el primer año después del diagnóstico, con tasas que varían entre 15 y 30 %.

Para el manejo adecuado en los servicios de urgencias pediátricas se debe realizar una correcta evaluación de la gravedad. Para ello es preciso combinar aspectos clínicos mediante escalas de valoración, toma de constantes y una correcta exploración clínica.

El tratamiento se fundamenta en la remisión rápida del broncoespasmo usando broncodilatadores inhalados o en nebulización, el control de la inflamación usando corticoides sistémicos y la administración de oxígeno en los casos de trabajo respiratorio intenso y/o hipoxemia mantenida.

Pieza fundamental del manejo de futuras crisis asmáticas es la educación que reciben los padres de estos niños, en las cuales se les debe explicar la naturaleza de la enfermedad, la importancia del tratamiento de mantenimiento, como usar de manera correcta el inhalador o aprender a controlar los factores ambientales que desencadenan las crisis.

Para conseguir una disminución de la morbilidad y mejorar así la calidad de vida de los niños asmáticos es necesario complementarla con planes de cuidados individualizados y revisiones periódicas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las características y prevalencia de la enfermedad asmática.

Objetivos secundarios:

- Saber identificar una crisis asmática conociendo sus signos y síntomas.
- Identificar que tratamientos son los más eficaces según la gravedad de la crisis asmática.
- Determinar unos protocolos de actuación en los servicios de urgencias pediátricas.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Google académico y Scielo.

Se revisaron artículos bibliográficos que no tuvieran una antigüedad superior a 10 años. Se utilizaron artículos tanto en español como en inglés.

Como palabras claves a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica se usaron las siguientes: Asma, pediatría, pediatrics, urgencias, emergencias, severidad, tratamiento, crisis asmática.

Se usaron los operadores booleanos AND, NEAR y OR.

4 Resultados

El asma se define como una enfermedad inflamatoria de la vía aérea. Se caracteriza por una obstrucción variable y en la mayoría de los casos, reversible del flujo aéreo. Es considerada la enfermedad crónica más frecuente en la infancia.

Hay información que apunta a que, en la mayoría de los casos de asma, los síntomas se inician durante los primeros años de vida.

Muchos estudios se han centrado en la evolución de la enfermedad en la edad adulta en aquellos niños que fueron diagnosticados en una edad temprana, demostrando que la enfermedad cambia poco con el paso de los años, por lo que los niños que presentaron asma más grave en la etapa escolar desarrollaran asma más grave en la edad adulta.

Aunque el asma puede presentarse de formas muy diversas, en la mayoría de los pacientes aparecen una serie de síntomas comunes, como son tos, sibilancias, opresión torácica y disnea. Estos síntomas no son exclusivos de esta enfermedad, por lo que puede ocurrir que muchos pacientes permanezcan sin diagnosticar o, por el contrario, dada la frecuente aparición de tos y/o sibilancias en niños menores de 3 años, se suele recurrir a este diagnóstico de asma, suponiendo un error de diagnóstico, en este grupo de edad.

El diagnóstico del asma se consigue mediante un estudio de la exploración de la función pulmonar, algo relativamente sencillo en la población adulta, pero que genera dificultades cuando hablamos de niños, ya que la edad va a determinar el grado de colaboración. Este estudio de la función pulmonar consiste en una espirometría forzada y una prueba broncodilatadora (PBD).

Además del estudio de la función pulmonar, también hay que realizar una exploración física de estos pacientes, la cual se centrará en el aparato respiratorio además del área otorrinolaringológica y el aspecto de la piel. Los signos que orientan a la sospecha de asma son:

- Deformidad torácica (tórax en tonel).
- Auscultación de sibilancias.
- Secreción nasal acuosa.
- Cornetes nasales hipertróficos.
- Respiración bucal en defecto de la nasal.

- Eccemas en zonas de flexión, como el hueco poplíteo.

Puede ocurrir que la exploración de estos síntomas sea totalmente negativa, sobre todo en los periodos intercrisis, por lo que no debemos olvidar la importancia de la historia clínica y los resultados de los exámenes complementarios (Rx de tórax, fibrobroncoscopia, RX de senos, pruebas cutáneas, pruebas analíticas y gasométricas, estudio de alergología, prueba de la tuberculina...) para llevar a cabo el diagnóstico correcto. En los lactantes también se debe llevar a cabo el test del sudor siempre que presenten síntomas respiratorios crónicos.

Si nos centramos en el tratamiento del asma, la pauta a seguir dependerá de dos factores:

1. La edad del niño.

2. Si estamos ante el primer episodio o si ya presentó otros similares.

Los objetivos del tratamiento son:

- Revertir con rapidez la obstrucción de vía aérea.
- Corregir clínicamente la hipoxia producida por las alteraciones de la ventilación-perfusión.
- Restablecer la función pulmonar en el menor tiempo posible.
- Establecer un plan de manejo de crisis asmáticas a largo plazo.

Como primera medida dentro del tratamiento en las crisis asmáticas en niños nos centraremos en el oxígeno. Debemos conseguir una saturación de oxígeno por encima o igual a 90%.

Se puede administrar oxígeno a través de cánula nasal, mascarilla tipo Venturi y rara vez en los infantes se usa la cámara de Hood.

El segundo tratamiento que utilizaríamos sería los agonistas de los B₂ de acción rápida, siendo estos la piedra angular del tratamiento asmático. El más usado es el salbutamol. En niños, la dosis recomendada en el servicio de urgencias es de 2.5mg, sin pasar de 5mg por dosis. Se recomiendan tres tratamientos cada 20-30 minutos.

Estos se pueden administrar en forma nebulizada; en cuyo caso la dosis no debería pasar los 0.5mg/kg por hora. Se debe diluir en un mínimo de 4ml de solución salina al 0.9% o bien en forma inhalada, en cuyo caso la razón sería 0.15 mg/kg. Dependiendo de la edad y colaboración del niño se elegirá una opción u otra.

Otro broncodilatador que se pueden usar en crisis asmáticas en niños y que proporcionan buenos resultados es el bromuro de ipratropio, que se usa combinado con el salbutamol, cuando los agonistas de los B₂ no responden adecuadamente. Estudios han demostrado que, en niños, la terapia combinada de bromuro de ipratropio y salbutamol produce una disminución significativa en la obstrucción

de vía aérea y disminuye la estancia hospitalaria frente a los tratamientos de salbutamol solo.

La dosis de bromuro de ipratropio nebulizado recomendada es de 0.25mg (0.5ml) en niños con menos de 40kg de peso y de 0.5mg (1ml) en niños con mas de 40kg, cada 20 minutos. Se pueden administrar tres dosis. Si hablamos de tratamiento inhalado, la dosis recomendada es de 250 a 500 µg cada 20 minutos durante la primera hora. Posteriormente la dosis será igual pero espaciadas cada 4-6horas. La teofilina oral y la aminofilina intravenosa ha sido muy estudiada como tratamiento de las crisis asmáticas. Casi todos los estudios coinciden en que hay que tener precaución a la hora de usar estos fármacos por su estrecha relación entre dosis terapéutica y dosis tóxica.

Cuando hablamos de crisis de asma moderadas y graves, también debemos contar, dentro de nuestro tratamiento, con los glucocorticoides, ya que aceleran la resolución de la inflamación de mucosas.

La eficacia de los glucocorticoides orales e intravenosos es la misma, por lo que se suele recurrir a la vía oral como principal vía de administración, ya que es menos invasiva al hablar de escolares. La dosis recomendada de glucocorticoides es de 1mg/kg de peso al día durante 3-5días.

En la actualidad es indiscutible el papel de la educación sanitaria en el manejo de las enfermedades crónicas, dentro de las que forma parte el asma. El objetivo de esta educación sanitaria es lograr que el niño y su familia alcancen una calidad de vida “diana” o lo que es lo mismo, aquella que tendrían si el niño no tuviera asma.

Es labor de todos los profesionales que atiendan a niños con asma y a sus familias desarrollar intervenciones educativas, siempre de forma individualizada, adaptándose tanto al niño enfermo, como a su familia.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto a lo largo del estudio, el asma es una de las enfermedades más frecuentes en la infancia, momento en el cual comienzan a aparecer los primeros síntomas. Esto obliga a establecer unos protocolos de actuación en las unidades de urgencias con el fin de diagnosticar y tratar de manera precoz los episodios de asma y conseguir modificar el curso natural de la enfermedad.

El tratamiento de un paciente asmático no solo incluye la farmacología, que deberá usarse de manera individualizada, sino también intervenciones educativas. Muchos estudios demuestran que estas intervenciones, sumadas al tratamiento médico del asma mejoran la sintomatología de manera considerable.

6 Bibliografía

1. D.R. Lozano. Crisis asmáticas en urgencias pediátricas: Factores asociados a severidad. Universidad Nacional de Colombia Facultad de medicina, Departamento de pediatría Bogotá, Colombia 2019.
2. M.R. García-Luzardo, A.J. Aguilar-Fernández, N. Rodríguez-Calzines, S. Pavlovic-Nesic. Conocimientos acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencias. *Acta Pediatr Esp.* 2012; 70(5): 196-203.
3. J. Sirvent Gómez. Cómo y cuándo diagnosticar asma en niños. Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica. Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España. Diagnóstico y terapéutica del asma en la infancia. *An Pediatr, Monogr* 2004;2(1):48-55.
4. Y. Anzully. M.C. Ortega. A. P. Acevedo. Protocolo de manejo de la crisis asmática en niños en el servicio de urgencias del Hospital Universitario San Ignacio. *Universitas Médica*, vol. 49, núm. 2, abril-junio, 2008, pp. 187.
5. N. Paniagua. J.B. Fernández. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019.
6. C.A. Díaz. Educación sanitaria a padres y niños con asma. Programa de formación de asma infantil. Cap,4.

Capítulo 24

CETOACIDOSIS DIABÉTICA: CUIDADOS ENFERMEROS

MARIA E. AGUILAR RICO

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MIRIAM SORIA GIL

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación metabólica grave de la diabetes que puede poner en peligro la vida y ser causa de muerte, siendo más frecuente en pacientes con diabetes tipo 1 aunque también puede presentarse en la diabetes tipo 2. Vamos a encontrar una disminución total o relativa de insulina, la cual puede estar determinada por diferentes factores como el incumplimiento del tratamiento, trastornos con la alimentación, estrés, infecciones, etc.

La CAD se caracteriza por:

- Hiperglucemia: $>300\text{mg/dl}$.
- Acidosis metabólica.
- Cetonemia/cetonuria.

A esto se le conoce como triada metabólica y va a producir deshidratación con cambios electrolíticos y como complicación más grave de la acidosis metabólica, edema cerebral.

Los pacientes con CAD van a presentar síntomas como polidipsia (aumenta la sed), poliuria (aumenta la frecuencia de la micción) y pérdida de peso. Además, es frecuente encontrar otros síntomas como fatiga, náuseas, vómitos, dolor abdominal e incluso alteraciones del estado de conciencia.

Los signos que definen el estado de deshidratación son: frecuencia cardíaca elevada, sequedad de la piel y mucosas, hipotensión ortostática..., y como característicos de la acidosis metabólica encontramos una respiración tipo Kussmaul, aliento cetónico, somnolencia, letargo e incluso coma.

Por todo ello, es determinante realizar un diagnóstico temprano y así instaurar un adecuado tratamiento personalizado.

2 Objetivos

- Identificar los factores precipitantes y manifestaciones clínicas.
- Proceder al diagnóstico para poder realizar precozmente un tratamiento corrigiendo el déficit electrolítico y disminuyendo la insulina y así evitar complicaciones.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La cetoacidosis diabética es una afección grave que en muchas ocasiones va a requerir la hospitalización en las unidades de cuidados críticos. Una vez diagnosticada, para lo cual es imprescindible conocer la causa, el tratamiento consistirá en rectificar y mantener la volemia mediante la hidratación con el uso de suero salino al 0.9 % y al 0.45 %. Existe controversia en cuanto a la administración de bicarbonato si el pH es < de 6.9 ya que puede aumentar el riesgo de que se produzca edema cerebral. En cuanto a la administración de insulina como tratamiento, y dependiendo de la severidad del cuadro, se determinará la vía de administración (subcutánea y/o intravenosa); en los casos leves o moderados de CAD, la vía de elección es indistinta, mientras que en los casos severos de este cuadro, la vía de

administración siempre ha de ser intravenosa. Una vez corregida la situación de gravedad, la insulina se podrá administrar de forma subcutánea.

Para evitar una de las complicaciones que supone mayor mortalidad (sobre todo niños y adolescentes), el edema cerebral, se hace necesario una monitorización continua mediante controles séricos que determinen los valores de glucosa en sangre, ya que una disminución rápida de la glucemia así como una reposición hídrica demasiado alta favorecen la aparición de este cuadro clínico que puede poner en peligro la vida del paciente. A pesar de todo esto, el origen es incierto. Es importante conocer los signos y síntomas que nos pueden alertar sobre la aparición del edema:

- Dolor de cabeza.
- Bradicardia.
- Vómitos coercitivos.
- Alteraciones del estado neurológico: disminución del estado de conciencia (somonolencia, letargo...).
- Hipertensión arterial.
- Baja concentración de oxígeno.
- En casos extremadamente graves podríamos llegar a observar convulsiones e incluso parada cardiorespiratoria.

Un diagnóstico y tratamiento precoz, ayudarían a reducir la incidencia de la cetoacidosis diabética.

5 Discusión-Conclusión

La cetoacidosis diabética representa una de las mayores complicaciones de la diabetes, es una urgencia que pone en peligro la vida del paciente afectado y es causa de muerte prematura en la mayoría de los países. Por su alta complejidad compromete a la enfermería a centralizar las competencias necesarias para poder manejar a pacientes con esta afectación; es necesario conocer los signos y síntomas de la diabetes y sus complicaciones como la CAD, y así poder aplicar el proceso de cuidados de enfermería en todas sus etapas para garantizar unos cuidados asistenciales y restablecer la salud, así como, acercar a los pacientes diabéticos a los servicios de salud mejorando los recursos sanitarios.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 25

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN EXTRA HOSPITALARIA AL PACIENTE CRÍTICO EN EL TRANSPORTE AÉREO

DESIREE MARTINEZ GARRIDO

INMACULADA TORRECILLAS SEGURA

MARÍA CORTES LÓPEZ NAVARRO

CARMEN FUENTES MORENO

DENISA BABA

1 Introducción

Hablamos de transporte aéreo o aeromédico de un paciente, cuando este es trasladado por vía aérea recibiendo una atención sanitaria permanente y continua durante el desplazamiento desde su sitio de origen hasta el centro donde recibirá el tratamiento definitivo.

El traslado aéreo del paciente tiene diferentes variantes, desde la evacuación, al traslado de un paciente estabilizado, al transporte de órganos y el traslado de pacientes crítico, siendo este último el que supone una mayor complejidad y despliegue de recursos.

El origen del transporte aéreo sanitario se remonta hasta 1870, cuando se comenzó a utilizar los globos como medio para evacuar a los soldados herido

en la ciudad sitiada de París durante la guerra franco-prusiana. Por otro lado, el uso de los helicópteros como medio de transporte para pacientes, tiene sus antecedentes más lejanos en la Segunda Guerra Mundial.

El objetivo final que persigue el transporte aéreo de pacientes críticos es llevar a la persona enferma a un centro de mayor nivel técnico en el que se les proporcione la atención sanitaria adecuada a las características de su situación.

El traslado en un medio de transporte aéreo, no es una situación anodina, sino que puede ocasionar una serie de alteraciones derivadas de la fuerza de la gravedad, los cambios en la altitud, en la temperatura, los ruidos, vibraciones, etc. Todo esto teniendo en cuenta que estamos hablando del transporte de personas en una situación de enfermedad, los riesgos aumentan exponencialmente.

El transporte médico aéreo se ha convertido en un complemento ideal para el transporte terrestre de pacientes y uno de los eslabones imprescindibles en la actuación sanitaria extra hospitalaria.

La utilización de los medios aéreos, está indicada gracias a ciertos factores como la distancia que separa al paciente del centro de atención requerida, la accesibilidad de los profesionales al lugar donde se encuentra la persona, la gravedad del paciente que se tiene que trasladar, etc.

Por otra parte, los medios aéreos para el traslado de pacientes también cuentan con una serie de problemas e inconvenientes que limitan su uso, algunos de los más relevantes son sus elevados costes y la necesidad de unas condiciones meteorológicas idóneas para llevarlos a cabo.

Existen diferentes tipos de transporte aéreo sanitario, por un lado, los aviones como medios presurizados que se suelen elegir para recorrer distancias muy largas, cuentan con ventajas como su gran autonomía y velocidad, pero sus inconvenientes son la necesidad de aterrizar en aeropuertos fijos y que su movilización supone un coste muy elevado. Y, por otro lado, los medios no presurizados, los helicópteros cuyas principales ventajas son el posible acceso a zonas complicadas, su rapidez, versatilidad y capacidad para maniobrar.

A su vez, se distinguen dos tipos de traslado aéreo de pacientes, el transporte primario que consiste en la movilización del paciente desde el sitio de la emergencia hasta un centro de asistencia sanitaria. Y el transporte secundario, movilización de pacientes entre diferentes centros hospitalarios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las características del transporte aéreo de pacientes críticos.

Objetivos secundarios:

- Exponer la fisiopatología del traslado aéreo extra hospitalario de pacientes.
- Analizar las repercusiones del transporte aéreo para el paciente trasladado por este método.

3 Metodología

Para la realización actual trabajo y con el objetivo de cumplir con los objetivos previamente planteados, se ha realizado una búsqueda y, posterior revisión bibliográfica de la literatura científica disponible en la actualidad.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de una revisión sistemática de diferentes libros y artículos científicos publicados en las diferentes bases de datos disponibles, entre ellas las que más se han utilizado para este trabajo han sido: Google Académico, Scielo o Dialnet.

La búsqueda ha sido acotada y centrada en el tema que ocupa este trabajo, para ello se han utilizado una serie de palabras clave que faciliten la búsqueda de bibliografía, algunas de las utilizadas son, “transporte aéreo”, “paciente crítico”, “complicaciones” o “fisiología”.

Además de acotar la búsqueda según el contenido de las publicaciones seleccionadas, también se hace una criba de la bibliografía por las fechas de su publicación, marcando aquellos que tiene fechas próximas, desde los últimos 5 y 8 años hasta la actualidad.

Tras revisar la bibliografía encontrada, se han seleccionado las publicaciones que más se ajustan a los objetivos planteados para la realización del trabajo.

4 Resultados

En el transporte aéreo de pacientes pueden ocurrir múltiples efectos adversos derivados del propio medio de transporte, pero cobran especial importancia aquellos derivados de la disminución de la presión atmosférica. Si la aparición de estos efectos es importante para cualquier tipo de pacientes, si hablamos de un paciente en situación crítica, la relevancia de los efectos aumenta exponencialmente.

Las consecuencias que pueden derivar de la altitud, son otras situaciones de especial importancia en el transporte aéreo de pacientes críticos, ya que las variaciones en la concentración de oxígeno y la expansión de los gases tiene grandes repercusiones a nivel fisiológico del paciente.

Una vez se ha iniciado el vuelo y la presión atmosférica ha disminuido, la presión parcial de oxígeno en el aire ambiente también sufre una disminución, lo

que supone una baja de la presión de oxígeno en los alveolos y por tanto menor cantidad de oxígeno transportado por la sangre a todo el organismo del paciente. En el caso de los helicópteros, aeronaves que no están presurizadas, para alcanzar una pO_2 óptima, la FiO_2 será en torno al 26%, mientras que, en los aviones, al estar presurizados las necesidades de oxígeno son similares a las necesarias a nivel del mar. Estos cambios que en condiciones de normalidad no deben suponer problema para la persona, cuando hablamos de un paciente en situación crítica, la pequeña hipoxia que se genera con el vuelo, puede agravar su delicada situación. De la misma forma que ocurrirá con el aumento de la hiperventilación o el aumento del gasto cardiaco. Por todo ello, en los pacientes que vayan a ser trasladados vía aérea, se debe garantizar un suplemento de oxígeno imprescindible para asegurar la concentración de oxígeno requerida.

La disminución de la presión atmosférica y la altura, tienen repercusiones sobre los gases encerrados en las cavidades orgánicas del paciente, producen una expansión de los gases que puede provocar: un aumento del volumen de aire si existe un neumotórax que no se ha drenado, empeoramiento de los enfisemas subcutáneos o mediastínicos, aumento de la presión intracraneal en pacientes con patología neurológica, aumento de la presión interna de los ojos, rotura del tímpano, barosinusitis, isquemia distal en miembros inmovilizados con escayolas, distensión del tracto gastrointestinal, agravamiento de los íleos intestinales, dehiscencias de suturas quirúrgicas, hemorragias digestivas, etc.

Por otra parte, existen otra serie de efectos inherentes a los medios de transporte aéreos, teniendo en cuenta su gran importancia, cabe destacar que ninguno de ellos condiciona la indicación de un traslado aéreo del paciente. Algunos de estos efectos son, las aceleraciones y desaceleraciones, vibración, ruidos, etc.

Es destacable, la posible repercusión que pueden tener los traslados aéreos del paciente en la distribución del volumen sanguíneo debido a los cambios bruscos de velocidad. Para intentar minimizar estos cambios en el volumen, se recomienda poner al paciente en el eje longitudinal de la aeronave, en decúbito, con la cabeza hacia atrás y los pies mirando en el sentido de la marcha.

En cuanto al ruido propio de las aeronaves, puede ser un elemento molesto tanto para los pacientes conscientes como para el propio personal sanitario y tripulación, de tal forma que se deberá minimizar en todo lo posible, utilizando cascos adaptados y medidas de confort. En el caso concreto de los pacientes críticos, el hecho del ruido no tiene un papel muy levante, ya que no serán conscientes de ellos por sus características.

Lo que, si tendrá una especial importancia en el paciente crítico, son las vibraciones, ya que afectan a los equipos de monitorización y pueden influir en la ade-

cuada vigilancia de la situación del paciente. Estas vibraciones, tienen especial importancia para los manguitos de medición no invasiva de la tensión arterial, de tal forma que los pacientes críticos, que precisan de una medición continua de la tensión, tendrán que tener previamente canalizada una vía arterial para control invasivo de la presión durante el vuelo.

En cuanto a la temperatura, hay que tener en cuenta que a medida que aumenta la altitud, la temperatura va disminuyendo, de tal manera que, sobre todo los traslados que se prolongan en el tiempo, hay que tomar las medidas oportunas para evitar la hipotermia, hecho que cobra especial importancia en el caso de los pacientes críticos.

Lo mismo que ocurre con la temperatura pasa con la humedad, a medida que aumenta la altura, la humedad disminuye. Esto supone un problema para los pacientes que realizan viajes largos, ya que precisan de un control estrecho del balance hídrico, pero sin duda, donde juega un papel fundamental la humedad es en los pacientes críticos, ya que la disminución de la humedad aumenta el riesgo de crear un tapón mucoso que dificulte la ventilación. También es importante utilizar filtros que faciliten el intercambio de calor y humedad, lubricar los ojos de los pacientes con lágrimas artificiales, sobre todo en trayectos largos.

Por último, no hay que olvidar, algo tan cotidiano como el espacio reducido y limitado que hay que, en los medios aéreos, y sobre todo en los helicópteros, de tal forma que en los pacientes críticos o que se prevea que su situación puede empeorar en el vuelo, técnicas complejas como la intubación deben preverse y realizarlas antes de iniciar el viaje.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir en presente trabajo, es importante destacar la gran importancia que ha tenido el desarrollo del transporte aéreo para cualquier tipo de pacientes, y en especial para las personas en situación crítica, ya que, gracias a sus características como la velocidad, la accesibilidad a zonas complicadas, etc. han permitido que estos pacientes puedan tener una atención sanitaria adecuada en cualquier centro sanitario que se precise.

No hay que olvidar, que el transporte aéreo también tiene sus puntos negativos y que estos pueden suponer graves repercusiones en la estabilidad del paciente, por eso desde los profesionales sanitarios que se encarga de preparar y trasladar al paciente se deben tomar todas las precauciones posibles, adelantándose a las situaciones adversas y así conseguir que el trayecto ocurra sin efectos negativos para el paciente y su situación clínica.

En definitiva, a pesar de sus puntos negativos, el transporte aéreo en pacientes críticos es un avance importantísimo para su atención sanitaria y que ha permitido y permitirá tratar a los pacientes en las mejores circunstancias posibles.

6 Bibliografía

1. Beard Laura, Laz P, Tindal M. Efeitos fisiológicos na transferência de pacientes críticos. *Anaesthesia Tutorial of the week, Tutotial*. 2016; 6(30):1-8.
2. Eduardo Rajdl N. *Aerotransporte: aspectos básicos y clínicos*. Elsevier. 2011; 22(3):389-396.
3. González P, La Rosa G, Herve M, Suárez G, Wanner M, Leiva V, Henríquez M.A, San Martín J.C, Mora D. Recomendaciones para traslado aéreo de pacientes críticos infectocontagiosos (Covid-19). *Rev Chil Med Inten* 2021; 36(1): 25-37.
4. Páez Rojas P.L, D.M Tabares Restrepo, Vergara Crespo C. El transporte aéreo medicalizado como una garantía para el acceso a los servicios de salud en Colombia. *rev.ces derecho*. 2015;6(1):123-136.

Capítulo 26

PRÁCTICAS PARA DISMINUIR EL DOLOR EN LA VACUNACIÓN DE LOS LACTANTES EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

MARÍA VILLAVERDE GARCÍA

CLARA BARCENILLA FERNANDEZ

MARTA PORRAS GONZALEZ

BEATRIZ VIDAL GUTIERREZ

RAQUEL LOZANO CALATAYUD

1 Introducción

Las vacunas son productos biológicos que contienen uno o varios antígenos que se administran con el objetivo de producir un estímulo inmunitario específico. Simulan la infección natural, generando una respuesta inmunitaria específica en el sujeto, con el fin de protegerlo en ulteriores exposiciones al microorganismo (con el menor riesgo posible para el individuo). La vacunación es una de las medidas de salud pública con mayor impacto sobre la mortalidad y la morbilidad de la población. La vacunación proporciona amplios beneficios y debe realizarse a lo largo de toda la vida

El lactante es el niño que se alimenta fundamentalmente de leche. Comprende la edad que va desde el nacimiento a los 12 meses.

La vacunación es el procedimiento doloroso que se realiza con más frecuencia en los lactantes sanos. El desconocimiento de técnicas adecuadas para mitigar el dolor durante el acto de la vacunación puede suponer que provoquemos más sufrimiento en los niños innecesariamente y además que tengan más miedo a las agujas y al centro sanitario. Disminuir el dolor en el acto vacunal, debería ser un objetivo de la enfermera de pediatría para mejorar la experiencia del niño y reducir la ansiedad de los padres y la misma profesional ante la vacunación.

2 Objetivos

Conocer las técnicas que se consideran más efectivas para disminuir el dolor en el acto vacunal en el lactante para poder aplicarlas en la consulta de enfermería pediátrica.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en la que se analizan diferentes métodos aplicados para disminuir el dolor en la vacunación del lactante.

Se realiza una búsqueda en bases de datos relevantes en investigación biomédica: PubMed y el motor de búsqueda Google académico y Scielo, a través de términos MeSH: vacunación, dolor, lactante.

Sin acotar en el tiempo, se obtienen 903 publicaciones, pero finalmente se escogen 8 de Google académico, 1 de PubMed y 1 de Scielo, por ajustarse a la temática de estudio y con ellas se llega a las mismas conclusiones.

4 Resultados

Según el Comité Asesor de Vacunas(CAV) (3) la técnica más efectiva para mitigar el dolor en la vacunación del lactante es la “Tetanalgesia” (4), que consiste en aprovechar la sensación de seguridad y alivio que supone el amamantamiento antes, durante y después de las inyecciones vacunal. Es un sistema cómodo y económico, que combina la succión, la ingesta de una sustancia dulce, la distracción y el abrazo y la presencia de algunas sustancias con propiedades analgésicas, contenidas en la propia leche materna. El beneficio se considera mayor, según el CAV, cuando menor es la edad del niño, pero siempre es una opción útil y segura. La administración de líquidos dulces es una práctica habitual en las unidades de neonatología cuando se quiere aliviar el dolor de los recién nacidos sometidos a

procedimientos dolorosos, se recomienda disolver un sobre de azúcar en un vaso con unos dos dedos de agua (sacarosa al 25 %) y administrar aproximadamente 2 ml, poco a poco, con una jeringa o cuentagotas, en la boca del bebé, unos 2 minutos antes de la inyección, esta técnica es más difícil de llevar a cabo en la consulta de pediatría por la limitación del tiempo de atención hay que tener en cuenta también el peligro de atragantamiento, aunque se podría ofrecer a los niños que no reciben lactancia materna como opción. El contacto piel con piel, con la madre o padre, también ha demostrado su eficacia para el alivio del dolor en los procedimientos dolorosos, especialmente en recién nacidos. En los lactantes, el abrazo es la posición más recomendable a la hora de vacunarlos. Los anestésicos locales, aplicados en forma de crema, también pueden ayudar a aliviar el dolor de la vacunación. Algunos productos pueden aplicarse incluso en niños de corta edad. Debe ponerse la crema 1 hora antes en la zona donde esté prevista la inyección, la crema se retira antes de la aplicación de la vacuna. Los lactantes, especialmente los de más edad, pueden también sentir cierto alivio de las molestias de la vacunación cuando se les distrae con imágenes, sonidos y canciones, etc. Burbano Alvarado, refiere en su trabajo de investigación que, con la tetanalgesia, los niños, se encuentran más tranquilos, con menos tiempo de llanto, y con menos signos de dolor en el proceso de vacunación. Tanto las madres, como el profesional de enfermería, en su mayoría, reconocen la importancia y los beneficios que la tetanalgesia aporta en el proceso de vacunación. Velazco Chaupis, en su trabajo, también señala que la lactancia materna es efectiva para disminuir el dolor en la vacunación en niños, por su bajo costo, favorece el vínculo entre madre e hijo; en comparación con el analgésico tópico el cual para que pueda ser efectivo requiere un tiempo para que sea absorbido además de que es posible que en algunos casos no se tenga acceso al medicamento. En el trabajo original de Nieto García et al., se concluye que, en los niños nacidos a término, con peso adecuado a su edad gestacional, el amamantamiento disminuye el dolor cuando se administran 1 y 2 vacunas, pero cuando se administran 3 vacunas, la disminución es menor. La administración de SG50 (suero glucosado al 50%) no tiene efecto analgésico adicional respecto a la vacunación de los niños en brazos de sus padres con SNN (succión no nutritiva). El amamantamiento durante la vacunación no tiene ningún efecto secundario. Según Sisniegas Torres se debe considerar la administración de las vacunas siguiendo un determinado orden, pues el orden de administración influye en la respuesta dolorosa del lactante, se recomienda administrar primero la vacuna oral contra el rotavirus, esperar 1 a 2 minutos y colocar las vacunas inyectables en el siguiente orden: en primer lugar, la vacuna inyectable contra la poliomielitis, luego la vacuna antineumocócica y finalmente la vacuna pentava-

lente si están indicadas.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna es el método más práctico, rápido, económico, seguro y efectivo para reducir el dolor en el acto vacunal del lactante en la consulta de enfermería pediátrica, con la tetanalgesia, los niños, se encuentran más tranquilos, con menos tiempo de llanto, y con menos signos de dolor en el proceso de vacunación. Combina la analgesia de los analgésicos tópicos, la seguridad del abrazo y el contacto con la madre, la distracción, el dulzor, y todo lo que contienen otros métodos por separado. Otras técnicas efectivas y que pueden ofrecerse a los niños no amamantados, son: la succión no nutritiva, la vibración, y el orden en la aplicación de las vacunas cuando es más de una. Resulta de interés valorar la aplicación de estas técnicas, en la medida de lo posible, para disminuir el estrés del lactante y de los profesionales en la consulta de pediatría en el momento de la vacunación.

6 Bibliografía

1. Almarza AL, Martínez BM. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Alimentación del lactante sano. [Online] Acceso 17 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf.
2. Comité asesor de vacunas. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:317-27. [Online]; 2015. Acceso 17 de septiembre de 2020. Disponible en: http://archivos.pap.es/files/1116-2032-pdf/RPAP_1098_Alivio_dolor_vacunar.pdf.
3. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. web EnFamilia de la Asociación Española de Pediatría. [Online]; 2020. Acceso 17 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://vacunasaep.org/familias/alivio-del-dolor-al-vacunar>.
4. Moína MM. En familia. Asociación Española de Pediatría. [Online]; 2013. Acceso 19 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edadesetapas/tetanalgesia>.
5. Burbano Alvarado KI. Percepción de las madres y los profesionales de enfermería respecto a la aplicación de la tetanalgesia en lactantes durante el proceso de vacunación en el CS tipo B San Buenaventura. [Online]; 2020. Acceso 17 de septiembre de 2020. Disponible en: https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/31104/1/_Percepci%c3%b3n%20de%20las%20madres%20y%20de%20los%2

6. Velazco Chaupis IE. Eficacia de la lactancia materna en comparación con los analgésicos locales para disminuir el dolor en la vacunación en niños. [Online]; 2019. Acceso 17 de septiembre de 2020. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3636/T061_08534625_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
7. Nieto A, Berbel O, Monleón J, Alberola-Rubio J, López ME, Picó L. Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses tras la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación. [Online]; 2018. Acceso 19 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318303679?via%3Dihub>.
8. Torres LZS. Revisión crítica: evidencias en la administración de las vacunas siguiendo un orden específico, sobre la respuesta al dolor de los lactantes de 2 a 11 meses. [Online]; 2018. Acceso 20 de septiembre de 2020. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500>.

Capítulo 27

ABORDAJE Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA EPIDERMOLISIS BULLOSA HEREDITARIA

MARÍA VILLAVERDE GARCÍA

CLARA BARCENILLA FERNANDEZ

MARTA PORRAS GONZALEZ

BEATRIZ VIDAL GUTIERREZ

RAQUEL LOZANO CALATAYUD

1 Introducción

Descripción de la epidermólisis bullosa.

La epidermólisis bullosa o ampollosa (EB) hereditaria es una dermatosis de causa genética de escasa prevalencia, transmitida de forma recesiva o autosómica dominante. Es causada por la alteración de las proteínas en la unión epidermodérmica, causando una división de la dermis con la epidermis, lo que da lugar a la aparición y formación de erosiones en piel y mucosas y ampollas. También suelen aparecer heridas internas, provocando un cierre en el esófago lo que provoca pérdida de peso al no poder digerir alimentos, pero el problema de esófago, estómago y heridas internas, generalmente ocurre en la epidermólisis bullosa distrófica recesiva. La incidencia de esta enfermedad y de todos sus tipos se estima en 15-19 nacidos afectados por cada millón de nacidos. En cuanto a la prevalencia, se estima

que afecta a 10 personas por cada millón de habitantes. En España se estima que viven unas 1.000 personas con la enfermedad de las cuales están actualmente registradas en la asociación de EB de España (DEBRA) 254 afectadas. Los centros que encontramos de referencia en nuestro país se encuentran en Madrid (Hospital Universitario La Paz) y en Barcelona (Hospital Sant Joan de Déu).

Se distinguen tres tipos de epidermólisis bullosa, según el nivel de formación de ampollas:

- EB epidermolíticas o simples (EBS): la ampolla se localiza en las células de la capa basal, a nivel intraepidérmico.
- EB de la unión o junturales (EBJ): la ampolla se localiza en la membrana basal.
- EB dermolíticas o distróficas (EBD): la ampolla se localiza en las fibrillas de anclaje, por debajo de la membrana basal.

Dependiendo del grado de afectación de la mucosa oral y esofágica, aparecerán anomalías tales como alteraciones nutricionales, que pueden derivar en problemas de peso y retraso del crecimiento. Estas complicaciones pueden llevar a la muerte en casos severos dependiendo de la gravedad de los problemas nutricionales e infecciosos que causan las lesiones. Es por esto que el tratamiento y seguimiento de esta enfermedad, debe llevarlo a cabo un equipo multidisciplinar, donde enfermería juega un papel muy importante.

Etiopatogenia:

- La Epidermólisis Bullosa Simple (EBS) es causada por la alteración en la codificación de moléculas de queratina 5 y 14, lo que provoca anomalías en las células de la capa basal de la epidermis.
- La Epidermólisis Bullosa Juntural (EBJ) es causada por mutaciones que alteran uno de los 3 genes encargados de codificar la proteína laminina. También se han observado mutaciones en otros componentes de la lámina lúcida, como la integrina $\alpha 6\beta 4$ o el colágeno.
- La Epidermólisis Bullosa Distrófica (EBD) es causada por defectos en el gen encargado de la codificación del colágeno VII, que forma los haces de fibrillas de anclaje que conectan la dermis a la membrana basal. Dependiendo del tipo de mutación producida y su localización en la cadena de colágeno, las fibrillas de anclaje pueden estar defectuosas, ausentes o disminuidas en cantidad y/o calidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir, a partir del análisis de la literatura reciente, la enfermedad conocida como Epidermólisis Bullosa Hereditaria.

Objetivos secundarios:

- Ampliar los conocimientos acerca del abordaje y cuidados de enfermería de las lesiones derivadas de la enfermedad.
- Poner a día las medidas de prevención y educación para el cuidador principal y personal sanitario.

3 Metodología

Este trabajo se fundamenta en una revisión bibliográfica sobre la Epidermólisis Bullosa Hereditaria y el abordaje y cuidados de enfermería ante las lesiones derivadas de la enfermedad. Para ello, se han consultado bases de datos como: Pubmed, Scielo, Medline, así como de la página oficial de la Asociación Española de Epidermólisis Bullosa (DEBRA).

4 Resultados

Abordaje y cuidados de enfermería:

El papel de enfermería es muy importante a la hora de realizar los cuidados en la piel con o sin lesiones de las personas que sufren esta enfermedad, así como en la prevención de las mismas y la educación de los cuidadores principales a la hora de realizar los cuidados del día a día en el domicilio. Para mejorar este conocimiento, exponemos los cuidados básicos a seguir.

Cuidados de la piel sin lesiones:

La piel sin lesiones se debe mantener en la medida de lo posible a una temperatura uniforme, evitando cambios bruscos, ya que estos cambios pueden originar el inicio de la aparición de ampollas.

Es muy importante preservar la integridad de la piel y mucosas por lo que en la práctica, se prohíbe la utilización de sondas rectales y enemas, por el alto riesgo de provocar lesiones en las mismas. Otra medida a tener en cuenta en estos casos, son los elementos adhesivos, que están contraindicados por las lesiones que pueden provocar en su retirada.

En el día a día, la hidratación de la piel juega un papel primordial para restaurar la humedad. También se usarán productos fotoprotectores en zonas epitelizadas debido al alto grado de sensibilización que tienen los afectados a la exposición

solar, por lo que estas se deben cubrir durante al menos un año después de su curación.

Cuidados de la piel con lesiones:

La infección bacteriana de las ampollas producidas por dicha enfermedad es la principal complicación de las personas afectadas. Estas lesiones constituyen un gran cultivo de microorganismos, por lo que pueden acabar provocando grandes infecciones que dan lugar a graves complicaciones, como por ejemplo, la septicemia.

En cuanto a la cura, en primer lugar usamos suero fisiológico para limpiar el lecho de la herida y posteriormente se aplican apósitos antibacterianos no adhesivos, para evitar la infección y que estos puedan afectar al borde perilesional durante su retirada o cambio de apósito. Es aconsejable el uso de analgésicos media hora antes de realizar la cura para evitar el dolor y así el movimiento del paciente durante la misma.

En el caso de la formación de ampollas, es imprescindible, drenarlas y dejar la parte superior intacta para proteger su lecho. Después, se taparán con gasas impregnadas con vaselina u otro material que tenga ácidos grasos que favorezcan su cicatrización. En hiperhidrosis, se aplicarán sales de aluminio, anticolinérgicos o toxina botulínica. En estos pacientes es muy común la formación de costras y es muy importante que estas se retiren con material quirúrgico y de forma estéril, para evitar la sobreinfección.

Estos pacientes también presentan frecuentemente lesiones en la cavidad oral, lo cual provoca desde aparición de caries, a complicaciones más graves como es la unión de la mucosa labial con la mucosa del fondo de la boca, lo que puede ocasionar serios problemas nutricionales. Por tanto, será importante el cepillado dental con dentífricos y colutorios aplicados 3 veces al día, utilizar cepillos de cabezal pequeño y cerdas suaves, control químico trimestral de la placa bacteriana y limpieza semestral de la boca.

Otro elemento importante en el cuidado de la piel, es la determinación del inicio o no de antibioterapia. Para ello, si se requiere, se tomará un cultivo con antibiograma para la toma de esta decisión.

Por último cabe destacar, que la cura de las lesiones debe realizarse siguiendo un orden; primero, aquellas que no muestran signos de infección y finalizando con las infectadas.

Medidas educacionales y de prevención

Estas medidas están dirigidas principalmente a quien se ocupa del cuidado de los recién nacidos y niños afectados de Epidermólisis Bullosa Hereditaria.

- Prevención de las lesiones cutáneas:

Debido a la enorme fragilidad de la piel, sensible a la mínima fricción o presión, con la consiguiente formación de la ampolla, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- No aplicar ningún producto adhesivo sobre la piel. Por ej.: Esparadrapo, tiritas, electrodos, apósitos adhesivos, etc.
- Se deben fijar las vías endovenosas con esparadrapo de silicona o bien con venda cohesiva y gasas por encima para evitar la presión en la piel.
- Si fuera necesario realizar presión sobre algún punto, previamente se deberá poner vaselina.
- Coger al paciente siempre con las manos abiertas e intentar evitar la fricción o presión.
- Proteger el entorno en la medida de lo posible, protegiendo zonas de riesgo para evitar golpes innecesarios.
- Para dormir, el colchón puede ser de agua respaldado con espuma, de látex o de un material visco-elástico.
- Los pañales no deben apretar y se debe proteger la piel del roce con algodón o gasas.
- La ropa debe ser preferentemente de algodón, ya que es un material más transpirable y fácil de poner. Se evitarán las cremalleras, las gomas, las etiquetas y todo lo que pueda rozar la piel. Las costuras deberán colocarse del revés.
- Se protegerá la piel del sol y se vigilará la aparición de pecas o manchas.
- Se mantendrá la piel lo más hidratada posible.
- Problemas relacionados con la Alimentación

La nutrición se considera cada día más un pilar básico en el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, como la Epidermólisis Bullosa. El deterioro nutricional induce complicaciones como: retraso en la cicatrización, infecciones, debilidad, anemia, retraso en el crecimiento, osteoporosis/osteopenia, etc.

La enfermera ocupa un puesto importante en el día a día del paciente con EB y debe estar alerta para detectar complicaciones nutricionales asociadas. Entre las recomendaciones de enfermería podemos citar:

- Ejercicios diarios: apertura bucal, movilización del cuello y articulaciones.
- Beber abundante líquido y tomar suficiente fibra en la dieta.
- Dar consejos sobre cómo enriquecer las comidas y cambiar su textura.
- Valorar el estado físico general del paciente durante la cura. Importante llevar un registro de las heridas, proceso de cicatrización, cantidad de heridas con signos de infección, etc.
- En las personas con gastrostomía, se debe explicar los cuidados de la gastro: (técnica de alimentación, higiene antes y después del proceso, apósitos y cremas barrera recomendados), así como las posibles complicaciones que podrían surgir.

- En bebés es conveniente usar biberones especiales diseñados para niños con labio leporino o paladar hendido, como el biberón Haberman (Athrodax Healthcare International), ya que con la forma de este biberón, se reduce al mínimo los traumatismos en los bordes de la encía, y su válvula interna. También permite al cuidador principal controlar el flujo de alimento.

- Infección de las lesiones.

Se deben extremar las medidas asépticas durante la manipulación de las lesiones. Estos son algunos de los consejos:

- Como norma general, no se deben aplicar pomadas antibióticas en las lesiones, ya que los gérmenes pueden crear resistencia al tratamiento antibiótico.

- Las heridas siempre se encuentran colonizadas, pero si el germen es patógeno, pueden hacerse curas con apósitos de plata.

- Lavarse las manos y usar guantes. También es conveniente cambiarse de guantes durante la cura si se están tratando heridas infectadas.

- Desinfectar con lejía la zona del baño antes y después de usarla.

- Se deberá esterilizar el instrumental una vez usado.

- Mantener delimitada la zona de cura sucia y limpiar para no intercambiar material entre ellas y que estén lo más alejada posible la una de la otra.

- La cura de las lesiones infectadas se dejarán para el final.

- No cortar el apósito con el envase y cortarlo con tijeras esterilizadas para evitar su contaminación.

- Prurito

El prurito es un síntoma muy común en pacientes con epidermólisis bullosa distrófica y epidermólisis bullosa simple, y que también suele afectar en mayor o menor medida a los demás tipos de EB.

La aparición del prurito se relaciona con el proceso de cicatrización constante al que están sometidas las lesiones, así como la sequedad de la piel y procesos inflamatorios que tiene como consecuencia la secreción de mastocitos.

Además, la fricción y el rascado acaban provocando lesiones secundarias, y estimulando a su vez a los transmisores de la respuesta inflamatoria, que inducen o agravan la sensación de picor, lo que provoca la continuación del ciclo picor rascado.

- Dolor

El dolor es el síntoma que causa más incomodidad a la hora de realizar las actividades de la vida diaria en las personas que sufren esta enfermedad y es que en algunos tipos de Epidermólisis Bullosa este síntoma se agrava, como puede ser en la EB distrófica, ya que las ampollas aparecen por debajo de la membrana basal, que es donde se encuentran las terminaciones nerviosas, por lo que las lesiones

suelen ser más dolorosas.

El uso de analgésicos está aconsejado para tratar y disminuir el dolor. Esta disminución del dolor hace que el niño reduzca sus movimientos y, por lo tanto, la fricción y presión sobre las lesiones.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de mariposa, es una enfermedad de presentación variable, desde formas más leves, hasta formas más graves. Aunque en algunos casos mejoran con la edad, en línea general el pronóstico suele ser severo.

Además, esta enfermedad, al igual que el resto de enfermedades raras, lleva implícito un gran desconocimiento no solo a nivel social, sino a también a nivel sanitario.

El seguimiento de la evolución y complicaciones de las formas más graves de esta enfermedad se lleva a cabo a través de un gran equipo multidisciplinar constituido por dermatólogos, pediatras, nutricionistas, cirujanos, traumatólogos, oftalmólogos, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos y enfermeros especializados.

De este modo podemos destacar que en la epidermólisis bullosa el personal sanitario es esencial, y como no cabe destacar el papel de la enfermería. Se ha comprobado que las intervenciones enfermeras son esenciales, ya no solo en el abordaje de la misma, sino en el tratamiento de esta, así como en la educación sanitaria a pacientes, familiares y comunidad, para que se asegure un adecuado cumplimiento terapéutico y mejorar la calidad de vida del mismo.

6 Bibliografía

1. Baquero C. Guía de atención clínica integral de la epidermólisis bullosa hereditaria. 1a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2008.
2. Uitto J, Bruckner-Tuderman L, Christiano A, McGrath J, Has C, South A et al. Progress toward Treatment and Cure of Epidermolysis Bullosa: Summary of the DEBRA International Research Symposium EB2015. *Journal of Investigative Dermatology*. 2016;136(2):352-358.
3. Fine JD. Federación Española de Enfermedades Raras [Internet]. *Enfermedadesraras.org*. 2010 [revisado el 14 de febrero 2017]. Disponible en: http://www.enfermedadesraras.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3100&idpat=132.

4. Cañadas F. Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel y mucosas en personas con epidermolisis bullosa. 1a ed. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2009.
5. del Rosario Marrero O de la C, Smith Ordoñez Y, González Jústiz AL, González Díaz A, Arcis del Rosario A, Fernández León Y. Epidermolisis bullosa: piel de mariposa. A propósito de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 May-Jun [citado: fecha de acceso];39(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1619/3452>.
6. Torra i Bou JE, , Arboix i Perejamo M, : Rueda López J, Ibars Moncasi P, Segovia Gómez T, Bermejo Martínez M. Aspectos nutricionales relacionados con las heridas crónicas. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds). Atención integral a las heridas crónicas. Madrid: SPA, 2004. ISBN:84-95552-18-3.

Capítulo 28

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MEDIANTE BALÓN INTRAGÁSTRICO

MARÍA VILLAYERDE GARCÍA

CLARA BARCENILLA FERNANDEZ

MARTA PORRAS GONZALEZ

BEATRIZ VIDAL GUTIERREZ

RAQUEL LOZANO CALATAYUD

1 Introducción

Se plantea un programa de intervención que tiene como objetivo el tratamiento de la obesidad e incluso del sobrepeso grado II, basado en la utilización de la técnica endoscópica (balón intragástrico), utilizando como muestra 4 miembros de una misma familia que deciden conjuntamente perder peso.

Se aborda este problema desde una triple perspectiva, en la cual enfermería colabora de forma activa: médica, dietética y psicológica y se utiliza como herramienta de trabajo una encuesta de satisfacción para la obtención de datos. Los resultados no son definitivos, ya que a la fecha de finalización del trabajo los pacientes de la muestra continúan con el balón insertado.

La obesidad hoy en día es uno de los mayores problemas de los países desarrollados. Es una enfermedad crónica que incide en el 53,5 % de la población española. La obesidad comporta un gasto sanitario importante por las complicaciones que se asocian a ella: diabetes, hipertensión, óseas, articulares, cardíacas, respiratorias, apnea del sueño, colesterol y también una grave afectación psicológica.

La inserción del balón intragástrico consiste en una innovadora y eficaz técnica, no agresiva, que bajo la supervisión de expertos especialistas, sirve para manejar a corto y mediano plazo la obesidad.

Como su nombre indica se trata de un balón esférico fabricado con un material blanco, totalmente inocuo que mediante una técnica endoscópica, se infla con una solución de suero y azul de metileno (en caso de rotura o pinchazo permite darnos cuenta que esto ha ocurrido, ya que la orina se tinte de un color verde llamativo) y se deja flotando en el estómago, disminuyendo la sensación de hambre y dando una saciedad precoz durante la ingesta de alimentos.

Por regla general, las personas obesas se sienten incomprendidas, bajos de autoestima y discriminados. Por ello, el tratamiento se realiza de manera conjunta con unos programas supervisados de una dieta baja en calorías y una terapia de modificación del comportamiento, destinados a incrementar la posibilidad de mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo.

No requiere cirugía y el coste económico es mucho menor que en esta.

Todo el procedimiento dura aproximadamente unos 20-25 minutos y se está aproximadamente una hora en observación, luego el paciente se irá a su casa.

El balón permanece insertado unos 6-7 meses y se retira mediante endoscopia.

El balón intragástrico es un método mediante el cual es posible disminuir los factores de riesgo de la obesidad.

Antecedentes y estado actual:

La utilización de la técnica del balón intragástrico (BIG) como herramienta para tratar la obesidad es relativamente moderna y ha supuesto una gran competencia para la cirugía bariátrica, ya que se han reducido los tiempos de hospitalización y también las posibles complicaciones secundarias a la técnica.

Actualmente la técnica se realiza sobre todo en la sanidad privada de nuestro país, y está muy arraigada en la zona de la costa mediterránea donde la proliferación de centros privados ha ido en aumento.

No se trata de una técnica a la que tenga acceso todo el mundo debido al coste económico, pero el hecho de no necesitar hospitalización y tener pocas complicaciones hace que tenga bastante demanda.

Sin embargo, existen una serie de contraindicaciones para la implantación del BIG:

- IMC menor de 30.
- Colocación solo por motivos estéticos.
- Edad no comprendida entre los 18 y 65 años.
- Algunas enfermedades como la de Crohn, úlcera gástrica...
- Problemas psiquiátricos.
- Embarazo.

En este caso los 4 miembros de la muestra no presentan ninguna de estas contraindicaciones y tras concertar las citas pertinentes deciden utilizar la técnica del BIG para luchar contra su obesidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la viabilidad y efectividad de la técnica de implantación del balón intragástrico como herramienta para perder peso en estados de obesidad.

Objetivos secundarios:

- Conocer el grado de satisfacción de los 4 miembros de la muestra tras la implantación del balón.
- Detectar las posibles complicaciones de la técnica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez realizada la entrevista, los datos obtenidos reflejan:

Respecto a la pérdida de peso en los 2 primeros meses:

El 100 % de los elementos de la muestra tuvo una pérdida de peso considerada como importante. De esta manera:

Elemento A.- Pasó de 96 kg. a 86 kgrs (pérdida de 10 kgrs).

Elemento B.- Pasó de 100 kg a 91 kgrs (pérdida de 9 kgrs).

Elemento C.- Pasó de 90 kg a 83 kgrs (pérdida de 7 kgrs).

Elemento D.- Pasó de 105 kg a 96 kgrs (pérdida de 9 kgrs).

En referencia al motivo por el cual cada uno de ellos se decidió a utilizar el BIG: El 100% de los elementos de la muestra apunta como motivo fundamental el motivo de la salud, ya que en ocasiones por el exceso de peso se sienten fatigados al realizar algunas actividades de la vida diaria, y en ocasiones presentan dificultades para respirar.

Aparte 2 elementos de la muestra (50%) concretamente el B y el C, de edades comprendidas entre los 20 y 30 años, refieren una necesidad de sentirse mejor con su imagen corporal.

En lo que atañe a las complicaciones durante el proceso de inserción del BIG:

El 50 % de los miembros de la familia concretamente los sujetos B y C refieren no haber tenido ninguna complicación.

El 50 % restante de los miembros de la muestra refieren haber tenido alguna complicación ya sea durante el día de la intervención o posteriormente. Así el sujeto

A refiere haber tenido que pasar más de dos horas ingresado posteriormente a la inserción del BIG en la unidad de despertar por haber tenido problemas con la sedación saliendo de la intervención hipotenso y aturdido, cuando el tiempo medio post- intervención en el hospital es de unos 45-60 minutos.

Por su parte el sujeto D sufrió un leve pinchazo del balón a los 15 días de tenerlo insertado, dándose cuenta por qué comenzó a orinar de color verde llamativo.

Tras informar al equipo médico del hecho le fue extraído el balón defectuoso y recolocado de nuevo a los 3 días.

A la pregunta de si cumplieron la dieta hipocalórica recomendada por el equipo multidisciplinar:

Solo el 25 % de los elementos de la muestra refiere haber seguido la dieta a rajatabla concretamente el sujeto B.

Sin embargo, el 75 % por ciento restante por algún motivo u otro no la han cumplido totalmente, siendo estos el A, C y D.

Por lo que se refiere al grado de satisfacción de los miembros de la muestra:

El 100% de los miembros de la familia aprueba mediante sus notas la experiencia.

Así el sujeto A le da un 8, el B un 9, el C un 8 y finalmente el sujeto D un 6.

Para finalizar con los datos obtenidos de la entrevista se les pregunta a los 4 miembros de la familia si recomendarían su experiencia a alguien cercano a ellos, obteniendo las siguientes respuestas:

- El 75 % de los encuestados concretamente los sujetos A, B y C sí lo recomendarían.
- Sólo el 25 %, el sujeto D no lo recomendaría.

5 Discusión-Conclusión

Por supuesto viendo estos resultados podríamos decir que la técnica es muy eficaz. No obstante hay otra serie de parámetros que nos hacen pensar que si hubiésemos seguido el proceso durante los 6 meses quizás los resultados no hubieran sido así de satisfactorios.

Así por ejemplo cobra mucha importancia para mantener el peso perdido y seguir perdiendo peso el hecho de cumplir la dieta hipocalórica que se les proporciona. Y ya vemos que en una muestra de 4 individuos solo uno de ellos refiere haberla seguido correctamente. Lo que nos puede hacer pensar que la técnica no funciona por sí sola y requiere de alto nivel de sacrificio por parte de la persona.

En reuniones con el equipo de dietética se comprueba que en algunos casos la pérdida conseguida con el BIG no se mantiene en el tiempo por no ser capaz la persona en cuestión de seguir la dieta.

Otro dato a valorar de los resultados del estudio es que en una muestra tan pequeña el 50% de ella refiere haber tenido alguna complicación durante el proceso. Incluso una de las complicaciones fue de las más graves que pueden existir al pincharse el balón. Esto hace pensar que la técnica no es totalmente inocua y que también tiene sus deficiencias. De todos modos resaltar que estas dos complicaciones fueron subsanadas con rapidez y sin mayores problemas.

Se observa también que solo el elemento D de la muestra no recomendaría la técnica. Queda patente en este caso que existe una relación causa-efecto entre haber sufrido una complicación importante y el hecho de responder negativamente a la pregunta en cuestión.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios para la intervención terapéutica. Med Clin(Barc)2000;115:587-97.
2. Aranceta J, Pérez C, Serra LL, Rivas L, Quiles J, Viroque J y Foz M. Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO 97. Med Clin(Barc), 1998;111:441-445.
3. Genco A, Bacci V, Basso MS: Intragastric Ballom for the treatment of obesity. Obesity surgery 2002.
- Manual de obesidad UNED año 2008.
4. Página Web oficial www.toledo-pimentel.com.

Capítulo 29

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN URGENTE

ALEJANDRA SOLÍS VILLAR

1 Introducción

La cardioversión eléctrica es una técnica segura y eficaz utilizada para restaurar el ritmo sinusal cardíaco. Consiste en la aplicación de una descarga eléctrica en el tórax del paciente (alta energía y duración breve), sincronizada con la sístole cardíaca, para revertir la taquiarritmia con inestabilidad hemodinámica.

La sincronización de la descarga debe ser siempre con la onda R del electrocardiograma, teniendo como objetivo evitar que coincida con la onda T, pues podríamos provocar arritmias potencialmente graves, como la fibrilación ventricular. El periodo vulnerable del ciclo cardíaco va desde 60-80 mseg antes de la onda T hasta 20-30 mseg después.

Aunque las complicaciones graves son poco frecuentes (mortalidad menor del 1%), es un procedimiento que debe realizarse en una sala de reanimación con unos requerimientos de material mínimos y realizado por personal entrenado. La enfermera tiene un papel importante en la vigilancia y administración de cuidados durante la técnica.

Las indicaciones de la cardioversión urgente son las siguientes:

- Taquiarritmias con signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica (hipotensión, signos de bajo gasto cardíaco, alteración del nivel de conciencia, dolor torácico e insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón).

- Taquiarritmias que precisen reversión a ritmo sinusal como alternativa al tratamiento farmacológico. Éstas son: Fibrilación auricular, Flutter auricular, Taquicardia supraventricular y taquicardia ventricular.

Las contraindicaciones son:

- Taquiarritmias de inicio y fin espontáneo que no produzcan inestabilidad en el paciente.
- Fibrilación auricular que, tras varias cardioversiones, tiene múltiples recurrencias.
- Intoxicación digitálica.
- Desequilibrio electrolítico.

La eficacia de la cardioversión eléctrica depende de varios factores relacionados tanto con la técnica como como con el paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la técnica de cardioversión en el servicio de Urgencias.

Objetivos secundarios:

- Evitar la variabilidad asistencial, estandarizado los cuidados.
- Definir los cuidados de enfermería para disminuir riesgos para el paciente y los profesionales.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha hecho una búsqueda, lectura y posterior selección de la documentación más adecuada acerca de la cardioversión urgente, a partir de una revisión bibliográfica, utilizando distintas bases de datos como Google Academy, Scielo, Medline y Pubmed.

4 Resultados

En los casos antes descritos con necesidad de realizar una cardioversión eléctrica urgente, se llevará a cabo en la sala de pacientes críticos de la unidad. La enfermera que colabora en esta técnica debe conocer y llevar a cabo los siguientes cuidados de una forma organizada y sistematizada:

- Confirmación de la identidad del paciente.
- Comprobación de la obtención del consentimiento informado (si es posible en la situación de urgencia) y antecedentes relevantes en la historia de salud, con especial atención a las alergias. Si no es posible el consentimiento escrito, se dejará constancia en la historia el consentimiento verbal.
- Colocación del paciente en posición decúbito supino en la camilla, con el tórax desnudo.
- Retirada de prótesis dental, así como todos los objetos metálicos que pudiera llevar puestos.
- Rasurado de tórax si precisa, y retirada de parches adheridos al pecho.
- Canalización de dos vías venosas periféricas y realización de ECG de 12 derivaciones para constatar la arritmia a revertir.
- Monitorización del paciente y administración de oxígeno.
- Toma de constantes previa.
- Comprobación de todo el material necesario en caso de urgencia (Bolsa-balón auto inflable, cánula de Guedel, aspirador de secreciones, equipo de intubación, y medicación precisa).
- Administración de la medicación necesaria previa a la descarga (analgesia y sedación). Se comprobará el nivel de sedación del paciente.
- Antes de la descarga, comprobará el modo sincronizado del monitor, desconectará la fuente de oxígeno y se AVISARÁ a todo el personal presente en la sala de la descarga (asegurando que nadie toca al paciente).
- Tras la descarga, se comprobará ritmo del monitor.
- Si el resultado es satisfactorio, vigilará nivel de conciencia, colocará oxígeno y realizará ECG de 12 derivaciones para constatar el ritmo cardíaco reestablecido, así como control de constantes. El paciente pasa a la sala de observación. Si falla la descarga, se puede repetir el choque 2 veces más, siguiendo el mismo procedimiento citado.

Registraremos todo el proceso en la historia clínica, anotando también si se han producido quemaduras en la zona de contacto de las palas. En este caso, se procederá a la cura de las heridas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera del servicio de urgencias debe ser conocedora de este procedimiento y sus cuidados, ya que es una técnica que, aunque es muy habitual, no está exenta de complicaciones.

De esta manera se evita la variabilidad clínica y asistencial, a la vez que se disminuye el riesgo para el paciente y los profesionales.

Realizando estas actividades de una manera metódica y sistematizada, garantizamos la continuidad de los cuidados desde el momento de la toma de decisión de realizar una cardioversión eléctrica urgente, hasta que el paciente vuelve a su cama en situación de estabilidad clínica.

Además de la parte técnica, la comunicación tanto con el paciente como con la familia, ayuda a disminuir la ansiedad propia de estas situaciones, y el papel de la enfermera aquí es fundamental.

6 Bibliografía

1. Arlegui Iriarte, R., Muñoz Alfonso, M., & Llorente Armendariz, M. Protocolo de cardioversión electrónica en el área de urgencias.
2. Velázquez - Rodríguez, E. (2012). La cardioversión eléctrica en fibrilación auricular. *Revista mexicana de cardiología*, 23(3), 134-150.
3. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *Rev. Esp. Cardiol.* 2016; 70(1):43. e1-e84.

Capítulo 30

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

CRISTÓBAL JUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

Una obstrucción intestinal se produce cuando hay un bloqueo parcial o total del intestino provocado por diferentes causas las cuales no dejan que la evacuación se produzca de manera normal. Los síntomas de la obstrucción se manifiestan con dolor abdominal tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y ausencia de heces y gases, produciendo en el paciente una gran incomodidad. Esto puede suceder bien por causas mecánicas o funcionales.

Para llegar a este diagnóstico se tiene que realizar pruebas por imagen como radiografía, ecografía, entre otras, además de completarlas con una analítica de sangre. Tras tener los resultados de las pruebas se puede llegar al diagnóstico definitivo, conociendo además el motivo por el que se origina la obstrucción y saber a qué nivel del intestino está situada.

La mayoría de las veces esto se soluciona poniendo en marcha un tratamiento conservador y manteniendo al paciente en dieta absoluta, pero en ciertos casos se precisa de un procedimiento quirúrgico para reparar el problema.

La temprana atención del médico y la rápida y adecuada actuación del personal de Enfermería aportando al paciente los cuidados específicos y generales harán que las complicaciones graves de esta patología queden controladas y se reduzcan a las mínimas posibles.

2 Objetivos

- Conocer qué es la obstrucción intestinal.
- Establecer los cuidados que Enfermería debe realizar en el paciente que presenta una obstrucción intestinal.

3 Metodología

Para realizar esta revisión se ha buscado publicaciones que guardaran relación con la obstrucción intestinal, consultando en bases de datos científicas e incluyendo texto en inglés y español. Se utilizaron palabras clave relacionadas con el tema y se incluyeron los resultados que se ajustaban a las necesidades y objetivos propuestos.

4 Resultados

Cuando un individuo sufre una obstrucción intestinal tiene los movimientos intestinales detenidos y hay ausencia de ruidos.

El dolor que se presenta es de tipo cólico, el cual se produce por la distensión abdominal presente. Si el dolor evoluciona y aumenta su intensidad, puede indicar que hay una estrangulación o perforación.

Además, puede haber presencia de vómitos, siendo biliosos cuando la obstrucción es en el intestino delgado o fecaloideos si está en el intestino grueso.

El tratamiento dependerá de la gravedad y la causa que lo provoque. Algunas veces esta patología se resuelve dejando al intestino en reposo, administrando hidratación vía venosa y colocando una sonda nasogástrica; en los casos más graves será necesario intervenir quirúrgicamente.

Normalmente el tratamiento conservador es suficiente para resolver este problema, pero si pasadas 48-72 horas el paciente no evoluciona favorablemente o se ha drenado más de medio litro a través de la sonda, se hace necesario someter al paciente urgentemente a un tratamiento quirúrgico.

Los cuidados que el personal de Enfermería realizará ante esta situación serán mantener al paciente en dieta absoluta y mantenerlo en una posición cómoda. Para poder comenzar con la infusión de líquidos y medicamentos será necesario canalizar una vía venosa periférica. Como anteriormente se indicaba, dentro del tratamiento conservador está la colocación de la sonda nasogástrica, teniendo que realizar esta técnica el personal de Enfermería, puesto que están dentro de sus competencias. Una vez el paciente esté sondado se le conectará una aspiración

suave. A su vez, será necesario mantener un control de las constantes así como del balance hídrico. Enfermería será la encargada de preparar al paciente para las diferentes pruebas que le vayan a ejecutar, así como preparar la paciente para ser intervenido en el caso de que la cirugía esté indicada.

5 Discusión-Conclusión

La obstrucción intestinal es una patología que presenta dolor, vómitos, distensión abdominal, entre otros. Sus causas pueden ser bien de origen mecánico o funcional.

El tratamiento dependerá de la gravedad y de la causa que la origine, siendo el tratamiento quirúrgico la mejor opción cuando el cuadro es grave y no evoluciona favorablemente.

El personal de Enfermería debe estar al tanto de las técnicas y cuidados que se realizan en las personas que padecen esta complicada y molesta patología.

La temprana atención del facultativo y la rápida actuación de Enfermería harán disminuir las posibles complicaciones graves, como lo es la perforación.

6 Bibliografía

- 1 Wetch, J. General consideration and mortality in bowel obstruction. In: Welch, J.P., ed Bowel obstruction: differential diagnosis and clinical management. Philadelphia: WB Saunders 1990; páginas 59-95.
- 2 Vázquez, J.M. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de obstrucción intestinal. Medicine 2004; 9 (6): 421-6.
- 3 Muro Castillo, I. Protocolo diagnóstico terapéutico de la obstrucción intestinal. Medicine (Madrid) 2000; 8 (14): 767-769.

Capítulo 31

LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS ANTE EL PACIENTE INTOXICADO

CRISTÓBAL JUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

Cuando un individuo sufre una intoxicación lo manifiesta a través de unos signos y síntomas visibles y apreciables en el organismo. Los motivos de una intoxicación pueden ser diversos, siendo una patología que tiene una prevalencia alta en los servicios de urgencias. Por ello, el personal de enfermería debe identificar y valorar precozmente a este tipo de pacientes para que se puedan iniciar los cuidados específicos requeridos, puesto que una intoxicación pone en peligro la vida del individuo intoxicado.

La actuación precoz ante este mal es primordial, debiendo estabilizar lo más pronto posible al paciente además de eliminar el tóxico del organismo que ha causado la intoxicación. Enfermería ejerce un papel fundamental en estos cuidados. Cuando un paciente sufre una intoxicación medicamentosa, enfermería deberá seguir una secuencia establecida, la cual se compone de una serie de pasos como realizar una valoración inicial del nivel de conciencia utilizando la Escala Glasgow, estabilización hemodinámica, mantener la vía aérea permeable, asegurar la circulación del organismo y proceder a eliminar el tóxico.

A su vez, enfermería deberá conocer los diferentes antídotos existentes, conociendo y sabiendo manejar los más usuales y comunes como son la N-acetilcisteína para la intoxicación por paracetamol, la Naloxona para la intoxicación por opiáceos y la Vitamina K para intoxicación por anticoagulantes orales.

Enfermería priorizará la atención de estos pacientes en el triaje del Servicio de Urgencias.

2 Objetivos

Establecer las pautas de actuación que debe seguir enfermería en un paciente intoxicado, así como el cuidados específicos que debe realizar.

3 Metodología

La metodología utilizada ha sido realizar una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas utilizando palabras clave como enfermería, intoxicación, actuación, urgencia. De los resultados obtenidos se procedió a extraer las ideas más relevantes, las cuales sirvieron de base para redactar este trabajo.

4 Resultados

Los principales cuidados que enfermería realizará en el paciente intoxicado serán:

1. Estabilizar y controlar:

- Mantener la vía aérea permeable, retirando para ello cualquier cuerpo extraño presente y las prótesis en caso que le paciente las tuviera. Además, se colocará un tubo de mayo para evitar que la lengua caiga hacia atrás y pueda asfixiarse. La posición ideal para estos pacientes es la de decúbito lateral izquierdo y ligero Trendelenburg. No se debe administrar ninguna sustancia vía oral y, si fuese necesario, incubar al paciente. Ante cualquier duda, siempre es mejor intubar al paciente intoxicado, puesto que es la única medida que evita la broncoaspiración.
- Controlar las constantes a través de la monitorización.
- Canalizar vía venosa periférica, a ser posible de un calibre grueso.
- Administrar medicación pautada.

2. Medidas para aumentar la diuresis:

- Depuración renal: se utiliza para eliminar el tóxico por la orina, no debiendo utilizarse en casos de insuficiencia renal o riesgo de edema agudo de pulmón.
- Depuración extrarrenal: a través de la diálisis peritoneal, hemodiálisis y plasmaféresis.

3. Descontaminación:

- Ocular: si existe contacto con sustancias químicas irritantes se debe realizar una irrigación ocular continua durante 15-20 minutos. Si el contacto es con álcalis, se debe realizar una irrigación con agua o suero fisiológico. Jamás neutralizar el tóxico.
- Gastrointestinal: para disminuir la absorción del tóxico se puede emplear el vaciado gástrico, lavado gástrico, carbón activado y catárticos.

Enfermería debe actuar según el tipo de intoxicación que presente el paciente, sabiendo en todo momento qué técnica, medida o medicación utilizar para revertir la intoxicación, así como realizar los cuidados oportunos y específicos para evitar que se produzcan posibles reacciones adversas y complicaciones derivadas de la lesión que origine la intoxicación.

5 Discusión-Conclusión

El paciente intoxicado presenta una situación de riesgo vital donde una actuación precoz es primordial para su estabilización.

El personal de enfermería ejerce algunas de las técnicas y funciones más relevantes para abordar una intoxicación, contribuyendo con sus cuidados a que el paciente se normalice.

Si lo que sufre el paciente es una intoxicación medicamentosa, el personal de Enfermería debe saber la secuencia que debe seguir, estando para ello perfectamente formado y cualificado para ejecutar las diferentes alternativas que existen para eliminar el tóxico del organismo y, atendiendo a la vez, a todas las necesidades que pueda presentar el paciente.

6 Bibliografía

1. Tadín, M. A., Xarau, S. N., & Sánchez, M. S. (2007). Técnicas y procedimientos aplicados a los pacientes con intoxicación aguda en un servicio de urgencias. *Enfermería clínica*, 17(5), 231-238.
2. Domínguez Rivas, I. (2019). Actuación intrahospitalaria enfermera ante la intoxicación aguda. Revisión bibliográfica narrativa.

Capítulo 32

CANALIZACIÓN UMBILICAL EN EL NEONATO. PRINCIPAL VÍA EN EL SOPORTE VITAL NEONATAL.

SILVIA SOLER NOVILLO

CORAL GARCÍA GUIJARRO

ALBA GUIJARRO ARAQUE

LAURA DOLORES GUIJARRO ARAQUE

MARÍA PALOMA SAIZ JAREÑO

1 Introducción

La técnica de cateterización del cordón umbilical consiste en introducir un catéter en alguno de los vasos del cordón umbilical neonatal, ya sea en una vena o en una de las dos arterias del cordón. En un período de tiempo relativamente corto, los vasos sanguíneos (arterias y venas) contenidos en la parte del cordón umbilical que queda sin cortar, permanecen conectados al sistema circulatorio del lactante y, por tanto, se pueden utilizar como acceso al torrente sanguíneo del lactante cuando fuese preciso.

El propósito de este procedimiento es canalizar de manera rápida los vasos sanguíneos umbilicales para poder medir parámetros vitales invasivos como la presión venosa y arterial invasiva, perfundir y administrar soluciones, productos sanguíneos, nutrición parenteral así como permitirnos la extracción de sangre y

la exanguinotransfusión. La canalización umbilical (CU) es la vía de elección en el paciente recién nacido (RN) en estado crítico, durante la reanimación en la sala de partos, o como acceso alternativo de vía central en caso de no lograrse otra vía.

La aplicación de esta técnica puede corresponder tanto al médico como a la enfermera, pero, en todo caso, corresponde a esta última la preparación de material, del correcto funcionamiento de éste, así como de sus cuidados y vigilancia de complicaciones. En definitiva, las enfermeras tienen una misión imprescindible ya que al ser esta técnica una fuente de infección y complicaciones somos los responsables de evitarlas y de hacer que el bebé esté lo más confortable posible. Es por lo general la vía de elección en urgencias neonatales, es por tanto la base junto a la RCP del SVA (Soporte Vital Avanzado) en el neonato; y como personal de enfermería, una de las principales funciones durante la reanimación, consiste en crear un acceso vascular permeable y disponible para la infusión de medicación y líquidos o sangre urgente, pues de esto puede depender la vida del recién nacido.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Profundizar en el conocimiento acerca de la canalización umbilical como acceso vascular en neonatos en situaciones de emergencia.

Objetivos secundarios:

- Conocer y profundizar en los cuidados que este tipo de acceso precisa.
- Evaluar ventajas e inconvenientes del acceso umbilical en neonatos respecto a otros accesos vasculares en situaciones de emergencia.

3 Metodología

Durante la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión sistemática de la bibliografía científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Google Académico entre otras.

Finalmente los artículos seleccionados debían:

- Ofrecer evidencias empíricas acerca del objetivo principal.
- Incluir la canalización umbilical.

- Estar publicados en inglés o castellano.

4 Resultados

Con la aparición de las unidades de cuidados intensivos neonatales, el uso de esta tecnología para canalizar arterias y venas umbilicales ha mejorado el cuidado y el tratamiento de los neonatos cuya principal dificultad es la inmadurez de todos sus sistemas.

Como personal de enfermería tenemos la responsabilidad de conocer y abarcar este tipo de canalización con lo cual, mediante la búsqueda exhaustiva de protocolos, guías de práctica clínica, etc. y a pesar de que cada hospital y unidad llevan un funcionamiento diferente, he intentado extraer ideas comunes del cuidado de esta cateterización.

Cuidados previos:

Previamente al procedimiento, la enfermera se encarga de preparar correctamente al recién nacido para que, en la medida de lo posible, no se produzca ninguna complicación y la canalización sea lo más exitosa posible. Estos son los pasos más importantes a llevar a cabo: En primer lugar, el RN debe estar previamente a una temperatura agradable, por ello se mantendrá con una luz radiante y, sólo si es estrictamente necesario, en una incubadora. Para eso, se debe vigilar temperatura del niño con el fin de lograr un ambiente de termoneutralidad. Se coloca al lactante en decúbito supino, sujetándole con suavidad las extremidades inferiores y aconsejables, también las superiores para que la intervención sea lo más rápida y sencilla posible. No se necesita sedación ni analgesia farmacológica, pero sí es aconsejable la analgesia no farmacológica (suero glucosado al 20%, contención). Es muy importante la monitorización de frecuencia cardiaca (FC), de la frecuencia respiratoria (FR), de la tensión arterial (TA) y la pulsioximetría. Momentos antes a la canalización, hay que desinfectar desde el cordón umbilical al área circundante con clorhexidina acuosa a baja concentración al 0,5-1 %, dejándola actuar al menos durante un minuto.

Cuidados durante la intervención.

Más allá de la realización de la propia técnica, el personal enfermero durante la canalización debe controlar:

- Realizar todo el manejo del catéter con una técnica aséptica muy estricta.
- Controlar el posible sangrado del muñón umbilical.
- Observar la perfusión de miembros inferiores, atendiendo a posibles signos de vasoespasmo y de trombosis.

- Evaluar signos vitales: frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación y tensión arterial.

- Es importante consignar la tolerancia del paciente al procedimiento.

- Retirar el exceso de antiséptico con una gasa impregnada de agua destilada.

Cuidados posteriores a la canalización.

Basados sobre todo en la detección precoz de los posibles signos de inflamación en la zona de inserción.

- Limpieza diaria de la zona con clorhexidina acuosa, evitando la clorhexidina alcohólica que puede quemar la piel del neonato. Cambios de esparadrapos y apósitos cuando la enfermera opine oportuno.

- Limpieza de las conexiones con clorhexidina alcohólica tras su manipulación.

- Se colocará al niño de tal forma que el catéter esté siempre visible, es decir, en decúbito supino y, si es preciso, decúbito lateral derecho o izquierdo. Se sujetará al neonato si fuera necesario, ya que un excesivo movimiento podría provocar que se arranque el catéter. Por eso, además se comprobará regularmente el cierre de las conexiones y la sujeción del catéter.

- Debe vigilarse constantemente la posible aparición de, entre otros, hipertensión arterial, disminución brusca de la saturación, vómitos biliosos, sangre en heces, hematuria o distensión abdominal muy notable.

Es de vital importancia cuidar que la circulación periférica sea normal, examinar periódicamente las extremidades inferiores (palidez o cianosis) y los pulsos periféricos. Cualquier signo de una mala perfusión cutánea puede ser indicador de hemorragia, o complicaciones más graves. La aplicación de compresas templadas en la extremidad contralateral a veces consigue aliviar el vasoespasmo relacionado con el catéter. Además de los cuidados externos del catéter, es importante el mantenimiento de la vía. Algunos de los aspectos más importantes a tener en cuenta, son los siguientes:

- En caso de utilizar la vía para perfundir soluciones con riesgo de precipitación, se debe hacer un lavado anterior y posterior con SF heparinizado (Fibrilin), asegurando así el buen funcionamiento.

5 Discusión-Conclusión

Analizando varios estos evidencian que la vía IO es más rápida que la vía umbilical en cuanto a la canalización, se adelantan aproximadamente “46 segundos” en su inserción. En contraposición, esos mismos estudios aunque es un acceso más rápido, sugieren presentar más complicaciones, por lo tanto hasta que se

disponga de más datos sobre el uso intraóseo que aseguren en recién nacidos reales y no en simuladores, la CU sigue siendo el método de entrada preferido durante la reanimación neonatal. Tampoco se ha demostrado que vía es más efectiva y más rápida en llegar al corazón del RN durante la transición del sistema circulatorio fetal al adulto. Aunque en situaciones de urgencia extrema se busca la rapidez, el acceso umbilical tiene a priori menos riesgos de complicaciones graves que la vía IO como, por ejemplo, fracturas de tibia y extravasación de líquido y medicamentos que puedan provocar un síndrome compartimental y una amputación.

Se debe tener siempre en consideración que el sitio recomendado para el acceso intraóseo es de solo 7 mm, lo que sugiere un margen de seguridad muy pequeño para la correcta colocación de la aguja intraósea. Sin embargo, el acceso IO es muy útil en SVA para niños en la etapa perinatal en los que su sistema circulatorio está colapsado y la CU no es una opción.

Para el personal sanitario de la unidad de cuidados intensivos neonatales y el personal que está en contacto con el ámbito de las urgencias, la canalización del cordón umbilical es una técnica muy habitual. Por lo tanto, es muy importante que la enfermera comprenda y conozca esta técnica y los cuidados correctos que se requieren para detectar de manera temprana las posibles complicaciones y prolongar lo máximo posible el tiempo de permanencia del catéter. Es preciso tener en cuenta, cuando está o no indicado este tipo de catéter y encontrar los posibles beneficios de una canalización venosa o arterial (siempre que estén los 3 vasos íntegros); en el caso de la CUV estaría indicada sobre todo para la administración de nutrición parenteral, para la infusión de medicamentos y drogas vasoactivas en una situación urgente y para la medición de la PVC. En cuanto a la CAU su principal indicación estaría asociada a la extracción de gases arteriales y la monitorización de la presión arterial del bebé.

No es habitual que haya complicaciones muy graves, las dificultades que se presentan suelen estar relacionadas con la infección provocada por la mala manipulación (con falta de asepsia) por parte del personal sanitario. Pero aun así, hay que saber qué otro tipo de complicaciones puede haber y vigilar que signos pueden indicarnos su presencia en el niño.

6 Bibliografía

1. Machicado LMT. Competencias de enfermería sobre cuidados de cateter umbilical, unidad de terapia intensiva neonatal. 2013.

2. Moore JM. Terapia intravenosa. Sheehy Man Urgenc enfermería. 2007;107–30.
3. Egan LF. Revisando Técnicas: Canalización venosa y arterial umbilical [Internet].
4. Carbajal B, Mayans E, Rufo R, Silvera F. Pauta de colocación de catéteres umbilicales. Arch Pediatr Urug. 2016;87(3):263–8.
5. Mottet N, Chaussy Y, Arbez-Gindre F, Riethmuller D. Fisiología y patologías del cordón umbilical. EMC - Ginecol [Internet]. 2017;53(4):1–12.
6. Yazid M, Bastianudin A, Saputra T, Triatmojo S, Pertiwinigrum A, Perdana DA, et al. Cateterización de arteria y vena umbilical Guía [Internet]. Vol. 2, Jurnal Teknologi Kimia dan Industri. 2014.
7. Garcia Moro P. Circulación Fetal. In: Cuadernos del Tomás [Internet]. 2018. p. 141–52
8. Díaz IMC. “Uso de catéteres en neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales” catéteres en neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales”. 2015.
9. Julian S, Trivedi S, Vachharajani A. Umbilical arterial catheterization. Vol. 17, NeoReviews. American Academy of Pediatrics; 2016. p. e736–8.
10. García SP. Alternativas a la vía venosa periférica en pediatría. 2016.
11. 11. Asocciation AH. Aspectos destacadosde las Guías de la American Heart Association del 2020 para RCP Y ACE. 2020. p. 32.

Capítulo 33

TRATAMIENTO INMEDIATO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

SILVIA CARRERO MALDONADO

GUADALUPE RAMOS COLLADO

ÁNGEL MANUEL MARTÍN ARCOS

1 Introducción

El miocardio, o músculo del corazón, puede sufrir un infarto cuando existe una enfermedad coronaria avanzada. Normalmente se produce cuando una placa de ateroma que se encuentra en el interior de una arteria coronaria se obstruye dificultando o impidiendo el flujo sanguíneo. De este modo, se compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y la cantidad de nutrientes que llegan hasta el corazón. Las consecuencias pueden ser muy variables, desde una angina de pecho (cuando la interrupción del flujo de sangre al corazón se produce de forma temporal) a un infarto de miocardio (cuando es de forma permanente e irreversible). Por todo ello, un infarto suele estar precedido por antecedentes de angina inestable.

Aproximadamente la mitad de los pacientes que han sufrido un infarto presentan síntomas de advertencia antes de que ocurra. La aparición de los síntomas de un infarto de miocardio suele aparecer de forma gradual en el tiempo y rara vez sucede de manera espontánea. Los síntomas son los siguientes:

- Dolor torácico.
- Disnea.

- Otros síntomas como: sudoración, mareos, debilidad, palpitaciones, náuseas o desfallecimiento.

Sobre una cuarta parte de los infartos de corazón aparecen sin dolor de pecho y otros síntomas. Este curso silente es el más común en ancianos, en pacientes con enfermedad diabética y después de un trasplante de corazón.

2 Objetivos

- Conocer la definición de infarto agudo de miocardio.
- Conocer el tratamiento principal en caso de urgencia en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos seleccionando aquellos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un infarto agudo de miocardio es una emergencia médica que necesita atención inmediata. El objetivo principal en la fase aguda de un infarto es salvar la mayor cantidad posible de miocardio y prevenir las posibles complicaciones adicionales. Cuanto más tiempo ha pasado el riesgo de daño al músculo cardíaco va en aumento, por lo que el tiempo perdido es directamente proporcional al tejido cardíaco que ha resultado dañado. Cuando aparecen síntomas de infarto, se requiere atención médica y acudir de forma inmediata al hospital.

Algunas posturas permiten que el paciente descanse minimizando la dificultad respiratoria. También el tener acceso a oxígeno aéreo mejora como puede ser el aflojar la ropa de la persona o respirar aire fresco. El tratamiento se basa en :

- Oxígeno. Su administración es necesaria, así como el uso de asistencia mecánica ventilatoria cuando la saturación de oxígeno es menor al 90% o cuando existan datos clínicos de congestión pulmonar aguda.
- Morfina. Es muy importante lograr una reducción en el consumo miocárdico de oxígeno de los pacientes con infarto agudo de miocardio, y es necesario reducir y controlar la hiperactividad simpática, sobre todo durante las primeras horas

de hospitalización. La morfina además de aliviar el dolor, es un simpaticolítico y sedante.

- Ácido acetilsalicílico. Con propiedades de antiagregante plaquetario, pues reduce la liberación de tromboxano A2 por las plaquetas, lo que aminora la vasoconstricción e impide la agregación plaquetaria.
- Nitratos. Para aliviar el dolor precordial se recomienda el uso de nitroglicerina, la cual se puede aplicar sublingual o intravenosa, esta tiene indicación precisa cuando en los pacientes con síndromes coronarios agudos coexisten hipertensión arterial y signos de congestión pulmonar. No está permitido su uso cuando existe hipotensión arterial sistólica (menor a 90 mmHg) o cuando el paciente presenta frecuencia cardíaca elevada (mayor de 100 lpm).
- Betabloqueadores. Suelen usarse en aquellos pacientes que presentan taquicardia sinusal e hipertensión arterial, ya que cuando se disminuye la frecuencia cardíaca y la presión arterial, se disminuye el consumo de oxígeno miocárdico y así limitamos el tamaño del infarto, y como consecuencia se mejora el dolor.

La perfusión sigue siendo el principal objetivo en el tratamiento del infarto del miocardio. Los principales métodos de perfusión son el farmacológico (trombolíticos y fibrinolíticos, así como la terapia antitrombótica y antiplaquetaria) y el mecánico (angioplastia primaria) cuyo éxito depende de la rápida administración y del mantenimiento de la permeabilidad del vaso afectado.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería ante la demora en el acceso al tratamiento es muy importante y como hemos dicho anteriormente, una identificación temprana de los síntomas disminuye el tiempo para la perfusión.

Para favorecer la atención de salud en los pacientes que llegan a Urgencias por algún infarto agudo de miocardio, se requiere que el personal de enfermería tenga un perfil adecuado, que posea habilidades para reconocer clínicamente el infarto y sus posibles complicaciones, manejar los recursos a su alcance, trabajar en equipo con el resto del personal y proporcionar apoyo psicológico y espiritual al paciente y familiares.

Por otro lado, la vigilancia por parte del equipo de enfermería desde el momento en el que se detecta esta cardiopatía es esencial, y no solo en la detección sino antes, durante y después.

6 Bibliografía

1. Esteva Espinosa E. Infarto agudo de miocardio. Clínica y tratamiento. Offarm [Internet]. 2009 [citado el 6 de octubre de 2022];28(3):34–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infarto-agudo-miocardio-clinica-tratamiento-13133617>.
2. Noé S, Enf L. Tratamiento farmacológico de los síndromes isquémicos coronarios agudos [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2007/acs074ax.pdf>.
3. Civeira Murillo E, Del Nogal Saez F, Álvarez Ruiz AP, Ferrero Zorita J, Alcantara AG, Aguado GH, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Med Intensiva [Internet]. 2010 [citado el 6 de octubre de 2022];34(1):22–45. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-recomendaciones-el-diagnostico-tratamiento-del-articulo-S0210569109000655>.
4. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol.2015 Dec;68(12):1125.

Capítulo 34

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE QUEMADURAS POR SUSTANCIAS QUÍMICAS

MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RIVERO

CONSUELO ALMUDENA MORENO VALVERDE

MARIA ESPADAS NÚÑEZ DE ARENAS

IRENE DEL BURGO MARTÍNEZ

PEDRO RODRIGO VACAS

1 Introducción

Una de las emergencias que nos encontramos en los servicios de urgencias de todos los hospitales y de los cuales tenemos que tener una pronta actuación, son las quemaduras.

Definimos quemadura como las lesiones producidas en los tejidos del organismo debido a la exposición frente diferentes agentes: químicos, térmicos, eléctricos o radiactivos.

Las quemaduras las podemos dividir dependiendo del daño tisular y de su extensión en quemaduras de primero, segundo, tercer y cuarto grado. Los efectos producidos pueden ser locales o sistémicos y una de las peores consecuencias que puede llegar a ocurrir es la mortalidad del paciente.

En este tema nos vamos a centrar en las quemaduras de origen químico. En este tipo de quemadura se provoca una destrucción tisular debido a agentes químicos irritantes como por ejemplo ácidos, desinfectantes, fenoles, pesticidas, etc.

En nuestro día a día, tanto en los domicilios como en los trabajos, utilizamos una gran cantidad de productos que contienen sustancias químicas, que de no manipularlos correctamente corremos el peligro de accidente y una de las posibles consecuencias en la quemadura. Una buena formación en como manipular este tipo de productos y como actuar en caso de accidente, es uno de los puntos clave para ésta situación.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber cómo actuar ante las situaciones de quemaduras por agentes químicos.

Objetivos secundarios:

- Identificar que sustancia química es el causante de dicha quemadura para saber así como iniciar su tratamiento.
- Prevenir las quemadura, sobre todo en los trabajos, que es donde más se suelen producir, mediante los programas de prevención de riesgos laborales, formando a sus trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos la buscado información en base de datos como Medline, Pubmed, Google academy y scielo.

En la búsqueda de información para su realización, hemos utilizado como palabras clave las siguientes: quemadura, sustancias químicas, quemaduras químicas.

4 Resultados

Las quemaduras por sustancias químicas no se producen muy frecuentemente por lo que la mayoría de la población no sabe como actuar ante una situación de este calibre.

Las lesiones cutáneas producidas por productos químicos se deben a diferentes mecanismos de acción dependiendo del agente causal.

Se diferencian de los otros tipos de quemaduras en que las lesiones no depende tanto del tiempo de exposición si no de las consecuencias que pueden producir a largo plazo, éstas al principio parecen lesiones superficiales.

Por lo tanto la gravedad de las lesiones producidas por las sustancias químicas depende del agente causal, el tiempo de exposición, la cantidad de producto, la filtración de la piel, etc.

El tratamiento inicial para la quemadura producida por los agentes químicos se debe de realizar en el mismo lugar en el que se produce el accidente.

Éste tipo de quemaduras casi todos comienzan con una misma acción, se debe de limpiar la zona con abundante agua hasta que se consiga limpiar bien la zona. Hay que tener en cuenta que si se produce la lesión por la caída de lejía en la piel, primero debemos de retirar todo los restos que podamos antes de proceder a lavarla con agua ya que ésta reacciona al contacto con el agua. También debemos tener especial cuidado cuando vamos a proceder al lavado del ojo afectado. Siempre tenemos que tapar el ojo sano para que al realizar el lavado del ojo, las sustancias químicas no caigan en éste.

Otros aspectos a tener en cuenta a la hora del inicio del tratamiento son: retirar la ropa del accidentado que esté en contacto con los productos químicos ya que elevaríamos el riesgo de lesión; todo el personal que atienda una situación de quemadura por productos químicos debe ir protegido adecuadamente con un traje de protección, botas, mascarilla, guantes y gafas protectoras para así evitar el contacto con la persona afectada; se debe avisar a todas las personas que se encuentren alrededor de un accidente de este tipo de la posible contaminación por los vapores producidos por algunos agentes químicos.

A continuación, derivaríamos al paciente a un centro sanitario para evaluar el grado de afección de las lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos comentado anteriormente los agentes químicos los podemos encontrar en muchos productos que utilizamos en la vida diaria. Los trabajadores, mediante los programas de prevención de riesgos, están preparados y capacitados para su utilización pudiendo evitar errores en la manipulación de estas sustancias en sus puestos de trabajo.

Pero en el lado contrario, tenemos la manipulación de estos productos en los

domicilios. La mayoría no sabe como utilizarlos, y es aquí, donde más accidentes se producen. Por lo que a través de los centros sanitarios se debería de enseñar mediante programas de prevención, la correcta utilización de los productos que tenemos en los hogares para evitar los accidentes domésticos y en consecuencia las quemaduras por sustancias químicas.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/first-aid/first-aid-chemical-burns/basics/art-20056667>.
2. <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v15n1/art12.pdf>.
3. <https://nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/burns-spanish.aspx>.

Capítulo 35

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL USO DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO GUIADO POR ECOGRAFÍA

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

MARIA DONDARZA DIAZ

RAQUEL SOBRINO DÍAZ

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

1 Introducción

El catéter intravenoso periférico es un dispositivo médico muy común que se coloca de forma rutinaria en los pacientes a la hora del ingreso hospitalario, siendo imprescindible si se trata de una situación urgencia o emergencia. Es en este último caso cuando la colocación de dicho dispositivo puede resultar de gran dificultad para el personal de enfermería debido al estado del paciente, a su red venosa deficitaria y al propio escenario de urgencias en el que nos encontramos. El acceso venoso guiado por ecografía se ha convertido en una técnica cada vez más frecuente en la práctica clínica. Esta técnica consiste en ayudarse de un ecógrafo para poder realizar un acceso venoso en pacientes con difícil acceso venoso. Según la bibliografía encontrada hasta un tercio de los pacientes tienen accesos venosos difíciles. Esto ocurre de manera frecuente en pacientes obesos, edematizados o en pacientes con múltiples canalizaciones venosas previas. En estos

pacientes se ha comprobado que la técnica de canalización convencional suele fracasar. Por lo que resulta imprescindible conocer de forma exhaustiva varios aspectos relacionados con la canalización venosa guiada con ultrasonido para mejorar el éxito en la canalización, evitar las complicaciones derivadas y alargar la vida media del catéter.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios del uso de la ecografía para colocar catéteres venosos en situaciones en las que no sea posible la colocación tradicional.
- Conocer aspectos básicos para enfermería a la hora de realizar dicha técnica.

3 Metodología

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en PUBMED con la siguiente cadena de búsqueda: "ultrasound guided peripheral venous access".

Para realizar dicha búsqueda se tuvieron en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: artículos en español e inglés, artículos cuya fecha de publicación fuese posterior a 2015, artículos con descarga gratuita.

Criterios de exclusión: artículos en idiomas distintos de mencionados, anteriores al 2015 y artículos cuya descarga no fuese completamente gratuita.

Encontramos un total de 51 artículos, de los cuales elegimos los de más relevancia con respecto al tema de búsqueda.

4 Resultados

Los resultados que se han encontrado en los artículos revisados han sido:

En una guía práctica sobre la venopunción en pacientes con difícil acceso venoso, se describieron varios aspectos para conseguir una técnica correcta.

Para realizar una correcta canalización se debe:

- Tener unos conocimientos generales sobre la canalización con ecógrafo. Se debe saber seleccionar el transductor y realizar una correcta orientación de la imagen y se debe distinguir una vena de una arteria.
- Elegir venas superficiales con respecto a venas más profundas, las venas superficiales por lo general tienen menos contraindicaciones asociadas a la técnica, punción de nervios o arterias, traspaso de la vena. En las venas superficiales el

camino es más corto hasta llegar a la vena por lo que la probabilidad de que el catéter permanezca en la vena es mayor. Se deben descartar o dejar como última opción las venas profundas ya que el catéter en estas se suele desprender con mayor facilidad.

- Determinar el tamaño de la vena, gracias al ecógrafo podemos obtener una visión más clara de las venas que vamos a elegir.

Gracias a estos aspectos podremos elegir la manera de realizar la punción, ángulo de punción, tamaño del catéter, técnica a realizar.

Tras la implantación del catéter es importante realizar la comprobación de que el catéter está perfectamente ubicado, también podremos ayudarnos del ecógrafo para comprobar esta situación. (1)

Otro estudio realizado en un hospital consistía en un ensayo clínico aleatorizado en el cual se investigó si había diferencias entre utilizar la técnica ecoguiada o bien usar la técnica habitual. En el participaron enfermeras de unidad de cuidados intensivos (UCI) con formación escasa en ecografía. Al final del estudio se determinó que no había diferencias significativas en cuanto a disminución de intentos y que en la técnica ecoguiada había una tendencia a utilizar catéteres más anchos, lo que daba lugar a mayores datos de extravasación (2).

5 Discusión-Conclusión

La canalización venosa guiada por ecografía es una técnica novedosa, con mucho futuro y accesible para los profesionales en enfermería. Aunque como se ha visto en la guía de práctica clínica mencionada en el artículo es necesario estar instruidos en la técnica para evitar complicaciones y realizar una correcta canalización. Además, tal y como vemos en el segundo estudio incluido, la poca formación de los profesionales de enfermería puede hacer que la técnica no sea del todo efectiva y puedan surgir efectos adversos colaterales por una mala praxis.

Por tanto, se considera de gran interés dicha técnica pero dado que el personal de enfermería no cuenta con la suficiente formación, se deberían de realizar cursos para instruir a los profesionales y poder utilizar la técnica en los casos necesarios de manera exitosa.

6 Bibliografía

1. Blanco, Pablo. "Ultrasound-guided peripheral venous cannulation in critically ill patients: a practical guideline." The ultrasound journal vol. 11,1 27. 17 Oct.

2019, doi:10.1186/s13089-019-0144-5 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6797689/>.

2. Bridey, Céline et al. "Ultrasound-guided versus landmark approach for peripheral intravenous access by critical care nurses: a randomised controlled study." *BMJ open* vol. 8,6 e020220. 9 Jun. 2018, doi:10.1136/bmjopen-2017-020220. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6009499/>.

Capítulo 36

CONVULSIONES INFANTILES

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

ANGELA TARDIO LOPEZ

JESÚS DÍAZ MORALES

ANA GARCIA LUCAS

1 Introducción

La crisis convulsiva es una descarga paroxística excesiva, de gran número de neuronas, como consecuencia de un desequilibrio excitador o inhibidor, dentro del sistema nervioso central, es decir, coinciden con la definición de proceso epiléptico.

Las causas más frecuentes de convulsiones en neonatos son: encefalopatía hipóxico-isquémica, infección sistémica o del sistema nervioso central, alteraciones hidroelectrolíticas, déficit de piridoxina, errores congénitos del metabolismo, hemorragia cerebral y malformaciones del sistema nervioso central.

Las causas más frecuentes en lactantes y niños son: convulsión febril, infección sistémica y del sistema nervioso central, alteraciones hidroelectrolíticas, intoxicaciones y epilepsia.

Las causas más frecuentes de convulsiones en el adolescente son: supresión o niveles sanguíneos bajos de anticonvulsivantes en niños epilépticos, traumatismo craneal, epilepsia, tumor craneal e intoxicaciones (alcohol y drogas).

Entre los signos y síntomas de las convulsiones infantiles encontramos: ojos mirando fijamente a distintas direcciones y parpadeos rápidos, extremidades que se agitan involuntariamente, una parte de su cuerpo o la totalidad de este comienza a temblar, sufre sacudidas o se vuelve rígida, puede haber pérdida de conocimiento, problemas para respirar con normalidad o pérdida de la respiración, pérdida de control de la vejiga o intestino, confusión o aturdimiento y sensaciones inusuales, como entumecimiento u hormigueo).

Las convulsiones infantiles son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Cuánto más se prolongue la crisis, más difícil será revertirla y por tanto, peor pronóstico. El tratamiento se centra principalmente en la causa.

2 Objetivos

Objetivo principales:

- Conocer las principales causas de las crisis convulsivas en niños y los distintos tratamientos de elección.

Objetivos secundarios:

- Conocer en qué consisten cada uno de los tratamientos de las crisis convulsivas infantiles.
- Investigar los beneficios de cada uno de los tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros. Además, se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, entre otros, habiendo seleccionado los artículos científicos que más relevancia tenía en este artículo.

4 Resultados

Existen diferentes alternativas para el tratamiento de las crisis convulsivas infantiles.

El tratamiento farmacológico se utiliza para detener una convulsión que dura cinco minutos o más como forma de prevención de un estado epiléptico. Tendremos en cuenta que, si la crisis convulsiva dura más de treinta minutos, el paciente estará en estado epiléptico.

Existen dos grupos de fármacos utilizados como tratamiento. Los sedantes, entre los que se encuentra el lorazepam, diazepam y midazolam. Y los anticonvulsivos, entre los que se encuentra el fenobarbital, la fenitoína y el levetiracetam.

Hay que tener en cuenta que se debe hacer un seguimiento posterior para controlar la aparición de efectos secundarios (problemas respiratorios y de presión arterial). La dosis se ajusta a medida que el niño crece y aumenta de peso. Estos fármacos pueden interactuar con otros. La suspensión del tratamiento farmacológico se hará de forma progresiva (dos años libre de convulsiones (R-50%)).

La estimulación es otro de los tratamientos de elección ante este problema. Consiste en realizar una estimulación eléctrica en la parte del encéfalo donde comienzan las convulsiones. Está indicada para interrumpir una convulsión antes de que empiece o acortar una ya empezada. Se realiza llevando a cabo una implantación quirúrgica de un dispositivo en el interior del cráneo contactado mediante cables a las áreas del cerebro causantes de las convulsiones. La estimulación se produce cuando el dispositivo detecta una actividad eléctrica inusual.

Previamente a esta técnica, se realizan pruebas para identificar qué área del cerebro es la causante de la convulsión. Para ello se realizan resonancias magnéticas, vídeo-EKG continuo, tomografía por emisión mono fotónica y tomografía por emisión de positrones.

Como última alternativa para el tratamiento se encuentra la estimulación del nervio vago (X par craneal). Esta técnica está indicada para reducir el número de convulsiones que sufre el niño. Se realiza mediante implantación quirúrgica de un dispositivo bajo la clavícula, el cual está conectado al nervio vago mediante un cable. El dispositivo se apaga y se enciende continuamente para estimular así el nervio. Cuando se percibe que un ataque va a comenzar, se utiliza un imán para configurar que la estimulación sea más frecuente.

5 Discusión-Conclusión

Las convulsiones infantiles son la urgencia pediátrica más frecuente, por ello se deben tener conocimientos a cerca de las alternativas que existen para el

tratamiento de este. También debemos conocer, como personal sanitario, cuáles son los signos y síntomas de la población infantil ante este problema para poder solventarlo a tiempo.

Hay que tener en cuenta que la mejor solución ante esta alteración es la prevención de las crisis.

A la hora de elegir un tratamiento en este tipo de pacientes se deben tener en cuenta cuáles son los aspectos negativos y los positivos que tienen cada una de las alternativas para poder realizar una elección que aporte beneficios al paciente.

6 Bibliografía

1. García Peñas JJ. Valoración del niño con una primera crisis no provocada [Evaluation of a child with a first unprovoked seizure]. Medicina (B Aires). 2018;78 Suppl 2:6-11. Spanish. PMID: 30199358.
2. Vasquez A, Farias-Moeller R, Tatum W. Pediatric refractory and super-refractory status epilepticus. Seizure. 2019 May;68:62-71. doi: 10.1016/j.seizure.2018.05.012. Epub 2018 May 19. PMID: 29941225.

Capítulo 37

MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

WILDER QUISPE CEBRIAN

LAURA REOLID GARCÍA

ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA

MARTA TENDERO RUIZ

VERONICA IVONNE ARRELUCEA SOLANO

1 Introducción

El reservorio subcutáneo es un catéter central que está constituido por una membrana de silicona autosellable y un portal de titanio. Este catéter debe colocarse bajo la piel y va implantando, a su vez, bien a la vena yugular externa o bien a la vena subclavia. Este tipo de catéter está indicado en pacientes con enfermedades crónicas, principalmente oncológicos, para la administración de quimioterapia, ante la necesidad de tener accesos venosos permanentes que sean capaces de infundir grandes volúmenes de medicación como agentes citotóxicos, analgesia continua, nutrición parenteral o hemoderivados.

Este catéter se inserta mediante radiología vascular, utilizando la anestesia local. Se implanta el dispositivo a través de una pequeña incisión y se coge con

2 suturas. Como con todas las técnicas y tratamientos hay una serie de complicaciones que pueden surgir con el reservorio subcutáneo, la más frecuente es la infección.

Aunque la técnica de implantación es quirúrgica, la punción y mantenimiento de este la realiza el personal de enfermería, quien debe estar atento a los signos de alarma referentes a las complicaciones existentes como es la infección, además el personal de enfermería debe cumplir con la administración de fármacos según prescripción médica, realizando una correcta limpieza, curación y manipulación del catéter.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer el funcionamiento del reservorio subcutáneo y sus cuidados por el personal de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones principales del personal de enfermería en vías subcutáneas es:

- Canalización del catéter: El material necesario son: gasas, paños y guantes estériles, antiséptico, agujas para el reservorio, jeringas de 10 ml, heparina sódica y suero fisiológico. Todo el procedimiento debe de realizarse de forma estéril. Se desinfecta la zona con antiséptico y se purga la pinza de la aguja con suero una vez que ya se está estéril. Se debe coger con la mano dominante la aguja del reservorio y con la otra una gasa que sirva para delimitar la cámara. Una vez realizado despinzamos y observando la salida de sangre para saber que está correcto. Para obtener muestras sanguíneas, una vez canalizado deben desecharse 10 ml y después tomar las muestras deseadas.
- Mantenimiento del catéter: En el caso de los catéteres que quedan colocados para la administración continua de medicación, se recomienda, clampar la pinza

cuando no se esté utilizando, ya que no tienen ningún sistema antirreflujo. Las agujas deben cambiarse cada 7 días.

- Retirada del catéter. También debe realizarse de forma estéril. Debe heparinizarse antes de retirar la aguja. La cantidad de heparina varía en función de cada hospital. Una vez retirada la aguja, aplicamos antiséptico de nuevo y tapamos con un apósito estéril.

El personal de enfermería debe de conocer la correcta técnica de punción y el material necesario para el reservorio, además de saber realizar correctamente la técnica de sellado del mismo.

Entre las complicaciones relacionadas con el uso de estos dispositivos están la trombosis, extravasación de soluciones, tromboflebitis, siendo la complicación más frecuente en este tipo de dispositivos es la infección. Para ello hay que realizar continuos cursos de formación para el personal sanitario sobre la adecuada manipulación de estos dispositivos y minimizar las complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Es enfermería quien maneja y manipula los catéteres vía subcutánea, tanto en el ámbito hospitalario como de Atención Primaria. Por tanto, es fundamental que el personal de enfermería conozca los cuidados y las técnicas que debe utilizar y las lleve a cabo correctamente para proporcionar el bienestar del paciente. Respetar las medidas de máxima asepsia y antisepsia disminuyen el riesgo de infección del reservorio venoso subcutáneo y la posterior retirada de este.

El uso de protocolos y planes estandarizados por parte del personal sanitario constituye una herramienta fundamental para mejorar la calidad en los centros hospitalarios y de atención primaria de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Martínez L, Bermejo M, Gil Gómez N. Conocimientos, satisfacción y autocuidados del paciente portador de un catéter central de larga duración: elaboración de una guía práctica.

Capítulo 38

EL EMBARAZO DE RIESGO, TODOS LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

WILDER QUISPE CEBRIAN

LAURA REOLID GARCÍA

ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA

MARTA TENDERO RUIZ

VERONICA IVONNE ARRELUCEA SOLANO

1 Introducción

Definimos la preeclampsia como la hipertensión que surge a partir de las 20 semanas de gestación acompañada de proteinuria. Según la SEGO la preeclampsia se engloba en las gestosis de la segunda mitad del embarazo como estados hipertensivos del embarazo. En algunos casos suele surgir antes de la segunda mitad del embarazo.

Las enfermedades crónicas tienen una influencia más desfavorable en mujeres embarazadas y estas podrían dejar secuelas. Además, existen otras enfermedades que son específicas de la gestación, que suelen desaparecer en la mayoría de los casos, pero que tras el parto podrían llegar a tener consecuencias en el embarazo y en el feto.

El embarazo o gestación, se inicia en el momento de la concepción durante el cual se forma un nuevo ser en el interior del útero de la mujer y dura hasta el

momento del parto. En este periodo se producen en la mujer cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos encaminados a nutrir, proteger y permitir el desarrollo del feto. Una vez diagnosticada la gestación, es importante llevar una correcta exploración para así detectar anomalías que requieran un tratamiento adecuado.

El personal sanitario debe conocer las enfermedades relacionadas con el embarazo para detectarla precozmente y evitar otros daños graves en la madre y el feto.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es describir los trastornos que puedan acontecer durante el embarazo y explicar los cuidados de enfermería en cada caso concreto.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica tras la búsqueda e investigación sistemática en artículos y libros publicados en principales bases científicas como Scielo, Pubmed, Google académico, así como una búsqueda de información en web y revistas de base científica.

4 Resultados

El cuidado de enfermería no solo atiende al proceso físico, sino también al apoyo psicológico a la madre para evitar posibles complicaciones durante el parto, además el cuidado de enfermería proporciona una buena higiene tanto para la madre como para el bebé, evitando así posibles infecciones.

Durante la gestación la gestante va a experimentar una serie de cambios, siendo algunos normales propios del embarazo y otras complicaciones que pueden llegar adelantar la fecha prevista de parto. Entre estas enfermedades destacamos:

- Hiperémesis gravídica, náuseas y vómitos. Más comunes en el primer trimestre, se suele recomendar realizar pequeñas comidas y frecuentes, alimentación rica en hidratos y pobre en grasas.
- Estados hipertensivos durante el curso del embarazo: para detectarlo a tiempo es importante que la enfermera haga una correcta selección de aquellas pacientes

más susceptibles. Tiene que llevar una dieta rica en calcio y aceites de pescado. Sí precisa tomar fármacos hipotensores.

- Síndrome antifosfolípido. Es una alteración autoinmune que se caracteriza por la producción de los anticuerpos antifosfolípidos, presentando un mayor riesgo de aborto, retraso en el crecimiento del feto, preeclampsia, partos pretérminos, etc.

- Rubeola: se detecta a través de una serología en la primera visita.

- Herpes genital; es considerado de alto riesgo, en caso de tratarse de lesiones graves se trata con aciclovir. Si el cultivo sale negativo podrá realizarse un parto vaginal, si, por el contrario, es positivo, se indicaría una cesárea, para evitar que el bebé se infecte.

Enfermedades del sistema respiratorio: como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía.

- Diabetes. La clasificamos en diabetes pregestacional y la diabetes gestacional. Por eso, a todas las embarazadas están obligadas a realizarse el Test de O' Sullivan, curva de tolerancia oral a la glucosa, así como controlar los niveles de glucemia venosa.

- Infección urinaria. Un 5-10 % de las gestantes pueden sufrirlas de manera sintomática o asintomática, pudiendo llegar incluso a complicarse y desarrollar una pielonefritis aguda.

- Toxoplasmosis: su mejor tratamiento es la prevención basándose en educar a la madre, evitando comer carnes crudas, lavar bien frutas y verduras, evitar el contacto con gatos.

- Afecciones de la piel: suele aparecer en el primer trimestre y se localiza en nalgas, abdomen y espalda.

5 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería es importante, ya que estos se encargarán de llevar un correcto seguimiento durante todo el embarazo, control prenatal, fomentación de una buena salud materna, ofreciendo una atención de calidad, etc.

Durante el embarazo, existen una serie de enfermedades o complicaciones que pueden surgir durante la gestación, y que, tras el parto, suelen desaparecer o pueden tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el recién nacido.

La hipertensión arterial inducida por el embarazo y la preeclampsia se están convirtiendo en un problema de salud global prioritario, ya que repercute en la salud

de la madre y del recién nacido y cada vez está más presente por los hábitos de la madre.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-embarazada/>.

Capítulo 39

NUTRICIÓN ENTERAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

WILDER QUISPE CEBRIAN

LAURA REOLID GARCÍA

ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA

MARTA TENDERO RUIZ

VERONICA IVONNE ARRELUCEA SOLANO

1 Introducción

La nutrición enteral transpilórica o duodenoyeyunal es una técnica de alimentación útil en el niño críticamente enfermo, ya que favorece el mantenimiento de un adecuado trofismo intestinal., en estos pacientes se producen una serie de cambios metabólicos, este hipermetabolismo está relacionado con un balance nitrogenado negativo con alteración de la síntesis proteica, descenso de las proteínas séricas, pérdida de masa muscular y de los depósitos de grasas corporales y alteración metabolismo de la glucosa.

La malnutrición es una consecuencia usual en el paciente crítico, produce un aumento de la morbilidad y mortalidad.

Frecuentemente, podemos encontrarnos ante una situación en la que este tipo de paciente posea una mala tolerancia a la nutrición oral o a la administrada

por sonda nasogástrica, este fenómeno puede manifestarse con la aparición de complicaciones como la distensión abdominal, aumento de restos gástricos y aspiración pulmonar de contenido gástrico.

Estas complicaciones son más comunes en pacientes con ventilación mecánica, cuando nos encontramos ante estos casos la mejor alternativa o la alimentación más apropiada es la nutrición duodenoyeyunal. La nutrición transpilórica puede tener diferentes complicaciones como alteración de la de la inmunidad, de mecanismos de inflamación, defensa y cicatrización; así como de funciones respiratorias, cardíacas, renales, hepáticas y gastrointestinales.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es dar a conocer la importancia del manejo de la sonda transpilórica, su colocación, beneficios y posibles complicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

La nutrición enteral transpilórica o duodenoyeyunal es una técnica de alimentación útil en el niño críticamente enfermo, ya que favorece el mantenimiento de un adecuado trofismo intestinal.

Está indicada la colocación de una sonda transpilórica para iniciar una nutrición enteral en el paciente crítico, en el cual existe reducción de la motilidad gástrica, que muy frecuentemente está relacionada con el uso de sedantes, relajantes musculares o de la propia enfermedad.

Es un factor muy Importante para la prevención de la malnutrición o desnutrición secundaria al ingreso hospitalario.

Dentro de sus beneficios podemos encontrarnos con que preserva la integridad de la barrera intestinal y previene la translocación bacteriana.

Múltiples estudios demuestran que los niños portadores de nutrición enteral mediante sonda transpilórica, presentan menor incidencia de infección nosocomial, disminución en el empleo de nutrición parenteral, y el tiempo de ventilación mecánica es ligeramente inferior.

Está contraindicada en casos de descompensación hemodinámica, o respiratoria, salida y obstrucciones accidental del acceso enteral, estudios diagnósticos, diarrea, vómitos, distensión, etc.

Frecuentemente, podemos encontrarnos ante una situación en la que este tipo de paciente posea una mala tolerancia a la nutrición oral o a la administrada por sonda nasogástrica, este fenómeno puede manifestarse con la aparición de complicaciones como la distensión abdominal, aumento de restos gástricos y aspiración pulmonar de contenido gástrico. La malnutrición es una consecuencia usual en el paciente crítico, produce un aumento de la morbilidad y mortalidad. Entre sus complicaciones secundarias destacamos como la más frecuente el aumento del residuo gástrico (existen factores que pueden modificarlo como los relacionados con la ingesta (posición), con el tipo de dieta, neuroendocrinos, alteraciones patológicas, fármacos...), también tenemos la distensión abdominal, diarrea grave, hemorragia digestiva, enterocolitis necrosante, dolor y por último, vómitos y regurgitación.

5 Discusión-Conclusión

La sonda transpilórica puede utilizarse con seguridad tanto en recién nacidos, lactantes o niños mayores.

- Múltiples estudios demuestran que los niños portadores de nutrición enteral mediante sonda transpilórica, presentan menor incidencia de infección nosocomial, disminución en el empleo de nutrición parenteral, y el tiempo de ventilación mecánica es ligeramente inferior mejorando así su pronóstico.
- La comprobación de la posición de la sonda inicialmente se realiza mediante aspirado gástrico, medición del pH (en duodeno igual o superior a 6), y por control de Rx.

Es recomendable la inserción de otra sonda, que en este caso será nasogástrica, para controlar el drenaje de contenido gástrico, medición de restos y administración de medicación.

6 Bibliografía

1. Ilari S. Nutrición enteral en el paciente crítico, causas de la inadecuación entre lo indicado y lo recibido. Enfermería global. 2005.

Capítulo 40

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON QUEMADURAS

ANA ISABEL SÁNCHEZ BALLESTEROS

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

YOLANDA MEDEL ALCÁNTARA

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones que comprometen la integridad de la piel, caracterizadas por la pérdida de superficie cutánea. Pueden producirse por diversos mecanismos (calor, frío, electricidad, radiación, productos químicos, fricción, etc.).

Se utilizan diferentes métodos para calcular la extensión de las quemaduras:

- Regla de los nueve de Wallace: otorga un porcentaje de nueve o múltiplo de este a las diferentes partes del cuerpo quemadas.
- Esquema de Lund Browder: aplicación para niños.
- Regla de la palma de la mano: la mano del quemado cubre el 1% de la superficie corporal.

Según la profundidad de la quemadura, se divide en tres grados:

- Primer grado: afectan a la epidermis, las lesiones se caracterizan por eritema o enrojecimiento de la zona afectada debido a la dilatación de los capilares. Son dolorosas, la piel está intacta y ligeramente inflamada. No hay flictenas. Curan en unas 48 horas.
- Segundo grado: se dividen en:
 - Dérmica superficial: afecta a la epidermis y al tercio superior de la dermis. Se forman flictenas o vesículas. Son muy dolorosas.
 - Dérmica profunda: afecta a toda la dermis. La flictena tiene el lecho más pálido y exudativo. No son muy dolorosas porque se han destruido algunas terminaciones nerviosas.
- Tercer grado: afectan a todas las capas de la piel (epidermis, dermis e hipodermis) e incluso pueden afectar a las estructuras subyacentes (músculos, nervios, vasos sanguíneos, etc.). Su apariencia variará desde escaras blancas secas hasta un color ligeramente negruzco. No son dolorosas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es establecer un plan de cuidados basado en la evidencia para minimizar la variabilidad de la práctica asistencial.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se desarrolló un caso clínico y su posterior aplicación en un Proceso de Atención de Enfermería basado en la evidencia, usando para ello las clasificaciones NANDA, NIC y NOC y realizando una valoración por patrones de Marjory Gordon.

4 Resultados

Caso clínico:

Varón de 52 años, que acude a Urgencias, procedente de su domicilio, traído por un vecino. Tras intentar encender una barbacoa con gasolina hace 20 minutos, el paciente ha sufrido una explosión con fuego. Muestra quemaduras en cara, pecho, hombros y parte superior del brazo. Presenta leve disnea y dolor. Mediante la regla de los 9 se objetiva un 27 % de superficie corporal quemada.

Fuente de datos: paciente, acompañante e historia clínica.

Valoración:

La valoración se ha realizado siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon.

1. Patrón percepción-manejo de salud:

Historia habitual: es un paciente fumador (10 cigarrillos diarios), hipertenso e hipercolesterolémico. Alcohol esporádico u ocasional. En tratamiento con simvastatina y enalapril 10mg en cena que toma diariamente. No alergias conocidas. Historia actual: el paciente refiere que “ha aplicado una lata de atún con un papel impregnado en gasolina para ayudar al encendido de la barbacoa y de repente ha explotado, tras propagarse el fuego por la barbacoa”. Hoy ha tomado una cerveza.

2. Patrón nutricional-metabólico:

Examen: quemaduras de segundo grado en tórax, cuello y brazos y de primer grado en cara.

3. Patrón eliminación:

Historia habitual: no refiere problemas de eliminación.

Examen: se coloca sonda vesical para cuantificación de diuresis. No presenta globo vesical tras sondaje.

4. Patrón actividad-ejercicio:

Historia habitual: paciente independiente, llega al servicio caminando.

Examen: el paciente mueve todas las articulaciones sin restricciones. FC: 120lpm, TA: 160/90mmHg, SO₂: 95 %, relleno capilar inferior a 2 segundos y FR: 20 respiraciones por minuto.

5. Patrón sueño-descanso:

No valorado.

6. Patrón cognitivo-perceptual:

Historia actual: el paciente refiere no tener déficits sensoriales.

Examen: el paciente se encuentra consciente y orientado en tres esferas, respondiendo bien a todo tipo de estímulos. Refiere dolor.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto:

Examen: el paciente se encuentra nervioso por los hechos acaecidos y las posibles consecuencias de éstos.

8. Patrón rol-relaciones:

Historia habitual: paciente casado con dos hijos.

Examen: acude a Urgencias acompañado por su hermano.

9. Patrón sexualidad- reproducción:

No valorado.

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés:

No valorado.

11. Patrón valores-creencias:

No valorado.

Diagnóstico, planificación y ejecución del Proceso de Atención de Enfermería:
00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos) m/p manifestación del mismo por parte del paciente. NOC: 1605 Control del dolor.

NIC:

1400 Manejo del dolor. Actividades:

- Observar claves no verbales de molestias.
- Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura, ruidos...).
- Explorar con el paciente los factores que alivian /empeoran el dolor.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, falta de conocimientos...).

2380 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 con la prescripción médica y/o el protocolo.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c hipertermia por contacto con fuego m/p destrucción de las capas de la piel (epidermis y dermis).

NOC: 1103 Curación de la herida: por segunda intención:

NIC:

3661 Cuidados de las heridas: quemaduras. Actividades:

- Evaluar la boca y las fosas nasales del paciente para identificar cualquier posible lesión por inhalación.
- Mantener permeables las vías aéreas para asegurar la ventilación.
- Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- Controlar el nivel de conciencia en pacientes con quemaduras graves.
- Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.

3590 Vigilancia de la piel. Actividades:

- Observar si la ropa queda ajustada.
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c enfermedad o traumatismo que afecta a la regulación de la temperatura.

NOC: 0800 Termorregulación.

NIC:

6680 Monitorización de los signos vitales. Actividades:

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
- Observar la presencia y calidad de los pulsos.
- Observar si hay disminución o aumento de la presión del pulso.
- Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Controlar periódicamente la pulsioximetría.
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apneústico, atáxico y suspiros excesivos).
- Observar si hay cianosis central y periférica.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Observar si hay relleno capilar normal.

3900 Regulación de la temperatura. Actividades:

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
- Observar el color y la temperatura de la piel.

00004 Riesgo de infección r/c destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

NOC: 1103 Curación de la herida: por segunda intención.

NIC:

6540 Control de infecciones. Actividades:

- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.

3680 Irrigación de heridas. Actividades:

- Identificar alergias, especialmente a productos como el yodo y sus derivados.
- Mediar al paciente antes de la irrigación, si es necesario, para controlar el dolor.
- Limpiar desde la zona más limpia de la herida a la más sucia.

- Instilar la solución de la irrigación lentamente, llegando a todas las zonas pertinentes.
- Limpiar y secar la zona alrededor de la herida después del procedimiento.
- Proteger el tejido circundante para evitar heridas de la piel.
- Vendar la herida con el tipo de vendaje estéril adecuado.

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c factores que influyen en la necesidad de líquidos (quemaduras).

NOC: 0601 Equilibrio hídrico.

NIC:

4260 Prevención del shock. Actividades:

- Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíacos, presencia y calidad de los pulsos periféricos y repleción capilar.
- Controlar la pulsioximetría.
- Vigilar la temperatura y el estado respiratorio.
- Controlar el ECG.
- Administrar líquidos i.v. y / u orales, según el caso.
- Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, si procede.

4120 Manejo de líquidos. Actividades:

- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.
- Monitorizar signos vitales, si procede.
- Realizar sondaje vesical, si es preciso.
- Administrar terapia i.v. según prescripción.

Evaluación

Este paso evalúa los objetivos NOC propuestos en los diagnósticos NANDA desarrollados previamente.

- 00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos) m/p manifestación del mismo por parte del paciente. NOC: 1605 Control del dolor: Se ha administrado analgesia pautada en el tratamiento (Nolotil 2g y Fentanest 75mcg) consiguiendo con ello que el paciente no refiera dolor.
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c hipertermia por contacto con fuego m/p destrucción de las capas de la piel (epidermis y dermis).

NOC: 1103 Curación de la herida: por segunda intención: el paciente ha mantenido en todo momento las vías aéreas permeables y se ha procedido a la inspección, evaluación y limpieza de la superficie corporal quemada, administrando además analgesia para control del dolor.

- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c enfermedad o traumatismo que afecta a la regulación de la temperatura. o NOC: 0800 Termorregulación: se ha mantenido un control regular de las constantes vitales, mostrando TA 140/80mmHg, FC 100 lpm, FR 16 rpm y temperatura 37°C. Mantiene buen relleno capilar, inferior a 2 segundos, y pulsos periféricos presentes.

- 00004 Riesgo de infección r/c destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

NOC: 1103 Curación de la herida: por segunda intención: en todo momento se han manipulado las vías periféricas y sus lesiones con guantes. Además, se ha preguntado por las alergias y se han irrigado las lesiones con solución salina isotónica y se ha protegido la zona con gasas y compresas estériles empapadas en solución salina isotónica.

- 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c factores que influyen en la necesidad de líquidos (quemaduras).

NOC: 0601 Equilibrio hídrico: se ha procedido al sondaje vesical del paciente con sonda Foley 16F, con un débito de 200cc de orina clara. Además, se han canalizado dos vías periféricas de calibre 18G (una en dorso de mano derecha y otra en flexura de codo izquierda) para administrar analgesia y sueroterapia. Por último, se ha vigilado regularmente las constantes vitales, presentando TA 140/80mmHg, FC 100 lpm y FR 16 rpm.

5 Discusión-Conclusión

Según la OMS:

- “Las quemaduras ocasionan aproximadamente 180 000 muertes al año, que en su gran mayoría tienen lugar en los países de ingreso bajo y mediano.

- Las lesiones por quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad.

- Las quemaduras se producen mayormente en el ámbito doméstico y laboral.

- Las quemaduras son prevenibles.”

Las quemaduras tienen efectos físicos, psicológicos y sociales, por lo que tratar las quemaduras es algo más que tratar la herida o mantener el correcto funcionamiento del organismo del paciente.

El papel asistencial de la enfermera en el tratamiento de las quemaduras es de suma importancia porque es un tratamiento integral para el paciente. En este caso particular, la enfermera de urgencias brindaría los primeros cuidados al paciente y sus lesiones, que luego continuaría el personal de hospitalización y se complementaría con el papel vital de la enfermera de atención primaria.

El impacto psicológico de este tipo de accidentes hace necesario que el paciente sea asistido con educación sanitaria y se le despejen las dudas que puedan surgir en el proceso. Además, el objetivo será minimizar las complicaciones funcionales y sociales. Una adecuada valoración de enfermería permitirá comprender las necesidades del paciente, tanto físicas como emocionales, y dar una respuesta adecuada a las mismas.

Con esta valoración, se puede crear un plan de atención integral, personalizado y centrado en la persona para garantizar que los profesionales de enfermería no presenten diferencias en su atención, trabajando en equipo y persiguiendo un mismo objetivo. De esta forma, el paciente se recupera más rápido, se pueden evitar las complicaciones psicológicas, sociales y funcionales que pueden presentarse tras un evento de estas características, al tiempo que reduce el coste del tratamiento y el tiempo de hospitalización.

6 Bibliografía

1. Actualización de enfermería en urgencias traumáticas, intoxicaciones y otras urgencias. Rovira Gil, Elías. DAE editorial. 2018.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Butcher, H.; Bulechek, G.; Dochterman, J.; Wagner, C. El Sevier. 2018.
3. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Moorhead, S. 2018.
4. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023. NANDA Internacional. El Sevier. 2021.
5. Quemaduras [Internet]. Who.int. [citado el 7 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>.
6. Urgencias esenciales para enfermería. Ortega Deballón, Iván; Díaz-Santos Dueñas, Amelia. 2019. Difusión Avances de Enfermería.

Capítulo 41

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE PORT-A-CATH

SONIA VILLALBA SOLIVA

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

MARTA PEÑALBA ESPARCIA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

MARÍA USERO MOZOS

1 Introducción

Un porta-a-cath es un acceso venoso central de larga duración, que consta de un reservorio subcutáneo de titanio con una membrana de silicona cuya ubicación preferente es bajo la piel del tórax, conectado a un catéter de silicona o poliuretano que se inserta canalizando una vía central (yugular o subclavia).

Su implantación se realiza mediante un proceso médico-quirúrgico que requiere una pequeña incisión para introducir el reservorio debajo de la piel, en la fosa infraclavicular derecha y sobre el plano muscular.

A veces, por imposibilidad o agotamiento del capital venoso del paciente, se tiene que utilizar zonas anatómicas menos habituales, como la inguinal o la abdominal. Su implantación es una buena alternativa para mantener un acceso vascular permanente en pacientes con enfermedades hematológicas y oncológicas, cuyos

tratamientos producen una degradación de los accesos venosos periféricos. La implantación de estos accesos venosos centrales a cambiado el cuidado y la calidad de vida de estos pacientes , ya que reduce el número de venopunciones con la consiguiente reducción de las molestias asociadas a ellas y facilita la extracción de muestras de sangre, como la administración de medicamentos, nutrientes , etc. Un Portha-A-Cath puede utilizarse durante años. Una vez finalizado el tratamiento, suele conservarse durante un tiempo .

2 Objetivos

Conocer cuáles son las recomendaciones para realizar un correcto manejo y mantenimiento de estos acceso venosos centrales, así como determinar sus ventajas y complicaciones.

3 Metodología

La metodología que he llevado a cabo es una revisión bibliográfica a partir de bases de datos como Cuiden y Pubmed, con una búsqueda sistemática sobre los cuidados enfermeros a la hora del manejo y mantenimiento de un reservorio subcutáneo. Para ello he utilizando palabras claves como reservorio subcutáneo, manejo, ventajas, cuidados enfermeros entre otras.

4 Resultados

Las recomendaciones para el correcto manejo y mantenimiento de estos accesos consisten en los siguientes puntos:

- Conocer los cuidados generales: mantener las máximas condiciones de asepsia en toda la manipulación del reservorio, mantener la pinza siempre cerrada cuando no se esté administrando medicación. Se debe procurar hacer siempre las manipulaciones por debajo de la altura del corazón, para no dejar la vía aérea abierta con el consiguiente riesgo de embolia aérea. En las diferentes técnicas a realizar evitar la excesiva presión sobre el catéter tanto al administrar medicación como al extraer sangre, en caso de tratamiento intravenoso intermitente salinizar tras cada uso con unos 5cc y rutinariamente cada 12h.

Cambiar sistemas de fluidoterapia, llaves de 3 vías, bioconectores cada 72h mediante manipulación lo más aséptica posible. Colocar la fecha en un lugar visible en el sistema, siempre hay que desechar unos 5-10 cc de sangre tras puncionar

para eliminar el sellado anterior, en el caso de catéteres que no se vayan a utilizar en tiempo prolongado se realizará un sellado una vez al mes.

- La técnica de punción del reservorio: preparar campo estéril con material necesario, dejando la aguja Gripper purgada y la pinza cerrada, desinfectar con clorhexidina la zona de punción en sentido circular de dentro hacia fuera. Localizar e inmovilizar el portal o reservorio con el dedo pulgar y el índice de la mano no dominante, esta fijación debe ser delicada, sin presionar el portal sobre el plano muscular, ya que puede producir dolor. Puncionar introduciendo la aguja con el sistema pinzado perpendicularmente al reservorio (90°) atravesando piel, tejido subcutáneo y membrana hasta notar un tope metálico que se corresponde con la pared posterior del reservorio. Evitar girar e inclinar la aguja para no deteriorar la membrana. Desclampar la alargadera y comprobar la permeabilidad del catéter aspirando la salida de sangre y eliminándola, proceder a la acción que vayamos a realizar: administración tto, fluidoterapia continua, sellado/ heparinización, extracción de sangre.

- La técnica de sellado: Se realizará cuando el catéter no se está utilizando cada mes. El procedimiento se debe realizar de forma estéril, realizar técnica de punción descrita, conectar jeringa de 10ml y aspirar suavemente hasta desechar 5ml, lavar con 10ml de suero salino con técnica flush o pulsos, es decir, ir introduciendo 1 ml de la dilución cada vez, así se crea turbulencia dentro de la luz del catéter que favorecer la eliminación de partículas adheridas a la pared del catéter. inyectar 5cc de Solución heparinizada 100 ui/ml, clampar la alargadera haciendo presión positiva mientras se inyectan los últimos 0,5 ml de la solución anterior, para evitar reflujos . Retirar la aguja sujetando la cámara, para evitar su movilización, con el dedo índice y pulgar de la mano no dominante junto con una gasa estéril. Con la mano dominante extraer la aguja hacia fuera de forma perpendicular. Presionar ligeramente con la gasa la zona de punción y por último colocar apósito en la zona de punción.

Un personal cualificado consigue una maximización de su uso y reduce las complicaciones asociadas (extravasación, obstrucción, necrosis, etc.).

5 Discusión-Conclusión

La utilización de port-a-cath aporta muchos beneficios para el paciente, siempre que su uso y mantenimiento sea el adecuado. Mejora su calidad de vida ya que disminuye el número de venopunciones y les confiere mayor autonomía. El manejo de estos dispositivos es sencillo pero requiere tener ciertos conocimientos y entrenamiento para evitar así posibles complicaciones.

La complicación más frecuentes relacionadas con su utilización y que podemos encontrarnos es la infección, por lo que una manera efectiva de reducir este riesgo, sería realizar protocolos de actuación enfermero que nos indiquen el manejo de estos dispositivo y que unifique criterios a la hora de su manipulación.

6 Bibliografía

1. Manual de procedimiento de enfermería. Cuidados y mantenimiento de accesos venosos de larga duración. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
2. Gerson,R.Rojas., G. Guadiana E. catéteres venosos centrales.
3. Folleto información para enfermería SIMS Deltec.Inc.
4. Martínez Ibañez V, Pérez Martínez A: Manual del Port-a-cath en Pediatría.2000.
5. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. M.Carmen Carrero. Caballero. Madrid 2002.
6. Reservorio subcutáneo intravenoso. H.Clínico Salamanca.

Capítulo 42

MANEJO DEL PACIENTE CON COLELITIASIS Y CÓLICO BILIAR PARA ENFERMERÍA

SONIA VILLALBA SOLIVA

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

MARTA PEÑALBA ESPARCIA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

MARÍA USERO MOZOS

1 Introducción

La colelitiasis consiste en la formación de cálculos en la vesícula biliar, estos cálculos pueden desplazarse por la vía biliar y llegar a generar cuadros de obstrucción. Los cálculos biliares se componen principalmente de colesterol, calcio, sales biliares, bilirrubina, proteínas y mucina.

La colelitiasis es el trastorno con mayor incidencia de la vía biliar. Se estima que entre un 5 y un 15% de la población de países occidentales presenta cálculos biliares. De éstos, aproximadamente el 75% corresponde a los cálculos formados por colesterol, mientras que el 25% restante correspondería a los formados, básicamente por bilirrubina. (1).

Las personas con mayor riesgo de padecer colelitiasis son aquellas que presentan los siguientes factores de riesgo:

- Edad:

Existen estudios que demuestran que existe un mayor riesgo de aparición de litiasis vesicular a partir de los 40 años, en esta franja de edad existe un 20% de frecuencia, mientras que, si hablamos de mayores de 70 años, ésta aumenta hasta el 30%. (2).

- Sexo:

Existe una mayor frecuencia en mujeres, en todas las edades. Asociado también a ciertas circunstancias propias de la mujer, como la toma de anticonceptivos orales, embarazo y la menopausia.

- Antecedentes familiares:

Existen estudios que relacionan la localización cromosómica de algunos genes a la predisposición en la formación de litiasis de colesterol

2 Objetivos

Explicar cómo realizar un correcto diagnóstico, ya que la detección temprana, minimiza la aparición de complicaciones para el 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

En el caso de que el paciente sea asintomático, la actitud terapéutica será conservadora, ya que desde hace algunos años se está descartando la cirugía para pacientes que no presenten clínica y sin patologías asociadas que puedan presentar complicaciones.

Cuando el paciente presente síntomas, el más característico de ellos es el cólico biliar. El cólico biliar, consiste en aumento de la presión y la distensión de las paredes de la vesícula por la presencia de un cálculo a nivel del saco vesicular o a nivel del conducto cístico produciendo una obstrucción momentánea del flujo. Se caracteriza por un dolor muy intenso, normalmente localizado a nivel de epigastrio

o hipocondrio derecho, que puede irradiarse hacia la espalda a nivel subescapular e incluso hacia el hombro derecho. Puede acompañarse de náuseas, vómitos de contenido bilioso y dispepsia. En muchos casos el dolor es posterior a la ingesta de una comida abundante y con alto contenido en grasas o muy abundante. El tratamiento del cólico biliar se centrará en los síntomas, basándose en la administración de sueroterapia, analgésicos y antieméticos si precisara el paciente. Para pacientes con clínica, el tratamiento definitivo de elección, mayoritariamente, será la colecistectomía. Aunque existen otras alternativas como la litotricia biliar extracorpórea por ondas de choque o un tratamiento disolutivo. En el caso de que el paciente presente litiasis pigmentaria marrón o parda, habría que ampliar estudio para conocer si verdaderamente presenta infección en la vía biliar.

Si además de los síntomas explicados anteriormente, el paciente presenta fiebre, orina colúrica e ictericia, es indicativo de que existen complicaciones. Las complicaciones más frecuentes del cólico biliar son: colecistitis aguda (inflamación de la vesicular debido a infección por causas obstructivas), coledocolitiasis (presencia de litiasis a nivel del colédoco), colangitis aguda (infección aguda de la vía biliar debido a una obstrucción a nivel del colédoco) y pancreatitis aguda (inflamación aguda del páncreas que se produce por la activación de las enzimas pancreáticas produciendo su lesión).

Diagnóstico:

- Exploración física:

Salvo que el paciente presente en ese momento un cólico biliar, aportaría pocos datos para el diagnóstico.

Durante el cólico biliar el paciente podría presentar dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio.

- Realización de pruebas complementarias.

Analítica sanguínea: aunque la litiasis sea causada por colesterol, no tiene porque presentarse un aumento del colesterol sérico. Lo que sí se puede encontrar es un aumento de las transaminasas (GGT), siendo mucho más significativo su aumento si el paciente se encuentra con un episodio de cólico biliar o está debutando con una colangitis o una pancreatitis aguda.

Pruebas de imagen: el método de elección, normalmente es la ecografía.

Identificar el tipo de litiasis que presente el paciente para individualizar el tratamiento.

Existen diferentes tipos de litiasis:

- Litiasis de colesterol.

Pueden estar formados por colesterol en sí mismo o asociarse a otros elemen-

tos formando una composición mixta, presentando además sales biliares, calcio, bilirrubina, fosfato, carbonatos y proteínas.

-Litiasis pigmentaria.

Se forman por una sobresaturación de la bilis por la bilirrubina.

Pueden ser:

- Cálculos marrones o pardos: su componente con mayor frecuencia es el bilirrubinato cálcico precipitado en ocasiones asociado a ácidos grasos. Aparecen a nivel de los conductos biliares. Se asocian a presencia de infección
- Cálculos negros: su componente con mayor frecuencia es el bilirrubinato cálcico, carbonato y fosfato. Aparecen a nivel vesicular. Se asocian a trastornos hemolíticos y cirrosis hepática.

Las medidas dietéticas se basan en:

- Reducción en la ingesta de alimentos con alto contenido en grasas. Se recomiendan las carnes magras, el pescado blanco, lácteos y derivados desnatados.
- Reducir consumo de hidratos de carbono y azúcares refinados.
- Evitar en todo lo posible el consumo de "comida rápida".
- Aumentar ingesta de fibra alimentaria. Consumiendo más fruta y verdura.
- Suprimir las bebidas alcohólicas.
- Reducir el peso si presentan obesidad y realizar ejercicio físico regular.
- No se recomienda los periodos largos de ayuno, ya que, debido a una disminución de la actividad vesicular, pueden propiciar la acumulación de bilis y sales biliares en el interior de la vesícula.

5 Discusión-Conclusión

Desde las consultas de enfermería se puede hacer visible esta patología, detectándola de forma precoz y educando en los diversos recursos que existen para el manejo del dolor. Entre ellos, se encuentra la terapia farmacología y hormonal, pero también terapias alternativas, que han demostrado la reducción del dolor menstrual, tanto solas como combinadas, destacando la fisioterapia, la aplicación de calor local, la terapia nutricional y el ejercicio físico, entre otros.

Los pacientes con antecedentes personales de litiasis vesicular y otras patologías que sean predisponentes a la formación de cálculos biliares, deben de conocer tanto la sintomatología como las medidas preventivas en la formación litiásica para evitar recidivas y complicaciones a largo plazo. Así mismo, es imprescindible que el paciente siga las medidas dietéticas explicadas anteriormente.

6 Bibliografía

1. Bravo, MT, Martínez AA. Enfermedad litiásica biliar. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2012. 11(8), 481-488.
2. Carbonell, C. L. A., Prado, Y. A., González, T. P., Ferro, Y. P., & Hernández, Z. H. (2012). Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 16(1), 200-214.
3. Sánchez JC. Litiasis biliar. Rev. méd. sinerg. 2016. 1(1):12-5.
4. López AP, Valenzuela JE, Álvarez FC. Protocolo terapéutico del cólico biliar y la colecistitis aguda. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016. 12(8), 467-471.
5. Narea Falcones KA., Gaibor Tomalá CA. "Factores de riesgo que determinan el desarrollo de litiasis vesicular" (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina). 2020.

Capítulo 43

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

SONIA VILLALBA SOLIVA

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

MARTA PEÑALBA ESPARCIA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

MARÍA USERO MOZOS

1 Introducción

Desde el punto de vista médico, el término fístula arteriovenosa (FAVI) describe una conexión anormal entre una arteria y una vena. Puede ser congénita, traumática o quirúrgica. Puede aparecer en cualquier parte del organismo, aunque el lugar más frecuentes son las extremidades.

En circunstancias normales la sangre viaja desde las arterias a los órganos y retorna al corazón a través de las venas. Cuando existe una FAVI, parte del flujo sanguíneo pasa directamente de la arteria a la vena sin alcanzar la circulación capilar, por lo tanto la oxigenación de los tejidos afectados puede ser deficiente, sobre todo si el volumen de sangre desviada es importante y no existen otras ramas colaterales que la compensen.

En este caso que tratamos a continuación, la utilización de la fístula arteriovenosa, va dirigido o al tratamiento renal sustitutivo (TRS) de aquellos pacientes cuya fun-

ción renal natural es insuficiente para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y acido-base del paciente.

El tratamiento de filtración de la sangre mediante el uso de la FAVI, se denomina hemodiálisis (HD) y es la fístula arteriovenosa el método de elección para llevar a cabo la HD. Cuando esto no es posible, se suele recurrir al uso de catéteres temporales en vasos de gran calibre, pero como su propio nombre indican son temporales, por lo tanto es necesario la realización de la FAVI para una correcta ejecución del TRS.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer los conocimientos necesarios para el cuidado de la fístula arteriovenosa o FAVI.

Objetivos secundarios:

- Identificar signos y síntomas de buena progresión de la FAVI.
- Saber aplicar los cuidados pertinentes, en las distintas etapas del proceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente 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

Uno de los objetivos finales de la HD, es conseguir que la mayoría de los pacientes, que inician este tratamiento, sea a través de un buen acceso venoso (AV).

Por lo que la FAVI, es el acceso venoso de elección. Para conseguir el correcto funcionamiento de la FAVI, se necesita un tiempo, al cual se le llama “periodo de maduración”, por lo que su realización se programa con el tiempo suficiente a la entrada del paciente en HD, por tanto, se necesita una buena coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en la planificación y realización de este proceso.

En la actualidad, y después de muchos años, se ha demostrado que la fístula radiocefálica, sigue siendo el AC de elección para el tratamiento de la HD debido a su baja incidencia de complicaciones, presentando una alta tasa de permeabilidad y uso en un periodo largo de tiempo. Además persigue el objetivo de AV, como es ser un acceso periférico, fácilmente accesible con flujo suficiente para la realización de la HD y que ofrece, si fuese necesario, la realización de fistulas más proximales. Los cuidados de enfermería, se clasifican, en función del momento en el que se encuentre el paciente portador de la FAVI:

- Periodo previo a la realización de la FAVI.
- Periodo postquirúrgico inmediato y tardío.
- Periodo de maduración de la FAVI.
- Periodo de utilización de la FAVI en HD,

A: Cuidados previos a la realización de la FAVI: Los profesionales de las unidades de diálisis o prediálisis, deben llevar a cabo una educación al paciente e iniciar la vigilancia y monitorización del AV elegido para el tratamiento de la HD. El paciente debe estar informado y haber firmado el consentimiento informado de dicha intervención quirúrgica.

B: Periodo postquirúrgico inmediato y tardío: Los cuidados de enfermería van dirigidos a identificar signos y síntomas que puedan desencadenar una complicación que pueda llevar al fracaso de la FAVI.

Cuidados inmediatos:

- Estado general y constantes vitales del paciente.
- Trhilla y soplo del AV.
- Pulso del miembro.
- Apósito quirúrgico.
- Temperatura y color del miembro. Instruir

Cuidados tardíos:

- Elevación del miembro implicado para favorecer el retorno venoso, y evitar así el edema.
- Instruir al paciente en cuidados de higiene: Quitar el apósito tras 48 horas de la intervención, mantener el apósito seco y cambiar si está húmedo. Lavar el brazo con agua y jabón y cubrir la zona si existe riesgo de lesiones.
- Movilizar el brazo afecto, sin realizar ejercicios bruscos.
- No realizar ninguna otra técnica de enfermería en el miembro afecto, tales como toma de tensión, venopunciones o cualquier otra que pueda comprometer el correcto funcionamiento de la FAVI.
- Evitar vendajes.
- Instruir al paciente para favorecer el buen desarrollo de la FAVI, tras las primeras

72h después de la cirugía, como pueden ser los ejercicios de pelota.

- Instruir al paciente, en síntomas que puedan llevar al fracaso de la FAVI.

C: Periodo de maduración: Los cuidados van dirigidos al autocuidado del paciente, a la valoración de signos y síntomas que evidencien riesgo y el seguimiento por parte de los profesionales.

- Medición del flujo del AV mediante ultrasonidos.
- Aparición de complicaciones.

D: Periodo de utilización: Los cuidados de enfermería van encaminados a poder utilizar la FAVI como acceso venoso para el inicio de la HD:

- Observar el estado general de la FAVI, así como signos y síntomas de complicación para el uso y punción de la misma.
- Retirada según procedimiento de los puntos quirúrgicos. Esto se realizará previamente a la punción de la FAVI.

Durante y al finalizar la sesión de hemodialisis, los cuidados propiamente dichos son:

- Evitar manipulaciones de la aguja de punción.
- Valorar signos y síntomas de disfunción.
- Retirada de la aguja de forma cuidadosa para evitar traumatismos.
- Para la hemostasia, realizar una ligera presión sobre el punto de punción mínimo de 10-15 min.
- Minimizar riesgos de sangrado.
- Fomentar de nuevo, los autocuidados del paciente.

5 Discusión-Conclusión

- El objetivo principal del cuidado de la FAVI es preservar la integridad del paciente.
- Los profesionales implicados en el cuidado de la fístula arteriovenosa, deben estar perfectamente instruidos en la materia tanto teórica como práctica, para evitar riesgos innecesarios en el manejo y cuidado de la fístula en las diferentes etapas del proceso.
- Al igual que los profesionales deben estar instruidos en el cuidado de la fístula arteriovenosa, es muy importante que tanto el paciente como los cuidadores principales, sean instruidos en el manejo y cuidado de la fístula arteriovenosa en las distintas etapas que hemos explicado, para evitar así riesgos innecesarios.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200167.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000591.html>.
3. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200167.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000591.htm>.

Capítulo 44

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO QUE INGRESA EN PLANTA DE CONVALECENCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

MIRIAM MEDINA LÓPEZ

PEDRO ANTONIO SÁNCHEZ RÍSQUEZ

1 Introducción

Los pacientes pluripatológicos presentan una serie de características comunes como son: presencia de enfermedades crónicas, deterioro progresivo de la enfermedad que les lleva a una disminución de su autonomía, así como riesgo de padecer otras patologías secundarias relacionadas, inestabilidad clínica, dependencia funcional, alteraciones cognitivas o situación crítica. A veces, estas características se presentan de forma simultánea haciendo de gran dificultad el manejo de este tipo de pacientes.

La existencia en una planta hospitalaria de pacientes con dos o más enfermedades crónicas diagnosticadas y polimedicados con cinco o más fármacos en los últimos

seis meses, es cada vez más frecuente. Además, este tipo de pacientes con pluripatologías, suelen ser pacientes ancianos que a su vez, están polimedicados, por lo que esta asociación de paciente anciano - pluripatológico - polimedicado es la más frecuente en el medio hospitalario.

Los cuidados sanitarios y de enfermería del paciente pluripatológico en el medio hospitalario consisten en garantizar un cuidado integral e interdisciplinar, mediante un plan de atención continuada centrándonos en las necesidades del paciente.

Hoy en día, el aumento de la esperanza de vida, y el envejecimiento de la población tiene gran repercusión en el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y la pluripatología. Sin embargo, a pesar del aumento del número de personas con múltiples enfermedades y de los numerosos instrumentos que existen para analizar el impacto de las enfermedades en el individuo, hay importantes limitaciones para cuantificar dicha morbilidad.

Nos referimos al "índice de comorbilidad" a la reducción de las enfermedades y su gravedad en una persona.

El Índice de Charlson (ICH), es el más frecuente en la evaluación pronóstica de pacientes con comorbilidad, ya que es sencillo de utilizar y no requiere mucho tiempo.

2 Objetivos

Conocer un plan de cuidados de enfermería de un paciente anciano pluripatológico que ingresa en la unidad de convalecencia y rehabilitación del hospital tras ser intervenido de una nefrectomía parcial.

3 Caso clínico

Paciente de 68 años, que ingresa acompañado por su familia para convalecencia y rehabilitación tras una nefrectomía parcial derecha. Paciente consciente y orientado en tiempo y en espacio.

Antecedentes familiares:

- Padre diabetico.
- Madre hipertensa.

Antecedentes personales:

- En 2003 luxación de cadera y húmero izquierdo.
- Insuficiencia respiratoria.
- En 2005 edema agudo de pulmón.

- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Diabetes Mellitus tipo II.

Exploración física:

- TA: 145/80 mmhg.
- Temperatura ótica: 36,7°C.
- Frecuencia cardiaca: 86 lpm.
- Saturación de oxígeno basal: 96%.
- Peso: 96 kg.

Valoración de enfermería según 14 necesidades de Virginia Henderson:

1. Respiración: el paciente respira normalmente sin necesidad de utilizar oxigenoterapia. No presenta tos ni expectoración. No fumador.
2. Nutrición: paciente diabético, todos los días precisa control de glucemia y administrar insulina según su pauta. Come dieta normal, a excepción de carnes por dificultad al masticar por falta de piezas dentales.
3. Eliminación: paciente incontinente, portador de sonda vesical Foley nº 16. Ritmo deposicional normal, no presenta estreñimiento. Debido a su inmovilidad es portador de braga pañal. Sudoración normal. No vómitos.
4. Movilización: necesita ayuda para moverse y desplazarse por pérdida de fuerza y masa muscular durante el ingreso. No precisa cambios posturales debido a que se puede movilizar en la cama, pero si barandillas para poder moverse en cama.
5. Reposo y sueño: presenta insomnio, por lo que precisa tratamiento para dormir.
6. Vestirse y desvestirse: autónomo para elección de vestimenta, pero actualmente precisa ayuda mínima por su periodo de convalecencia.
7. Termorregulación: mantiene temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Higiene e integridad cutánea: presenta úlcera por presión en lateral de pie izquierdo, que requiere aislamiento de contacto por infección por *S. Aureus* resistente Blee.
9. Seguridad: nivel de conciencia conservado. Déficit visual en ambos ojos. Ligera pérdida auditiva.
10. Comunicación: buena relación con su mujer y la familia.
11. Creencias y valores: no valorable.
12. Realización: le gusta tener información sobre su estado de salud, evolución de la cura de la úlcera, muestra ganas de mejorar.
13. Ocio: antes del ingreso le gustaba salir con sus amigos, ahora se entretiene con la televisión.
14. Aprender: actualmente jubilado. Ha sido maestro.

Tratamiento farmacológico:

- Trupsopt colirio antes de acostarse en ambos ojos.
- Seguril 20 mg en desayuno.
- Losartan 50 mg en cena.
- Omeprazol 20 mg en desayuno.
- Adiro 100 mg en comida.
- Rexer 30 mg en cena.
- Acfol 5 mg en desayuno.
- Norvas 5mg en desayuno.
- Insulina Lantus 26 ui antes de desayunar.
- Correcciones con insulina Apidra si glucemia antes de comer mayor 200 mg/dl.
- Si insomnio, Lorazepam 1 mg.
- Si dolor, Dolocatil 1 gr.

El paciente descrito presenta varios patrones alterados, a continuación vamos a desarrollar los diagnósticos más relevantes con sus objetivos e intervenciones correspondientes.

Diagnóstico de enfermería:

00155- Riesgo de caídas, relacionado con la dificultad en la marcha, disminución de fuerza en las extremidades inferiores.

Resultados NOC:

1828- Conocimiento de la prevención de caídas.

1909- Conducta de prevención de caídas.

0208- Movilidad.

1926- Deambulación segura.

1908- Detección del riesgo.

Indicadores:

182811- Enseñar ejercicios para reducir el riesgo de caídas tras el alta hospitalaria.

18902- Descripción de medidas de prevención de caídas.

190801- Identificar los posibles riesgos para la salud.

Intervenciones NIC:

5612- Enseñanza de ejercicios y actividades prescritas.

6490- Prevención de caídas.

6610- Identificación de riesgos.

Actividades:

084006- Colocar en una posición que evite tensión sobre la úlcera.

Diagnóstico enfermería:

00004- Riesgo de infección relacionado con el aumento de invasión de la herida por microorganismos patógenos.

Factores de riesgo:

- Alteración de las defensas primarias (rotura de piel debido a la úlcera).
- Procedimientos invasivos (a la hora de la cura de la úlcera).

Resultados NOC:

1102- Curación de la herida por primera intención.

1103- Curación de la herida por segunda intención.

Indicadores:

110202- Resolución de la supuración purulenta.

110211- Resolución del olor de la herida.

110213- Aproximación de los bordes de la herida.

1013211- Disminución del tamaño de la herida.

Intervenciones NIC:

3660- Cuidados de las heridas.

4062- Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial.

6540- Control de infecciones.

Actividades:

- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Aplicar un ungüento adecuado a la lesión si procede.
- Mojar en solución salina si procede.
- Asegurar una técnica adecuada para cuidados de las heridas.
- Observar si hay signos o síntomas de infección en la incisión.

Diagnóstico enfermería:

00179- Riesgo de la glucemia inestable: relacionado con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes y falta de cumplimiento del plan terapéutico.

Factores relacionados:

- Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.
- Aporte dietético.
- Monitorización inadecuada de la glucemia.
- Manejo de medicación.

Resultado NOC:

182002- Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia.

182005- Descripción del papel del ejercicio en el control de la diabetes.

182007- Descripción de la prevención de la hiper/hipoglucemia.

182026- Descripción del procedimiento correcto para el análisis de glucemia.

Indicadores:

230001- Concentración sanguínea de glucosa.

230007- Glucosa en orina.

230008- Cetonas en orina.

Intervenciones NIC:

2120- Manejo de la hiperglucemia.

2130- Manejo de la hipoglucemia.

Actividades:

- Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia.
- Vigilar los niveles de glucemia en sangre.
- Identificar las causas posibles de hiperglucemia.
- Administración de insulina según prescripción.

Diagnóstico enfermería:

0092- Intolerancia a la actividad: relacionado con insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Factores relacionados:

1290- Debilidad generalizada

1293- Inmovilidad.

1294- Reposo en cama.

Resultado NOC:

0005- Tolerancia a la actividad.

0300- Autocuidados: actividades de la vida diaria.

0306: Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria.

2004- Forma física.

Indicadores:

000102- Actividad.

000115- Glucemia.

000118: Fatiga.

000203: Reconoce limitaciones.

Intervenciones NIC:

0180- Manejo de la energía.

Actividades:

- Fomento del ejercicio.
- Prevención de caídas.
- Actuación ante el dolor.

4 Discusión-Conclusión

Durante la estancia en el hospital, este paciente ha ido mejorando progresivamente.

Con respecto a la úlcera que presenta en el talón del pie izquierdo, todos los días se le han realizado las curas correspondientes que consisten en un lavado de la herida con suero fisiológico y se le administra Cika gel, Catrrix y Fucidine en la zona interior contaminada. Actualmente el proceso de la úlcera día a día se ha ido cerrando correctamente y actualmente se le realiza la cura con apósito absorbente para el exudado favoreciendo el proceso de cicatrización.

Respecto a la hipertensión arterial de este paciente ha mejorado favorablemente desde que ingresó gracias al tratamiento que se le ha administrado.

Su estado de ánimo también ha mejorado, ya que él ha sido consciente de su evolución favorable.

En cuanto a los niveles de glucemia, todos los días se le ha revisado la glucemia antes de cada comida y se ha corregido con Apidra según la pauta de corrección que ha precisado, cada vez siendo menor el número de unidades que se le han administrado, ya que con ayuda de la dieta diabética las cifras han mejorado significativamente.

Actualmente, el paciente se muestra estable y en periodo de rehabilitación con una evolución satisfactoria.

5 Bibliografía

1. Nanda internacional, diagnósticos enfermeros, Definición y clasificación 2009-2011; editorial El Sevier.
2. Villarejo Aguilar, L., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2011). Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos*, 22(4), 152-161.
3. Soler, P. A., & Mañas, L. R. (Eds.). (2020). *Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Elsevier.

Capítulo 45

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDÍACO

JULIA CASTELLANOS FRANCO

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

MIRIAM MEDINA LÓPEZ

PEDRO ANTONIO SÁNCHEZ RÍSQUEZ

1 Introducción

Nos tenemos que remontar hasta 1929, para encontrar por primera vez en la historia un catéter en un corazón humano. Fue un médico alemán, mientras trabajaba en un hospital. Se realizó a sí mismo una incisión en la vena antecubital del brazo e introdujo un catéter urinario dentro de la aurícula derecha de su propio corazón.

Después acudió hasta el departamento de radiología, donde le realizaron una radiografía mostrándolo.

Se denomina cateterismo cardíaco al conjunto de procedimientos con finalidades diagnósticas o terapéuticas, cuyo denominador común es que se realizan mediante la inserción de un catéter en el sistema vascular, el cual avanza hasta las estructuras cardíacas, introduciéndose incluso en las cavidades cardíacas si es necesario. Es por ello que se le denomina cardiología invasiva o maniobra invasiva.

El cateterismo cardíaco diagnóstico es una prueba dirigida a pacientes con enfermedades del corazón o de la arteria aorta. Permite conocer tanto la anatomía como la función del corazón, y la gravedad de las lesiones que pudieran presentar sus arterias coronarias, obteniéndose imágenes de dichas estructuras mediante rayos X y la administración de un contraste yodado.

El cateterismo terapéutico coronario es un tipo de tratamiento que se destina a pacientes que tienen lesiones obstructivas de las arterias coronarias, y que previamente han sido diagnosticadas mediante cateterismo cardíaco. Permite reducir o suprimir las estrecheces existentes en las arterias coronarias, dilatándolas desde su interior mediante diversos procedimientos.

2 Objetivos

Conocer y explicar los cuidados de enfermería a los pacientes que se les realiza un cateterismo cardíaco en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización del estudio, se llevó a cabo una revisión sistemática de diversos artículos científicos en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline y Biblioteca Cochrane aplicando filtros tanto de inclusión como de exclusión.

También se consultó el Google Académico y se revisó la propia bibliografía de las publicaciones seleccionadas.

Se utilizaron las palabras clave: "cuidados cardíacos"; "cateterismo cardíaco"; "enfermería cardíaca".

4 Resultados

Tras realizar la revisión bibliográfica se describen los cuidados de enfermería con mayor evidencia científica disponibles, orientados a mejorar la atención de los pacientes que se someten a un cateterismo cardíaco.

El plan de cuidados de enfermería sería el siguiente:

Cuidados de enfermería precateterismo:

- Comprobar la suspensión de la anticoagulación oral 72 horas antes del estudio, y comenzar con la administración de heparina de bajo peso molecular (que no se

administrará el día anterior a la prueba). Comprobar analítica sanguínea reciente (PT o INR).

La mañana de la intervención se deberá:

- Pesar y tallar.
- Tomar constantes vitales, incluida la glucemia basal si el paciente es diabético.
- Rasurar inglés.
- Dieta absoluta desde las 00:00 horas del día anterior, excepto medicación. En todos los casos, puede beber agua hasta 2 horas antes del estudio.
- Baño o ducha el día de la prueba.
- Retirar joyas y dentadura postiza, audífonos y lentes.
- Comprobar la pulsera identificativa.
- Coger vía venosa en miembro superior izquierdo.
- Comprobar alergias y protocolos específicos (paciente diabético, prevención nefropatía, etc.):

1. Si alergia al yodo, protocolo de alergia al contraste yodado.

2. Pacientes con tratamiento antidiabético:

- Antidiabéticos orales: no se darán hasta después de realizar el estudio y haciendo previamente control glucémico.
- Insulinodependientes: no poner insulina subcutánea. Se seguirá protocolo de endocrino y se hará control glucémico después del estudio para reanudar insulina subcutánea.

3. Si el paciente sufre de insuficiencia renal se llevará a cabo el, protocolo de prevención de nefropatía por contraste.

4. En caso de recibir tratamiento anticoagulante: Suspender anticoagulación oral (Sintrom) 72 horas antes del estudio, y pautar Fraxiparina. No se administrará heparina subcutánea desde las 24 horas antes del estudio. Reanudar anticoagulación según orden médica.

- Verificar la firma de los consentimientos informados.

Cuidados de enfermería postcateterismo:

Vía radial:

- Control de constantes vitales.
- Vigilar coloración, temperatura y movilidad de los dedos.
- Vigilar zona de punción y pulso distal al llegar a planta cada hora, durante las dos primeras horas.
- Iniciar tolerancia oral al llegar a planta. Valorar cambio de apósito.
- Iniciar deambulación cuando desee.
- Aflojar apósito radial, que no se retirará hasta 24 horas después.

Vía femoral:

- Realizar electrocardiograma.
- Vigilar la zona de punción, constantes vitales y el pulso distal al llegar a planta.
- Iniciar tolerancia oral.
- Reposo en cama durante 4 horas, las 2 horas siguientes sentado al sillón, después comenzar deambulación.

Complicaciones asociadas.

Las complicaciones más comunes son:

- Sangrado: se debe comprimir la zona de forma manual y colocar de nuevo el vendaje o dispositivo de compresión.
- Infección.
- Dolor e inflamación en el sitio de inserción.
- Daño de vasos sanguíneos.
- Formación de coágulos.
- Daño renal por el contraste utilizado.
- Prurito de la zona.
- Arritmias.

5 Discusión-Conclusión

La instauración de un plan de cuidados de enfermería en el paciente que va a ser sometido a un cateterismo cardíaco, mejora la atención previa y posterior al procedimiento.

Los planes de cuidados se crean para llevar a cabo una correcta actuación en la que todos los profesionales realicen las tareas de la misma manera, de la forma aprobada por la supervisión del centro de trabajo. Estos son los protocolos de actuación que rigen las normas para trabajar de una forma ordenada, ofreciendo la mayor calidad asistencial posible y consiguiendo así los objetivos planteados. Los cuidados de enfermería que conlleva la realización de un cateterismo cardíaco, ya sea terapéutico o diagnóstico, junto a un plan de cuidados protocolizado y organizado, mejorará siempre la asistencia dirigida al paciente y la disminución de problemas derivados de esta práctica clínica. Además se conseguirá una temprana recuperación y se conseguirá disminuir las estancias hospitalarias prolongadas.

6 Bibliografía

1. Campeau L. Percutaneous radial artery approach for coronary angiography. Cathet Cardiovasc Diagn, 16 (1989), pp. 3-7 Medline.

- Hernández E. Epidemiología del síndrome coronario agudo y la insuficiencia cardíaca en Latinoamérica. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64 (Supl 2): 34-43.
- 2. Barrera C, Pineda L, Guzman C. Cuidados del paciente cardiópata tras una intervención coronaria percutánea. *Gaceta Médica Méjico.* 2004; 140.
- 3. Álvarez Moya, J.M (). Protocolo de Traslado en Cateterismo Cardíaco. *Enfermería en Cardiología*, 18, 30-31.
- 4. Galimany Masclans, J., Díaz Rodríguez, S., & Pernas Canadell, J.C. (2010). Cuidados de Enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria. *Enfermería en Cardiología*, 49, 70-73.
- 5. Ana Espelosín Betelu, Yolanda Jimeno Montes, M. Ángeles Artazcoz Artazcoz, Elena Martín Goñi, M. Teresa Soria Sarnago. Cateterismo cardíaco. Actuación de enfermería en una unidad de críticos, *Enfermería Intensiva*, Volume 17, Issue 1, 2006, Pages 3-11. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239906739086>.
- 6. Galimany Masclans, J., Díaz Rodríguez, S., & Pernas Canadell, J.C. (2010). Cuidados de Enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria. *Enfermería en Cardiología*, 49, 70-73. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/sas/hantequera/wpcontent/uploads/2017/06/cateterismo-cardiaco.pdf>.
- 7. García García, J., Ruiz García, M.J., & Zúñiga Naranjo, E. (s.f). Protocolo de cuidados de Enfermería al paciente sometido a cateterismo diagnóstico y terapéutico. Disponible en: http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/f529d555a2540c_c48e6f7823693b272.pdf

Capítulo 46

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TRAS UNA LARINGECTOMÍA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

MIRIAM MEDINA LÓPEZ

PEDRO ANTONIO SÁNCHEZ RÍSQUEZ

1 Introducción

La laringe es un órgano localizado entre el aparato respiratorio y digestivo, necesario para estas dos funciones.

El cáncer de laringe es el que se forma en los tejidos de la laringe. La mayoría de los cánceres son carcinomas de células escamosas (cáncer que comienza en las células planas que recubren la laringe).

En algunos casos tras la detección de un tumor en la laringe es necesaria la realización de una laringectomía total. La laringectomía total es una intervención quirúrgica que consiste en la eliminación total de la laringe, lo que conlleva la necesidad de realización de una traqueostomía permanente para que el paciente respire por el traqueostoma y conlleva la pérdida de la voz, ya que también se extirpan las cuerdas vocales.

El paciente Laringectomizado va a sufrir un cambio anatómico debido a que ya no respirará por la boca o la nariz sino que el aire entrará por el traqueostoma o cánula de traqueostomía.

Los factores de riesgo para este tipo de cáncer son: Consumo de tabaco y alcohol, alimentación deficiente, infección por el virus del papiloma humano, síndromes genéticos: Anemia de Fanconi y/o disqueratosis congénita, exposiciones en lugar de trabajo a ciertas sustancias químicas, género (es mucho más común en hombres), edad(suele ser en mayores de 65 años)y enfermedad de reflujo gastroesofágico.

Los principales signos y síntomas del cáncer de laringe son: Ronquera o cambios en la voz, dolor de garganta que no desaparece, tos constante, disfagia, odinofagia, disnea, pérdida de peso y protuberancia o masa en el cuello (debido a propagación del cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes)⁴.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Proporcionar herramientas al personal de enfermería para abordar los cuidados del paciente tras la laringectomía total.

Objetivos secundarios:

- Dar valor a la importancia de una atención integral, tanto física, como psicológica de los pacientes traqueostomizados.
- Saber cómo ayudar al paciente a conseguir el mayor grado de autonomía y autocuidado.
- Aprender a evitar las posibles complicaciones postquirúrgicas.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se ha realizado buscando en las siguientes bases de datos: Google Scholar, Dialnet y Scielo. También se ha buscado en páginas oficiales como la AECC, American Cancer Society.

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: Cuidados and laringectomía, cuidados de enfermería and laringectomía, cáncer de laringe y traqueostomía total.

Con la literatura encontrada se realizó una revisión para la selección de la más relevante en cuanto al tema que ocupa el trabajo.

4 Resultados

Unos cuidados adecuados en el paciente laringectomizado y traqueostomizado, reducen las complicaciones tanto físicas como psicológicas y así se disminuirá también la morbilidad. Para ello la atención debe ser integral y realizada desde una perspectiva holística.

Cuidados en fase aguda.

En el postoperatorio inmediato los cuidados de enfermería se basan en el manejo de las vías respiratorias, cuidado de traqueostomías, cánulas, manejo de secreciones...

La cánula de traqueostomía es un tubo con un diámetro menor al de la tráquea, que se introduce a través del traqueostoma y que sirve para evitar que este se cierre y permitir así la ventilación del paciente. Las cánulas pueden ser de distintos materiales, plata, poliuretano, silicona.... Será el otorrino quien determine el tipo de cánula que necesita cada paciente.

La humidificación del ambiente y la aerosolterapia es importante para que no aparezcan tapones mucosos en la cánula. Si aparecen tapones mucosos será necesaria su extracción, ya que se corre el riesgo de obstrucción de la vía aérea y asfixia.

Se suelen extraer aspirando a veces se necesita la extracción mediante pinzas. Introducir pequeñas cantidades de suero en el estoma provoca un golpe de tos que también ayuda a expulsar el tapón en pacientes con buena función pulmonar y buen estado de conciencia.

También es importante al inicio unos cuidados exhaustivos de la herida quirúrgica vigilando sangrados, hemorragias, drenajes y minimizar el riesgo de infección.

La cura se realizará al menos una vez al día. Prepararemos con anterioridad todo el material, es muy importante explicar el proceso al paciente, que, se colocará en posición Semi-Fowler, a continuación se retira la cinta de sujeción de la cánula el babero y la cánula sucia. Se hará limpieza del estoma con suero fisiológico siempre en dirección de dentro hacia afuera evitando la contaminación de la herida. Es muy importante un buen secado de la herida, por último se colocará la cánula limpia con su cinta de sujeción y babero.

El primer cambio será supervisado por el otorrino. La nutrición es otro aspecto a tener en cuenta, ya que los pacientes no suelen poder alimentarse por boca y es necesaria nutrición enteral por sonda nasogástrica, aunque en algunos casos es necesario recurrir a la alimentación parenteral, siempre que sea posible recurriremos a la nutrición enteral que va a cubrir las necesidades nutricionales, que

suelen estar aumentadas debido al estrés metabólico que supone una enfermedad maligna, además de ser una técnica más fisiológica que la nutrición enteral.

Para la colocación de la sonda informaremos al paciente y elevaremos la cama a 45°. Con las manos limpias y guantes mediremos la longitud de la sonda que debemos introducir de tal manera: medimos el extremo de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides, marcamos la longitud con un rotulador permanente. Después se aplica lubricante a la sonda. Se irá introduciendo la sonda hacia la hipofaringe, en ese momento el paciente flexionará la cabeza hacia delante y le pediremos que trague saliva, comprobaremos que la sonda no está enrollada en la boca y continuaremos introduciendo hasta la marca que hicimos al medir. Comprobaremos la sonda insuflando 30-50ml de aire con una jeringa y oyendo con el fonendoscopio situado en el apéndice xifoides la entrada, aspirando contenido gástrico o por RX. Por último debemos fijar la sonda con esparadrapo, que debe cambiarse diariamente o cuando sea necesario, debe intentarse cambiar los puntos de apoyo de la sonda para que no haya úlceras. La sonda debe limpiarse diariamente tanto externamente como internamente para evitar que queden residuos que la obstruyan. También debemos limpiar e hidratar la nariz y boca del paciente. La sonda nasogástrica debe cambiarse siempre que esté ennegrecida, obstruida, perforada o agrietada y mínimo cada 3 o cuatro meses. Para la administración de la nutrición el paciente debe incorporarse a 30°, se prepara la fórmula pautada por el médico y se conectará a la bomba de infusión si se utiliza o el sistema al contenedor de la nutrición si es por caída libre, purgándolo y se conectará a la sonda, siempre habiendo comprobado antes su correcta colocación y al finalizar se medirá el residuo.

Otro aspecto a tener en cuenta en el paciente laringectomizado es la comunicación, ya que uno de los aspectos que mas ansiedad crea en el paciente es la pérdida de la voz, por lo que los cuidados de enfermería deben dirigirse a minimizar esa ansiedad ofreciendo a los cuidadores y paciente otras alternativas de comunicación. Existen varios métodos para restaurar el habla, el mas usado es la voz esofágica, aunque también hay otros métodos como laringes electrónicas.

Para rehabilitar la voz debe haber un equipo multidisciplinar donde sobre todo es imprescindible la labor del logopeda.

Durante el ingreso hospitalario es muy importante enseñar al enfermo medidas de autocuidado que debe realizar al irse de alta domiciliaria con pautas que mejoren su autonomía y calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería debe ser formado y entrenado para proveer cuidados al paciente laringectomizado, ya que en gran medida la disminución de la morbilidad depende de ello.

Los cuidados deben ser integrales y abordados de manera holística. Es importante garantizar la seguridad del paciente minimizando el riesgo de infección, asegurando una buena ventilación y minimizando el impacto psicológico que supone dicha intervención. Es también muy importante mantener en medida de lo posible la autonomía del paciente y fomentar el autocuidado cara al alta hospitalaria. Con la elaboración de este artículo se pretende ofrecer información a otros profesionales que la necesiten sobre esta materia y así mejorar la atención de los pacientes intervenidos con una laringectomía.

6 Bibliografía

1. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica.(2021)[consultado 26/05/2021] Disponible en: www.seom.org.
- 2.NIH:Instituto Nacional del Cancer (2021)‘[Consultado 25/05/2021] Disponible en: www.cancer.gov.
3. (Maria Dolores Calvo Et al.Hospital Universitario Santa Lucía (2016) Guía de Cuidados al alta para pacientes con una laringectomía total(traqueostomizados).
- 4..American Cancer Society (2017) [Consultado 26/05/2021]Disponibl en:www.cancer.org.
5. A.G. Badillo Melgar, M.R. Jimeno Galván, E. Vázquez Gandullo, A. García Hidalgo. Manejo del paciente traqueostomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados [Internet]. 1st ed. 2017 [consultado 26Mayo 2021]. Disponible en: http://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/25-traqueostomizado-neumologia-3_ed.pdf.
6. AECC. Cuidados tras una laringectomía (2012) [consultado 23/05/2021] disponible en: www.aecc.es.
7. Dr. Antonio Caravaca García y colaboradores.(2015) Manual de cuidados en otorrinolaringología para personal sanitario.
8. Paula Gómez san José. Universidad de Valladolid(2017). Cuidados de enfermería en el paciente Laringectomizado.
9. Martín Villares C, Fernández Pello M, San Román Carbajo J, Tapia Risueño M, Domínguez Calvo J. Nutrición postoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza.

Capítulo 47

PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A LAS HEMORRAGIAS EN EL HOSPITAL

LAURA ARENAS PIQUERAS

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

CELIA VISIER OSMA

ENRIQUE MORENO GALLARDO

ALICIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Los enfermeros en el área hospitalaria cumples una gran variedad de funciones las cuales en muchos casos están relacionadas con la vigilancia que deben de tener hacia las actuaciones que se producen por algunas de las heridas que puede tener el paciente en su ingreso. Es frecuente que las hemorragias se den en la entrada a urgencias dado que son heridas que se produce a través de una salida sin control de la sangre fuera del organismo. Esto se ha producido como consecuencia de cualquier daño que se ha hecho el paciente, normalmente involuntario, y que son consecuencia de la rotura de los vasos sanguíneos. Es por esta situación incontrolada por la que normalmente el paciente que llega al hospital suele hacerlo por el área de urgencias ya que por cualquier motivo se ha hecho una herida con algún objeto y le ha provocado un sangrado que no consigue controlar. Este

ejemplo que mencionamos es muy típico de producirse en el área de urgencias, pero en el hospital hay otras muchas áreas en las que se puede dar una hemorragia, en este caso es también necesario el cuidado de los enfermeros para controlar esa salida de sangre involuntaria de manera continua. Existen una gran cantidad de tipos de hemorragias, las cuales las vamos a visualizar en este estudio dado que son el objeto de este trabajo.

2 Objetivos

- Analizar determinados aspectos relacionados con las hemorragias y visualizar qué tipos de hemorragias se pueden dar.
- Enumerar desde la perspectiva del personal de enfermería cómo pueden ser las hemorragias y de qué tipo son las más frecuentes.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada en torno a conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, el papel del personal de enfermería en la sanidad pública. Para ello hemos usado varias bases de datos que han sido distintas para poder recoger la mayor información posible. Hemos usado Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de que muchos de los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a tratar las funciones que desempeña el enfermero cuando ha de atender una hemorragia, así como la supervisión y control de la misma. También vamos a visualizar distintos tipos de hemorragia y como esta categoría profesional debe de conocer a la perfección al menos las hemorragias más frecuentes. La hemos definido como la salida masiva de sangre por la rotura de los vasos sanguíneos. Dicha rotura puede ser mecánica que son las referidas a desgarros o cortes, y también pueden ser patológicas, éstas son sin trauma aparente alguno. La gravedad de la hemorragia va a depender de la cantidad de sangre que salga, la rapidez de la misma y el control que se tenga de ella. La gravedad la determinamos cuando una persona adulta pierde más de un litro de sangre y un niño más de medio litro. Esto puede dar lugar a un shock

hipovolémico. De todo esto queremos dejar claro que el personal de enfermería debe de tener la suficiente formación y conocimientos de qué tipo de hemorragias pueden darse según sea el tipo de vasos sanguíneos que sangran ya que hay de varios tipos. Vamos a mencionar estas diferencias que deben de tener claro los enfermeros en su labor de trabajo. Las hemorragias pueden ser internas o externas. Las internas es la que la sangre no sale al exterior del cuerpo y se queda acumulada debajo de la piel o en otra cavidad del organismo. Son extremadamente peligrosas porque aparentemente no se puede localizar. Tenemos también las hemorragias externas, la cual la sangre sale al exterior del organismo. Este último tipo de hemorragia es la que normalmente suele presentar el paciente que llega a urgencias. Los enfermeros igualmente deben de conocer que según sea el tipo de vaso sanguíneo son hemorragias arteriales, venosas o capilares. Siendo las primeras con un color rojo intenso y las venosas lo tienen menos intenso; es la manera de diferenciar estos tipos. En este campo la formación de los enfermeros debe de ser amplia para realizar sus funciones de manera satisfactoria.

5 Discusión-Conclusión

Todos los puntos anteriormente expuestos nos llevan a la conclusión de que existen muchos factores a tener en cuenta cuando se producen las hemorragias en las personas. Es por ello que el personal que las atiende debe de tener un conocimiento amplio de las mismas ya que hay varios tipos de hemorragias. Por todo ello concluimos que el personal de enfermería debe de estar bien formado de lo que es una hemorragia, qué tipos hay y qué factores las van a desencadenar. Esto va a dar un servicio de atención al paciente por parte del personal de enfermería con las herramientas sanitarias suficientes como para poder reconocer y tratar cualquier hemorragia con rapidez y eficacia.

6 Bibliografía

1. 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 48

LOS ENFERMEROS Y LOS PACIENTES QUEMADOS

LAURA ARENAS PIQUERAS

ENRIQUE MORENO GALLARDO

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

CELIA VISIER OSMA

ALICIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Este apartado de introducción no sirve para exponer que en los hospitales llega una variedad amplia de situaciones en las que la vida del paciente puede peligrar. La definición de quemadura la vamos a determinar en el apartado de resultados ya que ella la vamos a enlazar con los tipos de quemadura que se pueden dar y qué puede atender el personal de enfermería. No obstante, aquí vamos a mencionar que las quemaduras es la destrucción de los tegumentos que es el tejido orgánico que cubre el cuerpo de la persona e incluso de algunos órganos internos. La variedad de quemaduras que se pueden dar es amplia es por ello que vamos a tratar de resumirlo en este trabajo. En este estudio nosotros vamos a visualizar cuáles son tradicionalmente los tres tipos de quemaduras que se pueden dar. También vamos a hacer mención a la valoración clínica atendiendo al pronóstico vital del paciente en función de los tres cuadros clínicos genéricos que vamos a presentar para este para ejemplificar este trabajo. Los grados de quemados y la valoración

clínica las vamos a enfocar al trabajo del personal de enfermería, el cual, es objeto de nuestro estudio en este trabajo de investigación.

2 Objetivos

- Analizar determinados aspectos relacionados con los pacientes quemados que implica tener una visión amplia de la situación clínica.
- Enumerar desde la perspectiva del personal de enfermería cómo pueden ser los grados de quemaduras y como reconocerlos.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada en torno a conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, el papel del personal de enfermería en la sanidad pública. Para ello hemos usado varias bases de datos que han sido distintas para poder recoger la mayor información posible. Hemos usado Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de que muchos de los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

Este apartado de resultados va a servir para exponer diversas cuestiones relacionadas con las quemaduras en los pacientes y con su atención por parte del personal enfermería. La quemadura es definida como la destrucción de los tejidos. Puede producirse tanto en los tejidos exteriores como en los tejidos subyacentes. Se produce por un efecto térmico, eléctrico, químico o radiactivo. El traumatismo que genera destruye la capa de protección cutánea y puede producir daños fisiopatológicos en otros órganos y sistemas, esto va a estar relacionado con el grado de la quemadura y la extensión de la misma. El personal de enfermería debe de saber qué es una quemadura grave y que grado puede presentar la misma, sabiendo que hay tres tipos de quemado. Los grados clásicos de quemados son: el primer grado es cuando afecta a la epidermis. Se presenta a través de dolor e hinchazón. La de segundo grado afecta a toda la epidermis y parte de la dermis. Esta es la que aparece con ampollas muy dolorosas. La destrucción total de la piel y de los elementos dérmicos es la quemadura en tercer grado y es la más grave de todas. El personal de enfermería en su trabajo va a atender a este

tipo de pacientes y en la medida en la que sea sus competencias realizar las curas pertinentes. Atendiendo al pronóstico vital el enfermero puede hacer una valoración clínica en función de la responsabilidad que le pertenezca. La gravedad va a venir dada por determinados factores que están estrechamente relacionados con el grado de quemado que se está tratando. El personal de enfermería va a ser el encargado de realizar las curas de los quemados, así como de dar las orientaciones al resto del personal que está implicado en la ayuda de estas curas. El personal de enfermería es importante en estas labores de cura y de valoración clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones vamos a determinar, por un lado, que una vez analizado el objeto de nuestro trabajo respecto a los pacientes quemados llegamos a la conclusión de que es fundamental saber qué grado de quemadura presenta el paciente, porque dependiendo de esto la valoración clínica, la atención y las curas que se van a realizar serán distintas. Por otro lado, concluimos que los enfermeros respecto a los pacientes quemados cumplen una labor fundamental ya que en ellos recae gran parte de la atención que debe de tener este paciente a través de las distintas curas que se le han de realizar. Por último, concluir la importancia del personal de enfermería respecto a realizar una valoración clínica correcta en función de su cometido y tras la valoración médica.

6 Bibliografía

1. Morillo Rodríguez, Fernández Ayuso et al. Enfermería clínica I y II: Cuidados críticos y especialidades. Elsevier 2016.

Capítulo 49

PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN CUANDO FALLECE UN PACIENTE

LAURA ARENAS PIQUERAS

ENRIQUE MORENO GALLARDO

ALICIA GARCÍA GARCÍA

KAREM HELENA MÁRQUEZ MÁRQUEZ

CELIA VISIER OSMA

1 Introducción

Vamos a hacer uso de este apartado de introducción con la finalidad de mencionar que a lo largo de este trabajo vamos a tratar la actuación que se ha de dar en el hospital a todo el entorno de personas que están cuando fallece el paciente y su relación con el personal de enfermería. En el área hospitalaria a pesar de poner todos los medios necesarios, así como la formación de los profesionales de la salud, hay pacientes que no superan la patología con la que han entrado y no se puede hacer más por ellos. Es por esto que tenemos que tener en cuenta que el personal que trabaja en el sistema sanitario público debe de estar suficientemente bien preparado como para afrontar la situación en la que se produce el fallecimiento del paciente. Es por ello por lo que a lo largo de este trabajo vamos a exponer las cualidades o características que debe de presentar el personal de enfermería

en el caso de que se efectúe el fallecimiento del paciente. También visualizaremos de manera general que tipos de fases de muerte se pueden dar. Vamos a analizar igualmente los distintos signos que puede presentar el paciente antes de su fallecimiento ya que ellos nos van a dar las claves del posible desenlace.

2 Objetivos

- Analizar determinados aspectos relacionados con algunas de las características que debe de presentar el personal de enfermería en caso de fallecimiento.
- Valorar desde la perspectiva de este personal qué tipos de fases de la muerte pueden producirse y cómo detectar el posible fallecimiento.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada en torno a conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, el papel del personal de enfermería en la sanidad pública. Para ello hemos usado varias bases de datos que han sido distintas para poder recoger la mayor información posible. Hemos usado Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de que muchos de los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

Como mencionábamos en el apartado de introducción debido al gravedad con la que entran algunos pacientes al hospital es frecuente que diariamente se produzcan fallecimientos en el mismo. Estos llevan un protocolo de actuación concreto en función de las tareas del personal que trabaja allí, pero también lleva un protocolo de actuación general que es el que va enfocado en relación a atender aspectos como los familiares del fallecido. En este sentido el personal de enfermería que esté a cargo debe de presentar una actitud de empática con los familiares y atenderlo en las medidas que sus funciones le permiten. Es determinante para ello que los familiares estén bien informados, pero a la vez que guarden la calma en la medida de lo que el hecho supone. Estas son las características que debe de presentar el personal de enfermería, la capacidad de empatía en estos momentos tan difíciles para los familiares. Respecto a los signos que presenta el paciente con anterioridad a su fallecimiento son variados pero los más generales son ausencia de

movimientos de tórax y abdomen, esto se produce poco antes del fallecimiento. En ello tenemos una muerte aparente, nos referimos a esta en la que aparece ese signo de ausencia de movimiento de tórax. Hay otra muerte relativa que es la que se refiere a la prolongación de la agonía, para muchos considerará la peor de ellas. La muerte intermedia es cuando se produce la desaparición progresiva e irreversible de la actividad biológica de los distintos órganos. Y por último tenemos la muerte absoluta que está relacionada con la desaparición total de la actividad biológica del organismo. Los enfermeros deben de conocer tanto estos signos precoces como los tipos de muerte que se pueden dar.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones y una vez analizado la implicación que tiene el personal de enfermería cuando fallece un paciente, determinamos que es importante que dicho personal conozca a la perfección los tipos de muerte que se han de dar, así como los signos precoces que puede presentar el paciente. Esto es determinante porque le va a ayudar en la gestión del protocolo que ha de seguir en caso de fallecimiento. Igualmente, una vez valoradas distintas fases de la muerte determinamos que en función de cada una de ellas se debe de actuar de manera distinta, pero con unos parámetros comunes en cuanto a la actuación general. El personal de enfermería es parte fundamental de este proceso antes del fallecimiento y después del fallecimiento.

6 Bibliografía

1. Sergio Galarreta Aperte Carlos Martín Gracia. Enferpedia. Técnicas y procedimientos de enfermería. Panamericana, 2018.

Capítulo 50

DIABETES GESTACIONAL. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

MARINA LATORRE HORTELANO

LETICIA ALONSO MAROTO

PATRICIA BARAHONA RUBIO-IGLESIAS

NURIA MORATINO VILLALUENGA

MIRIAM CASARES BENITO

1 Introducción

Para comenzar a hablar de la Diabetes Gestacional es necesario conocer en un primer lugar el concepto de Diabetes, y podemos decir que la Diabetes Mellitus (DM) tiene como característica principal que la persona que la padece presenta hiperglucemias y esto puede ser producido tanto porque el páncreas no segrega la cantidad necesaria de insulina (lo clasificamos como DM tipo 1) o porque la insulina que el páncreas se encarga de generar no tiene una acción eficaz (lo clasificamos como DM tipo 2). Dentro de estos dos tipos de diabetes hay que señalar que la DM tipo 1 suele aparecer con más frecuencia en el periodo de la infancia y por el contrario la DM tipo 2 suele aparecer durante la edad adulta; y no solo eso, si no que la DM tipo 1 es insulínica y en cambio la tipo 2 por norma general no es necesaria la administración de insulina.

Tras todo lo comentado con anterioridad y sabiendo en qué consiste un poco la diabetes, pasamos a hablar de la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), que sería

aquella que se desarrolla durante el periodo de gestación y por normal general tras dar a luz suele desaparecer, aunque hay una pequeña probabilidad, de que la mujer tras dar a luz pueda padecerla en un futuro.

2 Objetivos

Los principales objetivos de esta revisión bibliográfica son:

- Definir el concepto de Diabetes Gestacional.
- Conocer el proceso diagnóstico de la Diabetes Gestacional.
- Describir el papel de la enfermera en las pruebas diagnósticas y educación sanitaria.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han empleado plataformas como Google académico para la recopilación de diversos artículos, trabajos de fin de grado, pósteres, etc.

Las palabras clave empleadas fueron: Diabetes Mellitus, Diabetes Gestacional, cribado O'Sullivan, Sobrecarga oral de glucosa de 100 g.

4 Resultados

Durante el embarazo podemos encontrar diferentes pruebas de cribado que se realiza a todas las gestantes y nosotros vamos a hablar en concreto de la prueba o cribado de O'Sullivan, la cual se realiza entre las semanas 24-28 de embarazo (muy importante señalar que esta prueba no es diagnóstica). Aparte de realizarse en dichas semanas a todas las gestantes, cabe la posibilidad de que se den factores de riesgo que nos lleven a realizarla con anterioridad.

-Primer trimestre: que la paciente presente antecedentes familiares de diabetes o que ella misma en anteriores embarazos haya presentado ya diabetes gestacional; que presente un índice de masa corporal el cual sea mayor o igual a 27; la edad materna también es un factor de riesgo,...

Es importante señalar que esta prueba es necesaria ya que si no se llegase a detectar la patología tanto la madre como el futuro bebe podrían tener complicaciones y ello conllevar una urgencia para ambos.

Cuando la gestante llega al 3º trimestre de embarazo, su cuerpo comienza a producir más glucosa, de manera que si se diera el caso de que su páncreas no fuese capaz de bajar ese incremento de glucosa, aparecería la diabetes gestacional.

Una vez realizado el cribado de O'Sullivan y que este resulte patológico, se procederá a la realización de la prueba diagnóstica denominada Sobrecarga oral de 100 g de glucosa o Curva Larga.

Esta prueba al contrario que el O'Sullivan se realiza en ayunas y durante 3 horas. Se extrae una primera analítica basal y tras ella la gestante debe tomarse los 100 g de glucosa, una vez tomados se sacarán tres tubos más durante cada hora hasta completar las 3 horas que dura la prueba. Si por algún casual la gestante vomita durante la misma, la prueba se considera inválida y debe volver otro día a repetirla.

Los valores óptimos que se deben obtener son inferiores o iguales a:

Basal: 105 mg/dl

1 hora: 190 mg/dl

2 horas: 165 mg/dl

3 horas: 145 mg/dl

Si uno de los valores estuviese alterado, es necesaria la repetición de la prueba tras 3 semanas, y si se obtuviese dos valores alterados pasaremos a hablar de Diabetes Gestacional.

Llegados a este punto y tras haber diagnosticado la diabetes gestacional es cuando comienza el papel más importante que es la educación sanitaria. Procederemos a explicar las complicaciones que pueden llegar a darse si no se controla bien dicha diabetes como puede ser la amenaza de parto prematuro, con lo cual el feto también correría riesgo y sería una urgencia. Pueden presentarse más probabilidades de padecer hipertensión, hidramnios, partos muy costosos por un crecimiento excesivo del feto,... Todo esto son urgencias en el embarazo y es por ello que es muy importante la detección precoz y el tratamiento.

Dentro de la misma educación, la enfermera será la encargada de explicar el uso del glucómetro, cómo debe realizar los controles glucémicos a lo largo del día, la dieta que deberá llevar desde el diagnóstico hasta el momento que dé a luz y animar a la realización de ejercicio físico al menos 2 veces al día (por ejemplo realizar dos paseos de 1 hora).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la Diabetes Gestacional es un problema de salud que se puede dar durante el embarazo y, es muy importante un diagnóstico precoz para así poder prevenir todas las complicaciones que de ella derivan.

También es importante recalcar el papel de la enfermería en este diagnóstico ya que, es la implicada en la realización tanto del cribado O'Sullivan como de la sobrecarga oral de glucosa de 100g, y no solo eso, sino que si se da el caso del diagnóstico de la diabetes gestacional tendrá funciones de educación sanitaria a las gestantes mediante la explicación del uso del glucometro, las dietas y el ejercicio físico que deben hacer para así poder prevenir las complicaciones que pueden acabar siendo urgencias ginecológicas (parto prematuro, desprendimiento de placenta, partos dificultosos por fetos macrosómicos,...)

6 Bibliografía

- OMS. Informe mundial sobre la diabetes. 2018;3(2):71–76.
- Federación Internacional de Diabetes [Internet]. 2021. Available from: <https://idf.org>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2022. Available from: <https://sego.es>
- Trujillo J. Criterios diagnósticos y efectividad de intervenciones para el manejo de diabetes gestacional. Rev Cuid. 2016;7(2):1251–4.
- Complicaciones en la Diabetes [Internet]. 2019. Available from: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/complications.html>
- Nuñez Llorente, Laura. 2022. Intervención de Enfermería en Diabetes Gestacional. <http://hdl.handle.net/10498/27306>.
- Asociación Mundial de Diabetes [Internet]. Available from: <https://asomundi.com/es/menu-16/diabetes-mellitus.html>

Capítulo 51

ATENCIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SHOCK CARDIOGÉNICO CASO CLÍNICO

SILVIA SOLER NOVILLO

CORAL GARCÍA GUIJARRO

ALBA GUIJARRO ARAQUE

LAURA DOLORES GUIJARRO ARAQUE

MARÍA PALOMA SAIZ JAREÑO

1 Introducción

El shock cardiogénico es una urgencia médica importante que suele aparecer como complicación del Infarto Agudo de Miocardio y de arritmias persistentes, entre otras, siendo la primera causa de muerte en estas patologías.

Es de vital importancia una atención temprana en esta patología y por ello es esencial la coordinación entre los servicios de emergencias, la buena distribución de los recursos de acuerdo a factores demográficos y físicos, la optimización de los recursos, enviando el recurso más adecuado para satisfacer la urgencia, la rápida accesibilidad a los servicios de emergencias, en nuestro caso llamando al 112 y la racionalización mediante protocolos, sin dejar vacíos que comprometan la atención al paciente.

En nuestro caso la atención prestada fue en un dispositivo de UVI móvil en La Roda, en la provincia de Albacete a una mujer con disnea en reposo de varios días de evolución y cortejo vegetativo instaurado ese día. Palabras clave: valoración enfermera, shock cardiogénico, atención extrahospitalaria.

El shock se considera la incapacidad del organismo para proporcionar una perfusión suficiente de sangre oxigenada y sustratos a los tejidos con el fin de satisfacer sus demandas metabólicas.

El aporte de oxígeno está relacionado con el gasto cardiaco y el contenido de oxígeno en la sangre arterial. Nos podemos encontrar con 5 tipos de shock dependiendo de la manifestación clínica:

- Shock hipovolémico: es producido por una disminución del volumen intravascular debido a una pérdida de fluidos, tanto al espacio extravascular, con una hemorragia interna como al exterior del organismo, con una hemorragia externa.
- Shock distributivo: aparece debido a anomalías en la distribución del flujo sanguíneo, existen subtipos como el shock séptico, el más frecuente y el shock anafiláctico.
- Shock obstructivo: se produce por una obstrucción mecánica del flujo de salida ventricular, generalmente por lesiones congénitas, aunque también se produce en lesiones adquiridas.
- Shock disociativo: aparece en situaciones excepcionales, donde la perfusión tisular es correcta pero las células son incapaces de utilizar el oxígeno.
- Shock cardiogénico: se produce debido a un mal funcionamiento miocárdico, disminuyendo la contractilidad del miocardio y con ello el gasto cardiaco, derivando en una hipoperfusión tisular. Nos centraremos en este último tipo de shock.

El shock cardiogénico es un síndrome que se caracteriza por la hipoperfusión tisular y una tensión arterial sistólica menor a 90mmHg como resultado de un fallo en el bombeo cardiaco.

Esto se traduce en signos y síntomas que evidencian el bajo gasto cardiaco, como la hipotensión arterial, taquicardia en reposo, extremidades frías y cianóticas, alteración del estado mental, oliguria, disnea, cortejo vegetativo y malestar general. Una de las causas principales de este tipo de shock es el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), pero también puede presentarse en miocarditis, valvulopatías, taqui y bradiarritmias graves y persistentes, entre otros.

Puesto que en un primer contacto con el paciente es difícil conocer la etiología del shock, es primordial una valoración y atención precoz para prevenir la evolución del causante, siendo de vital importancia el tiempo en caso de los IAM, ya que 'el tiempo es músculo' o la derivación de una arritmia en una PCR.

Para ello disponemos de la valoración inmediata, la primaria, la secundaria y el tratamiento definitivo.

- Valoración inmediata: esta valoración se realiza en el primer contacto con el paciente, 'sin manos'. Mediante la vista y el ojo clínico se objetivan las necesidades e intervenciones inminentes que el paciente necesita ya que hacen peligrar su vida.
- Valoración primaria: similar a la valoración inmediata pero más a fondo, pasamos a evaluar punto por punto según el método ABCDE:
 - A → Airway/vía aérea.
 - B → Breathing o ventilación/respiración.
 - C → Circulación.
 - D → Disability o discapacidad neurológica.
 - E → Exposición del cuerpo del paciente.
- Valoración secundaria: con esta valoración se complementa a la primaria realizando un examen físico para detectar lesiones menores que hayan podido pasar desapercibidas en la primera valoración y se toman de nuevo todas las constantes vitales.
- Tratamiento definitivo: se realiza tras el traslado del paciente al centro sanitario pertinente. Donde le realizan las pruebas complementarias necesarias para diagnosticar y tratar la afección que el paciente sufra.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y profundizar en el método de actuación ante un shock en situación urgente.

Objetivos secundarios:

- Adaptar el tratamiento y cuidados al paciente.
- Realizar una valoración completa del paciente para tratarlo lo mejor posible.
- Planificar y realizar los cuidados que encontremos adecuados según bibliografía y ojo clínico.

3 Caso clínico

El caso a tratar corresponde a la actuación de la UVI AB-01 como segundo intermediario en la atención sanitaria a una paciente atendida en su centro de salud

(CS). La paciente presentaba una disnea que fue progresando hasta hacerse evidente en reposo, acompañada con dolor torácico.

Se trata de una mujer, de 71 años de edad con un cuadro de insuficiencia respiratoria de varios días de evolución producido por un shock cardiogénico causado por la insuficiencia de las válvulas aórtica y mitral (diagnosticado durante su estancia en el CHUA),

A los pocos minutos de estar allí la paciente se desatura (74 %) y comienza con una Fibrilación Auricular con respuesta ventricular rápida, llegando a 200lpm. Se le sedoanalgesia y se realiza una cardioversión sincronizada con éxito con el fin de revertir la arritmia.

Logramos recuperar unas buenas saturaciones por medio de una mascarilla con reservorio y decidimos trasladarla ya estabilizada.

En la ambulancia vuelve a bajar la saturación de O₂ drásticamente a 78% debido a un Edema Agudo de Pulmón (EAP) y se procede a realizar la secuencia de intubación rápida (SIR). Tras la intubación vuelve a remontar a 95 % de SatO₂ y se le coloca una SNG para prevenir broncoaspiraciones.

Debido a la hipotensión producida por el shock procedemos con la administración de una perfusión continua de aminos durante el traslado al hospital de referencia.

Plan de actuación:

Valoración inicial:

Se realiza una valoración rápida 'sin manos' de las necesidades inmediatas de la paciente. Según la información conocida y la que nos aportaba el monitor del CS al que la paciente estaba conectada lo primero que realizamos fue canalizar una VVP para introducir rápidamente la medicación necesaria y colocar los parches de desfibrilación, uno debajo de la clavícula derecha de la paciente y el otro en el costado izquierdo, por debajo de la mama, para realizar la cardioversión pertinente.

Valoración primaria (ABCD).

1. Vía aérea:

A nuestra llegada la paciente se encuentra hablando y ventilando espontáneamente por lo que la vía aérea es permeable. En la auscultación se escuchan crepitantes bilaterales y sibilancias originadas por el EAP. Tras la cardioversión la paciente pierde la consciencia, medimos su nivel de consciencia con la escala de coma de Glasgow (SCG), obteniendo una puntuación de 7; según la bibliografía se recomienda intubar al paciente cuando su SCG sea igual o menor a 9, por

lo que realizamos la SIR para lograr una ventilación eficaz, colocando un tubo orotraqueal del nº 7.5, fijándolo a 22cm.

2. Ventilación - Respiración:

La paciente presenta una respiración taquipneica, con 30 respiraciones por minuto, ayudándose de tiraje abdominal. Antes de la intubación la ventilación era poco eficaz, ya que presentaba cianosis periférica en los dedos de las manos y la saturación de oxígeno en sangre era del 80%. Colocamos una mascarilla Venturi con la cual aumentó la saturación ligeramente hasta fijarse en 84% para posteriormente caer hasta 78% tras cardiovertir a la paciente. Cambiamos el ventimask por una mascarilla con reservorio y conseguimos recuperar la SatO2 hasta un 95%.

3. Circulatorio:

En este paso buscamos signos de shock observando 4 ítems: el pulso, coloración de la piel y nivel de conciencia, el último sería la hemorragia, pero en nuestro caso no procede. Como ya comentamos a nuestra llegada la paciente estaba consciente, mostraba signos de inestabilidad hemodinámica, ya que se encontraba sudorosa, su piel era pálida y presentaba la hipoperfusión periférica ya mencionada. El pulso radial estaba presente por lo que la tensión arterial sistólica se presupone que es 80 mmHg. Se le canalizan 2 vías venosas periféricas del calibre 20G las cuales fueron utilizadas para introducir medicación en la valoración inmediata y reponer volemia cuando fue necesario.

D – Neurológico:

Tras su comprobación, la respuesta pupilar y los movimientos oculares son correctos. Comprobamos que los signos que presenta la paciente no sean debidos a una hipoglucemia realizándole una glucemia capilar. El nivel de conciencia en un principio era de 13 según la SCG. Con el paso del tiempo fue disminuyendo la puntuación como comentamos en la valoración de vía aérea hasta llegar a una puntuación de , siendo la apertura ocular únicamente al dolor, no había respuesta verbal y su respuesta motora era la retirada al dolor.

Valoración secundaria:

Tras la valoración inicial y con la paciente ya estabilizada se procede a la valoración secundaria donde procedemos a exponer y explorar el cuerpo del paciente y a monitorizar las constantes vitales que no hayamos tomado hasta ahora, como la temperatura corporal y realizamos una nueva medición de las ya tomadas anteriormente; tensión arterial, electrocardiografía para valorar si la FA ha producido algún trombo que haya podido alojarse en los vasos coronarios, frecuen-

cia cardiaca para comprobar el ritmo sinusal tras la cardioversión, saturación de oxígeno con el fin de asegurarnos del éxito de la intubación y frecuencia respiratoria.

E- Exposición del cuerpo del paciente:

No se realiza una exploración física extenuante ya que la paciente no ha sufrido ningún traumatismo y viene de casa traída por familiares, por lo que se presupone que a nivel del aparato locomotor no sufre ninguna patología nueva.

Comprobamos de nuevo la coloración de piel y mucosas, observamos si continua con tiraje abdominal para ayudarse a respirar y revisamos que no exista ningún punto sangrante como varices que puedan llevarnos a una hipovolemia por pérdida de sangre.

Una vez comprobados todos los signos vitales mencionados realizamos la anamnesis siguiendo el modelo SAMPLE con el fin de obtener un pequeño historial de la paciente:

S – Signos y síntomas.

A – Alergias.

M – Medicación.

P – Patologías previas.

L – Lunch o última ingesta oral.

E – Eventos que condujeron a la enfermedad.

Esta información nos la aportan sus familiares; nos comentan la sintomatología con la que la paciente había estado los 3 últimos días, no tiene alergias conocidas, toma medicación para la HTA, la Diabetes Mellitus tipo 2 y para la dislipemia, además de Sintrom para tratar la FA ya conocida. Su última ingesta oral fue la merienda, alrededor de las 16h y mecanismo lesional se presupone que la descompensación cardiaca por una respuesta ventricular rápida de su FA.

4 Discusión-Conclusión

Diagnósticos e intervenciones:

Para planificar los cuidados de nuestra paciente se ha utilizado la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

- Diagnósticos (NANDA):

00030. Deterioro del intercambio gaseoso.

00032. Patrón respiratorio ineficaz.

00033. Ventilación espontánea alterada.
00039. Riesgo de aspiración.
00204. Perfusión ineficaz del tejido periférico.
00311. Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.
00132. Dolor agudo.
00004. Riesgo de infección.
00274. Riesgo de termorregulación ineficaz.

- Intervenciones (NIC):

3120. Intubación y estabilización de la vía aérea.
3200. Precauciones para evitar la aspiración.
3300. Manejo de la VMI.
3302. Manejo de la VMNI.
3320. Oxigenoterapia.
3390. Ayuda en la ventilación.
3350. Monitorización respiratoria.
4040. Cuidados cardíacos.
4090. Manejo de la arritmia.
4095. Manejo del desfibrilador externo.
4254. Manejo del shock: cardíaco.
4190. Punción intravenosa.
2210. Administración de analgésicos.
2314. Administración de medicación: intravenosa.
2380. Manejo de la medicación.
2260. Manejo de la sedación.
6550. Protección contra las infecciones.
3900. Regulación de la temperatura.

- Resultados (NOC):

0402. Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
0410. Estado respiratorio: permeabilidad v. aérea.
0411. Respuesta a la VM: adulto.
0414. Estado cardiopulmonar.
0415. Estado respiratorio.
1918. Prevención de la aspiración.
0401. Estado circulatorio.
0407. Perfusión tisular: periférica.
0414. Estado cardiopulmonar.
0418. Severidad del shock: cardiogénico.

0802. Signos vitales.
2102. Nivel de dolor.
2109. Nivel de malestar.
1101. Integridad tisular: piel y membranas.
0800. Termorregulación.

Planificación de cuidados:

Realizamos la valoración de enfermería basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson, analizaremos uno a uno y reflejaremos los datos más relevantes en la siguiente enumeración:

1. Oxigenación y circulatorio IOT conectado a VM en VC (FiO₂ 100%, PEEP 6, FR 13, V T 550).

Mantiene buenas SatO₂. TA controlada en cifras normales. Ritmo sinusal tras cardioversión.

2. Nutricional - hidratación SNG sin débito. Normoglucémica. 1500 ml SF 0'9 % por VVP.

3. Eliminación No deposición ni micción.

4. Movilización y postura adecuada Movilizamos y trasladamos en colchón de vacío.

5. Sueño – descanso Sedada y analgesiada.

6. Vestimenta adecuada No procede.

7. Termorregulación T^a corporal adecuada.

8. Higiene y protección de la piel Piel fría y sudorosa, hipoperfusión periférica.

9. Evitar peligros del entorno Inconsciente, no RAMc.

10. Comunicación con otro No valorable.

11. Creencias y valores No valorables.

12. Trabajo Jubilada.

13. Ocio No valorable.

14. Aprendizaje No valorable

5 Bibliografía

1. Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicine. 26 edición. Filadelfia, Elsevier; 2020, cap 98.
2. Guía Asistencial. Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. 2 Edición, 2014. SESCOAM.
3. Thim T., Niels H., Lerkenvang E., Valter C., Lefgren B. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE)

- approach. *International Journal of General Medicine*. 2012, 5, 117-121.
4. Quintero I. F, Salamanca N., Cabrera R., Castañeda M. I. Intubación orotraqueal en urgencias. *RFSC*. 2007. Vol. 9, N°. 3. Págs 8 – 45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6544758>.
 5. Protocolo clínico terapéutico en urgencias extrahospitalarias. Instituto Nacional de gestión sanitaria. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid, 2013.
 6. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería.
[Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [cited 2019-04-30]. Available from: <http://www.nnnconsult.com/>.
 7. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12 edición, Elsevier, 2021.
 8. Moorhead S, Swanson E, Johnson M & Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
 9. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Capítulo 52

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

ALICIA CRUZ CARRASCO

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

MARIA BLANCO SANABRIA

1 Introducción

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) representa uno de los grandes capítulos de la patología del anciano y puede encuadrarse dentro de los llamados "grandes síndromes geriátricos". Es correcto calificarlo como "síndrome", aunque en la práctica clínica diaria muchas veces se comporta más como un síntoma en el transcurso de una amplia gama de situaciones patológicas, lo que hace que también sea conocido como "estado confusional agudo".

Existen más de veinte maneras diferentes de denominarlo. El término "delirium" es el más utilizado. Debe considerarse una urgencia médica por su carácter reversible, pues la no corrección de sus causas da lugar a situaciones de deterioro cognitivo establecido, de incapacidad y de muerte.

El SCA es una alteración orgánica cerebral, consecuencia de una alteración generalizada del metabolismo cerebral causada por un proceso de origen cerebral o, con más frecuencia, secundario a un trastorno sistémico.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) el

SCA se puede definir como una alteración del nivel de conciencia acompañada de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo (en general horas o días) y que tiende a ser fluctuante. Hablaríamos de un síndrome cerebral, orgánico, de etiología multifactorial, caracterizado por alteraciones de la conciencia, atención, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y/o del ciclo sueño-vigilia.

La incidencia aumenta con la edad, aunque la información varía según las características de la muestra analizada, del nivel asistencial donde se ha llevado a cabo el estudio y de la sensibilidad de los métodos de detección empleados.

En los servicios de urgencia hospitalaria el cuadro confusional está presente hasta en el 10-30% de los pacientes mayores en el momento de acudir a esa unidad.

Su prevalencia en personas mayores de 65 años, una vez producido el ingreso hospitalario, puede variar entre el 14 y el 24%, mientras que la incidencia durante el periodo de hospitalización en este grupo de edad se encuentra entre el 6 y el 56%. El motivo de tan variable epidemiología es la diversidad de factores predisponentes y precipitantes en las diferentes poblaciones.

Aparece en el 15-53% de los mayores durante el periodo postoperatorio, en el 70-87% de aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos, en el 60% de los que residen en centros de recuperación funcional o residencias y en el 83% de quienes precisan cuidados paliativos.

La prevalencia de delirium en la comunidad es mucho menor (1-2%), sin embargo llega a ser del 10% cuando visitan al servicio de urgencias. En los mayores de 85 años de la comunidad la prevalencia es del 14%.

2 Objetivos

- Explicar la etiología y las manifestaciones clínicas con el fin de detectarlo lo antes posible.
- Exponer las actuaciones de enfermería adecuadas para el correcto cuidado de los pacientes con delirium en atención hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es un trastorno funcional cerebral causado por múltiples causas orgánicas que manifiestan un cuadro clínico común. La fisiología del envejecimiento explica parcialmente el por qué los ancianos tienen mayor susceptibilidad a desarrollar delirium que los jóvenes cuando sufren una enfermedad aguda.

Un estudio realizado por Levkoff detectó que el 80% de los pacientes con SCA presentaba alguno de los siguientes cuatro factores asociados: infección urinaria, hipoalbuminemia al ingreso, leucocitosis y proteinuria.

Los factores de riesgo para la aparición de un SCA están íntimamente vinculados a algunos aspectos fisiopatológicos. Entre los factores de riesgo que se pueden considerar predisponentes se destacan los siguientes: envejecimiento cerebral fisiológico, presencia de patología orgánica cerebral, situación funcional previa, cambios neuroquímicos y psicológicos, hospitalización, infecciones, fármacos, alteraciones metabólicas y desnutrición, insuficiencia de cualquier órgano o sistema, enfermedades neurológicas agudas, enfermedades endocrinas, cirugía previa, intervenciones agresivas, dolor.

Los síntomas aparecen de forma brusca y tienen un curso fluctuante, siendo mucho más pronunciados durante la noche. La duración del cuadro se limita a horas o días si se investiga de forma exhaustiva la causa y posteriormente se corrige.

Los principales son: trastornos de la atención, trastornos de la esfera cognitiva, alteración del pensamiento, trastornos de la percepción, disminución del nivel de consciencia, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, de la memoria, de la actividad psicomotora, emocionales, somáticas.

Prevenir el delirium no es más que mantener un equilibrio homeostático del cerebro y limitar los agentes estresantes del medio ambiente que puedan afectar negativamente al anciano hospitalizado. El contacto continuado y estrecho de la enfermería con el paciente y la familia juega un papel primordial en las estrategias de prevención y en todo el proceso de la hospitalización.

Consiste en el tratamiento de la causa o causas subyacentes, dirigiendo el es45

fuerzo a la prevención en los pacientes de riesgo mediante una intervención multidimensional.

Las principales medidas no farmacológicas van encaminadas a:

- Mejorar el ambiente o entorno: uso de gafas y audífonos, facilitar papel y lápiz si no puede hablar, ventana en la habitación, luz nocturna, evitar ruidos, temperatura 21-24°C, permitirles objetos familiares, evitar sobre estímulos o privación sensorial, no juntar dos pacientes delirantes, etc.
- Proporcionar confort: control del dolor, actividad física y movilización precoz, orientación día/noche, comunicación breve y precisa, no interrumpir el sueño nocturno, nutrición/hidratación adecuadas, etc.
- Darle soporte psicosocial: supervisión constante, continuidad del equipo asistencial, no hablar del paciente cerca de él para evitar malinterpretaciones, soporte familiar suficiente, explicarle lo sucedido una vez resuelto, etc.

Debemos ser muy cautos a la hora de indicar restricción física durante un estado de agitación, ya que aparte de aumentar el riesgo de fracturas, lesiones y muerte, suele empeorar el delirio y la agitación. Sólo debe utilizarse si el paciente es incontrolable con otras medidas.

En ocasiones es necesario acudir al tratamiento farmacológico. Éste está indicado si existe riesgo para la seguridad del paciente o los síntomas son graves: agitación severa, hostilidad, agresividad o alucinaciones. Los fármacos que han evidenciado tener mayor efectividad en el tratamiento sintomático del SCA son los neurolépticos. Se usarán preferiblemente los atípicos o de nueva generación por presentar menos efectos secundarios. Por ejemplo, risperidona, olanzapina, tapírida, haloperidol o levomepromazina.

Los principios fundamentales del tratamiento neuroléptico en el anciano son los siguientes:

- Antes de iniciar el tratamiento, reevaluar la indicación del neuroléptico y realizar un hemograma, electrocardiograma (ECG) y función hepática.
- Empezar con un tercio de la dosis 2-3 veces día y ajustar según respuesta clínica y efectos adversos. Intentar una dosis de mantenimiento cada 24 horas.
- Indicar solo un neuroléptico cada vez.
- Programar la duración del tratamiento.
- Monitorizar la eficacia y los efectos adversos.

Los neurolépticos se emplearán en dosis bajas, que se irán incrementando paulatinamente si fuera necesario, supervisando siempre la posibilidad de generar efectos secundarios y retirándolos cuando se juzguen innecesarios o ineficaces. Los cuidados de enfermería deben asegurar una nutrición e hidratación adecuadas. El anciano debe ser movilizado en la medida en que ello sea posible. Se

deben evitar las vías periféricas y la cateterización vesical. Tienen especial importancia los cuidados del intestino, del tracto urinario y de las zonas de presión, ya que sus complicaciones alargarán el curso de la enfermedad. Insistir en evitar las restricciones físicas siempre que sea posible, ya que a menudo aumentan la agitación. Si la restricción es inevitable, deben seguirse los protocolos apropiados.

Las siguientes recomendaciones se asientan en base a las revisiones literarias existentes sobre los factores de riesgo asociados al delirium, indicaciones de intervenciones preventivas ambientales y no farmacológicas.

Intervenciones ambientales-entorno/estimulación-hospitalización:

- Adecuar un entorno seguro. Aplicar protocolo de prevención de caídas. Barandillas. Bastones, andadores, zapatos cerrados en la deambulaci3n, etc. Retirar objetos potencialmente lesivos e innecesarios. Cama adaptada a una altura adecuada. Valorar riesgo caídas con test.
- Aportarle un adecuado confort en la cama. Sabanas sin pliegues, los sistemas de soporte que no interfieran en la comodidad, etc.
- Mantener una temperatura ambiental confortable. Habitación con ventanas.
- Designarle una habitación con otro enfermo en caso de no tener cuidador principal y cerca del control de enfermería para mayor vigilancia. Evitar colocar a dos pacientes con delirium en la misma habitación.
- Disponer de habitación individual, en funci3n de los recursos disponibles, para fomentar el descanso y la tranquilidad si tiene el enfermo acompañante (familiar).
- Adecuada iluminaci3n en la habitación y tranquila. Iluminaci3n indirecta durante la noche. Evitar la sobreestimulaci3n sensorial.
- Evitar ruidos externos e internos.
- Evitar trasiego constante del personal sanitario en la habitación. Agrupar intervenciones.
- Evitar estar muchos familiares en la habitación y personas ajenas a la misma. Establecer horarios de visitas y máximo de dos personas por paciente-habitaci3n. Colocar carteles informativos de las normativas de la planta en la habitación.
- Permitir el uso de utensilios propios no peligrosos. Almohadas, sábanas, camisones, etc.
- Respetar y valorar un apropiado ciclo de sueño-vigilia. Utilizar protocolo de medidas no farmacológicas para favorecer el sueño nocturno (bebidas templadas, infusiones relajantes, etc.) e instruir al familiar en ellas. Las medicaciones e intervenciones terapéuticas no deben interrumpir el sueño. Planificar actuaciones preservando los periodos de descanso del paciente. Preguntar al paciente o familiar c3mo ha descansado diariamente.

- Aplicar protocolo para el manejo no farmacológico de la ansiedad. Técnicas de relajación, etc.

Orientación:

- Informarle al ingreso de la distribución y recursos de lo que se dispone en la habitación y la unidad. Luces, baños-duchas, toallas, dispositivos de llamadas al personal (timbres), enchufes, teléfonos, etc.
- Mantener un personal sanitario estable y habitual en la unidad para una mejora en la atención individualizada y mayor familiaridad con el paciente.
- Permitir y fomentar el uso de relojes, calendarios, periódicos, revistas, televisores, pasatiempos, fotos, gafas, audífonos, prótesis o cualquier objeto que promueva su orientación.
- Colocar objetos familiares al alcance visual del enfermo.
- Evitar cambiarlo de habitación y de reubicación en otras unidades hospitalaria durante el ingreso por necesidades de disponibilidad de camas.
- Durante su traslado para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas que sea acompañado del cuidador principal.
- Distribuir la habitación, adaptar a sus preferencias en lo que sea viable. Respetar un espacio considerable entre los pacientes cuando se comparte habitación.
- Fomentar e instruir al cuidador principal en la orientación. Crear un programa de actividades orientativas (tablas de orientación, horarios, agendas, etc.). Tres veces al día.

Familia-cuidador principal:

- Instruir y educar al cuidador principal en el manejo de la seguridad, movilización, orientación, distracción, estimulación cognitiva (reminiscencia, juego de palabras, hechos presentes, etc.), manejo no farmacológico del sueño y estrés, importancia de limitaciones de visitas al paciente, etc.
- Contactar con la asistente social cuando se precise, para proporcionarles recursos sociales convenientes.
- Implicar a la familia en el abordaje del delirium y cuidados del paciente. Educación y asesoramiento familiar sobre él y las técnicas necesarias para su prevención.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de soporte son muy importantes. El enfermo debe permanecer sometido a una estrecha vigilancia día y noche. Se ha de evitar el ruido en exceso, los cambios de habitación o del personal que le atiende, así como enfrentamientos

o discusiones en su entorno físico más inmediato para no incrementar su desorientación. La presencia de familiares o cuidadores fácilmente reconocibles puede ser beneficiosa. La habitación debe permanecer bien iluminada con luz clara que ayude a evitar la aparición de ilusiones o alucinaciones visuales, además, puede ser útil estimular la memoria con relojes, calendarios y letreros, así como emplear prótesis auditivas o gafas para disminuir los déficits sensoriales cuando existan.

6 Bibliografía

1. Millán Calenti JC. Gerontología y Geriatria: Valoración e intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
2. Martín Zurro A., Cano Pérez J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica: Vol. 2. 6ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
3. Moscote-Salazar LR. Neuroemergencias: Elementos esenciales para el Médico General. Madrid: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2012.
4. Dr. Miguel Ángel Abreu Galán, Dr. Emilio Ildefonso García Criado, Dra. Mercedes Otero Cacabelos, Dr. Francisco Toquero de la Torre. Guía de Buena Práctica Clínica en Situaciones de Urgencia. Ministerio de Sanidad y Consumo.
5. Lázaro-Del Nogal M., Ribera-Casado JM. Síndrome Confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009; 1 (4): 209-221.
6. García Antelo MJ. Síndrome Confusional Agudo. *Cad Aten Primaria*. 2012; 18: 33-35.
7. Carrera Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera: Recomendaciones generales. *Enfermería Global*. 2012; 27: 356-378

Capítulo 53

ENFERMERÍA: LA RECOLECCIÓN DE ORINA EN BEBÉS Y NIÑOS

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

ALICIA CRUZ CARRASCO

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

MARIA BLANCO SANABRIA

1 Introducción

Todos los métodos utilizados para recolectar muestras de orina pueden provocar la contaminación con bacterias del exterior de la vejiga. Esto puede conducir a un diagnóstico inexacto, implicar un tratamiento innecesario o requerir que se repita una muestra, lo que tiene implicaciones para la atención al paciente y la rentabilidad.

Obtener muestras de orina en niños no entrenados para ir al baño puede ser difícil. Una evaluación de la tecnología de la salud sugiere que: la mayoría de los estudios incluidos en la revisión encontraron que las muestras de orina limpias en la mitad del flujo tenían una precisión similar a las muestras de aspiración suprapúbica cuando se cultivaron, con la ventaja de no ser método de recolección invasivo que se puede utilizar en la cirugía del médico de cabecera. Las muestras de almohadillas, pañales o bolsas pueden ser métodos apropiados para obtener

una muestra de orina en niños no entrenados para ir al baño, aunque solo se dispone de datos limitados.

Todos los métodos utilizados para recolectar muestras de orina pueden resultar en contaminación con bacterias externas a la vejiga. Esto puede llevar a un diagnóstico inexacto, implicar un tratamiento innecesario o requerir que se repita una muestra, lo que tiene implicaciones para la atención del paciente.

En un servicio de urgencias, una técnica de estimulación de la vejiga es una forma rápida y eficaz de obtener muestras de orina limpia en lactantes, especialmente en los menores de 90 días. La proporción de contaminación de las muestras de orina limpia fue comparable a las proporciones de contaminación reportadas en la literatura para el cateterismo uretral. Teniendo en cuenta los posibles eventos adversos relacionados con los métodos invasivos, el procedimiento de obtención de orina limpia podría ser una buena alternativa a los métodos invasivos en algunas circunstancias.

2 Objetivos

- Analizar los métodos de obtención de una muestra de orina de un niño.
- Identificar el mejor método de obtención de una muestra de orina de un niño.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica con búsqueda manual limitada en la base de datos PubMed y Google Académico. Los términos y frases de búsqueda utilizados para identificar los artículos relevantes para el tema de investigación incluyeron descriptores en español y en inglés: recolectar muestras de orina, niños, bebés, métodos invasivos y métodos no invasivos. Se identificaron un total de 142 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo.

4 Resultados

- Métodos no invasivos de recolección de orina: El método no invasivo más popular utilizado para niños no entrenados para ir al baño es la captura limpia, que el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) define como un estándar de oro. Esto implica tomar una muestra sosteniendo una botella de muestra estéril en la corriente de orina. Las bolsas de recolección de

orina y las almohadillas de recolección de orina también se pueden usar para recolectar orina.

NICE sugiere almohadillas de recolección de orina como la siguiente mejor opción para limpiar la captura. La directriz establece claramente que las instrucciones de los fabricantes con respecto a su uso siempre deben seguirse y que no deben usarse bolas de algodón, gasas y toallas sanitarias.

En la práctica, se han utilizado tanto bolsas como almohadillas de recolección de orina y existe un debate sobre cuál es más eficaz. Las bolsas y almohadillas de recolección de orina son más susceptibles a la contaminación que el método de captura limpia, debido al contacto cercano y prolongado con la piel alrededor del área anogenital.

Sin embargo, la contaminación es un problema con todos los métodos de recolección de orina. Se ha sugerido que las tasas de contaminación de la orina fueron más altas en las muestras de orina en el medio de la corriente recolectadas de niños entrenados para ir al baño cuando no se había realizado la limpieza perineal/genital. La limpieza perineal/genital en cualquier edad del niño puede reducir el riesgo de falsos positivos y evitar tratamientos e investigaciones con antibióticos innecesarios.

- Métodos invasivos de recolección de orina: obtener una muestra de orina no contaminada de un recién nacido o un bebé enfermo puede ser difícil. En estas circunstancias, NICE recomienda el uso de métodos invasivos como la aspiración suprapúbica (SPA) o el cateterismo. Las organizaciones tendrán una política local para guiar la práctica clínica para la aspiración suprapúbica y el cateterismo. Las cuestiones de consentimiento deben discutirse con los padres, ya que la aspiración suprapúbica puede conllevar un riesgo, aunque las complicaciones son muy raras. El procedimiento puede causar ansiedad en padres y médicos.

Se ha comparado el dolor experimentado por los bebés sometidos a SPA o cateterismo uretral para obtener una muestra de orina. El dolor se midió usando una herramienta de puntuación del dolor.

Se necesita una pequeña cantidad de orina para un análisis de orina. Se puede usar una exploración de la vejiga para verificar el volumen de orina en la vejiga. Esto ayuda a identificar cuándo la cateterización es inapropiada y evitar procedimientos invasivos hasta que se identifica un volumen significativo de orina en la vejiga.

- Métodos no invasivos versus métodos invasivos: se han comparado los métodos no invasivos e invasivos de recolección de orina.

La validez del análisis de orina de muestras de una bolsa de recolección de orina y un catéter se exploró en un estudio transversal de 303 niños no entrenados

para ir al baño menores de tres años. Los niños asistieron al departamento de emergencias de un hospital infantil y habían sido identificados como en riesgo de infección urinaria.

Se obtuvieron muestras de catéteres y bolsas de recolección de orina emparejadas de cada niño y se analizaron con una varilla de análisis de orina y se enviaron para un análisis de orina microscópico. Se encontró que las muestras obtenidas de la bolsa de recolección de orina eran más sensibles a la prueba con tira reactiva que las muestras de catéter.

Se compararon las muestras de catéter con la captura limpia y sugirieron que la tasa de resultados falsos positivos fue menor en la población cateterizada, pero que la tasa de falsos positivos fue alta en ambos grupos.

5 Discusión-Conclusión

Siguen existiendo muchos desafíos en relación con la obtención de una muestra de orina de un niño enfermo. Deben considerarse métodos invasivos cuando un bebé no se encuentra bien y se necesita urgentemente una muestra de orina para fines de diagnóstico. Si existe la oportunidad de esperar una captura limpia, este método continúa siendo reportado como el estándar de oro y parece tener un nivel constante de confiabilidad comparable a los métodos más invasivos de muestreo de orina.

A pesar de las recomendaciones de NICE, parece haber cierto debate sobre el uso de bolsas y almohadillas de recolección de orina, particularmente en bebés mayores de tres meses y niños que no están entrenados para ir al baño. Los grandes ensayos multicéntricos ayudarán a identificar el mejor método, pero mientras tanto tenemos que trabajar dentro de la evidencia disponible. Es importante tener en cuenta las políticas y directrices locales cuando se toman decisiones.

6 Bibliografía

1. Lewis, J. (1998) Almohadillas de recolección limpia versus recolección de orina: un ensayo prospectivo. *Enfermería pediátrica*; 10:1, 15-16.
2. Whiting, P. et al (2006) Efectividad clínica y rentabilidad de las pruebas para el diagnóstico e investigación de la infección del tracto urinario en niños: una revisión sistemática y un modelo económico. *Evaluación de tecnología de salud*; 10: 36.

Capítulo 54

MANIOBRA DE HEIMLICH

MONICA VIVAR GALÁN

1 Introducción

En 1974 Henry Heimlich desarrolló una maniobra para evitar los atragantamientos, demostrando que la técnica de las palmadas en la espalda podía hacer que el objeto extraño se hundiera más profundo, en lugar de expulsarse. La nueva técnica que él describió consistía en realizar unas compresiones abdominales, esto sumado a los golpes en la espalda. (1)

Un atragantamiento ocurre cuando un cuerpo extraño o bolo alimenticio se enclava en la faringe o laringe produciendo una obstrucción de la vía aérea, generando una dificultad respiratoria que puede llegar a la asfixia y generar la muerte si no se resuelve de forma rápida, por ello es muy importante el conocimiento de la técnica en los diferentes casos que se nos pueden presentar. (2)

Hay determinados factores que facilitan el atragantamiento, como pueden ser: (1)

- Dificultad en la deglución.
- Convulsiones.
- Efectos colaterales de medicamentos que relajan los músculos voluntarios.
- Movilidad limitada.

Entre las causas más frecuentes podemos encontrar: (1)

- Comer muy rápido.
- No masticar bien.
- Ingerir objetos no comestibles.
- Ingerir alimentos con la textura incorrecta.
- No tener dentadura o tenerla mal colocada.

Más adelante describiremos la técnica, tanto en adultos como en lactantes. En caso de que ocurra con una embarazada, deberemos actuar de otra forma, ya que es una situación especial.

2 Objetivos

Realizar una revisión de los datos disponibles hasta la fecha actual sobre las indicaciones a la hora de realizar la maniobra de Heimlich en atragantamientos.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión de la literatura científica relacionada con las indicaciones a la hora de realizar la maniobra de Heimlich. La búsqueda bibliográfica se ha realizado en septiembre de 2022, recopilando trabajos publicados en los últimos 6 años y que estuvieran redactados en español o en inglés. La búsqueda fue realizada a través de Google académico y Pubmed, usando términos como “maniobra de Heimlich” en Google académico o “Heimlich maneuver” en Pubmed.

4 Resultados

Después de leer varios trabajos y seleccionar los más adecuados para esta revisión, recopilé información similar en casi todos ellos.

Nos podemos encontrar con varios casos: (1) (2) (3)

Si la víctima puede hablar, respira y está tosiendo, lo que debemos hacer es animarle a toser; ya que se trata de una obstrucción parcial. Si aun así no se resuelve la obstrucción, debemos dar 5 golpes entre las escápulas inclinando ligeramente a la víctima hacia delante, para expulsar más fácilmente el cuerpo extraño.

Si la víctima no puede hablar, no tose y no puede respirar, se tratará de una obstrucción completa, procederemos a realizar la maniobra de Heimlich.

Para realizar esta técnica nos colocaremos detrás de la víctima y la rodearemos con nuestros brazos por debajo de los suyos, con una mano haremos un puño que colocaremos a la altura del epigastrio (entre ombligo y apéndice xifoides), el pulgar de dicha mano quedará en contacto con el abdomen de la víctima. La otra mano la colocaremos sobre el puño de la otra. A continuación, presionaremos hacia adentro y hacia arriba. Debemos realizar esta técnica hasta que la víctima empiece a toser por sí mismo o hasta que pierda el conocimiento.

En caso de que pierda el conocimiento, deberemos tumbar al paciente en decúbito supino y realizar la técnica de reanimación cardiopulmonar.

Esta técnica la realizaremos de forma diferente en los bebés: colocaremos al lactante en decúbito prono sobre nuestro antebrazo, con la cabeza más baja que los pies, con el propósito de permitir expulsar de forma más fácil el cuerpo extraño. Con la mano sobre la que está apoyado abriremos la boca, con el talón de la otra mano daremos 5 golpes entre las escápulas.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con la información recogida en los diferentes artículos, hemos podido comprobar que a pesar de encontrar infinidad de artículos que hablaban de este tema, había unanimidad a la hora de explicar como se realiza la maniobra de Heimlich.

Leyendo sobre este tema hemos podido comprobar la importancia de esta técnica, así como la importancia que tiene su aprendizaje, ya que es una técnica sencilla, pero hay que saber bien donde presionar y como colocar a la víctima, por esta razón creo que debería aumentar la educación sanitaria sobre este tema, ya que es muy común que ocurra un atragantamiento tanto en lactantes, personas adultas o ancianos.

6 Bibliografía

1. Fernández San Millán Raúl. Estudio critico de la maniobra de Heimlich en la asfixia por atragantamiento. Universidad de Valladolid [Internet] 2016 [consultado 3 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/35271/TFG-L2313.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Angeles Viña Serén. Cuerpos extraños en vía aérea superior [Internet] Lugo: Medgen; 2019 [consultado 3 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://semg.es/archivos/ebook_minipildoras_semg.pdf#page=183.
3. José Luis Moliné Marco, M^a Dolores Solé Gómez. Obstrucción de las vías respiratorias: primeros auxilios. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo [Internet]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_467.pdf/a74241b9-d2a5-4f3b-a3fa-bb45259cba2e.

Capítulo 55

ENFERMERÍA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN MEDIANTE SONDA NASOGÁSTRICA

BEATRIZ ROSADO TOMÁS

ESTHER RAMOS PAVÓN

ALICIA CRUZ CARRASCO

REBECA DEL OLMO GONZÁLEZ

MARIA BLANCO SANABRIA

1 Introducción

El uso de sonda nasogástrica es una técnica usada en diferentes situaciones patológicas. Puede usarse en caso de intoxicaciones medicamentosas o de obstrucciones intestinales para evacuar el contenido gástrico del paciente. También puede usarse para extraer aire del estómago. En pacientes con problemas de deglución, disfagia, atragantamiento y/o disminución del nivel de conciencia para la administración de alimentación, así como para la administración de diferentes tipos de medicación. También puede usarse con fines profilácticos en pacientes con riesgo de broncoaspiración o para la toma de muestras gástricas o confirmar si existe un sangrado activo.

En una técnica no estéril llevada a cabo por el personal de enfermería, que consiste en la inserción de una sonda, generalmente de silicona, desde un orificio

nasal hasta el estómago. Tomaremos la medida de la longitud necesaria calculando la distancia nariz-oído- estómago y una vez introducida, comprobaremos la colocación correcta mediante la insuflación de aire con una jeringa a través de la sonda, escuchando con un fonendo si lo oímos en el estómago o bien aspirando contenido gástrico. Está contraindicada la inserción de una sonda si hay sospecha de rotura esofágica, fracturas faciales o de los huesos de la base del cráneo u obstrucción nasofaríngea.

2 Objetivos

Describir la técnica de administración a través de sonda nasogástrica de diferentes medicaciones teniendo en cuenta sus presentaciones y efectos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de varias bases de datos como Cuiden, Pubmed y Cochrane, además del uso de Google Académico, seleccionando diferentes artículos e informaciones relacionadas con el tema a tratar, seleccionando aquellos que más se adaptan a nuestro objetivo.

4 Resultados

Existen diferentes formas farmacéuticas para la presentación de los medicamentos y no todas son igual de adecuadas para la administración mediante sonda nasogástrica. Las más adecuadas para ello son formas líquidas orales tales como jarabes, gotas, suspensiones, ampollas bebibles, etc.

Las formas sólidas, aunque están diseñadas para ser administradas de manera intacta por vía oral, son comprimidos o cápsulas que en muchas ocasiones pueden triturarse o vaciarse y diluirse en agua, si bien es cierto que no se conoce del todo las alteraciones farmacéuticas que pueden aparecer.

Algunas formas parenterales pueden usarse por sonda nasogástrica siempre y cuando no se degraden por el pH estomacal.

También hay formas farmacéuticas que no pueden administrarse por este tipo de sondas, como son fórmulas retardadas cuya liberación del principio activo se produce lentamente, las fórmulas de liberación entérica, las grageas que son comprimidos recubiertos cuyo fin es evitar que irriten la mucosa, que se mejore

la estabilidad del principio activo, o que sabores u olores desagradables sean escondidos. Tampoco debe administrarse mediante estas sondas los comprimidos sublinguales o las cápsulas de gelatina blanda dependiendo de su principio activo. Para la administración de la medicación es conveniente lavar previamente la sonda con unos 20 ml de agua antes de administrar, separando las diferentes medicaciones en el caso de tener que administrar más de una y lavando la sonda entre tomas. Una vez terminado, debemos lavar la sonda nasogástrica con aproximadamente otros 20 ml de agua.

La medicación y la nutrición del paciente debe separarse por lo menos una media hora para favorecer una correcta absorción, siempre y cuando la medicación administrada no sea gastrolesiva.

Cuando la sonda sea necesaria en caso de oclusión intestinal y se esté extrayendo contenido estomacal, si se necesita administrar medicación por ella debemos calmarla tras el procedimiento durante al menos 30 minutos para que el medicamento sea absorbido y no se expulse de nuevo.

A veces, las medicaciones pueden obstruir la sonda nasogástrica, en estos casos suele ser suficiente con realizar un lavado con unos 5-10 ml de agua caliente, calmando durante unos 5 minutos y realizando posteriormente un lavado hasta que salga limpio.

5 Discusión-Conclusión

Existen diferentes medicaciones que se pueden administrar por sonda nasogástrica. Aunque las presentaciones son diferentes y no todas son adecuadas inicialmente, tras una preparación pueden ser usadas de un modo similar.

Casi todo tipo de medicamentos pueden ser administrados por sonda nasogástrica gracias a las diferentes presentaciones de estos. Es una técnica sencilla llevada a cabo por el personal de enfermería que no es estéril, pero sí se debe procurar la máxima asepsia en la ejecución, donde lo más molesto es el proceso de colocación de la sonda, pero que una vez superada esta parte, tiene beneficios destacados debido a su sencillo manejo.

6 Bibliografía

1. Gila. Tratado de Nutrición. Tomo IV. Nutrición Clínica. 2ª Ed. Editorial Médica Panamericana SA. Madrid 2010.
2. Instituto para el uso seguro de los medicamentos. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Plan de Calidad para el sistema de Salud.

2012; 35: 1 – 3.

3. Osakidetza. Sondaje nasogástrico [monografía en internet]. Donostia. Servicio de Urgencias del Hospital Donostia; 2012 [acceso 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/IT-138%20Sondaje%nasogastrico%20v1.pdf>.
4. Castro López J, González Benítez J, González Gil J. Guía de enfermería para la administración de fármacos en urgencias. Madrid. Bubok Publishing; 2012.

Capítulo 56

ENFERMERÍA Y EL PACIENTE OSTOMIZADO Y EL APOYO FAMILIAR

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

MARINA BARROSO MUÑOZ

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Según la OMS, el Cáncer Colorrectal está considerada la cuarta causa más común de Cáncer en todo el mundo y de forma aproximada existen unos, 800000 casos nuevos anuales que corresponden a un 8% de los casos nuevos de cáncer que se producen. La tasa de operabilidad que tiene este tipo de cáncer está por encima de 90% y aunque no existen registros que se puedan constatar, hay un elevado número de enfermos que son diagnosticados que van a ser intervenidos y deberán portar una ostomía temporal o de forma definitiva debido a este motivo. Otras de las causas que determinan la colocación de un estoma es la poliposis familiar y la enfermedad inflamatoria intestinal, en la que la cirugía se convierte en un recurso que resulta necesario para poder facilitar el manejo de los síntomas y así mejorar la calidad de vida. Si nos centramos en el caso concreto de la enfermedad de Crohn, aproximadamente a los diez años tras el diagnóstico, la mitad de las personas necesitan cirugía, aumentando estas cifras a los quince años. El

que el enfermo tenga que ser portador de una ostomía digestiva, colostomía o ileostomía, va a suponer para él un cambio radical en la vida del día a día de la persona, y constituye uno de los momentos que son más críticos en su vida.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es hacer una revisión del paciente ostomizado y el apoyo de la familia que es necesario.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación en el buscador de Google académico, seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pubmed para quedarnos finalmente con una recopilación de casos clínicos que han sido de nuestro interés para hacer esta comunicación.

4 Resultados

Para las personas que son ostomizadas se considera fundamental el contar con el apoyo de su entorno familiar y social más cercano. El apoyo conlleva un efecto directo sobre su bienestar, fomenta la salud y la mejoría de todos los aspectos emocionales, promueve el proceso de adaptación frente a aquellas situaciones que son difíciles y que han sido impuestas por la patología. La paciencia y la comprensión de la familia y del entorno cercano son de carácter fundamental de cara a poder fomentar que la persona que tiene una ostomía tenga que aceptar su nueva realidad en el cuerpo y el autocuidado que esto conlleva en su proceso. La literatura científica que hemos encontrado al respecto destaca la importancia de la familia nuclear, que es quien comparte el día a día con la persona que ha sido ostomizada, que conoce y comparte sus miedos y necesidades, puede actuar como fuente motivadora para que el familiar desarrolle las habilidades y las competencias para el autocuidado, puede evitar la aparición de las situaciones estresantes, y hace que favorezca también que esta pueda expresar sus sentimientos.

Por norma general, la presencia de un estoma digestivo va a constituir una experiencia que implica padecimiento y la aparición de percepciones y de algunas vivencias en el individuo que tiene el paciente respecto a sí mismo y a su familia. Se tiene la importancia que el entorno de la familia que tiene en este proceso, se plantea que tiene objetivo que este estudio puede describir, desde la perspectiva

de las personas portadoras de los estomas digestivos, la relación y la participación de la familia en el proceso. Se puede destacar que en otros ámbitos no sanitarios, son numerosas las publicaciones que se pueden centrar en este fenómeno. No obstante, en el contexto sanitario, no hay muchos estudios que lo aborden desde la perspectiva del propio individuo.

5 Discusión-Conclusión

El apoyo emocional es el principal de los hallazgos sobre los que se debe de articular el apoyo de la familia. Se debe destacar la importancia de este apoyo para poder sacar adelante cuando los ánimos estaban más bajos, y poder contar con alguien de confianza para hablar cuando haya problemas y preocupaciones, la implicación del estoma requiere de cuidados de curas y colocación que no siempre se pueden hacer por parte del portador y requiere muchas veces la ayuda para la retirada y colocación de la bolsa del entorno más cercano tanto cuando se está en el domicilio y sobre todo cuando se está fuera.

6 Bibliografía

1. Martín Muñoz, B., & Crespillo Díaz, A. Y. (2020). La información, elemento clave para reconstruir la autoestima: relato de una persona recientemente ostomizada. *Index de Enfermería*, 24(3), 169-173.

Capítulo 57

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARINA BARROSO MUÑOZ

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

1 Introducción

Nuevos marcadores que se han implantado en los últimos años nos acercan a la especificidad del PSA y nos permiten poder focalizar la sospecha de cánceres que tienen un comportamiento agresivo. La resonancia magnética ha tomado posición como el método que es más eficaz en la selección de aquellos pacientes para biopsia y también para poder estadificar el tumor a un nivel local. El paradigma de la biopsia aleatoria ecodirigida ya está cambiando, y a través de la fusión de las imágenes entre la resonancia magnética y la ecografía se tiende a convertir en una biopsia que se guía hacia zonas sospechosas. La prostatectomía radical junto con la radioterapia son aquellos tratamientos curativos del cáncer de próstata localizado y en las dos técnicas se ha podido experimentar mejoras tecnológicas que son notables. La Prostatectomía está considerada altamente eficaz y se incorpora a la cirugía robótica reduciendo así la morbilidad. Las cada vez más modernas técnicas de radioterapia nos permite administrar mayores dosis en el

tumor con las mínimas dosis adyacentes, pudiendo reducir de forma significativa su toxicidad.

La supresión androgénica que se utiliza con análogos sigue siendo hasta hoy el tratamiento de elección del cáncer de próstata que se considera avanzado, pero tiene que limitarse sobre todo a esta indicación. La pérdida de masa ósea y los efectos que son metabólicos y adversos pueden incrementar la frecuencia de las fracturas y la morbilidad cardiovascular.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es exponer mediante un caso clínico el cáncer de próstata contado por un equipo de enfermería.

3 Caso clínico

Antonio, 55 años, trabajador de la Diputación de su provincia, en los análisis anuales que son obligatorios para la empresa y los primeros que realiza de cribado de PSA por edad, se encuentran los valores de estos marcadores altos. Se habla por teléfono con Antonio para que acuda a su centro de salud con instrucciones de repetir esta analítica, el médico de primaria le repite la analítica con indicadores de PSA muy parecidos a los encontrados por el laboratorio de la empresa. Se deriva a Antonio al Urólogo que en la entrevista clínica refiere que él no tiene síntomas ninguno, lo que si ha observado que en el último año se levanta al baño por la noche más veces, pero ya está. Se le da consulta al día siguiente para realizarse una citología en el que se encuentra una masa en la próstata y se le pone en lista quirúrgica urgente para realizar una prostatectomía, después de la cual y una vez finalizado el proceso y la herida quirúrgica curada, se somete a 9 sesiones de radioterapia con las que Antonio finaliza el proceso de su cáncer de próstata. Tiene que acudir a consulta cada tres meses, los marcadores de PSA no los mantiene a 0, pero no avanzan durante el primer año, así que se decide aplicarme de forma bimensual quimioterapia oral de resorte como tratamiento habitual en pacientes de este tipo, que suelen seguir con este soporte hasta que cumplen los 80 años con una calidad de vida normal a la que tenían antes de realizarse la operación y el tratamiento posterior de radioterapia. Siempre vigilado por el servicio de Urología en las consultas programadas de forma anual.

4 Discusión-Conclusión

La supresión androgénica con análogos hasta el momento es el tratamiento de elección para el cáncer de próstata que ya es avanzado, pero tiene que limitarse a que ya esté avanzado por la consecuencia de la masa ósea que conlleva. Los pacientes que ya son operados quirúrgicamente presentan dos problemas cuanto menos incómodos, aunque no se dan en todos los casos.

El primero es la pérdida de orina que pueden solucionar con ejercicios de suelo pélvico fortaleciendo la zona y el otro es la disfunción eréctil que se puede solucionar con la toma de medicación oral para el momento del acto sexual bajo recomendación médica.

5 Bibliografía

1. Morote, J., Maldonado, X., & Morales-Bárrera, R. (2016). Cáncer de próstata. *Medicina Clínica*, 146(3), 121-127.

Capítulo 58

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE NEUMONÍA POR COVID

MARIA HUECAS SOTOMAYOR

MIGUEL GONZÁLEZ GALAN

PALOMA MARTÍNEZ GARRIDO

RUTH JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARINA BARROSO MUÑOZ

1 Introducción

La transmisión del SARS-CoV-2 que viene de una fuente animal y se transmitió a los primeros casos a los humanos, ya se ha confirmado. La vía de transmisión entre humanos, sí que es mucho más aceptada y es de persona a persona por vía respiratoria, el resultado de los estudios, se realiza en un periodo de incubación entre 1 y 14 días. En la mayoría de los casos se presenta un cuadro clínico que corresponde a una infección respiratoria alta que se autolimita, tiene una variedad de sintomatología que varía según los grupos de riesgo, se presenta en una rápida progresión a una neumonía grave y a un fallo multiorgánico, de forma general ocurre de forma fatal en personas de la tercera edad y con la presencia de comorbilidades. Existe una incógnita que continúa siendo parte de la investigación y es el reconocimiento del origen zoonótico que tiene este virus, pero por como se debe a su estrecha similitud con el resto de los coronavirus de murciélago, es más que probable que estos puedan ser el reservorio primario del virus, con la

reaparición de esta nueva clase de este virus se han realizado distintos estudios y se ha descubierto que el 2019-nCoV es en un 90 % igual en un nivel del genoma al coronavirus de murciélago, no obstante otros artículos lo han descartado como posible agente trasmisor.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar mediante la exposición de un caso clínico la neumonía por coronavirus por un equipo de enfermería.

3 Caso clínico

Luis tiene 54 años, guarda en su domicilio aislamiento por ser sanitario, ha pasado muy mala noche, la tos no le ha dejado dormir, se encuentra muy cansado, con fatiga y ha tenido fiebre, está tomando retrovirales, pero el tratamiento no está yendo bien, se acerca a urgencias del hospital donde trabaja con la intención de que lo cambien el tratamiento. En la gasometría de control se aprecia falta de saturación en sangre, por lo que se decide su ingreso en la planta de neumología aplicando oxígeno con ventimax que necesita el paciente durante tres días y con vía intravenosa la aplicación de retrovirales. La evolución de Luis no está siendo buena y el intensivista valora su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos por la necesidad que tiene Luis de intubación endotraqueal para mejorar su saturación. Se informa al paciente del procedimiento y a la familia de este y se ingresa al paciente y se sube a esta unidad. Luis mantiene la intubación durante 8 días la cual tolera bastante bien y las placas de tórax que se realizan mejoran sustancialmente la neumonía que se reflejaba desde el ingreso por lo que se le retira la intubación y tras dos días en UCI se vuelve a la planta de Neumología, ya es negativo en COVID, pero deberá mantenerse en la planta unos días más para poder recuperarse físicamente lo mínimo con ayuda del fisioterapeuta que le ha estado asistiendo en la UCI y también para que empiece a tolerar con la dieta que empiece con líquida, blanda hasta que pueda tolerar una dieta normal. Sus funciones cognitivas se encuentran perfectamente y cuando salga del hospital tiene que iniciar rehabilitación de forma externa para poder continuar con su vida normalizada.

4 Discusión-Conclusión

Hasta el día de hoy no se ha identificado una droga antiviral que sea totalmente eficaz, ni ninguna vacuna, no obstante, en España se ha desarrollado un protocolo que todavía se aplica en los hospitales de nuestro país y en los centros sanitarios. Estos centros tienen medidas Covid que se han unido a los protocolos ya existentes para posibles enfermedades infecciosas, tratando de proteger al paciente lo primero, al personal sanitario y también al resto de pacientes con los que el paciente se debe de encontrar en su paso por las distintas zonas que tiene el área de urgencias de cada hospital.

5 Bibliografía

1. Pérez AMR, Gómez TJJ, Dieguez GRA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Revista Española de Ciencias Médicas. 2022;19(2):1-15.

Capítulo 59

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO MEDIANTE EL USO DEL SISTEMA ABCDE

AMANDA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

CANDELA GARRIDO OMAR

1 Introducción

El grupo de trabajo Sepsis-3, define la sepsis como: “una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta anómala del huésped a la infección”. El requisito para desencadenar una sepsis es una infección. Por otra parte, considera el shock séptico como “un subconjunto de la sepsis en el que se asocian alteraciones circulatorias, celulares y metabólicas especialmente intensas con un mayor riesgo de mortalidad que con la sepsis sola”.

En 2016, en España, se crea el Documento de Consenso del Código Sepsis con la intención de mejorar el manejo de la sepsis en los hospitales españoles y disminuir su mortalidad. El documento parte de una visión multidisciplinar y añade propuestas de mejoras organizativas, educativas y formativas.

Una detección precoz de la sepsis en los servicios de urgencias incrementa las posibilidades de un buen pronóstico. De esta detección dependerá la administración temprana de antibioterapia y fluidoterapia. Para ello, se deben mejorar los tiempos de triaje mediante un rápido reconocimiento.

En la bibliografía usada se menciona un estudio realizado por Mitzkewich el cual resalta la labor de la enfermera mediante el uso de una herramienta específica de cribado de la sepsis en el triaje. Demuestra que un reconocimiento temprano en el triaje, reduce hasta en 33 minutos el tiempo en el que el paciente recibe su primera dosis de antibiótico correspondiente. Tiempo que, según la Surviving Sepsis Campaign, no debe ser mayor a 60 minutos.

2 Objetivos

- Exponer los signos y síntomas de la sepsis y el shock séptico.
- Detallar las intervenciones enfermeras en la sepsis y shock séptico.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes fuentes documentales. Principalmente se utilizó el motor de búsqueda PubMed, aunque también fueron consultadas páginas web como la Global Sepsis Alliance y libros como el Manual de Urgencias de Carlos Bibiano Guillén. A excepción de un documento, el resto de bibliografía usada está publicada en los últimos 6 años.

4 Resultados

Los síntomas que nos pueden hacer sospechar una sepsis, aunque inespecíficos, son: dificultad para el habla, confusión o alteración del nivel de conciencia, escalofríos, mialgias, fiebre, oliguria, disnea, piel pálida o moteada, malestar general y deterioro funcional o cognitivo. Además, el paciente refiere la percepción de que se va a morir.

Los signos de la sepsis incluyen la infección y la disfunción de un órgano. Existen distintas escalas de valoración y test de laboratorio que evidencian la inflamación o disfunción orgánica. El grupo de trabajo Sepsis-3 aconseja la utilización de la escala Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment (SOFA) para objetivar la presencia de disfunción orgánica. Esta escala es principalmente usada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Cuando se sospeche que un paciente puede estar sufriendo una sepsis, se debe realizar una exploración sistemática. La enfermera puede plantear la valoración y los cuidados mediante el sistema ABCDE (vía aérea, ventilación, circulación, discapacidad, exposición):

Vía aérea:

Para comprobar la permeabilidad de la misma, se puede interrogar al paciente mediante una pregunta simple. Si la respuesta es coherente, la vía aérea no está obstruida.

Si la vía aérea se presumiera comprometida, se usaría el enfoque “ver, oír, sentir”. En el caso de estar obstruida se debe administrar oxígeno a alto flujo inmediatamente (previa desobstrucción). Además de posicionar al paciente correctamente y usar la maniobra frente-mentón.

Ventilación:

Se puede seguir usando el enfoque “ver, oír, sentir”. Se debe monitorizar la respiración durante un minuto, comprobando la expansión bilateral de ambos pulmones.

Se obtendrá también la saturación de oxígeno en sangre saturará del paciente. Por norma general, si ésta es menor de 94% se debe usar oxigenoterapia. Aunque no esté aún prescrito por el médico correspondiente, en una situación de urgencia la enfermera, con sus conocimientos y competencia, debe tomar la iniciativa y administrarlo.

Circulación:

La enfermera debe evaluar el aspecto de la piel para estar atenta ante los signos de compromiso vascular, que son: piel pálida o icterica, cianosis, extremidades frías.

Se evaluará la frecuencia, calidad y ritmicidad del pulso radial del paciente. Un pulso débil puede sugerir bajo gasto cardiaco. Mientras que un pulso fuerte puede ser indicio de una sepsis. Se debe monitorizar durante un minuto.

La tensión arterial debe ser medida de forma manual, por ser esta más fiable y precisa. En fases iniciales de la sepsis, la tensión arterial sistólica será alta y la tensión arterial diastólica baja. Posteriormente la tensión arterial sistólica bajará y dará lugar a una oliguria.

Se debe llevar un control de diuresis horario y líquidos del paciente mediante el sondaje vesical y el registro horario de la entrada y salida de líquidos.

Se realizará una analítica completa que incluya hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa. Se obtendrán también hemocultivos, así como otros fluidos que puedan sugerir el origen de la infección y se realizará un electrocardiograma.

La enfermera canalizará cuanto antes una vía periférica de gran calibre para la administración de fluidoterapia y antibioterapia (una vez obtenidas todas las muestras anteriores).

Discapacidad:

El nivel de consciencia puede evaluarse mediante el uso de distintas escalas, siendo la más usada la escala de Glasgow. Si el paciente no responde o está inconsciente se le colocará en posición lateral de seguridad.

En las pupilas se comprobará su tamaño, simetría y reacción a la luz.

Exposición:

Cuando se desconozca el foco de infección se desnudará al paciente para identificar el posible foco. Se comprobará también la temperatura corporal del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La sepsis, aunque no destacada por ser una enfermedad con una alta prevalencia, sí por causar una alta mortalidad. Su detección precoz aumenta la probabilidad de un buen pronóstico, puede ser detectada por ejemplo en el triaje de los servicios de urgencias, llevado a cabo en muchos hospitales españoles exclusivamente por enfermeras. Aquellas que estén entrenadas en el manejo de pacientes con sepsis y shock séptico facilitarán el debido cumplimiento de los tiempos de actuación y protocolos, conllevando una reducción de las tasas de mortalidad.

Uno de los posibles abordajes que puede realizar la enfermera para el correcto reconocimiento y manejo del paciente séptico es mediante el uso de la evaluación y actuación del sistema ABCDE (vía aérea, ventilación, circulación, discapacidad y exposición).

6 Bibliografía

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810.
2. Global Sepsis Alliance. Sepsis [Internet]. Global Sepsis Alliance [acceso 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.global-sepsis-alliance.org/sepsis>
3. Vaughan J, Parry A. Assessment and management of the septic patient: part 1. Br J Nurs Mark Allen Publ. 2016;25(17):958-964.
4. Bibiano Guillén C. Manual de urgencias. 3a edición. Madrid. Grupo Saned; 2018.
5. Makic MBF, Bridges E. CE: Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. Am J Nurs. 2018;118(8):34-39.

6. Borges Sá M, Candel González FJ, Ferrer Roca R, Vidal Cortés P, Zaragoza Crespo R. Documento de Consenso Código Sepsis. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
7. Martínez Martínez A, Rodríguez Maroto O, Castaño Rivero A, Mamesat Montes A, Pérez Deago B, Arnott Fernández FB et al. Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón, Asturias). Protocolo Código Sepsis; 2019.
8. Moore WR, Vermuelen A, Taylor R, Kihara D, Wahome E. Improving 3-Hour Sepsis Bundled Care Outcomes: Implementation of a Nurse-Driven Sepsis Protocol in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2019;1-9.
9. Mitzkewich M. Sepsis Screening in Triage to Decrease Door-to-Antibiotic Time. *J Emerg Nurs*. 2018;1-3.
10. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*. 2017;43:304-377.
11. Vaughan J, Parry A. Assessment and management of the septic patient: part 2. *Br J Nurs*. 2016;25(21):1196-1200.

Capítulo 60

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVA

DENISA BABA

CARMEN FUENTES MORENO

DESIREE MARTINEZ GARRIDO

MARÍA CORTES LÓPEZ NAVARRO

INMACULADA TORRECILLAS SEGURA

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) se considera hoy en día como uno de los problemas de salud crónicos más comunes en el mundo considerándose una de las causas principales de muerte prematura. Según la OMS se estima unos 1.280 millones de adultos de entre 30 y 79 años con hipertensión arterial, la mayor parte de ellos viven en países de ingresos bajos-medianos. De ellos, solo un 21% tienen el problema controlado manteniendo cifras de PA en los límites establecidos. En muchos casos es un problema que no da síntomas por lo que aproximadamente 46 % de los adultos hipertensos desconocen que lo tienen.

La importancia de esta enfermedad reside en la gran cantidad de casos alrededor del mundo y también en la cantidad de complicaciones, agudas y crónicas, que pueden derivarse de mantener una PA elevada existiendo gran correlación con el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades.

La PA se considera normal cuando sus valores están por debajo de 120 de presión arterial sistólica (PAS) y menor de 80 de presión arterial diastólica (PAD). La hipertensión arterial se define como una (PAS) igual o por encima de 140 mmHg o una (PAD) igual o superior de 90 mmHg en adultos mayores de 18 años y que no están en tratamiento antihipertensivo.

Los factores de riesgo para presentar hipertensión arterial se dividen entre modificables (se puede incidir sobre ellos) y no modificables (no se pueden incidir sobre ellos):

- Modificables:

Sedentarismo.

Obesidad.

Clima.

Fármacos y drogas.

Carga emocional.

Factores dietéticos (ingesta elevada de sal, alcohol, dieta baja en potasio, cafeína, grasas trans...)

- No modificables:

Herencia genética.

Sexo.

Edad.

Raza.

Otras enfermedades como diabetes o nefropatías.

Los síntomas que pueden derivarse de la hipertensión arterial son:

- Cardiovasculares:

Dolor precordial.

Disnea.

Epistaxis.

Alteraciones del ritmo cardíaco.

Edemas:

- Neurológicos:

Cefalea.

Acufenos.

Somnolencia.

Vértigos.

Trastornos visuales.

Trastorno del sueño.

Falta de concentración.

- Musculo esqueléticos:.

Debilidad.

Calambres.

Parestesias.

- Digestivos:

Nauseas/vómitos.

Pérdida de peso.

Hiper glucemia.

Una situación especial dentro de la hipertensión arterial es la crisis hipertensiva.

Se define como una elevación súbita y repentina de la PA a niveles muy elevados que se consideran potencialmente peligrosos para distintos órganos. Según Joint National COMmittee (JNC) se considera crisis hipertensiva cuando la TAS es mayor o igual a 180 mmHg y la TAD mayor o igual a 110 mmHg.

Se puede clasificar como urgencia o emergencia hipertensiva según se encuentre o no lesión en algún órgano diana (corazón, cerebro, riñón), siendo necesario en la emergencia una disminución inmediata de la PA por riesgo vital evidente, en cambio en la urgencia la reducción de la PA se puede demorar unas pocas horas. Las crisis hipertensivas incluyen tanto pacientes sin síntomas clínicos como pacientes con variedad de manifestaciones, es por eso necesario que los profesionales sepan identificar correctamente el problema con rapidez y precisión mediante la historia clínica, la exploración física...

Cuando se produce daño agudo pueden ocurrir las siguientes complicaciones:

- Infarto de miocardio.
- Encefalopatía hipertensiva.
- Hemorragia intracerebral hipertensiva.
- Insuficiencia renal aguda.
- Glomerulonefritis aguda.

2 Objetivos

- Conocer los principales cuidados de enfermería realizados a pacientes que llegan a urgencia con crisis hipertensiva.
- Conocer las manifestaciones y complicaciones de las crisis hipertensivas.

3 Caso clínico

Mujer de 60 años acude a urgencias por presentar cefalea intensa, acufenos y episodio de epistaxis junto a niveles de TA de 200/120 mmHg. No otra sintomatología asociada. No RAMC ni hábitos tóxicos. Administrativa.

Antecedentes de DM2 desde hace 3 años en tratamiento con metformina 850 mg c/12h e hipertensión desde hace 7 años con mal control a pesar del tratamiento (enalapril 20 mg c/24h y amlodipino 5mg c/24h). No otros antecedentes de interés.

A su llegada a urgencias presenta TA 199/110, FC 80 lpm, SAT 98 %. La toma de TA ha de realizarse en un ambiente tranquilo, preferiblemente en sedestación y en ambos brazos tras el reposo y al menos en dos ocasiones separadas por 5 minutos.

Analítica con una creatina de 1,3 mg/dl, una glucemia de 150 mg/dl y ligera proteinuria, resto de valores normales. El ECG con resultado de ritmo sinusal y la Rx de tórax sin incidencias. No alteración neurológica, ni cardio-pulmonar ni de fondo de ojo

La paciente refiere no soler tener unos valores normales de TA aunque nunca ha tenido unos valores tan elevados y refiere tomarse correctamente el tratamiento. Lo único que destaca es un descontrol con la dieta y estar pasando por circunstancias familiares que le provocan estrés y preocupaciones.

Cuidados de enfermería:

- Monitorización de las constantes vitales: TA, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura...
- Realización de ECG de 12 derivaciones.
- Canalización de vía periférica.
- Realización de analítica urgente: hemograma, coagulación, bioquímica y analítica de orina.
- Administración de antihipertensivos orales y/o endovenosos según indicación médica:

Que descienda progresivamente la TA evitando reducciones bruscas (reducir entre un 20-25 % de las cifras de TA).

Fácil de administrar y dosificar.

No ha de interferir en la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral.

Ha de actuar sobre las resistencias periféricas o Carecerá de efectos secundarios limitantes.

Pueden ser:

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina: captopril o enalapril.

Calcioantagonistas: amlodipino.

Diuréticos: furosemida.

Alfa-Beta bloqueantes: labetalol.

Bloqueantes: atenolol.

Vasodilatadores: nitroglicerina o uradipilo.

- Administrar fármacos para reducción del dolor de cabeza que padece la paciente según indicación médica.
- Valoración continua de nivel de consciencia y neurológico.
- Valoración continua de la TA y FC para valorar efectividad del tratamiento.
- Vigilar cualquier signo de alarma que pueda mostrar daño orgánico.
- Registrar intervenciones de enfermería.

La enfermería es fundamental para una educación sanitaria al paciente con hipertensión arterial ya que un buen estilo de vida puede reducir: los niveles de TA, la necesidad de administración de fármacos y los riesgos desencadenantes.

- Reducir el peso y mantener una dieta hipo sódica.
- Motivación del paciente para continuar con el tratamiento eficazmente y tener un control de la TA.
- Cómo tomar correctamente la TA.
- Aumento de la actividad física.
- Relajación y biofeedback ya que el estrés contribuye al aumento de la TA.

4 Discusión-Conclusión

La hipertensión arterial es motivo frecuente de consulta tanto en atención primaria como en urgencias por lo que es fundamental una correcta y rápida identificación del problema. Aunque lo más común es mantener un cierto control de la TA (con medidas farmacológicas o no farmacológicas), existe riesgo de una crisis hipertensiva si esos niveles no son controlados. Las crisis hipertensivas suponen un riesgo para la salud e integridad del paciente por lo que es fundamental saber conocer los síntomas, los signos y el tratamiento adecuado reduciendo las complicaciones.

Es también importante una correcta valoración y una correcta intervención por parte de la enfermería para disminuir la TA con mayor efectividad así como una correcta educación sanitaria por el hecho de ser una enfermedad crónica que puede controlarse de manera positiva con un buen estilo de vida y una buena adherencia terapéutica.

5 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. WHO. World Health Organization 2021 [consultado 28 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

2. Martín Muñoz M, Beltrán Cubero C, González Chapado C. Crisis hipertensiva. A propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2022 [consultado 28 de septiembre 2022]; 3(1). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/crisis-hipertensiva-a-proposito-de-un-caso/>.
3. García LB, Centurión OA. Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. *Rev. Salud pública Parag* [Internet]. 2020 [consultado 28 septiembre 2022]; 10 [2]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20201121092332id_/http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v10n2/2307-3349-rspp-10-02-59.pdf.
4. Carreño Marín LM. Cuidados de enfermería en pacientes en crisis hipertensiva en el servicio de emergencia del hospital regional de huacho [Trabajo académico]. Perú. Universidad nacional de Callao; 2022. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6698/TA_2DAESP_CARRE%c3%91O_FCS_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
5. León Roldan FM. Aplicación del proceso de atención en enfermería en paciente con crisis hipertensiva [Trabajo académico]. Perú. Universidad José Carlos Mariátegui; 2019. Disponible en: http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/672/Fiorella_trabajoacademico_titulo_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Capítulo 61

FRACTURA DE CADERA. CASO CLÍNICO

SARAI RODRIGUEZ MENENDEZ

1 Introducción

La fractura de cadera es la complicación más grave de la osteoporosis, y a pesar de ser un problema de salud frecuente, existe una amplia variabilidad en la asistencia sanitaria que se presta a estos pacientes y en los resultados obtenidos tras su tratamiento.

Las principales recomendaciones que proponen las guías clínicas más importantes para el manejo hospitalario de los pacientes con fractura de cadera. La difusión y aplicación de las principales recomendaciones contribuirá a mejorar la atención sanitaria a estos pacientes y a obtener mejores resultados.

Se trata de un caso clínico que es muy común en las urgencias hospitalarias, habitualmente derivados de Atención Primaria, para la valoración por el servicio de traumatología o para la realización de pruebas complementarias

Con el término genérico fractura de cadera se describen las fracturas que ocurren en la extremidad proximal del fémur. La causa principal de la fractura es el traumatismo, que en el paciente anciano es mayoritariamente la caída al suelo. Algunas enfermedades previas pueden favorecer su aparición

La edad media de los pacientes con fractura de cadera está por encima de los 80 años, y casi el 80% de los fracturados son mujeres. El riesgo anual de sufrir una fractura de cadera se relaciona con la edad, y alcanza un 4% de riesgo en las mujeres con más de 85 años

Las fracturas de cadera suponen en la actualidad una patología con un gran impacto sanitario, social y económico por la elevada incidencia en el paciente anciano.

La causa principal es la osteoporosis y son factores de riesgo el sexo femenino, la raza blanca, el alcoholismo, antecedentes de fractura de cadera, la ingestión excesiva de cafeína, la demencia y la ingestión de determinados fármacos, como los corticoides.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Observar los efectos de las fracturas de cadera.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer el manejo del paciente con fractura de cadera.
- Mejorar los conocimientos sobre esta patología tan común en las urgencias hospitalarias.

3 Caso clínico

Mujer de 73 años que llega a urgencias en ambulancia derivada de atención primaria tras ser valorada por médico de guardia en su domicilio, por una caída al resbalarse saliendo de la bañera.

En la valoración en el triaje de urgencias por parte de enfermería presenta dolor en brazo y pierna izquierda sobre los que refiere haber caído. No refiere mareo previo, no TCE ni pérdida de conciencia.

Durante el diagnóstico, anamnesis y exploración física, el antecedente traumático nos orienta tanto en el paciente anciano (caída desde su propia altura) como en el joven (traumatismo de alta energía como accidente vial o deportivo). En la exploración física suele destacar un acortamiento y una actitud en rotación externa del miembro afectado, aunque no siempre está presente.

En los casos de fractura de cabeza femoral, asociadas a luxaciones de cadera, la posición del miembro más habitual es en flexión, aproximación y rotación interna, como resultado de una luxación posterior.

En la exploración por parte del médico de urgencias presenta dolor intenso a la palpación y a la movilización en cadera izquierda, con acortamiento y rotación externa. También una pequeña lesión en brazo izquierdo que no precisa sutura. Decide realizar radiografías del brazo y pierna izquierda y avisa al traumatólogo de guardia para valoración por este servicio.

Tras la valoración por Traumatología y la interpretación de las radiografías realizadas, es diagnosticada de fractura de cadera izquierda, precisando intervención quirúrgica. En el brazo no se aprecian lesiones.

Respecto al plan de actuación, primero se realizó limpieza y desinfección de la herida del brazo izquierdo por parte de enfermería, se coloca apósito. Se canaliza una vía venosa para extracción de sangre para preoperatorio y administración de analgesia pautada.

Por otra parte, el traumatólogo coloca una tracción de 3 kg en pierna izquierda, consiguiendo alivio inmediato. Posteriormente, se realiza una radiografía de tórax.

Se informa a los familiares del diagnóstico, y que precisa ingreso para intervención quirúrgica.

4 Discusión-Conclusión

La fractura de cadera es una lesión frecuente en personas mayores y principalmente mujeres por la osteoporosis producida con la menopausia, suele producirse en caídas casuales provocando la fractura de la cabeza del fémur.

La intervención quirúrgica debe realizarse durante las primeras 48 horas después de la fractura para obtener mejores resultados. Pudiendo realizar la fijación del hueso con tornillos o placas o sustituirla por una prótesis artificial.

Tras la intervención quirúrgica es recomendable comenzar con rehabilitación con un fisioterapeuta lo antes posible para caminar de nuevo.

La mayoría de las fracturas de cadera son el resultado de una caída o de un mal paso, mientras que tan solo en el 5% de los casos de fracturas de la cadera no se encuentran datos de una acción traumática. La fractura de cadera, dada la avanzada edad de los pacientes, tiene un origen multifactorial: tendencia a caerse, fallo de los reflejos protectores de la caída y debilidad de la consistencia ósea por

osteoporosis.

El porcentaje de fracturas de cadera es tres veces más elevado en los individuos que viven en residencias geriátricas

La rehabilitación de estos pacientes será acorde al propio anciano y según los medios disponibles en cada centro. Se buscará la sedestación, sentarse en silla, lo antes posible y la bipedestación, incorporarse y caminar, si las circunstancias lo permiten durante el propio ingreso hospitalario.

5 Bibliografía

1. Aubrun F. Hip fracture surgery in the elderly patient: epidemiological data and risk factors. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011.
2. McRae R. Exploración y Tratamiento. Ortopedia y Fracturas. Primera edición. Marban. Madrid 2000 (Edición en español de: Pocketbook of Orthopaedics and Fractures. Churchill Livingstone a division of Harcourt Brace&Co. Philadelphia, PA).
3. Koval KJ, Cantu RV. Fracturas intertrocanteréas. En: Bucholz RV, Heckman JD, Court-Brown CM (eds). Rockwood and Green's. Fracturas en el adulto. Sexta edición. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, PA 2007.
4. Serra JA, Garrido G, Vidan M, Marañón E. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Interna.* 2002

Capítulo 62

SÍNDROME DE KOUNIS

BARBARA MARTINEZ HARO

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

BEATRIZ FUSTER LOPEZ

ELENA HERREROS MUÑOZ

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

1 Introducción

El síndrome de Kounis fue descrito por Kounis y Zavra en 1991. También se conoce como angina alérgica o infarto de miocardio alérgico, una enfermedad caracterizada por una combinación de síntomas alérgicos como la anafilaxia y el síndrome coronario agudo. Ya a fines del siglo XX, se decía que la angina de vasoespasmo podría ser causada por una reacción alérgica.

Un estudio llamado ARIAM muestra a partir de datos precisos que el 4,6 % de todos los SCA admitidos en la UCI tendrán elevación transitoria del segmento ST, incluida la mayoría de los casos de SK.

Hay varias causas posibles de este síndrome.

Ocurren en personas que son propensas a la irritación por cualquiera de los siguientes desencadenantes:

- Ingesta de alimentos: marisco y kiwi.
- Medicamentos: cualquier fármaco puede causar SK, ya que cualquier fármaco puede provocar una reacción alérgica. Los fármacos con mayor probabilidad

de causar este síndrome incluyen betalactámicos, AINE, anestésicos locales y medios de contraste que contienen yodo.

- Mordida de insectos: la mordedura de avispas y las abejas contiene toxinas con proteínas, péptidos y aminos vasoactivas, actuando como alérgenos y activación de mastocitos.
- Veneno de serpiente.
- Látex.
- Exposición ambiental.
- Diferentes enfermedades.
- Cuerpos extraños: stent normal o farmacoactivos. Los pacientes con epicosis o pruebas positivas con componentes metálicos de stent, como el níquel y el molibdeno, tienden a aumentar la trombosis.

Cada agente provoca una reacción alérgica en los pacientes al liberar sustancias como la histamina y los leucotrienos en el torrente sanguíneo. Luego actúa sobre los músculos lisos de las arterias coronarias. Hace que los vasos del corazón se cierren, provocando ataques de angina.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir de forma clara y sencilla el concepto Síndrome de Kounis.

Objetivos secundarios:

- Identificar síntomas y signos del Síndrome de Kounis.
- Conocer la etiología del Síndrome de Kounis.
- Describir los ejes básicos en el diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. 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 síndrome de Kounis fue descrito por Kounis y Zavra en 1991. También se conoce como angina alérgica o infarto de miocardio alérgico, una enfermedad caracterizada por una combinación de síntomas alérgicos como la anafilaxia y el síndrome coronario agudo. Ya a fines del siglo XX, se decía que la angina de vasoespasma podría ser causada por una reacción alérgica.

Sus causas y enfermedad son generalmente poco conocidas incluso en el siglo XXI. La información que tenemos está dirigida principalmente a adultos, con algunas excepciones para niños. Muchos de ellos son casos clínicos.

Podemos encontrar 3 subtipos SK:

- Tipo I: Por supuesto, sin enfermedad arterial coronaria. Reacciones alérgicas que causan vasoespasma coronario con dolor torácico y cambios en el ECG secundarios a isquemia. Las enzimas cardíacas pueden ser normales o reflejar la progresión del infarto de miocardio. Ocurre en pacientes sin factores de riesgo ni traumatismos.
- Tipo II: presente con enfermedad arterial coronaria. Reacciones alérgicas que causan dolor torácico en pacientes con enfermedad aterosclerótica preexistente. Se liberan mediadores para romper o destruir las placas ateroscleróticas. Provoca IAM.
- Tipo III: en pacientes con trombosis del stent liberador de fármacos. Descrito en los últimos años.

El síndrome de Kounis se diagnostica clínicamente. Se basa en el reflejo del paciente de los síntomas y signos que sugieren que coexisten una reacción alérgica aguda y una enfermedad coronaria aguda.

Una reacción alérgica aguda conduce a síntomas típicos como:

- Hipotensión: cuando se conocen los alérgenos.
- Cutáneos: erupción, hinchazón, urticaria.
- Respiratorios: Disnea, estridor, disfonía, sibilancias.
- Gastrointestinales: dolor abdominal, náuseas, vómitos.

Un síndrome coronario agudo viene con cambios en los electrocardiogramas y/o aumenta las enzimas cardíacas y se manifiesta por:

- Incomodidad general.
- Dolor torácico (características del dolor).
- Cortejo vegetativo.

El conocimiento del historial médico del paciente es muy importante para descubrir el historial alérgico que puede ocurrir.

Entre las razones que pueden causar un síndrome específico: consumo de alimentos y drogas, picaduras de insectos, exhibiciones ambientales o diferentes causas médicas, entre otras.

Para diagnosticar esto, necesitará:

- El historial exacto de la enfermedad, incluido el tratamiento y el historial de alergias.
- Algunas pruebas como: electrocardiograma, ecocardiograma... incl.
- Pruebas de laboratorio:
- Hemograma: eosinofilia.
- Nivel de triptasa sérica.
- Marcadores cardíacos.
- Pruebas de alergias.

El tratamiento sería compatible con el tratamiento simultáneo de los síndromes coronarios agudos y la anafilaxia.

El pronóstico general suele ser favorable. Se necesita más investigación sobre el síndrome de Kunis. De esta manera, se pueden tomar medidas preventivas y terapéuticas.

5 Discusión-Conclusión

Se necesitan más estudios para comprender la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento óptimo de un síndrome que permanece desconocido 20 años después de su descripción inicial. Y al mismo tiempo es posible determinar medidas preventivas y terapéuticas.

En el SK tipo I, el tratamiento de la reacción alérgica puede ser suficiente. En el KS tipo II, se requiere tratamiento para reacciones alérgicas y síndromes coronarios agudos. Se realizará una dilatación de la arteria coronaria.

El pronóstico para ambos tipos de SK es generalmente favorable y rara vez fatal. La resolución completa de las anomalías de la contractilidad cardíaca en cuestión de semanas confirmará el diagnóstico.

Aunque no se han informado recurrencias, la exposición repetida al alérgeno puede desencadenar una recurrencia de la afección.

6 Bibliografía

1. Rial Prado MJ, Pampín F, Vázquez Vigo R, González Guzmán LA. Síndrome coronario agudo por hipersensibilidad: Síndrome de Kounis. Galicia Clin [Internet]. 2014 [citado el 4 de octubre de 2022];75(1):21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4675507>.
2. Dauvergne C, Araya M, Abufhele A. Espasmo coronario secundario a reacción alérgica o síndrome de Kounis: Caso clínico. Rev Med Chil [Internet]. 2009 [citado el 4 de octubre de 2022];137(6):811–4. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600012.
3. Gómez Canosa MS, Castro Orjales MJ, Rodríguez Fariñas FJ, García Jiménez A, Gutiérrez Cortés JM. Tratamiento del síndrome de Kounis. Med.
4. Intensiva [Internet]. 2011 [citado el 4 de octubre de 2022];35(8):519–20. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912012000500008&script=sci_arttext&tlng=pt.

Capítulo 63

VENTILACIÓN MECÁNICA: TÉCNICA DE SOPORTE VITAL

ANA GARCIA LUCAS

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

ANGELA TARDIO LOPEZ

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

JESÚS DÍAZ MORALES

1 Introducción

La ventilación mecánica (VM) es una técnica de soporte vital, en el cuál a través de una máquina que suministra soporte ventilatorio y oxigenatorio, se facilita el intercambio gaseoso y a su vez el trabajo respiratorio.

El objetivo de la VM es dar soporte a la función respiratoria hasta que se revierta la causa que originó la insuficiencia respiratoria. Su objetivo es mejorar el intercambio gaseoso, evitar la injuria pulmonar y disminuir el trabajo respiratorio.

Este tipo de método se aplica en las unidades de Cuidados Intensivos y eventualmente en servicios de Urgencias o en el servicio de transporte de un paciente crítico.

Uno de los objetivos principales de la VM es ayudar a respirar al paciente, mejorando el intercambio de gases, evitando la injuria pulmonar y disminuyendo el trabajo respiratorio. Con la VM se asegura que el paciente reciba mediante la

ventilación pulmonar el volumen/minuto apropiado requerido para satisfacer las necesidades respiratorias, sin provocar daño a los pulmones o un gran esfuerzo.

1. Usado como soporte o regulador del intercambio gaseoso pulmonar: en muchas ocasiones lo que se pretende es conseguir normalizar la ventilación alveolar (ventilación alveolar). O mantener un nivel de oxigenación aceptable (oxigenación arterial).

2. Usado para aumentar el volumen pulmonar: insuflación pulmonar al final de la inspiración lo que permite lograr una adecuada expansión pulmonar. Aumento de la Capacidad Residual Funcional (CRF) utilizando presión positiva al final de la espiración.

3. Para reducir o manipular el trabajo respiratorio: con ello se consigue poner en reposo los músculos respiratorios

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Desarrollar en que consiste la técnica de la ventilación mecánica.

Objetivos secundarios:

- Exponer los diferentes modos de la ventilación mecánica.
- Abordar el funcionamiento del ventilador mecánico

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han tenido en cuenta diferentes artículos, así como bases de datos entre ellas Elsevier. Tras la consulta de los diferentes artículos y documentos se ha elaborado dicho capítulo con el fin de abordar la técnica de la ventilación mecánica.

4 Resultados

El ventilador mecánico es la máquina utilizada para la técnica de la ventilación mecánica. Dicha máquina ocasiona la entrada y salida de gases de los pulmones. Los ventiladores mecánicos se clasifican en función del mecanismo de ciclado. (Figura 1).

- Ciclados por presión: se abre la válvula respiratoria y cesa el flujo inspiratorio.
- Ciclados por volumen: se mete el volumen programado.
- Ciclados por tiempo: el tiempo inspiratorio se mantiene constante.

- Ciclados por flujo: cuando el flujo decae por debajo de un valor determinado se da el paso a la fase espiratoria.

El aire y el oxígeno entran al respirador gracias a un sistema neumático externo, en este lugar encontramos un regulador y un manómetro de presión. Conectado a éste encontramos el microprocesador, que indica como debe ser el flujo. Cuenta con una válvula de seguridad que permite disminuir la presión. También existe una válvula unidireccional que impide que el aire que es exhalado pase al circuito inspiratorio. Una vez que termina el proceso inspiratorio se dice que el ventilador ha ciclado y es cuando se abre la válvula espiratoria.

La ventilación mecánica es una técnica que nos permite mantener la función respiratoria mientras se realizan otros tratamientos curativos. Existen dos tipos de VM:

- Ventilación Mecánica Invasiva (VMI): este tipo de ventilación emplea una intubación endotraqueal (Figura 2) o una traqueotomía.
- Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI): utiliza varios tipos de mascarillas y no es necesario la necesidad de intubación endotraqueal. Es una alternativa eficaz a la invasiva ya que disminuye el riesgo de complicaciones. Se usa en pacientes con edema agudo de pulmón e insuficiencia respiratoria hipercapnica secundaria. Este tipo de ventilación disminuye los riesgos de infección, además permite al paciente poder comunicarse, comer y beber.

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica ha supuesto un gran auge en la actualidad y ha permitido realizar muchas técnicas que han contribuido a salvar muchas vidas.

Actualmente es una técnica muy necesitada en la pandemia, ya que la enfermedad causante de la pandemia (Covid-19) cursa en la mayor parte de los casos con neumonías bilaterales e insuficiencia respiratoria por lo que es necesario el uso de la ventilación mecánica. Con mi paso en el servicio de Reanimación he entendido la gran demanda que había y casi que hay por el uso de dicha máquina ya que es imprescindible en la supervivencia de muchos pacientes.

En estas prácticas he visto la ayuda que hacen en la sedación y relajación muscular para permitir diversas intervenciones quirúrgicas que sin dicha técnica no podrían ser posibles.

Debe optimizarse su uso para minimizar las complicaciones y efectos adversos que surgen del uso de los ventiladores.

6 Bibliografía

1. Alcalá F. Aspectos básicos de la ventilación mecánica [Internet]. Formación Alcalá. [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.formacionalcala.es/articulos/23/aspectos-basicos-de-la-ventilacion-mecanica>.
2. Dot I, Pérez-Teran P, Samper M-A, Masclans J-R. Diaphragm Dysfunction in Mechanically Ventilated Patients. *Arch Bronconeumol*. marzo de 2017;53(3):150-6.
3. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. *Acta Médica Peruana*. abril de 2011;28(2):87-104.
4. Muñoz Bonet JI. Conceptos de ventilación mecánica. *Anales de Pediatría*. 1 de enero de 2003;59(1):60-6.
5. Orejón RU, Tolsada PU, Orejón SU, Garrido EM, Jiménez AC. Ventilación mecánica no invasiva. 2005;52:13.
6. Ventilación mecánica: indicaciones, modalidades y programación y controles [Internet]. [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281808755975>.

Capítulo 64

ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UCI Y URGENCIAS

BARBARA MARTINEZ HARO

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

BEATRIZ FUSTER LOPEZ

ELENA HERREROS MUÑOZ

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

1 Introducción

El ambiente de trabajo, con sus características inherentes, es una fuente de estrés muy visible. El papel específico del entorno médico como causa de estrés y ansiedad tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, merece atención. Se considera un papel muy complejo el de los profesionales de la salud y sus desafíos específicos derivados de sus funciones vitales.

Es común saber la gran responsabilidad que recae en el personal sanitario pero poco se conoce del real nivel de estrés y ansiedad que puede llegar a sentir nuestros profesionales sanitarios.

La investigación sobre el síndrome de estrés crónico del cuidado, también conocido como síndrome de burnout, es muy común en las organizaciones de salud. El llamado síndrome de “burnout” ha sido ampliamente estudiado, especialmente

entre los profesionales sanitarios como nosotros, donde se enfatiza su prevalencia.

La prevalencia de diversos estudios sobre este tema está teniendo un mayor porcentaje.

Las personas perciben, sienten y actúan (esto configura su personalidad) y esto puede tener un efecto mediador o modulador en la salud mental de los profesionales.

La autoeficacia generalizada y la personalidad resistente se encuentran entre los constructos de personalidad que pueden proteger contra enfermedades o trastornos de salud.

El concepto de autoeficacia se da a conocer por Bandura (1992, 1997), quien definió el sentimiento de eficacia como sentirse confiado en la propia capacidad para hacer frente a diversos factores estresantes en la propia vida.

Es razonable creer que altas expectativas de autoeficacia nos ayudarán a lidiar con posibles factores estresantes de manera más efectiva y, por lo tanto, nos permitirán disfrutar de una mejor salud y bienestar, incluso un estilo de vida saludable nos protegerá de enfermedades.

La relación entre una personalidad resistente y la salud mental es muy importante.

Esta variable de personalidad positiva regula la forma en que percibimos y enfrentamos los factores estresantes de la vida, lo que la convierte en una defensa importante contra la avalancha de problemas de salud. Muchos estudios sugieren que una personalidad resiliente se puede aprender.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el significado del Síndrome de Burnout.

Objetivos secundarios:

- Conocer el concepto de autoeficacia y de personalidad resistente.
- Evaluar los principales estresores en una unidad de cuidados intensivos.
- Valorar los principales trastornos relacionados con el estrés crónico y agudo.
- Entender síntomas ligados al estrés y ansiedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. 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 principales estresores que podemos encontrar en la unidad de cuidados intensivos son:

- Ambiente físico cerrado y generador de gran cantidad de ruido debido a los dispositivos existentes y sus alarmas.
- La densa carga de trabajo a la que tiene que hacer frente el personal sanitario a diario.
- Contacto regular con emergencias, urgencias y muertes.
- Modalidad de turnos: turno de mañana, turno de tarde, turno de noche.

Una de las principales desventajas son las intensos estímulos ambientales que un porcentaje significativo de trabajadores de la salud experimentan con alta intensidad, en particular las más devastadoras son:

1. Alto nivel de ruido ambiental.
2. La estructura física de las unidades de cuidados intensivos, muchas de las habitaciones tienen un diseño antiguo que no tiene en cuenta la necesidad de espacio, luz natural, etc.
3. Existencia de gran cantidad de aparatos alrededor, lo que dificulta el movimiento de los sanitarios.
4. Ambiente que da un sentimiento de frialdad, debido a la gran cantidad de aparataje
5. No hay contacto personal con el paciente, casi siempre el contacto está mediado por equipos e instrumentos.

Sin embargo, existe una variación considerable en cómo se percibe el estrés, dependiendo de muchos factores:

1. Experiencia laboral del personal sanitario.
2. Género del personal sanitario.
3. Apoyo emocional familiar
4. El horario de trabajo y el respeto por sus tiempos de descanso

Las características individuales del personal sanitario suponen que la forma de afrontar el estrés en cada uno de ellos, será diferente, por ello además de ello, un pilar fundamental lo encontramos en el apoyo de grupo, apoyo familiar y apoyo institucional.

Así, los rasgos de personalidad de los empleados individuales y las características específicas de cada uno de ellos, relacionadas con su relación y proximidad con el grupo de trabajo y la familia, reciben atención y de gran importancia.

Los profesionales sanitarios señalan una serie de trastornos físicos y mentales que comúnmente se asocian con el estrés crónico, el estrés cotidiano o que no están relacionados con los factores estresantes:

Trastorno crónico del sueño.

Erupción cutánea sin causa aparente.

Aumento de la irritabilidad durante el día.

Labilidad emocional.

Dolor musculoesquelético inespecífico.

Hipertensión sin consideración de otras causas.

Palpitaciones.

Alexitimia en una emergencia.

Fatiga crónica.

Sentimientos de indefensión.

Es cierto que, dependiendo de muchos factores, los trastornos relacionados con el estrés varían. Los estudios realizados sobre este tema indican que la aparición de estrés crónico se relaciona con profesionales con muchos años de experiencia y otros trastornos relacionados con el estrés agudo para aquellos con menos de cinco años de cuidados intensivos.

Trastornos relacionados con el estrés crónico: cambiar el patrón del sueño, aumentar la dificultad en la comunicación, dolores musculares crónicos, hipertensión, problemas coronarios, cambios en la alimentación, depresión, fatiga crónica, aumento de las migrañas, sensación de impotencia, frustración, trastornos del estrés agudo, erupciones cutáneas, palpitaciones, hipersudoración, trastornos digestivos, crisis de pánico, mayor sensación de inseguridad, dolor de cabeza.

Síntomas relacionados con el estrés y la ansiedad, como: depresión, aumento de obsesiones y manías, el desarrollo de enfermedades coronarias, trastornos crónicos de ansiedad, deterioro físico general, hipertensión arterial, desarrollo de adicciones, incrementa la irritabilidad, incrementa la fatiga crónica, pérdida de interés general y aumento de la labilidad de las emociones.

Existe la oportunidad de mejorar el lugar de trabajo: alternativas al empleo en otro lugar del hospital, la oportunidad de mejorar el ambiente de trabajo, posibilidad de eliminar la turnicidad...

También podemos concluir que los empleados que se incorporan a estas unidades afrontan peor el estrés por causas como:

Inseguridad por falta de experiencia.

Miedo a actuar en situaciones que amenazan la vida.

Falta de conocimiento sobre el manejo de dispositivos específicos.

Escasa complicidad y confianza con el grupo de trabajo.

Todo esto conduce a una disminución percibida en la calidad de vida general y la aparición, aunque mínima, de una serie de trastornos graves.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias de afrontamiento como hemos podido contemplar están muy relacionadas con nuestras capacidades internas (las cuales se pueden trabajar y desarrollar) y también con el apoyo externo que podamos encontrar tanto en la familia, amigos, compañeros, etc.

Se ha comprobado que las personas con experiencia suele buscar apoyo dentro de los grupos sociales y entre compañeros y si no lo encuentran, suelen abandonar el grupo: cambian de turno o de trabajo.

En cambio, los profesionales sanitarios con menos experiencia laboral buscan otro tipo de estrategias de afrontamiento como suelen ser: de aprendizaje, cursos etc.

La tendencia en general tras sufrir un nivel de estrés y ansiedad continuos es comenzar con trastornos físicos inespecíficos y, a menudo, se convierte en una ocurrencia crónica y simultánea de iniciar problemas psicológicos. Esto conlleva a un mayor impacto en el deterioro individual, grupal y familiar.

Todo esto conlleva a un deterioro de la calidad de vida a nivel general de nuestros profesionales sanitarios, y a la aparición de una serie de trastornos mayores.

Las tasas de ausencia laboral reflejan directa e indirectamente este grave problema, por lo que es muy importante que los profesionales de la salud tengan las herramientas que necesitan para desarrollar estrategias con las que puedan lidiar con el estrés y la ansiedad.

De todo esto, podemos concluir que es importante aprender estrategias de afrontamiento efectivas, ya que esto conducirá a una reducción de la morbilidad entre los trabajadores de la salud y especialmente las enfermeras de cuidados intensivos y emergencias.

En resumen, todo esto nos ayuda a tomar conciencia de nuestras limitaciones y capacidades, así como de la necesidad de brindar apoyo emocional a los profesionales que trabajan en estas unidades de trato especial.

6 Bibliografía

1. Díaz Tobajas MC, Juarros Ortiz N, García Martínez B, Sáez Gavilán C. Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enferm glob* [Internet]. 2016 [citado el 4 de octubre de 2022];16(1):246. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/232221>.
2. Nespereira-Campuzano T, Vázquez-Campo M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enferm Clin* [Internet]. 2017;27(3):172–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300244>.
3. 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>.
4. Núñez Suárez J. Impacto psicológico de la COVID-19 en el personal de enfermería de las unidades de urgencias y cuidados críticos en el Hospital Universitario Central de Asturias. Universidad de Oviedo; 2021.
4. Medina Fornas E. La necesidad de la inteligencia emocional para la prevención del estrés postraumático en las enfermeras de la UCI COVID. Universitat de les Illes Balears; 2022.
6. Muñoz AI, Universidad Nacional de Colombia, Velásquez MS, Universidad Nacional de Colombia. Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado el 4 de octubre de 2022];34(2):202–11. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000200009

Capítulo 65

CUIDADOS DE LOS DRENAJES VENTRICULARES EXTERNOS (DVE) POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

BARBARA MARTINEZ HARO

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

BEATRIZ FUSTER LOPEZ

ELENA HERREROS MUÑOZ

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

1 Introducción

El drenaje ventricular externo (DVE) consiste en colocar un catéter en el asta anterior del ventrículo lateral, preferentemente en el hemisferio no dominante.

El catéter se puede conectar a transductores y dispositivos de registro e impresión que permiten la monitorización continua de la presión intracraneal (PIC), y también permite la evacuación del LCR y la inyección de antibióticos en los ventrículos.

DVE es el método estándar para la monitorización de la PIC debido a su alta fiabilidad, bajo riesgo de inversión y bajo coste.

Las complicaciones infecciosas asociadas al drenaje ventricular externo (CIRDVE) son un problema importante en las unidades de cuidados intensivos.

Los factores relevantes son el número de operaciones, la ubicación del DVE y el tiempo de permanencia.

Los pacientes con CIRDVE tuvieron una mediana de UCI y una estancia hospitalaria más largas, pero no aumentaron la mortalidad.

La indicación más común para la DVE es el drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR) en el tratamiento de la hidrocefalia aguda secundaria a hemorragia subaracnoidea (HSA), hemorragia intraventricular/cerebral, infección del sistema nervioso (SNC) o drenaje de lesión cerebral traumática.

Su inserción y manipulación se realizan habitualmente en la UCI de referencia neuroquirúrgica y, como todas las técnicas, presenta complicaciones. Las complicaciones más comunes fueron sangrado, negligencia e infección en la vía del catéter.

La infección por la enfermedad del virus del Ébola puede ocurrir durante la inserción o el mantenimiento del catéter, o por invasión bacteriana de la piel, infecciones del lecho quirúrgico o LCR.

Existen muchos factores que predisponen al desarrollo de complicaciones infecciosas asociadas al drenaje ventricular externo.

Las complicaciones infecciosas son de gran importancia ya que se asocian con un aumento de la morbilidad, la duración de la estancia hospitalaria y los costes sanitarios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el concepto de Drenaje Ventricular Externo.

Objetivos secundarios:

- Conocer el correcto manejo del Drenaje Ventricular Externo.
- Describir el mantenimiento del Drenaje Ventricular Externo.
- Conocer la correcta técnica de la inserción del Drenaje Ventricular Externo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. 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 inserción del catéter:

- Se realiza en quirófano (otros centros tienen experiencia colocándolo a los pies de la cama del paciente, pero no suele ser recomendable).
- Bajo estrictas condiciones de asepsia. Ambos (duración y sangrado) promueven la infección por un neurocirujano experimentado que proporciona el tiempo operatorio más corto y un excelente manejo de la hemostasia.

Técnica:

Lavar cabeza, cuello y tórax con solución de clorhexidina el día anterior y repetir antes del procedimiento.

Administre antibióticos profilácticos antes de la admisión al quirófano de acuerdo con un programa establecido (ver más abajo).

Utilice una máquina eléctrica para cortar el cabello en el cuadrante donde se ubicará el drenaje. (No se afeite con una navaja para evitar dañar su piel).

Esterilice el sitio quirúrgico con una solución de clorhexidina, enjuague abundantemente con una gasa estéril y deje la cirugía durante al menos 3 minutos.

Limpiar recién y enjuagar con solución salina estéril.

Aplicar cinta autoadhesiva en toda la superficie.

Se realiza una incisión curva para que la lesión intracraneal y el catéter no queden bajo la misma incisión.

Si no es posible la coagulación intraventricular convencional, se pueden utilizar las pautas de Ghajar.

El catéter utilizado es un catéter de vena abierta n.º 2 con conector proximal azul, de 80 a 100 cm de longitud, 2 mm de luz, 3 mm de DE, punta roma con orificio lateral.

Se debe prestar especial atención al túnel subcutáneo del catéter. Esto se debe a que puede ser uno de los factores clave para reducir las tasas de infección y permitir que los catéteres permanezcan en su lugar por más tiempo. Debe hacerse lo más lejos posible de la entrada al cráneo, preferiblemente en la salida debajo de la clavícula.

La abertura retrógrada a través de la cual el catéter ingresa al tórax anterior debe ser lo más pequeña posible y cerrarse suturando ambos lados del catéter.

Otro aspecto importante que puede afectar la reducción de las tasas de infección son las características específicas que debe tener el sistema de recolección al que se conecta el catéter una vez finalizado el procedimiento (ver más abajo).

Cuidado de enfermería:

Coloque al paciente en posición supina con la cabecera de la cama a 25-30 grados para evitar la flexión lateral del cuello (a menos que esté contraindicado debido a una lesión o fractura de la médula espinal, en cuyo caso el paciente debe colocarse en posición supina con la cabeza alineada) . Mejora el retorno venoso.

Las descargas deben realizarse lo menos posible para evitar un mayor riesgo de infección. Condiciones asépticas previas a la manipulación, incluido el lavado de manos con solución jabonosa de povidona yodada y guantes estériles.

Cierre la boca de acceso antes de manipular.

Ajuste la altura para que el punto cero del contenedor de recolección coincida con la altura de los auriculares.

Verifique la altitud del sistema periódicamente (cada 6 horas). Use un manómetro para medir la presión de drenaje para evitar efectos de sifón y viceversa.

Supervise la presión osmótica del sistema y el nivel de LCR debe fluctuar (al nivel de corte de la columna de líquido).

Vigile y cuide el sitio del catéter diariamente, use una técnica aséptica y use vendajes a menos que el vendaje esté sucio o desprendido.

Las bolsas de recogida se vacían cuando están 3/4 llenas o han pasado más de 24 horas sin vaciarlas. Las muestras de LCR no se recolectan de forma rutinaria sólo si se sospecha infección al tomar muestras de LCR a través de uno de los tapones de goma del sistema.

Reemplace el catéter rigurosamente (hasta 7 días, recomendado dentro de los 5 días).

Si el paciente necesita ser movido, reposicionado o llevado al quirófano, el sistema debe cerrarse y la altura del drenaje se ajustará una vez que el paciente esté posicionado. Si no lo cierra, pueden ocurrir las siguientes cosas:

Aspiración en bolsa colectora con riesgo de atelectasia.

El reflujo en el cerebro del paciente conlleva el consiguiente riesgo de infección del SNC. Si el sistema está comprometido, se debe avisar al neurocirujano y no aspirar ni inyectar soluciones sin consulta previa (normalmente 2 en 250.000 tumores estreptoquinasa si la obstrucción se debe a un trombo). Inyectar ml de solución salina, más 2 ml de solución salina, pre- extraer 5 ml de líquido para no aumentar el fluido circulante).

Si el catéter se rompe o se daña, se sujeta el catéter y se notifica al neurocirujano. Será de gran importancia registrar todos estos datos:

La cura del punto de inserción: fecha, hora.

Volumen del LCR drenado, avisar al médico cuando supere los 20 ml/h.

Las características del LCR, aspecto y color. Un color opaco nos puede indicar infección, avisando al médico.

El manejo del catéter intraventricular proporciona:

1. Mantenga el desagüe cerrado. Los catéteres utilizados para el control de PCI deben mantenerse cerrados. Abierto solo para control PCI. Abra el desagüe con una presión de 15 a 20 mmHg.

2. Mantenga abierto el drenaje: Los catéteres utilizados para el control de la hidrocefalia deben dejarse siempre abiertos y la presión de drenaje debe ser determinada por la condición clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las complicaciones infecciosas asociadas al drenaje ventricular externo (CIRDVE) son un problema importante en las unidades de cuidados intensivos. Los factores relevantes son el número de operaciones, la ubicación del DVE y el tiempo de permanencia. Los pacientes con CIRDVE tuvieron una mediana de UCI y una estancia hospitalaria más largas, pero no aumentaron la mortalidad.

Para reducir la incidencia de infecciones del SNC asociadas a estos procedimientos, es muy importante difundir guías donde se pueda capacitar al personal de enfermería en pautas de optimización y capacitar al personal sanitario pertinente en el manejo clínico de este tipo de dispositivos.

6 Bibliografía

1. Amor LL, Viña L, Martín L, Calleja C, García RR, Hidalgo IA, et al. Complicaciones infecciosas relacionadas con el drenaje ventricular externo. Incidencia y factores de riesgo. *Rev Esp Quimioter* [Internet]. 2017 [citado el 21 de septiembre de 2022];30(5):327–33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6321784>.
2. Rubio VH, Blasco LM, Alvero MBD, Deza SD, Navarro IC, Simón LJ. Cuidados de enfermería en el drenaje ventricular externo. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [citado el 21 de septiembre de 2022];2(4):7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055548>.
- 3.

Blanco RT, Núñez DD. Cuidados de Enfermería en el manejo del drenaje ventricular. Páginasenferurg.com: revista digital de enfermería [Internet]. 2009 [citado el 21 de septiembre de 2022];1(2):21–6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3004577>.

4.

Spaho N, Camputaro L, Salazar E, Clara L, Almada G, Lizzi A, et al. Guías de práctica clínica para el manejo del drenaje ventricular externo. Rev argent neurocir [Internet]. 2006 [citado el 21 de septiembre de 2022];20(3):143–6. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-15322006000300008.

5.

Grille P, Costa G, Biestro A, Wajskopf S. Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guía práctica. Rev Med Urug (Montev) [Internet]. 2007 [citado el 21 de septiembre de 2022];23(1):50–5. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000100007.

Capítulo 66

ENFERMERIA Y TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MIRIAM CASARES BENITO

LETICIA ALONSO MAROTO

MARINA LATORRE HORTELANO

PATRICIA BARAHONA RUBIO-IGLESIAS

NURIA MORATINO VILLALUENGA

1 Introducción

El triaje en urgencias fue introducido por primera vez en los años cincuenta del siglo pasado, su implantación surgió a raíz de un aumento en el número de pacientes que acudían al servicio de urgencias.

Cada vez eran más las personas que acudían a este servicio con motivos de consulta que no eran tan urgentes, por lo que el criterio de atención por orden de llegada comenzó a dejar de ser viable.

Debido al excesivo número de personas que hacían uso de la urgencia de forma inapropiada, se creó la necesidad de implantar un sistema de triaje, el cual se encarga de clasificar al paciente según el motivo de consulta y pretende garantizar la correcta atención del mismo en el momento oportuno.

Actualmente se establece el triaje estructurado con cinco niveles de prioridad clasificando a los pacientes a partir del grado de urgencia que presenten, de este

modo los pacientes más urgentes serán atendidos prioritariamente evitando así prolongar situaciones que puedan empeorar su estado vital.

En el triaje, el profesional de enfermería es un miembro fundamental por lo que deberá de actuar con eficacia y poseer capacidades y habilidades especiales para realizar una buena valoración del paciente y así clasificarlo según corresponda en los diferentes niveles de triaje.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este capítulo son:

- Definir los tipos de triaje.
- Conocer la importancia de la enfermería en el triaje.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica sobre el triaje en urgencias.

Esta búsqueda bibliográfica se ha realizado en bases de datos como Pubmed, Cuiden plus, Scielo y Cochrane. También se han utilizado páginas web oficiales.

Se han tenido en cuenta criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 10 años, artículos en español e inglés, artículos con texto completo y de acceso libre.

4 Resultados

El triaje es el proceso de clasificación de los pacientes que acuden a la urgencia basado en los motivos de consulta, por lo que pretende garantizar que el paciente sea atendido en el momento oportuno y por el profesional adecuado.

El triaje se fundamenta en una valoración general y una breve entrevista con el paciente además de una exploración centrada que llevará a cabo el enfermero que se encuentre en el triaje, de esta forma se le podrá asignar al paciente el grado de urgencia que le corresponda.

El tipo de clasificación del paciente en el triaje depende de la especialidad a la que pertenece, la razón o motivo de la visita, el tipo de transporte a su llegada etc.

Inicialmente la propuesta para clasificar a los pacientes se dividía en 3 niveles: emergente, urgente y no urgente, la fiabilidad de este sistema de clasificación fue cuestionada, por lo que tras revisar evidencias existentes en escalas de triaje de 5 niveles se recomienda utilizar una herramienta que determine la gravedad en el triaje de 5 niveles.

De estas escalas destacan 4 de ellas:

ATS (Australasian Triage Scale): consta de cinco niveles que relacionan la historia clínica del paciente, los signos y síntomas con la urgencia clínica y el tiempo máximo que el paciente debe esperar.

CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale): Es un algoritmo de triaje del departamento de emergencias de cinco niveles que se ha desarrollado en Canadá. Los pacientes se clasifican según la agudeza clínica, por lo que las necesidades de atención y el tratamiento serán más urgente cuanto más grave se encuentre el paciente.

MTS (Manchester Triage Scale): Se ha utilizado como un protocolo de triaje seguro y válido en diferentes países de todo el mundo. Se clasifica en 5 niveles de prioridad, cada nivel indica un nivel de gravedad, representado por un color y corresponde a un tiempo máximo de espera para la atención.

ESI (Emergency Severity Index): Es un sistema de clasificación originado en los Estados Unidos. Es una escala de triaje en 5 niveles que clasifica a los pacientes primero por la gravedad y después en los niveles de menor urgencia.

El triaje además de en escalas se puede dividir en dos tipos:

Triaje avanzado: Existe posibilidad, si es necesario, de antes de la visita convencional, realizar pruebas complementarias, además de canalización de vía venosa periférica, administración de analgesia etc.

Triaje multidisciplinar: Participa, como mínimo, un equipo formado por un médico y enfermera, además de, personal administrativo y auxiliar de enfermería. Se le puede realizar una valoración inicial al paciente y pruebas complementarias antes de que sea visto en consulta.

En el año 2013, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) publicó el “ Sistema Español de Triage” (SET), que junto el Sistema de Triage Manchester (MTS) son los mas utilizados en España.

El Sistema Español de Triage (SET) utiliza las constantes, los signos vitales anormales y la evaluación del dolor. Se utilizan las escalas de gravedad de Glasgow, coma no traumático, grados de deshidratación y gravedad de la disnea o asma.

Los cuatro sistemas de triaje tienen en común cinco niveles de priorización:

NIVEL I: Resucitación. El paciente tiene prioridad absoluta y se da en situaciones de riesgo vital.

NIVEL II: Emergencia. El paciente debe de ser visto por el médico en menos de 15 minutos y se da en situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible.

NIVEL III: Urgencia. El paciente debe de ser atendido por el médico en menos de 45min y se da en situaciones de potencial riesgo vital, en pacientes estables hemodinamicamente.

NIVEL IV: Menos urgente. La demora puede ser de hasta 2h, se da en situaciones complejas, pero sin riesgo vital potencial.

NIVEL V: No urgente. La demora puede ser de hasta 4h, se da en situaciones no urgentes, sin riesgo para el paciente.

Los profesionales de enfermería son los primeros en recibir las urgencias hospitalarias y en atenderlas en el triaje, es muy importante que los profesionales sepan como actuar y adquieran las competencias necesarias para poder realizar una buena clasificación de los pacientes.

Las competencias de enfermería en urgencias y emergencias según La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), se basan en la adquisición de conocimientos, habilidades, experiencias y actitudes necesarias para trabajar en este servicio, siendo fundamental:

- Conocer como se organiza y funciona el servicio de urgencias en su totalidad, así como los protocolos, normas y manuales del servicio. Es muy importante que los profesionales de enfermería estén actualizados en estos conceptos además de conocer las patologías más frecuentes de los pacientes que acuden a urgencias.
- Estar entrenado en valoración física, en reanimación básica y avanzada y en guías para favorecer el manejo de los recursos.
- Tener habilidades como la empatía y una buena comunicación verbal y no verbal

dando información fluida, clara y veraz a los pacientes y a los familiares si fuese necesario.

- Participar con el equipo multidisciplinar aportando su visión y manteniendo una buena comunicación entre los miembros del equipo.
- Reevaluar de forma periódica a los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.

El profesional de enfermería llevara a cabo el triaje en una sala apropiada para este servicio, dotada de los materiales necesarios, una vez que los pacientes hayan pasado por admisión, tendrá preferencia el paciente más grave y en caso de que haya pacientes en igualdad de gravedad se atenderá al que haya llegado primero.

Después, enfermería se encargará de realizar la recepción y acogida, valoración, clasificación y distribución del paciente dentro del servicio de urgencias según su prioridad para ser visto por el equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de la historia, debido al aumento del número de pacientes que acudían diariamente al servicio de urgencias, se ha podido establecer un sistema de triaje que permite clasificar al paciente según el motivo de gravedad de su consulta.

Los profesionales de enfermería son los encargados de realizar el triaje cuando el paciente llega al servicio de urgencias, por lo que para que el triaje se realice de forma correcta y sea beneficioso para el paciente y el servicio de urgencias, es muy importante la experiencia profesional y la adquisición de conocimientos y habilidades específicas para poder desempeñar el trabajo de forma correcta.

El sistema de triaje es una herramienta fundamental que aporta beneficios tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. Galán Burillo, N. Triage enfermero en el Servicio de Urgencias hospitalario. Portales médicos. [Internet]. Fecha de publicación [15/02/2011]. Consultado en [02/10/2020] Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2979/1/Triageenfermero-en-el-Servicio-de-Urgencias-hospitalario>

2. Forero R, Nugus P. Australasian College for Emergency Medicine(ACEM) Literature review on the Australasian Triage Scale(ATS). ACEM; 2012.
3. Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. CJEM. 2014;16:1–5.
4. Comité Científico de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Competencias de enfermería en urgencias y emergencias. Catálogo de competencias. Madrid: SEEUE; 2002. Disponible en: <https://bit.ly/2FkEKH6>
5. Sánchez Bermejo, R. Cortés Fadrique, C. Rincón Fraile, B. Fernández Centeno, E. Peña Cueva, S. De las Heras Castro, E.M. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias. 2013, 66-70
6. Segura, E. M. Fortuño M.L. Usach, T.S. Miravele, M. E. S. Lleixà, M. A. Borrás. M. C. et al. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. Rev. SEMES. 2017; 29 (3): 173-177.
7. García M, Sopena L. Castillón, S. Martín, S. Villuendas, L. Barcelona, C. El papel de la enfermera en el sistema de triaje español. Portales médicos. [Internet]. Fecha de publicación [25/09/2017]. Consultado en [30/09/2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/enfermeria-sistema-de-triaje-esp>
8. Ibáñez- Berlanga, M.L. García Casado, A. J. Enfermería y triaje en el servicio de urgencias. En: II CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias). Noviembre, 2016.

Capítulo 67

LA ANEMIA COMO FACTOR INDICATIVO DE CÁNCER

ANA CRISTINA GÓMEZ ROMERA

JOSE CANDIDO MUÑOZ CLEMENTE

MARÍA SORIA VERGARA

CAROLINA CASTILLO RODRIGUEZ

BÁRBARA HERGUETA GUTIÉRREZ

1 Introducción

La anemia ferropénica es la anemia causada por déficit de hierro (el componente principal de la hemoglobina). Constituye un problema de salud global (un 66-80% de la población mundial), afecta más a mujeres que hombres, tanto a países desarrollados como en desarrollo y puede afectar a cualquier edad.

La patología gastrointestinal es la causa más frecuente de la anemia ferropénica en nuestro medio, afectando a 2/3 de la población, de cual un 10-15% lo constituyen las lesiones malignas. Por ello es importante realizar pruebas de cribado en las personas mayores de 50 años.

El cáncer rectal es ligeramente más común en varones, en mujeres hay un predominio ligero de cáncer de colon. Casi todos los casos de esta afección se diagnostican en mayores de 50 años y la frecuencia de la enfermedad aumenta de manera progresiva después de esta edad. A pesar de la relación con el envejecimiento, el cáncer colorrectal no es estrictamente una afección de la edad avanzada; entre 6 y

8% de los casos ocurren en menores de 40 años. Las formas familiar y hereditaria de la afección se inician con la edad mucho más temprana, típicamente alrededor del tercer decenio.

Los antecedentes familiares y algunos factores de la dieta (poca fibra, muchas grasas) aumentan el riesgo de padecer cáncer colorrectal. Los síntomas característicos incluyen hemorragia durante la deposición, fatiga y debilidad. Con frecuencia se utiliza la colonoscopia para hacer el diagnóstico de cáncer colorrectal, que detectado en fases tempranas suele ser curable en la mayoría de los casos.

2 Objetivos

- Identificar los signos de alarma de sospecha de cáncer colorrectal.
- Diferenciar las causas que pueden desencadenar anemia ferropénica para realizar un diagnóstico precoz.

3 Caso clínico

Varón de 77 años derivado a urgencias hospitalarias desde centro de salud por anemia. Según refiere viene presentando desde hace un mes astenia y debilidad de MMII con la deambulación. Además, asocia dolor torácico habitual con el esfuerzo pero que dura más tiempo de lo normal, pero cede con el reposo. No cambios en el ritmo intestinal. Refiere haber perdido 4-5 kg en unos meses, pero no pérdida de apetito.

No alergias conocidas.

Como patologías presenta HTA, DM, dislipemia. Exfumador, no bebedor de alcohol, cardiopatía isquémica tipo IAMSEST Killip I en febrero de 2016.

Cirugías previas de hernia umbilical.

En seguimiento por cardiología, ha presentado transfusión de CH en alguna ocasión y hierro IV pautado desde la consulta, se derivó a digestivo para estudio de anemia. El paciente niega sangrados externos. Última administración de hierro IV en junio de este mismo año.

En la exploración se encuentra consciente y orientado, buen estado general, eupneico. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Edemas discretos. En la Rx de tórax no se observan infiltrados. Analítica: troponina 0.110, creatinina 1, Na 134, K 5.3, ferritina 8, Hb 7.4, plaquetas 424000, leucocitos 12000, PCR 16, coagulación normal.

Tras el diagnóstico de anemia microcítica ferropénica sintomática se cita de forma preferente en la consulta de endoscopia para realización de colonoscopia

y completar estudio.

Se procede a realización de colonoscopia programada, con el siguiente resultado: se progresa hasta la visualización de una neoplasia estenosante que impide el paso del colonoscopio (por lo que no se puede precisar la localización exacta), probablemente a nivel de colon ascendente/ciego (se aprecia por encima de la neoplasia un área que puede corresponder a la válvula ileocecal vs lesión lipomatosa. Se toman múltiples biopsias y se realiza tatuaje con tinta china distal a la neoplasia. Colon transverso, descendente sin lesiones. En sigma, a 30 cm del margen anal, pólipo 0-IIa que se eleva con adrenalina-gelofundina-índigo y se extirpa con asa de diatermia. En recto a 13 cm del margen anal, pólipo 0-IIs de 4 mm que se extirpa con asa de diatermia.

Tras los resultados obtenidos es derivado a cirugía para completar estudio con TAC y determinar tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

Ante una anemia ferropénica, tras la anamnesis y la exploración física del paciente, nos planteamos un diagnóstico diferencial y la etiología posible de la misma: déficit nutricional, por disminución de la ingesta, malabsorción del hierro por patología gastrointestinal (enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, Crohn, resecciones gastrointestinales, aclorhidria...), infecciones gastrointestinales (parásitos, víricas, *Helicobacter pylori*), infecciones sistémicas (VIH, Tuberculosis, Malaria...), pérdidas de sangre por hemorragias internas o externas, perdidas por sangrado crónico gastrointestinal: úlceras gástricas, hernia de hiato, úlceras gastroduodenales por ingesta de AINES, Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Crohn, colitis ulcerosa), tumores gástricos e intestinales.

En nuestro caso clínico, evidenciamos que la anemia es debida a el cáncer de colon, que no se pudo diagnosticar hasta la realización de colonoscopia. La importancia de una buena anamnesis y un buen diagnóstico diferencial de las posibles causas de la enfermedad nos permite hacer un diagnóstico clínico precoz correcto y un tratamiento adecuado.

5 Bibliografía

1. Griga L, Josanu Josanu S, Larumbe IU. Anemia ferropénica secundaria a un adenocarcinoma de colon: Etiología, Diagnóstico Diferencial [Internet]. Revista Electrónica de Portales Medicoscom. 2019 [accedido 10 octubre 2022]. Disponible en:

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/anemia-ferropenica-secundaria-a-un-adenocarcinoma-de-colon-etilogia-diagnostico-diferencial/>
2. Nguyen M. Cáncer colorrectal - trastornos gastrointestinales [Internet]. Manual MSD versión para público general. Manuales MSD; 2022 [accedido 10 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-gastrointestinales/tumores-del-aparato-digestivo/c%C3%A1ncer-colorrectal>

Capítulo 68

DONACIÓN EN ASISTOLIA COMO NUEVA ALTERNATIVA PARA AUMENTAR LAS DONACIONES DE ÓRGANOS

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

MARTA GONZALEZ NOMBELA

CARMEN SALDAÑA ROSELL

1 Introducción

El trasplante de órganos es una terapia que permite salvar a un gran número de personas en el mundo, sin embargo, el número de donantes sigue siendo escaso y el número de personas en lista de espera sigue siendo abrumador. Por ello, se propusieron nuevas alternativas, como es el caso de la donación en asistolia. En cambio, esta propuesta no fue del todo aceptable y tuvieron que realizar guías y protocolos, realizándose en Maastricht, en 1995, y siendo vigente hoy en día.

Se han realizado hallazgos sobre el protocolo de la donación en asistolia, como es el caso de, criterio de selección de donantes potenciales, técnicas de preservación y conservación de órganos, limitación de soporte vital avanzado, retirada del mismo, comunicación a los familiares y certificación de muerte. Asimismo, se han buscado ventajas y desventajas de este tipo de donación y se han establecido los aspectos legales de la misma.

Se revisaron varios estudios, y se han observado discrepancias en algunos aspectos, por ejemplo, el límite de edad, tiempo para certificar exitus y alguna comparativa entre muerte encefálica y muerte por parada cardiorrespiratoria.

Al ser un tema novedoso, muchos profesionales sanitarios suelen desconocer el procedimiento de este programa, por lo tanto, es necesario realizar una búsqueda bibliográfica detallada para una mejor comprensión de este tipo de donación a corazón parado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el programa de la donación en asistolia como nueva medida para aumentar las donaciones.

Objetivos secundarios:

- Determinar las ventajas y desventajas de este tipo de donación en asistolia.
- Comprender las técnicas de extracción y conservación de los órganos en la donación en asistolia.
- Evaluar los problemas éticos que podrían aparecer en este tipo de donación, así como las limitaciones que se pueden plantear.

3 Metodología

Para realizar este estudio, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica enfocada a conocer el procedimiento de la donación de órganos en asistolia. Dicha búsqueda se ha llevado a cabo entre los meses diciembre-marzo.

Procedimiento de recuperación de la información y fuentes documentales:

Para el procedimiento de recuperación de la información y fuentes documentales, se ha llevado a cabo una búsqueda en los distintos Tesoros de DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MESH (Medical Subject Headings).

Estrategia de búsqueda:

El proceso de búsqueda y selección de los artículos fue llevado a cabo en bases de datos bibliográficas adecuadas para el tema estudiado: MEDLINE (también llamado Pubmed), ScienceDirect y Scielo.

Para organizar adecuadamente las referencias obtenidas en las bases de datos se

utilizó el software online Mendeley que permite gestionar y compartir referencias bibliográficas y documentos PDF de investigación.

En cuanto a la estrategia de búsqueda realizada en las distintas bases bibliográficas, se combinan los términos anteriores con el operador booleano “AND”, obteniéndose las siguientes en función de la fuente utilizada:

- Pubmed: Asystole donors AND heart arrest OR encephalic death.
- Scielo: donación AND asistolia AND parada cardíaca.
- ScienceDirect: donation AND asystole.

Criterios de selección:

Criterios de selección para limitar la búsqueda en las diferentes bases de datos:

- Estudios originales.
- En los idiomas español e inglés.
- Publicados desde el año 2011-2021, (excepto artículos BOE de leyes dictadas en años anteriores que ayudan para la búsqueda bibliográfica).

Criterios de inclusión:

- Artículos que cumplan con el objetivo general del TFM, conocer el programa de la donación en asistolia como nueva medida para aumentar las donaciones.
- Artículos que incluyan a donantes de órganos que hayan fallecido por parada cardiorrespiratoria o cardíaca.
- Artículos que incluyan a donantes que hayan fallecido por muerte encefálica.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron todo tipo de artículos que no eran adecuados a los objetivos de este trabajo fin de máster.
- Artículos que carecían de la información adecuada para realizarlo.

4 Resultados

Criterios de selección de donantes potenciales y órganos para la donación en asistolia:

Hablamos de “donantes potenciales” a aquellas personas que no tienen diagnosticado un tumor maligno, déficit multiorgánico o infecciones, y que, debido a su patología y pronóstico, se decide junto a la familia, la limitación del tratamiento del soporte vital (LTSV), retirando estas medidas y produciendo una parada cardiorrelatoria (6,7).

Para que el pronóstico y la supervivencia de los trasplantes de órganos sean efectivos es necesario conocer la definición de isquemia caliente, tiempo que avanza

desde que el órgano deja de estar bien perfundido hasta que consigue enfriarse para la conservación y ser trasplantado (1,6,10,11).

Podemos diferenciarlo en (6,10,11):

- Tiempo de isquemia caliente funcional o verdadera: se produce desde que se inicia una hipoperfusión considerable ($TAS < 60\text{mmHg}$) hasta la conservación de los órganos.
- Tiempo de isquemia caliente total: se produce desde que se extuba al paciente hasta la conservación de los órganos.
- Tiempo de isquemia fría: se produce desde que el comienzo de la perfusión fría hasta el inicio de la extracción del órgano.
- Tiempo de preservación o conservación: se produce desde el comienzo de las maniobras de conservación (por ejemplo, las maniobras extracorpóreas) hasta la cirugía del trasplante del órgano.

De esta manera, podemos clasificar a los posibles candidatos a donantes de órganos a corazón parado en (6,7):

- Personas con patologías neurológicas graves, con mal pronóstico y donde no sea predecible la muerte encefálica. Suelen ser pacientes en coma o vegetativos debido a causas isquémicas, lesiones cerebrales o medulares, hemorragias, entre otras.
- Personas con patologías respiratorias o cardiológicas, con mal pronóstico, donde el tratamiento ha resultado ineficaz.
- No existe límite de edad, pero hay programas que pueden resultar ser más restrictivos debido a que la edad se puede sumar a la supervivencia del injerto y a la isquemia caliente, por lo que a partir de los 65 años es cuando más efectiva resultaría.
- En cuanto al tiempo transcurrido desde que se extuba al paciente hasta que este comienza con parada cardiocirculatoria es de 2 horas aproximadamente, teniendo en cuenta el comienzo de la disminución de la TA sistólica a menos de 60mmHg .

Estos criterios hacen referencia al tiempo que se produce desde que se extuba al paciente hasta que este fallece (suele ser menor de 2 horas, ya que, podría aumentar la isquemia caliente, y dificultar la utilización del órgano para el trasplante). Por ello, existen varias pruebas que comprueban que la muerte esté dentro del tiempo requerido:

- Test de Wisconsin: es la más utilizada. Esta prueba consiste en establecer una puntuación a partir de unos apartados sobre medidas de soporte, es decir, para valorar los parámetros respiratorios es necesario desconectar el respirador durante 10 minutos, siempre y cuando la familia haya dado su consentimiento. Tras sumar los puntos (suele dar un valor entre 8 y 24), nos da una probabilidad de

que pueda existir parada cardiorrespiratoria y, por lo tanto, de que el paciente pueda fallecer a la hora o a las dos horas (1,7,10).

- Criterios UNOS: estos criterios valoran la presencia de 0-3 parámetros fisiológicos o medidas de soporte, y se relacionan con la probabilidad de que pueda existir una parada cardiorrespiratoria en menos de una hora (1,7).
- DCD-N SCORE: evalúan 4 parámetros que predicen que un paciente en coma con daño cerebral puede fallecer tras una retirada del soporte vital avanzado tras la primera hora.

En cuanto a los órganos que se pueden extraer en este tipo de donación, dado que se han obtenido buenos resultados previos son (7):

- Riñones: este órgano fue de los primeros en extraerse y trasplantarse en la donación a corazón parado gracias a García Rinaldi, quien realizó trabajos sobre este tipo de donación renal, a pesar de ello, esta técnica disminuyó tras el incremento de las donaciones en muerte cerebral. Ciertamente es que muchos estudios revelan que el trasplante de riñones tiene mejor pronóstico en muerte circulatoria que en encefálica, sin embargo, existen más secuelas en cuanto a fallos en la función primaria del órgano. Por ello, han establecido unos criterios para acortar el tiempo de isquemia, edad superior a 60 años, no presencia de proteinuria y no presentar ninguna alteración, siendo así normo funcionante. El tiempo de isquemia caliente total de este órgano es de 45-60 minutos, mientras que el de la isquemia fría es de 24 horas (1).
- Hígado: el primer caso del trasplante de este órgano a corazón parado fue en el año 2011 (12). Se ha visto que la supervivencia en trasplante hepático es menor que la renal, ya que en muchos estudios se han comprobado que las células hepáticas son menos tolerables a la isquemia que las del injerto renal (1,12). El tiempo de isquemia caliente en este órgano es de 30-45 minutos, mientras que el de la isquemia fría es de máximo 10 horas (1).
- Páncreas: el programa de trasplante de páncreas a corazón parado es similar al de muerte encefálica, sin embargo, se necesitan más estudios sobre este tipo de trasplante, ya que la experiencia es limitada. Se conoce que el tiempo de isquemia caliente de este órgano es de 45-60 minutos, y el de isquemia fría de 18 horas.
- Pulmones: el programa de extracción y trasplante pulmonar aún está en estudio y desarrollo, pero, se está comprobando que el injerto pulmonar sufre menos secuelas provenientes de la isquemia caliente que los otros órganos, ya que, si está ventilado adecuadamente, asegura el suficiente aporte de oxígeno a las células y así previene lesiones graves (1,13). El tiempo de isquemia caliente de estos órganos es de 60 minutos (1).

Técnicas de extracción y conservación de los órganos:

En este tipo de donación, a diferencia de la muerte encefálica, los órganos trasplantables son inferiores y los resultados son peores, ya que existe mayor probabilidad de complicaciones, pero, si lo comparamos con la supervivencia del injerto, esta puede llegar a tener un mejor pronóstico (1,5,7,9,14,15).

Tras seleccionar al donante, consentimiento por parte familiar y certificación de la muerte, se comienza con la extracción y conservación de órganos. Para ello, es necesario, alertar a los profesionales responsables de la técnica, selección del quirófano y hora de inicio según los tiempos de isquemia y, comprobación del material necesario (1,5,7,9,10,14).

Existen diferentes tipos de técnicas para la extracción de órganos, que se explican en los subapartados que siguen a continuación:

- Técnica súper-rápida: Fue descrita por primera vez en Pittsburgh en el año 1995, se basa en, una vez certificada la muerte, obtener el acceso inmediato de la arteria aorta para introducir rápidamente una solución heparinizada, drenando la vena cava inferior y el cierre aórtico y, enfriando los órganos con suero helado, de esta manera se puede comenzar a perfundir en un tiempo inferior a 3 minutos. Tras ser completada la perfusión, se comienzan a extraer de manera conjunta o en bloque (1,5-7,9,16).
- Técnica de perfusión normotérmica: Esta técnica se lleva a cabo cuando no se puede realizar la súper rápida o cuando se quiere realizar extracción hepática (ya que es la que mejor resultados ha obtenido (1,6,7,9,11,12,16,17)). Se requiere de un circuito de circulación extracorpórea (ECMO), la cual aporta un soporte respiratorio y hemodinámico. Se realiza una canulación de vasos femorales a lo que se conectará el ECMO, y se inserta un catéter con un balón que ocluirá la arteria aorta torácica, evitando que se distribuya el flujo sanguíneo. De esta manera se consigue que los órganos estén bien perfundidos mientras se oxigena la sangre (suele durar entre 1 y 6 horas), y reposición de los mismos tras los daños causados por la isquemia caliente. Una vez que este paso se ha completado, se infunde una solución fría por los vasos para que se descomprima el sistema venoso, de esta manera, ya está preparado para el enfriamiento de los órganos y la extracción de los mismos por la cavidad abdominal.
- Técnica de perfusión in-situ: Esta es la menos frecuente, ya que solo se puede realizar la extracción renal, puesto que no es factible en los demás órganos. Se realiza una inserción con un catéter de tres luces a través de la arteria femoral, colocándose en las arterias aorta, iliaca y mesentérica superior, y drenándose por la vena femoral (1,3,6,7,9,16).
- Técnica de perfusión regional hipotérmica: Este proceso es similar a la normotér-

mica, aunque la temperatura de la sangre suele ser de unos 15°C, siendo de unos 30°C en la técnica anterior. Se han visto mejores resultados en la extracción renal, pero, a nivel hepático sigue siendo de primera elección la perfusión normotérmica (1,6,7,9,16).

Proceso de donación a corazón parado:

El proceso de donación en asistolia está compuesto por: limitación del tratamiento del soporte vital (LTSV), retirada del mismo, diagnóstico de fallecimiento por asistolia, y donación de los órganos extraídos.

1. Limitación del tratamiento del soporte vital:

No es fácil redactar un protocolo de la LTSV, ya que no existen muchos ítems que obtengan una adecuada actuación, aun así, es útil para la toma de decisiones (1). Es necesario conocer los pacientes que han fallecido, en los últimos años, tras la limitación del tratamiento del soporte vital, de esta manera, se podrá conocer la cantidad de pacientes donantes en asistolia controlada.

Por lo tanto, el protocolo de la LTSV está basado en recomendaciones propuestas por el grupo de bioética de la SEMICYUC (1,5,10,18,19):

- El responsable de decidir la LTSV es el médico.
- Deberá prevalecer en todo momento las decisiones que el paciente dejó expresadas en un documento por escrito previamente.
- Tanto el personal médico como el de enfermería deberán participar de manera conjunta en la retirada del tratamiento.
- La decisión suele tomarse en horario laboral de lunes a viernes, evitando así la toma de decisión al médico de guardia.
- Se explicará y argumentará a los familiares el por qué se ha propuesto la LTSV, haciéndoles saber que se continuará con el cuidado del paciente aun retirando los medios de soporte vital.
- Se preservará en todo momento el cuidado y el confort del paciente como, por ejemplo, la higiene.
- En el caso de que los familiares no estén de acuerdo, se pospondrá la LTSV.
- Se permitirá el acompañamiento de familiares durante el proceso y se ampliará el horario de visitas.

Es necesario disponer de protocolos óptimos de LTSV y extubación terminar en los centros de donación en asistolia (1,5,10).

2. Comunicación a los familiares de la LTSV.

En primer lugar, los médicos deben notificar al centro de transfusiones la existencia de un paciente potencial donante, más tarde, ambos serán los que revisen la historia y realicen las pruebas necesarias para asegurar una buena LTSV. Las

pruebas serológicas se realizarán previamente a la desconexión respiratoria o extubación (1,9).

Es de vital importancia informar a la familia y que estos hayan comprendido la situación, por ello, se les dejará tiempo suficiente para que lo asimilen y, si dan su consentimiento, se les debe explicar el proceso completo.

Seguidamente, el centro junto a los sanitarios que han informado a la familia, verá la posibilidad de realizar este tipo de donación una vez que se extube al paciente y, cuando se considere perfusión “in situ”, se solicitará el consentimiento para la extracción de los órganos y tejidos que estén disponibles y la conservación de los mismos.

Finalmente, en el caso de que el tiempo, desde que se retira el respirador hasta cuando el paciente fallece, se prolonga, no se podría llevar a cabo la extracción de órganos, pero sí de tejidos.

3. Retirada del tratamiento del soporte vital:

La retirada del soporte vital se llevará a cabo, según los protocolos, en un quirófano o UCI una vez que la familia haya dado el consentimiento (1,5,6,20):

Protocolo de donación con técnica súper rápida:

- En primer lugar, se administrará un bolo de heparina de 500 o 1000UI/Kg.
- Seguidamente se retirará el soporte vital.
- Se monitorizará al paciente y se registrará la asistolia mediante la presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno.
- En el caso de que pasen dos horas sin asistolia, el paciente deberá regresar a la unidad de cuidados intensivos.
- En el caso de que, si se produzca asistolia, hay que certificar exitus.
- Se trasladará al paciente a quirófano (preferentemente) para llevar a cabo el procedimiento.
- Finalmente, se realizará una laparotomía con canulación vascular directa y enfriamiento local.

Siempre y cuando sea posible, se permitirá a los familiares estar con el paciente previa y posteriormente al proceso (5,20).

Por último, el equipo sanitario que intervenga en el procedimiento, tendrá que tener en cuenta que prevalece el mejorar la función de los órganos que se quieran extraer, administrando fármacos previamente protocolizados.

4. Certificación de exitus:

Para certificar la muerte de un paciente, es necesario el cese completo de las funciones respiratorias y circulatorias. Según el Real Decreto 1723/2012, el médico

es el responsable de certificar exitus, aunque, este profesional sanitario tiene que ser distinto a quien realice el proceso de extracción de órganos (21).

Según la legislación, el diagnóstico de muerte se tiene que realizar en el medio intrahospitalario, ya que si se produce de manera extrahospitalaria, se impide la movilización y transporte del cadáver (1).

5. Ventajas y desventajas.

5.1. Ventajas:

- Algunos documentos aseguran que es importante realizar protocolos de donación en asistolia controlada, llevándose a cabo en los hospitales, siempre que los pacientes no evolucionen a muerte encefálica (1).
- Algunos artículos recientes aseguran que los resultados producidos en este tipo de donación son positivos, tanto que pueden llegar a igualar o superar a los de muerte encefálica.
- Se puede realizar donación en asistolia, que no en mayor medida en muerte cerebral:

Patologías neurológicas graves con mal pronóstico, y que la muerte cerebral no se prevea. Por ejemplo, lesiones hemorrágicas, traumáticas o isquémicas cerebrales, lesiones medulares, o patologías neuromusculares avanzadas.

Patologías respiratorias con mal pronóstico y sin eficacia en tratamiento.

Patologías cardíacas con mal pronóstico y sin eficacia en tratamiento.

- Además, en este tipo de donación, la supervivencia de los órganos extraídos es mayor que en la de por muerte cerebral (1,4).

5.2. Desventajas:

Podemos encontrarnos con:

- La cantidad de órganos que se pueden obtener en esta donación es menor que los que se pueden obtener en la donación por muerte encefálica.
- La donación en asistolia también puede dar errores, por ejemplo, retraso de la función, fracaso primario o rechazo agudo.
- Aunque se hayan visto buenos resultados, también pueden llegar a ser mejorables, por ello es necesario un mejor manejo de órganos, que sea más factible la obtención de estos, tener un preciso perfil del receptor y donante, y disponer de mejores fármacos que no sean nefrotóxicos.
- Además, la donación en asistolia tiene más coste económico, se consume más tiempo y es necesario un personal adecuadamente entrenado.

Por ello, podríamos decir que es importante la obtención de un mejor perfil de donante, disminuir el daño isquémico que pueda ocasionar, mejorar técnicas y asegurar la viabilidad de los órganos.

5 Discusión-Conclusión

Para la realización de este estudio se analizaron 9 artículos que sirvieron para darle forma al protocolo de la donación en asistolia, 6 artículos provenientes del Ministerio de Sanidad y 7 obtenidos en el buscador Google Académico, que aportaban de manera complementaria datos de interés. Sin embargo, tras finalizar esta búsqueda, se han revisado varios estudios, los cuales también realizaron su propio protocolo y, en los que se contradicen en algunos aspectos.

En primer lugar, según la SEMICYUC (21) tan solo se necesitan 2 minutos para certificar exitus, aunque estos podrían alargarse hasta los 5 minutos. En cambio, Villalva MV (27), en su tesis doctoral comenta que existen diferencias entre países acerca de cuál será el tiempo más acertado, por ejemplo, Austria, República Checa y Suiza establecen 10 minutos, Lituania 15 minutos e Italia 20 minutos.

Con respecto al límite de edad para la donación en asistolia, hemos comprobado que se estableció un límite de 65 años (6), sin embargo, algunos artículos implantaron la edad máxima en 75 años (20), y otros en 55 años (28). Si observamos los datos de la ONT, la edad media de donantes por asistolia se encontraba entre los 45-59 años (3). Ante este desacuerdo, nos encontramos con la Doctora Valeria Acosta (29), quien afirmó que los donantes por parada cardiorrespiratoria son más jóvenes que por muerte encefálica, y que en amplio rango eran hombres.

Otro de los puntos a destacar ha sido el trasplante de corazón, Jiménez Ruano B. (30) afirma que se puede llevar a cabo sin ningún problema y, en contraposición, Moral Rubio I. (31) establece que aún no se ha conseguido desarrollar adecuadamente este tipo de trasplante cardíaco.

Por otro lado, a lo largo de este estudio hemos visto algunas diferencias de trasplantes entre muerte en asistolia y muerte cerebral. Sin embargo, hay algunos autores como Acosta V. (29) quien concluye que ambas donaciones son similares. En el caso de DJ Reich et al (32) y Llanas Martínez V. (33) afirman que la donación por muerte encefálica tiene mayor efectividad que la de donación en asistolia, debido a que en esta última existe mayor riesgo para el órgano.

Para finalizar, y siguiendo con la donación en asistolia en comparación con la de la muerte encefálica, Royo R. (34) afirma que este tipo de donación solo se debería de realizar cuando el trasplante por muerte cerebral no sea óptimo, pero no como alternativa de primera elección. A su vez, en algunos protocolos del Hospital de A Coruña (20), también corroboran que no se debería de proponer como alternativa, sino, cuando ya no quede otra opción, debido a que los resultados en esta han sido menos eficaces y efectivos.

En relación a los objetivos específicos planteados en el presente estudio, podemos

concluir que:

- La donación en asistolia tiene ventajas con respecto a la muerte cerebral, ya que esta tiene más amplio criterio de selección de donantes y mejor supervivencia del injerto. Sin embargo, también obtuvo problemas en su implementación, por ejemplo, el tiempo de isquemia caliente, ya que esto puede llevar a aumentar daños en los órganos.
 - En cuanto a la conservación y preservación de órganos, la perfusión regional normotérmica, es la que mejores resultados ha obtenido y, más seguridad ha ofrecido en el proceso.
 - Con respecto a los aspectos éticos, se establecieron una serie de leyes con respecto al trasplante y donación de órganos, incluyendo nuevas medidas de soporte vital avanzado y, por lo tanto, de la donación a corazón parado.
- A pesar de que cada vez existe un mayor número de donantes y, por lo tanto, mayores trasplantes de órganos, aún se necesita mejorar en muchos aspectos.

6 Bibliografía

1. Matesanz Acedos R, Coll Torres E, Domínguez-gil González B, Perojo Vega L. Donación en asistolia en España: Situación actual y recomendaciones. (Documento de Consenso Nacional 2012). *Organ Nac Traspl*. 2012;204.
2. Trasplantes D. Documento de consenso español sobre extracción de órganos de donantes en asistolia. *Nefrología*. 1996;16 (SUPPL. 2):48–53.
3. Organización Nacional de Trasplantes. Actividad de donación y trasplante España 2019. Mem Act donación y Traspl [Internet]. 2020;62. Available from: <http://www.ont.es/infesp/memorias/actividaddedonaciónytrasplanteespaña2019.pdf>
4. Santos A. De Donación En Asistolia Controlada. 2014;20(1):9–21.
5. Canelles S. REVISIÓN. 2017;12(4):172–7.
6. Villares JMP. Donación en asistolia. *Cuad Med Forense*. 2015;21(1–2):43–9.
7. Promoción de la donación tras la muerte cardíaca controlada (Donantes tipo III de Maastricht).
8. Sanidad MDE. Controlada. 2018;
9. Pérez-Villares JM, Lara-Rosales R, Pino-Sánchez F, Fuentes-García P, Gil-Piñero E, Osuna Ortega A, et al. Código alfa. Inicio de un nuevo programa de donación en asistolia. *Med Intensiva*. 2013;37(4):224–31.
10. Escudero D, Otero J. Medicina intensiva y donación de órganos. ¿Explorando las últimas fronteras? *Med Intensiva*. 2015;39(6):366–74.

11. Rady MY, Verheijde JL. No-touch time in donors after cardiac death (nonheart-beating organ donation). *Curr Opin Organ Transplant*. 2013;18(2):140–7.
12. Pavel M-C, Fondevila Campo C, Calatayud Mizrahi D, Ferrer Fabrega J, Sanchez Cabus S, Molina Santos V, et al. La máquina de perfusión normotérmica en el trasplante hepático con injertos provenientes de donación en asistolia. *Cirugía Española*. 2015;93(8):485–91.
13. Gámez P, Díaz-Hellín V, Marrón C, Meneses JC, de Pablo A, Martín de Nicolás JL. Desarrollo de un programa de donación pulmonar en asistolia con «preservación en bitermia» y resultados tras un año de experiencia clínica. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2012;48(9):338–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2011.11.006>
14. Cardenete-Reyes C, Cintora-Sanz AM, Mateos-Rodríguez A, Cardós-Alonso C, Pérez-Alonso AM. Análisis de la donación en asistolia no controlada durante 10 años en la Comunidad de Madrid. *Emergencias* [Internet]. 2019;31(4):252–6. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=138211893&amp%0Alang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>
15. Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E. Uncontrolled non-heart beating donation: Need, opportunity and challenge. *Med Intensiva*. 2013;37(4):221–3.
16. Abradelo De Usera M, Jiménez Romero C, Loinaz Seguro C, Moreno González E. Trasplante hepático con injerto procedente de donación después de muerte cardiocirculatoria controlada. Situación actual. *Cir Esp*. 2013;91(9):554–62.
17. Quader M, Toldo S, Chen Q, Hundley G, Kasirajan V. Heart transplantation from donation after circulatory death donors: Present and future. *J Card Surg*. 2020;35(4):875–85.
18. Lomero M del M, Jiménez-Herrera MF, Llauro-Serra M, Bodí MA, Masnou N, Oliver E, et al. Impact of training on intensive care providers' attitudes and knowledge regarding limitation of life-support treatment and organ donation after circulatory death. *Nurs Heal Sci*. 2018;20(2):187–96.
19. Niederberger P, Farine E, Raillard M, Dornbierer M, Freed DH, Large SR, et al. Heart Transplantation with Donation after Circulatory Death: What Have We Learned from Preclinical Studies? *Circ Hear Fail*. 2019;12(4):1–14.
20. Hospital A Coruña. Protocolo de donación en asistolia controlada (tipo iii maastricht). *Serv Gall Salud* [Internet]. 2012;1–13. Available from: http://trasplantes.net/images/PDF/Protocolo_CHUAC_donacion_asistolia_tipo_III.pdf
21. Sanidad MDE, Igualdad SSE. Boletín Oficial del Estado. Núm. 313.

- Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2012;313(Sec. I. Disposiciones Generales.):89315–48. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/12/29/pdfs/BOE-A-2012-15715.pdf>
22. JM V. Aspectos éticos y jurídicos del trasplante de órganos . La especialidad de la donación en asistolia. Dilemata. 2017;23:129–57.
23. Disposiciones I, I DONJC, España REYDE. I. Disposiciones generales.
24. Ministerio de Sanidad y Seguridad. R.D. 426/1980 de 22 de febrero, por el que se desarrolla la Ley 30/1979 de 27 de octubre sobre Extracción y Trasplante de Órganos. BOE. 1980;63:5705–7.
25. BOE. Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. Boletín Of del Estado [Internet]. 2005;179–90. Available from: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-18947.
26. Europ DAS, Parlamentder I, Europ RATDER, Union S. L 207/14. 2010;14–29.
27. Victoria M, Soria V. Tesis Doctoral Estudio Médico Legal Del. 2017.
28. Éticos PD. Laura María Marí Tur Estudios de Grado de Enfermería. La Donación En Asistolia Como Método Para La Obtención Órganos Para El Traspl Hist Métodos, Evol Y Princ Dilemas Éticos. 2017;
29. Intensiva RDM. Un Nuevo Programa Vital Para. 2018.
30. Jiménez Ruano B. Aspectos bioéticos de la donación en asistolia controlada (Tipo III de Maastricht). 2017;295. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=135023&orden=0&info=link>
31. Moral Rubio I. Donación En Asistolia Controlada. Un Nuevo Reto Para Aumentar Las Donaciones. Revisión Controlled Donation After Circulatory Death. a New Challenge To Increase Donations. Review. 2017; Available from: http://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/6235/1/TFG_Isabel_Rubio_Moral.pdf
32. Reich DJ, Mulligan DC, Abt PL, Pruett TL, Abecassis MMI, D'Alessandro A, et al. ASTS recommended practice guidelines for controlled donation after cardiac death organ procurement and transplantation. Am J Transplant. 2009;9(9):2004–11.
33. Grao TFINDE. Visión estadística de las donaciones y trasplantes de órganos en parada cardiorrespiratoria. 2018;
34. Lasterra Sánchez B, Royo Vergara R. Análisis de la actuación de enfermería en la donación en asistolia controlada tipo III de Maastricht en la unidad de cuidados intensivos - A del Complejo Hospitalario de Navarra. Elaboración de un algoritmo de actuación enfermero. 2016; Available from: [file:///C:/Users/Manu pozo/Downloads/TFG ENFERMERÍA/RaquelRoyoVergara2016 \(1\).pdf](file:///C:/Users/Manu pozo/Downloads/TFG ENFERMERÍA/RaquelRoyoVergara2016 (1).pdf)

Capítulo 69

PANCREATITIS AGUDA BILIAR: SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

ANA CRISTINA GÓMEZ ROMERA

JOSE CANDIDO MUÑOZ CLEMENTE

MARÍA SORIA VERGARA

CAROLINA CASTILLO RODRIGUEZ

BÁRBARA HERGUETA GUTIÉRREZ

1 Introducción

La pancreatitis aguda es una inflamación brusca del páncreas provocada por la activación dentro de él de las enzimas que produce para la digestión. En casos graves, parte del páncreas se destruye en un proceso que se llama necrosis, que produce una reacción inflamatoria generalizada que puede afectar a otros órganos vitales.

Su etiología es multifactorial y la frecuencia es variada según el área geográfica y su principal causa es la obstrucción del conducto pancreático por litos procedentes de la vesícula biliar; la segunda causa en todo el mundo es el consumo de alcohol. Existen factores de riesgo para la aparición de pancreatitis aguda y para su evolución desfavorable, que pueden detectarse en el paciente por dolor de abdomen debido a cólico biliar o colecistitis litiásica.

Tiene una incidencia creciente (13-45 casos/100.000 habitantes/año) y es una de las enfermedades gastrointestinales que con más frecuencia requiere hospital-

ización. Su mortalidad es del 5-10% en casos de pancreatitis aguda grave con fallo orgánico persistente, necrosis pancreática y sepsis. Numerosas evidencias científicas en los últimos años han comportado modificaciones importantes del tratamiento médico y quirúrgico de la pancreatitis aguda.

Se divide en pancreatitis edematosa intersticial y pancreatitis necrosante. La pancreatitis edematosa intersticial es la forma de presentación más frecuente. El TAC muestra un engrosamiento de la glándula que traduce el edema inflamatorio, que en general es difuso, pero podría localizarse solo en una parte de la misma. El páncreas capta de manera relativamente homogénea el contraste intravenoso y es habitual la presencia de líquido alrededor de la glándula pancreática.

La pancreatitis necrosante (5-10%) se caracteriza por la presencia de necrosis pancreática y/o peripancreática. Lo más frecuente es que la necrosis afecte tanto al páncreas como al tejido peripancreático, seguido de la afectación solo del tejido peripancreático y finalmente, de forma poco habitual, la necrosis únicamente del páncreas.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar.
- Evitar complicaciones derivadas de un diagnóstico tardío de la patología, mediante un estudio adecuado de los síntomas e inicio temprano del tratamiento adecuado

3 Caso clínico

Varón de 55 años que acude a servicio de urgencias hospitalarias por dolor epigástrico intenso y continuo que aparece hace unos días con aumento de intensidad. Se irradia hacia la espalda, flancos y mesogastrio. Refiere náuseas y vómitos abundantes sin diarrea ni fiebre. No melenas ni sangrado externos. No episodios recientes similares. No transgresión dietética ni ingesta de alcohol según refiere.

No alergias conocidas, HTA, fumador 5-6 cigarrillos día, bebedor de 2 vasos de vino al día. Ningún antecedente quirúrgico.

Hace unos meses acudió a consulta privada de aparato digestivo por epigastralgias, aporta informe donde pone lo siguiente: elevación GGT de años de evolución. Realizan eco abdominal donde se aprecian hemangiomas hepáticos, vesic-

ula distendida alitiásica, vía biliar no dilatada. Solicitan la realización de colonoscopia y gastroscopia.

Como tratamiento habitual toma Valsartan 80 mg c/24h.

Consciente y orientado, buen estado general, afebril, TA 157/98 mmHG, fc 65 lpm, eupneico. Abdomen blando y depresible, doloroso ligeramente en epigastrio. MMII no edemas ni signos de TVP.

Se realiza rx tórax, no se observa nódulos ni infiltrados, no semiología de neumoperitoneo. Analítica: glucosa 152, urea 36, creatinina 1.17, Na 140, K 4.6, GPT 117, LDH 161, CK 57, amilasa 1700, hb 17.9 (VCM 88), plaquetas 200000, leucocitos 14800 (N 87%), coagulación normal, PCR 101

Se realiza TAC abdomino- pélvico con CIV: donde se concluyen hallazgos en relación con pancreatitis aguda edematosa intersticial estéril. Líquido libre intraabdominal.

Pasa a observación para manejo del dolor, donde se aprecia mejoría tras tratamiento con fentanilo IV. Se inicia sueroterapia, se mantiene en dieta absoluta, con monitorización de constantes y control de diuresis. Mantiene buena función renal y tensiones arteriales.

Para completar estudio se realiza ecografía biliar, en la que se aprecia vesícula con barro biliar en su interior formando un nivel.

Tras los hallazgos de TAC y ecografía el paciente ingresa en planta para tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

La identificación temprana de factores de riesgo ayudará a la disminución de las complicaciones de la propia enfermedad y de los costes hospitalarios, si se pueden prevenir el curso de la patología será más benigno.

Para diagnosticar una pancreatitis aguda se requieren 2 de estas 3 condiciones: dolor abdominal intenso de inicio súbito localizado en el epigastrio y a menudo irradiado a la espalda; amilasa (o lipasa) en sangre 3 veces por encima del valor normal; y/o hallazgos característicos de pancreatitis aguda en pruebas de imagen, normalmente en la tomografía computarizada (TC) o menos habitualmente, pero también correcto, una resonancia magnética (RM) o una ecografía transabdominal.

5 Bibliografía

1. Mesino Timoteo, García López HN. Principales factores de Riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar [Internet]. Medicina General y de Familia. 2018 [citado 10 octubre 2022]. Disponible en: <https://mgyf.org/principales-factores-de-riesgo-para-el-desarrollo-de-pancreatitis-aguda-de-origen-biliar/>
2. Sanz de Villalobos E, Larrubia Marfil JM. Pancreatitis aguda [Internet]. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Sociedad Española de Patología Digestiva / Arán Ediciones, S.L.; 2010 [citado 10 octubre 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010
3. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina-B A, Darnell A, Garcia-Borobia F, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de Posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, societat catalana de cirurgia y societat catalana de pàncrees [Internet]. Gastroenterología y Hepatología. Elsevier; 2015 [citado 10 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-valoracion-tratamiento-pancreatitis-aguda-documento-S0210570514002465>

Capítulo 70

EL PAPEL DE LA ENFERMERIA ANTE UNA EMERGENCIA POR GANGRENA DE FOURNIER

MARÍA CORTES LÓPEZ NAVARRO

DESIREE MARTINEZ GARRIDO

INMACULADA TORRECILLAS SEGURA

CARMEN FUENTES MORENO

DENISA BABA

1 Introducción

La gangrena de Fournier es una emergencia urológica con una alta tasa de mortalidad a pesar de los avances en el campo médico y quirúrgico. La naturaleza agresiva de la infección aboga por la necesidad de un reconocimiento temprano que permita una intervención quirúrgica inmediata. La Gangrena de Fournier (GF) es un tipo de fascitis necrotizante, concretamente una dermohipodermatitis bacteriana, del perineo y los genitales externos. Es secundaria a una infección polimicrobiana por bacterias aeróbicas y anaeróbicas que tienen una acción sinérgica. Representa una verdadera urgencia médico-quirúrgica que requiere una atención multidisciplinar. La etiología se identifica en el 95% de los casos. La fuente de la infección es cutánea, urogenital o colorrectal.

Esta patología está asociada a un mayor número de población que padece de Diabetes Mellitus y estados de inmunosupresión, perjudicando a uno de cada 100.000 habitantes, y desarrollando complicaciones severas uno de cada tres pacientes con esta enfermedad. Las enfermedades relacionadas con la inmunosupresión son uno de los factores predisponentes que pueden indicar pacientes en riesgo: diabetes (el factor más común en el 90-95% de los casos), obesidad, HIV/SIDA, alcoholismo, estados de malnutrición, inmunosupresión médica: uso de fármacos citostáticos o corticoesteroides y neoplasias malignas.

El diagnóstico suele ser clínico, aunque la ecografía ayuda a excluir otras patologías y los estudios de laboratorio ayudan a determinar el grado de gravedad. El índice de gravedad para la gangrena de Fournier es una puntuación numérica que se obtiene de una combinación de parámetros fisiológicos de admisión, en los que se incluyen temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, sodio, potasio, creatinina, leucocitos, hematocrito y bicarbonato.

Además del tratamiento con antibióticos de amplio espectro, el tratamiento de la gangrena de Fournier también requiere un desbridamiento quirúrgico rápido y agresivo del tejido necrótico. El desbridamiento es un procedimiento que consiste en la escisión de tejidos y costras mediante disección cortante, cuya finalidad será dejar el lecho de la herida limpio y libre de tejido necrótico.

2 Objetivos

Destacar la importancia que tiene la Enfermería en los cuidados de pacientes con Gangrena de Fournier antes y después de ser intervenidos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de definir las características y su abordaje en enfermería. Las fuentes de información utilizadas para este trabajo han sido Pubmed, Google Académico, Scielo, Medes y páginas oficiales de Organismos Estatales y autonómicos. Además, se han consultado libros, guías de cuidado de heridas en fascitis necrotizantes.

4 Resultados

El primer signo de alarma, es cuando presentan un dolor en la zona perianal que el principal síntoma por el que acuden a un Servicio de Urgencias. También, pueden presentar otros síntomas añadidos como son fiebre, escalofríos, sudoración y retención de orina. En Urgencias se le realizan numerosas pruebas como analítica de sangre y varios estudios radiológicos. Tras ellos, según la extensión de la gangrena y de su alcance a nivel sistémico se decide pasar a quirófano de manera urgente, el tiempo de espera previo a quirófano es vital para evitar la propagación de la enfermedad.

El primer desbridamiento quirúrgico para reseca tejido no viable suele ser el más importante para la supervivencia del paciente, con recomendaciones en la literatura para realizar un desbridamiento extenso en este paso inicial, incluido un pequeño margen de tejido sano que rodea el tejido no viable.

La necesidad de un reconocimiento y una respuesta rápidos se ha afirmado en múltiples revisiones de la literatura sobre la gangrena de Fournier, incluso unas pocas horas de retraso se correlacionan con resultados significativamente peores y un aumento de la mortalidad. Existe una escala, el índice de severidad de la gangrena de Fournier (FGSI, por sus siglas en inglés), para cuantificar el grado de progresión de la enfermedad, y se ha encontrado que es útil y relativamente eficaz para hacerlo, y aquellos con puntajes superiores a 9 en el índice tienen aproximadamente un 75 % riesgo de mortalidad, mientras que los que tenían una puntuación de 9 o menos tenían una probabilidad de supervivencia de aproximadamente el 75 %.

En conclusión, si se trata el principal problema que es el deterioro de la integridad tisular, se podría evitar que tejido necrótico empeore y así conseguir una recuperación más rápida y segura del paciente, y a su vez se impediría el desarrollo del resto de problemas: sepsis, hemorragia, hipovolemia/shock...

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento para gangrena de Fournier que más se muestra en la mayoría de las publicaciones es el desbridamiento, el uso de antibióticos de amplio espectro y las curas diarias del lecho de la herida con antisépticos, gasas vaselinadas y apósitos. Se ha demostrado que el desbridamiento quirúrgico temprano reduce la mortalidad entre los pacientes con esta afección.

Algunos de los factores predisponentes que se asocian esta patología son: diabetes Mellitus II, alcoholismo crónico, obesidad, infecciones urinarias, trauma-

tismos, hipertensión arterial, tabaquismo, enfermedad vascular periférica, edad avanzada, insuficiencia renal crónica, desnutrición, enfermedades inmunosupresoras, insuficiencia renal crónica, además de los factores sociales como un bajo nivel económico.

Es importante realizar una completa historia clínica así como un examen físico en el que se incluya particular atención a la palpación genital y perineal además del tacto rectal. Se deben considerar además los cambios de coloración, gangrena, crepitación, aumento de la sensibilidad, enrojecimiento y todos los síntomas mencionados que deben alertar a un diagnóstico de la entidad.

6 Bibliografía

1. Erazo A, Carrasco JC, Gonzales OD, Turcios LF, Durón H, Mejía DA. Patologías Asociadas al Desarrollo de Gangrena de Fournier: Serie de Nueve Casos [Dialnet] Lugar de publicación: Arch Med. 2017; 13.
2. Flores Álvarez E, Sánchez Miranda G, Fernández-Sánchez A. Uso del sistema VAC en el manejo de pacientes con gangrena de Fournier. Cirujano General. 2019;(4).
3. Las bases de la Gangrena de Fournier. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica. 2016; Benítez González Y, Sagó Méndez J, Pupo Ricardo A, Fernández Cuenca M, Pupo E. Presentación de un paciente con Gangrena de Fournier. Correo Científico Médico. 2015; 19(3).

Capítulo 71

FARMACOS FIBRINOLITICOS COMO METODO DE URGENCIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

JESUS FRANCISCO SANCHEZ-VALDEPEÑAS SANCHEZ-MANTERO

MARTA LOPEZ MAESTRO

ALMUDENA MORENO SOBRINO

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM) es producido por la isquemia aguda y prolongada debido a una obstrucción parcial o total, la mayoría de las veces por un trombo procedente de una placa de ateroma, de una o varias arterias coronarias, lo que conlleva a una muerte celular del musculo cardiaco.

EL IAM se reconoce por la aparición brusca de los síntomas característicos: dolor intenso en el pecho, en la zona precordial, sensación de malestar general, mareo, náuseas, sudoración...El dolor puede extenderse al brazo izquierdo, a la mandíbula, al hombro, a la espalda o al cuello.

El diagnostico de IAM se confirmará con la realización de un ECG, donde en la mayoría de los casos se producirá una elevación del segmento ST. El diagnostico además se puede completar con un estudio analítico con valores específicos de troponina y creatincinasa.

El tratamiento del IAM consiste en reabrir esa arteria coronaria lo antes posible. Actualmente las dos técnicas más empleadas para la reperusión coronaria son

la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o la trombolisis farmacológica. La ICP se considera hoy en día el tratamiento de elección porque consigue una revascularización más rápida y completa en un mayor porcentaje de arterias coronarias que los fármacos fibrinolíticos, pero desgraciadamente, hoy en día no todos los hospitales cuentan con servicios capaces de practicar ICP primera permanentemente ni con personal dotado para realizarlo, por lo que los fármacos fibrinolíticos se siguen utilizando y son necesarios en muchos centros.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de fármacos fibrinolíticos y su uso para el tratamiento del infarto agudo de miocardio.
- Conocer las principales contraindicaciones en el empleo del tratamiento fibrinolítico

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas: Scielo, Google Académico, Pubmed. Las palabras claves para la búsqueda han sido:

- "Fármacos fibrinolíticos".
- "Infarto agudo de miocardio".
- "IAM".
- "Urgencia".
- "Reperusión IAM".

4 Resultados

El beneficio de tratamiento con fármacos fibrinolíticos en el IAM quedó establecido desde 1986 con la publicación del estudio GISSI. En el mismo se demostró que la administración de estreptoquinasa (SK) intravenosa redujo la mortalidad hospitalaria en los pacientes tratados en las primeras 12 horas desde el comienzo de los síntomas con respecto al control. La mortalidad a 21 días fue 10,7 % con SK frente al 13,0 % en el grupo control, reducción de riesgo relativo 18% ($p=0,0002$) y al año 17,2 % frente al 19,0 % respectivamente, reducción de riesgo relativo (RRR) 9% ($p=0,008$). La reducción de la mortalidad hospitalaria fue mayor cuanto más

precoz fue su utilización: 47% en primera hora, 23 % antes de la tercera, 17% entre la tercera y sexta hora.

Los fármacos fibrinolíticos pueden ser divididos en dos grupos:

- Activadores “no fibrinoespecíficos” como la SK, la uroquinasa (UK), y la anistreplasa (APSAC). Estos actúan sobre el plasminógeno, tanto el circulante como el unido al coágulo, convirtiéndolo en plasmina. Producen la lisis de la fibrina en el coágulo, pero también generan una importante fibrinogenolisis sistémica, con fibrinogenemia y elevación de los productos de degradación de la fibrina circulantes.
- Los activadores “fibrinoespecíficos” (t-PA, scu-PA, reteplasa, tenecteplasa), que en virtud de su relativa selectividad por el complejo binario plasminógeno-fibrina dan lugar a la lisis de fibrina en la superficie del coágulo sin afectar teóricamente al fibrinógeno circulante.

Hay estudios que demuestran que casi todos los grupos poblacionales analizados en lo que se refiere a sexo, edad de los pacientes, topografía del infarto, trastorno de conducción intraventricular, tiempo de evolución, presión arterial y frecuencia cardíaca en el momento de la presentación, se beneficiaron del uso de estos fármacos. Actualmente se consideran candidatos apropiados a todos aquellos que consultan con un dolor típicamente de origen coronario, la ventana de tiempo con mayor eficacia del tratamiento a las primeras 12 horas desde el inicio de los síntomas, desapareciendo después de este plazo.

Existen estudios que permiten cuantificar la evolución temporal del beneficio, de tal manera que cuando son administrados antes de la primera hora, se salvan casi 35 vidas por cada 1.000 pacientes tratados, mientras que pasadas las seis horas solo se salvan 18 pacientes por cada 1.000 tratados. Este beneficio comprende también a los mayores de 75 años.

El otro gran elemento a considerar para la indicación de este tratamiento es el electrocardiograma (ECG) en la presentación del paciente. Todas las guías y protocolos afirman la necesidad de objetivar un supradesnivel del ST que en hombres mayores de 40 años debe ser por lo menos de 0,2 mV (2 mm) en dos derivaciones contiguas (4-6), mientras que en hombres menores de 40 años debe ser mayor de 0,25 mV (2,5 mm). En mujeres, el supradesnivel de ST en derivaciones V2-V3 debe ser igual o mayor de 0,15 mV (1,5 mm), mientras que en otras derivaciones puede ser de 0,1 mV (1 mm), en ausencia de hipertrofia ventricular izquierda o bloqueo completo de rama izquierda (BCRI).

Cuando se observa una depresión del ST en precordiales derechas (V1 a V3) con T positiva, deben registrarse las derivaciones posteriores (V7 a V9) para descartar infarto posterior, el que se manifiesta por supradesnivel de 0,1 mV (1 mm) en esas

derivaciones. Si el paciente se presenta con un BCRI nuevo o presumiblemente nuevo, asociado a isquemia miocárdica en curso, se debe considerar la terapia de reperfusión rápidamente. Cuando se analiza un ECG con BCRI en un cuadro de isquemia en curso, un supradesnivel de ST en las derivaciones donde los complejos QRS son positivos, debe hacer presumir una oclusión de arteria coronaria epicárdica.

Para la administración de fibrinolíticos se necesita la misma infraestructura que en cualquier área de reanimación (monitor y desfibrilador) que permita tratar los eventuales efectos secundarios de su utilización y las arritmias de reperfusión que se presentan hasta en 80 % de los casos.

Después de llevarse a cabo la fibrinólisis se debe valorar la respuesta y los criterios de reperfusión, puesto que de ello dependen las conductas posteriores. Se debe tener en cuenta la desaparición del dolor, resolución del ST y la presencia de arritmias de reperfusión. Cuando hay completa desaparición del dolor y descenso del ST mayor de 70 % (en la derivación de mayor ST), la reperfusión es altamente probable. La completa resolución del ST a los 60 a 90 minutos de iniciada la fibrinólisis es un marcador útil de repermeabilización arterial.

Por el contrario, si se mantiene el ST sobreelevado, es altamente sugestivo de que la arteria se mantiene ocluida. Cuando no existe un descenso del segmento ST de por lo menos 50% a los 90 minutos de administrado el fármaco fibrinolítico, se debe considerar la realización de una intervención percutánea de rescate.

Obviamente el gran problema de los fármacos trombolíticos son los sangrados y sobre todo el sangrado intracraneal que ocurre entre 0,9 % y 1,0 % en todos los estudios. En general se produce en las primeras 24 horas de la administración y los elementos predisponentes son la edad avanzada, el bajo peso, el sexo femenino y la hipertensión arterial.

Los sangrados mayores no cerebrales ocurren entre el 4 % y 13 % de los casos. Como se sabe, la SK tiene la particularidad de generar alergia y anticuerpos, por lo que sí es administrada nuevamente antes de los seis meses, pierde efectividad y aumenta la posibilidad de reacciones anafilácticas.

Las contraindicaciones del tratamiento fibrinolítico se enumeran a continuación:

1. Absolutas

- Algún sangrado intracraneal.
- Lesión vascular estructural cerebral conocida.
- Neoplasma intracraneal maligno conocido (primitivo o secundario).
- ACV isquémico de menos de tres meses, excepto si es agudo en las primeras 4,5 horas (las guías europeas toman seis meses de ACV precedente).
- Sospecha de disección aórtica.

- Sangrado activo o diátesis hemorrágica (excepto menstruación).
- Trauma facial o craneal cerrado significativo en los tres meses previos.
- Cirugía intracraneal o espinal en los dos meses previos.
- Hipertensión severa no controlada (sin respuesta a tratamiento de emergencia).
- Para la estreptoquinasa tratamiento en los seis meses previos.
- Las guías europeas agregan sangrado gastrointestinal en el mes previo.

2. Relativas

- Historia de hipertensión severa, crónica y mal controlada.
- Hipertensión significativa en la presentación (sistólica > de 180 mmHg o diastólica > de 110 mmHg).
- Historia de stroke con evento mayor en los tres meses previos (la guía europea agrega AIT en los seis meses previos).
- Demencia.
- Patología intracraneal no mencionada en las contraindicaciones absolutas.
- Reanimación cardiopulmonar traumática o prolongada (> a 10 min).
- Cirugía mayor en los tres meses previos.
- Sangrado interno reciente (dos a cuatro semanas).
- Punciones vasculares no compresibles.
- Embarazo (la guía europea agrega posparto de una semana).
- Úlcera péptica activa.
- Terapia con anticoagulantes.
- La guía europea agrega endocarditis infecciosa.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España, con más del 40% del total de los fallecidos en nuestro país, además, el dolor torácico es uno de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, pese a ello, hoy en día no todos los hospitales tienen servicio para realizar intervención coronaria percutánea primaria por lo que el uso de fármacos fibrinolíticos en el IAM es la primera elección de tratamiento en estos centros. Numerosos estudios han demostrado eficacia demostrada para la reperusión coronaria, siempre que se emplee en el tiempo correcto (preferentemente antes de las 6 horas desde el inicio de los síntomas) y por sanitarios actualizados y puestos al día en el empleo de estos fármacos.

6 Bibliografía

1. Junker G. Tratamiento fibrinolítico en el infarto agudo de miocardio. *Revista Uruguaya de Cardiología* [Internet]. 2013 Dec 1;28(3):430–6. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000300017
2. Escudero-González A, Flores-Ríos X, Barbeito-Caamaño C, Pardo-Martínez P, Vázquez-González N, Vázquez Rodríguez JM. Intervención coronaria percutánea primaria en el SCACEST fuera del horario laboral. ¿Tiene peores resultados clínicos? *Revista Española de Cardiología*. 2018 Jul;71(7):588–90.
3. Infarto agudo de Miocardio. Causas, síntomas y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. www.cun.es. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infarto-miocardio>
4. García-Zamora S, Rosende A. Fibrinólisis en el infarto agudo de miocardio, ¿una reivindicación histórica? *Archivos de Cardiología de México* [Internet]. 2020 Dec 17 Available from: https://www.archivoscardiologia.com/files/acm_0277_20_fibrinolisis.pdf
5. Perapoch-Cunyat N. Fibrinólisis en infarto agudo de miocardio en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Enfermería Clínica*. 2009 Sep;19(5):284–8.

Capítulo 72

TRATAMIENTO A USUARIOS INFECTADOS POR ESTAFILOCOCO AUREUS

AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ

MARTA DÍAZ PECO

MARÍA TERESA CORREDOR RIVERA

1 Introducción

1. COCOS GRAM POSITIVOS DE INTERÉS EN ENFERMERÍA.

El *Staphylococcus aureus* / *S.aureus* también denominado Estafilococo dorado, es un coco Gram positivo de la familia Micrococcaceae. Debido a su estructura morfológica se comporta como un anaerobio facultativo. Es considerado un microorganismo comensal, tanto para personas como para los animales. Se considera un problema de Salud pública, ya que como agente microbiano produce procesos infecciosos, tanto de origen comunitario como hospitalario, de diversa gravedad en seres humanos. Este patógeno ha sido muy estudiado en la actualidad, pues además de la alta frecuencia con la que aparece en las personas, presenta cepas resistentes a la meticilina (SARM), siendo una de las principales causas de infección en nuestro país.

La meticilina es un antibiótico muy utilizado en el ámbito sanitario. Actúa como betalactámico. Tiene un espectro reducido del grupo de las penicilinas. Actualmente, no se utiliza en el ámbito sanitario, siendo sustituido por la flucloxacilina y la dicloxacilina.

2. LA MORFOLOGÍA DE COCOS GRAM POSITIVOS, TOXINAS Y TIPOS DE CULTIVO.

MORFOLOGÍA

Las bacterias Gram positivas, tienen la forma de coco y suelen aparecer en forma de racimos. Estas bacterias no son formadoras de esporas. Tienen un tamaño que oscila entre 0.5 a 1 micrómetros de diámetro. Los Gram positivos son inmóviles. Tienen la capacidad de crecer en un amplio rango de pH y temperaturas. Son capaces de crecer a altas concentraciones de cloruro sódico .

Como norma general no suelen estar encapsuladas. Algunas cepas son capaces de producir una cápsula externa que incrementa la capacidad para producir infección en las personas. Aquellas bacterias que poseen una cubierta o cápsula, está conformada de polisacáridos, monosacáridos, péptidos y proteínas. Estas cápsulas reciben el nombre de slime o cápsula mucoide. Esta cápside incrementa su capacidad de adherencia, evita que sea reconocido, así como refuerza el efecto antifagocítico. Por todo ello, suelen desarrollar resistencia a los antibióticos. Se conocen 11 tipos capsulares de *S. aureus*.

La capa polisacárida extracelular les confiere la capacidad de adherirse a las células huésped diferentes, a objetos protésicos, como catéteres, injertos y prótesis plásticas.

Aquellos que poseen coagulasa son capaces de coagular el plasma. Los catalasa positivos, metabolizan ácidos nucleicos, debido a la producción de enzimas que degradan el ADN. En su pared celular posee peptidoglucanos, las diferencias en la estructura del peptidoglucano en cepas de *S. aureus* constituyen diferencias en su capacidad de causar coagulación intravascular diseminada. También poseen ácidos teicoicos y proteína A.

3. INFECCIÓN NOSOCOMIAL ASOCIADA AL ESTAFILOCOCO AUREUS.

Las infecciones nosocomiales son aquellas contraídas por un usuario durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso.

También hablamos de infección nosocomial cuando aparecen después de que el paciente reciba el alta. Asimismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Las infecciones nosocomiales son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria en centros hospitalarios. Constituyendo uno de los principales problemas de Salud Pública en la asistencia sanitaria en los países desarrollados.

Las localizaciones más frecuentes de la infección nosocomial son las siguientes: las vías urinarias, las vías respiratorias inferiores y las heridas quirúrgicas.

Entre los microorganismos productores de la infección nosocomial destaca el

estafilococo aureus. Una bacteria que provoca un 9,24% de las infecciones nosocomiales en España; según los datos del EPINE del año 2017.

Tras la aparición del antibiótico de la penicilina para uso clínico se produjo una revolución en el tratamiento del *S. aureus*. Pero al poco tiempo de su tratamiento con penicilina, este se hizo resistente a ella.

Se sustituyó la penicilina por penicilinas semi-sintéticas (como oxacilina y meticilina) pero apareció el MRSA o SARM (*S. aureus* resistente a meticilina).

El MRSA puede penetrar en el organismo humano y ocasionar una infección local o sistémica. Esto es debido a su gran capacidad de adquirir determinantes de resistencia a antibióticos. Además de ello presenta factores de virulencia muy variables, con los que puede favorecer la colonización e invasión celular, degradación o evasión de células inmunes, así como alteración de tejidos o su propia multiplicación.

Todo esto lo convierte en uno de los organismos patógenos bacterianos más importantes causantes de infecciones nosocomiales en todo el mundo, especialmente en personas debilitadas o inmunodeprimidas.

Este porcentaje aumenta si nos centramos en el ambiente hospitalario.

En el mundo hospitalario podemos encontrar brotes intrahospitalarios. Esto es debido a que gran parte del personal que trabaja en él suele ser portador sin conocerlo. Estos profesionales sanitarios y no sanitarios se les considera el principal causante de las infecciones nosocomiales.

El problema del MRSA se agravó en la última década, ya que se produjeron cepas multiresistentes, incluso a antibióticos de última generación. Apareció el SARV a nivel internacional. Esta bacteria es resistente a la vancomicina. Debiendo ser necesario realizar un adecuado uso de los antibióticos.

2 Objetivos

- Conocer las herramientas y tratamiento al alcance de los profesionales enfermeros para realizar un adecuado abordaje de los pacientes que presenten SARM en el medio hospitalario.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de Internet en las principales bases de datos actuales. Se analizaron diversos artículos científicos en el portal de Google escolar, Dialnet y Elsevier.

Tras una revisión en profundidad de los artículos se seleccionaron aquellos que pudieran dar la base a este artículo. Estos los podemos encontrar en la bibliografía final.

4 Resultados

Dentro del tratamiento de los síntomas y signos de aquellos paciente infectados por la bacteria estafilococo aureus.

- Podemos hablar en un primer momento de medidas de carácter local. Dentro de ellas encontramos:

- El desbridamiento del tejido necrótico, esta resección puede realizarse de forma parcial o total.
- Una adecuada descontaminación de la zona antes de realizar el desbridamiento.
- Cura y drenaje de los abscesos que pudieran aparecer causados por la acción bacteriana.
- Retiro de cuerpos extraños del organismo, como catéteres intravenosos, suturas u otros materiales utilizados durante el proceso de enfermería. Estos pueden ser el medio de transmisión de la infección.

- Se deberán seleccionar los antibióticos según la gravedad de la infección y los perfiles locales de resistencia. Esto lo realizará el personal médico. El papel enfermero en este caso será la administración de estos al paciente.

La elección inicial y la dosis de antibióticos dependen del sitio de la infección; la gravedad de la enfermedad; y de la probabilidad de que cepas resistentes estén involucradas.

- Se puede llegar a necesitar una cirugía para extracción de un dispositivo o catéter infectado; tales como catéteres centrales, reservorios, válvulas o marcapasos cardíacos.

- Se realizará tratamiento con líquidos intravenosos, si precisa, para el mantenimiento de la perfusión de los órganos vitales y mantenimiento de una correcta tensión arterial.

- Se monitorizará la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el ECG y la saturación de oxígeno.

- En algunos casos se necesita una asistencia respiratoria.

Para la adecuada investigación de un brote epidémico en un centro Hospitalario por el SARM se requerirá básicamente del aislamiento e identificación de las cepas causales, a partir de los pacientes infectados. Para ello se tomará una muestras ambientales del usuario potencialmente colonizado o contaminado .

Realizaremos para estos pacientes un aislamiento estricto, considerado el más severo. Esta medida es necesaria, ya que estos patógenos son de alta virulencia y gran contagiosidad.

Dentro de las medidas de aislamiento estricto para estos patógenos bacterianos encontramos :

- Las prendas utilizadas por el profesional enfermero deben estar ubicadas dentro de la habitación, excepto la mascarilla, la cual se pone antes de entrar. Al salir de la habitación se tirarán en un contenedor especial dentro de la habitación. La mascarilla se desechará al salir.
- Al ser residuos contaminados provenientes de pacientes con enfermedad causada por un germen multiresistente, se consideran del Grupo III en Aragón , siendo estos destruidos mediante autoclave o incineración.
- Se utilizarán para el manejo de los residuos contaminados y del paciente infectado los siguientes EPI: unos guantes, la bata, el gorro, las calzas y la mascarilla.
- Colocaremos a estos pacientes en una habitación individual, preferentemente.
- La puerta de la habitación la mantendremos siempre cerrada y restringiremos el acceso a dicha habitación, en la medida de lo posible.

5 Discusión-Conclusión

El uso de antibióticos dentro del ámbito hospitalario representa 1 de cada 3 tratamientos instaurados en los pacientes. Numerosos estudios estiman que un alto porcentaje de prescripciones, entorno al 10 % hasta el 50% son inadecuadas, lo que ha conducido a que las bacterias muten, se desarrollen y evolucionen. Esto ha llevado a la aparición de cepas multiresistentes a los antibióticos. Por todo ello, se debe hacer especial hincapié en la prevención de la transmisión y en el uso racional de los antimicrobianos.

Para una adecuada caracterización epidemiológica del SARM se realizará un aislamiento estricto. Este es considerado el más severo, fundamental para evitar la diseminación de las cepas más agresivas del *S. aureus*.

El profesional enfermero debe conocer todos los métodos existentes a su alcance para tratar los síntomas y signos de aquellos pacientes infectados. Todo ello con la finalidad de contribuir a aumentar la salud de estos pacientes, aumentando la calidad de la asistencia profesada.

6 Bibliografía

1. Camarena, J., Sánchez, R. Infección por *Staphylococcus aureus* resistente a metilcilina. Departamento de Microbiología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.
2. La cueva M. Resistencia a antibióticos en *Staphylococcus aureus*. Evolución y perspectiva actual.
3. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. *Staphylococcus aureus*. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Staphylococcus_aureus#Morfolog%C3%ADa.
4. Jawetz, E. Jawetz, M. Microbiología médica. José Rafael Blengio Pinto (traductor) (25a edición). Estados Unidos: McGraw-Hill-Lange. Disponible en: <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UNANL.75705>.
5. Murcia Salud.net [Sede web] ¿Cuáles son las recomendaciones más adecuadas en el aislamiento de contacto en pacientes ingresados en el hospital y con infección por *Acinetobacter baumannii* multirresistente o por estafilococo *aureus* resistente a meticilina? [Acceso el 11 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/preevid/19143>.
6. Medlineplus [Sede web]. Cuidados personales en casa- infecciones por estafilococos. [Acceso el 11 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000686.htm>.
7. Mayo Clinic [Sede web]. Infecciones por estafilococos. [Acceso el 11 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/staph-infections/symptoms-causes/syc-20356221>.
8. Kidshealth.org [Sede web]. Síndrome del shock tóxico. [Acceso el 11 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/toxic-shock.html>.
9. Shea-Span[Sede web]. MRSA. [Acceso el 11 de octubre del 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/mrsa/pdf/SHEA-SPAN_mrsa.pdf
10. Wikipedia.org[Sede web]. *Staphylococcus aureus* resistente a la Meticilina. [Acceso el 11 de octubre del 2022]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Staphylococcus_aureus_resistente_a_la_meticilina.

Capítulo 73

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARTA DÍAZ PECO

AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ

MARÍA TERESA CORREDOR RIVERA

1 Introducción

En el año 1964, se crea el Servicio Especial de Urgencia, lo cual establece el origen de la asistencia a las urgencias en España. Más tarde, se originan centros sanitarios que se consideran el principio de la asistencia por especialidades: los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). A la vez que se produce esta evolución de los servicios de urgencias, continúa el crecimiento de la enfermería como profesión, pues en el año 1977 se crean los estudios dentro de la Diplomatura de Enfermería. Esto en la actualidad se queda muy obsoleto, pues el título de enfermera se obtiene con el Grado en Enfermería tras 4 años de carrera.

Se ha de resaltar el hecho de que gran parte de los Servicios de Emergencias Extrahospitalarias (SEE) exigen que sus profesionales de enfermería tengan una formación específica para el desempeño de sus funciones. Por el contrario, en los Servicios de Urgencias Hospitalarias no sucede lo mismo, ya que no exigen ningún tipo de formación concreta.

A pesar de estos inconvenientes que pueden aparecer, no se duda del alto nivel de cualificación y capacitación de los profesionales de enfermería de nuestro país, sobre todo por la propia exigencia que requiere su labor profesional.

La Atención Primaria de Salud (APS) lucha para poder alcanzar el nivel óptimo de salud, ya que se trata de un derecho fundamental para todas las personas. Los determinantes de la salud están centrados en aspectos generales relacionados con la salud física, con la salud mental, con la salud social y el bienestar. Así, la atención primaria de salud pone a disposición de todas las personas una atención integral e integrada de calidad, contando desde la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, así como los cuidados paliativos lo más cerca posible de ellas.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente estudio es obtener un enfoque rápido y directo del manejo de las principales urgencias que se suelen ver en Atención Primaria como son la disnea, el dolor torácico agudo y la hipertensión arterial, así como aquellos momentos en los que debemos de estar más alertas y distinguir los que será necesaria la derivación del paciente al SUH para el mejor manejo de la patología del paciente.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos por las diferentes bases de datos como Pubmed y Medline, y en buscadores como Google Académico. Como filtros, se ha fijado el periodo de tiempo comprendido entre los años 2019 y 2022, y como idiomas el castellano y el inglés.

Palabras clave: disnea, infarto, urgencias, atención primaria.

4 Resultados

DISNEA

Definición: Sensación subjetiva de “falta de aire” la cual se puede producir en personas sin patologías previas después de la realización de ejercicio moderado o vigoroso. Esta sensación, por tanto, habría de considerarla como anormal si se produjera estando en reposo.

Causas: Cardiocirculatorias, respiratorias, psicológicas, metabólicas o mecánicas.

Anamnesis:

Medición del grado de disnea a través de escalas.

Bradipnea, ortopnea

Dolor torácico

Expectoración purulenta o hemática

Exploración física:

Constantes vitales (TA, pulso, temperatura)

Valoración del estado general y del nivel de conciencia

Signos cutáneos

Tiraje intercostal

Auscultación pulmonar y cardíaca

Pruebas complementarias: ECG, pulsioximetría, glucemia

Tratamiento:

Elevación del cabecero 45°.

VVP con SG al 5%.

Oxigenoterapia

- Criterios de derivación: Todos aquellos pacientes con criterio de gravedad deberán ser valorados en el hospital. Por este motivo, ante cualquier sospecha de disnea deberemos actuar siguiendo el algoritmo de decisión protocolizado de cada centro de salud.

DOLOR TORÁCICO AGUDO

Definición: El dolor torácico agudo puede ser causado por múltiples circunstancias de diferente índole, una de ellas podría ser el síndrome coronario agudo (SCA). El SCA engloba una serie de patologías que tienen en común una hipoperfusión coronaria brusca, que puede desembocar en una isquemia miocárdica que produce la muerte de células dando lugar a un infarto agudo de miocardio (IAM).

Causas: Cardíacas, vasculares, neuromusculares, psicológicas, etc.

Anamnesis. Características del dolor:

Inicio gradual e insidioso.

Localización variable, principalmente en el centro del pecho que se irradia hacia el lado y brazo izquierdo, epigastrio, cuello...

Se intensifica con el esfuerzo físico y suele durar más de 20 minutos.

Exploración física:

Hipoperfusión sistémica: Hipotensión arterial, taquicardia, nivel de conciencia alterado, frialdad y palidez cutánea, sudoración profusa.

Abdomen distendido, sensible, con masas pulsátiles y megalias.

Constantes vitales alteradas.

Electrocardiograma con detección de arritmias y defectos en la conducción.

Tratamiento: Reposo, analgesia (morfina, nitroglicerina iv), oxigenoterapia, antiagregante y anticoagulante (AAS y clopidogrel).

Criterios de derivación:

Paciente con dolor torácico agudo e inestable hemodinámicamente.

Paciente con dolor torácico agudo como consecuencia a otra patología grave.

Paciente con dolor torácico agudo que precise tratamiento más específico.

5 Discusión-Conclusión

La atención primaria de salud es el nivel básico de la atención. Permite un enfoque rápido y esencial de la salud con el fin de asegurar el máximo grado de salud y bienestar centrando su atención en cubrir las necesidades de los pacientes lo antes posible. Comprende las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, dirigiéndose al paciente y a la comunidad.

La importancia de la APS se centra en que es la “puerta de entrada” del sistema sanitario además de una fortaleza para las funciones de la Salud Pública.

6 Bibliografía

1. Morillo Rodríguez, J; Delgado Sánchez, R; Pérez Alonso, A; et al. Actuación de la Enfermera/o en el ámbito de los cuidados en situaciones de Urgencias y Emergencias. Ed. Instituto Español de Investigación enfermera y consejo general de enfermería de España. 2020.
2. DOGC. Anuncio por el que se establecen directrices para el ejercicio de las actuaciones enfermeras en la atención a las urgencias y emergencias del ámbito prehospitalario. DOGC. 2018(7733).
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Atención primaria de salud. 2021. [Consultado 10 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int>
4. Gómez del Pulgar M. Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: un Instrumento para el Grado en Enfermería [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/21343/>
5. Fernández Lerones, M. J., Landakuce Fuentes, M., & Mora Saez, E. (2018). Valoración de la disnea como síntoma urgente en atención primaria. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 7(2), 80–83.

6. Gavilán Moral, E. A propósito de un caso (2016). Evaluación inicial y manejo del síndrome coronario agudo desde Atención Primaria, (February), 81| – 88. Disponible en [https:// www.researchgate.net/publication/310249048](https://www.researchgate.net/publication/310249048)

Capítulo 74

ABORTO ESPONTÁNEO. CASO CLÍNICO

SARAI RODRIGUEZ MENENDEZ

1 Introducción

Podemos definir el aborto espontáneo como aquel embarazo que finaliza espontáneamente antes de que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad. La OMS lo define como la "expulsión o extracción uterina de un embrión de unas 20-22 semanas gestacionales.

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo. La pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal.

Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.

La mayoría de los abortos espontáneos ocurren antes de la semana 12 del embarazo. Y normalmente presentan los siguientes signos y síntomas: Manchado o sangrado vaginal, dolor o calambre en el abdomen o en la región lumbar, líquido o tejido que sale de la vagina.

La mayoría de las mujeres que tienen manchado o sangrado vaginal durante el primer trimestre tienen embarazos sin complicaciones.

Otras causas posibles de aborto espontáneo son: drogadicción y alcoholismo, trastornos de la coagulación, exposición a toxinas ambientales, problemas hormonales, infección, sobrepeso, tabaquismo, etc.

Alrededor de la mitad del total de los óvulos fecundados muere y se pierde (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada.

2 Objetivos

- Dar a conocer el manejo del aborto espontáneo en el servicio de urgencias a partir de un caso clínico.
- Ampliar conocimientos sobre esta patología tan común en mujeres en edad fértil.

3 Caso clínico

Mujer de 30 años de edad, refiere embarazo de 8 semanas de gestación (no confirmado por ecografía) que acude a urgencias por dolor intenso vespertino en ambas fosas renales y sangrado vaginal abundante con expulsión de coágulos. En la valoración en triaje de urgencias por parte de enfermería, presenta palidez cutánea y sudoración, tensión arterial 102/56, frecuencia cardíaca 110, saturación de oxígeno 99% y temperatura medida en el oído de 37°C.

Algunas mujeres que tienen un aborto espontáneo pueden desarrollar una infección en el útero. A esto también se le llama aborto espontáneo séptico. Los signos y síntomas de esta infección incluyen los siguientes: Fiebre, Escalofríos, Sensibilidad en la parte baja del abdomen, así como abundante secreción vaginal con mal olor.

Valorada por médico de urgencias impresiona de aborto espontáneo, se avisa a ginecólogo de guardia para confirmar diagnóstico y toma de decisiones y pruebas correspondientes.

Respecto al plan de actuación, se le canaliza vía venosa para extracción de analítica y administración de analgesia pautaada después de la exploración , logrando la remisión del dolor de forma exitosa.

En la exploración por parte de ginecólogo de guardia , se recogen restos embrionarios en vagina que son enviados a anatomía patológica para su completo análisis.

El estudio del aborto espontáneo resulta un complejo desafío. A las dificultades

inherentes a la propia naturaleza del proceso, se une la escasa información aportada por los estudios previos realizados sobre el tema

Junto a la edad materna, el factor más firme y consistentemente asociado con la aparición de aborto espontáneo es la existencia de antecedentes de tal complicación en gestaciones anteriores. Su existencia implica un mayor riesgo de repetición del mismo, estimado en un 20% después de un aborto, un 28% después de dos y un 43% después de tres.

4 Discusión-Conclusión

Resulta difícil, e inexacto, hablar de etiología del aborto espontáneo. En realidad, debiéramos de hablar de factores asociados a un proceso del cual desconoceremos el agente causal en una gran mayoría de casos. Se han descrito múltiples factores como posibles "etiologías" sin que haya habido confirmación en la mayoría de ellos.

En ella parecen participan muchas causas, destacando las anomalías intrínsecas del producto y los progenitores, la exposición a diversas sustancias y radiaciones (algunas de ellas ambientales, las distorsiones en la cavidad uterina y algunas patologías capaces de afectar el complejo mecanismo homeostático materno.

Hasta el momento existe un alto grado de coincidencia en todos los estudios en relacionar la edad materna avanzada y los antecedentes de abortos previos como "factores de riesgo" de aborto.

5 Bibliografía

1. Hewshaw S. Aborto inducido: Una revisión mundial. *Fam. Plann Perspect* 1990; 22: 76-89, *Bol. Oficina Sanit. Panam* 1994; 116 (1): 56.
2. Delgado Y, Pedroso A, Roa P, Reyna M, Sánchez D. Aspectos de la sexualidad en un grupo adolescente atendidos por el médico de la familia. *Rev. Cuba, Med. Gen Integr* 1990; 7 (3): 238-42.
3. Pinto A, Gabiatti Y, Motta M, Paiva L, Vergilio M, Silva J. Algunas Características del aborto en la adolescencia, *Reproducción* 1991; 6 (4): 201-5.
4. Ruffer R. La planificación familiar y la Mortalidad Materna e Infantil en los Estados Unidos. *Bol. Oficina Sanit. Panam* 1993; 115 (5): 389-404.

Capítulo 75

PLAN DE CUIDADOS EN URGENCIAS EN PACIENTE CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

YOLANDA MEDEL ALCÁNTARA

ANA ISABEL SÁNCHEZ BALLESTEROS

CRISTINA VON MUNTHER AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

1 Introducción

Problema de salud actual:

Raquel J.A., mujer de 34 años que acude al servicio de Urgencias 10/03/2015 a las 08:30h de la mañana procedente de su domicilio y acompañada por su marido por aparición brusca de dolor abdominal localizado en flanco derecho desde las 05:00 h de esta noche sin otros síntomas acompañantes. No presenta náuseas, vómitos ni diarrea.

Clasificación en triaje: Nivel III. (Amarillo).

Fecha y hora de valoración: 10/03/2015 a las 17:30.

Fuente de datos: Historia clínica, paciente y acompañante (marido).

La paciente refiere haber acudido a Urgencias porque mientras dormía le ha despertado un dolor agudo de aparición repentina en el abdomen, de “sensación

punzante y continuo”, localizado en flanco derecho, “hacia la ingle”, sin náuseas ni vómitos, pero con sensación de micción urgente, sin lograr eliminación.

Antecedentes familiares de HTA (abuela) y dislipemia (padre).

La paciente refiere que hace aproximadamente cinco meses estuvo ingresada por un cólico nefrítico. Además recientemente ha presentado infección respiratoria de vías altas, con tos sin expectoración. Post-parto hace dos meses, con un episodio resuelto de mastitis hace 15 días y actualmente lactando.

No tiene hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas u otras conocidas.

No ha tomado medicación antes de acudir a Urgencias.

2 Objetivos

- Describir un caso clínico real de una paciente que acude a urgencias con dolor.
- Realizar una valoración de enfermería completa con la ayuda de la entrevista clínica y los patrones funcionales de M. Gordon y así poder llevar a cabo un plan de cuidados siguiendo la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

3 Caso clínico

Valoración de enfermería basada en los patrones de M. Gordon.

1. Patrón percepción-manejo de la salud:

La paciente considera tener buena salud, aparte de complicaciones puntuales como la de hoy.

Asegura tener el calendario vacunal completo pero no se vacuna de la gripe.

Observación: Aspecto general cuidado aunque en tensión postural por dolor. Impresión subjetiva de gravedad moderada.

2. Patrón nutricional-metabólico:

La paciente afirma seguir una dieta variada y equilibrada, suele comer 4 o 5 veces al día, y sobre todo alimentos ricos en proteínas y fibra. No tiene intolerancias conocidas actualmente ni restricciones alimentarias. Toma suplementos nutricionales para la lactancia. La última ingesta que realizó fue un yogur anoche a las 23:30 h. Se encuentra en dieta absoluta en el momento actual.

En cuanto a la ingesta hídrica, comenta beber alrededor de 1,5-2 litros de agua al día, que cuantifica mediante botellas, especialmente por la lactancia. Teniendo en cuenta los alimentos, toma alrededor de 2,5-3 litros de líquidos al día. La última ingesta fue anoche durante la cena, unos 500 ml (dos vasos) de agua.

En los últimos 2 meses ha perdido 5 kg debido al puerperio.

No presenta náuseas, ni vómitos, ni tampoco previos. Actualmente presenta anorexia, pues afirma “sentir el estómago revuelto”. Sin pirosis ni disfagia.

Examen:

Exploración abdominal:

- Inspección: no se observa distensión, simétrico en todos sus cuadrantes, ombligo localizado en mesogastrio, sin cambios durante la inspiración.
- Auscultación: disminución de ruidos intestinales en cuadrantes superior e inferior izquierdos, de intensidad leve en cuadrante inferior derecho.
- Percusión: resonancia timpánica grave en flancos y más aguda en fosas ilíacas. Puño percusión positiva.
- Palpación: sin signos de irritación al tacto ni con la presión, blando, depresible y sin dolor. Éste se alivia con la presión. Signo de Murphy y Blumberg negativos. Piel ligeramente pálida, sin signos de cianosis, cálida y seca al tacto; hidratada y turgente (signo del pliegue cutáneo < 1 seg). Sin prominencias óseas marcadas, No presenta lesiones ni edemas.

Mucosa oral hidratada y sonrosada, labios y lengua húmedos. Sin lesiones.

Piezas dentales completas. Buen estado de higiene, aparentemente sin caries.

Canalizado catéter venoso periférico n°20 en cara externa del brazo derecho.

Peso aproximado: 60 kg

Talla aproximada: 1,65 m

IMC: 22,0588 (normopeso)

Temperatura: 36,1°C

3. Patrón eliminación:

La paciente refiere realizar habitualmente entre 7-8 micciones al día, generalmente de color claro y sin olor. Desde que se inició el dolor ha presentado variaciones, puesto que actualmente afirma sentir sensación de urgencia urinaria con eliminación escasa, disuria y tenesmo. Orina clara y sin olor actualmente.

En cuanto a la eliminación intestinal la paciente comenta que la última deposición que realizó fue ayer por la mañana, con problemas de esfuerzo para la evacuación, escasa, de color marrón oscuro y compacta. Comenta que encontró pequeñas manchas de sangre de color rojo intenso al limpiarse. No ha sufrido variaciones en cuanto a su patrón habitual puesto que asegura ser estreñida y presenta hemorroides desde el parto que le dificultan la evacuación.

Es doble continente y no precisa dispositivos auxiliares.

Comenta sudar con normalidad con temperaturas elevadas y esfuerzo físico.

Examen: Pendiente de resultados de análisis y cultivo de orina. Con control de diuresis por sospecha. No ha realizado deposición desde el ingreso en la unidad.

4. Patrón actividad-ejercicio:

La paciente verbaliza que apenas realiza actividad física normalmente excepto las ABVD, las cuales es capaz de realizar de manera independiente. Su patrón habitual ha cambiado desde la aparición del dolor, pues actualmente es incapaz de mantenerse en bipedestación durante un tiempo prolongado ni de mantener una postura erguida.

No trabaja actualmente debido a la baja por maternidad.

Examen:

FC: 83 lpm. Pulso periférico conservado, regular, rítmico y lleno, fácilmente palpable.

TA: 121/83 mmHg.

FR: eupneica (12 rpm), regular y profunda, sin aparición de dolor con la inspiración.

Sat. O₂ basal: 98 %.

Exploración respiratoria:

- Inspección: expansión simétrica de la caja torácica durante la inspiración.
- Palpación: no se palpan masas, lesiones ni aparece dolor con la presión. Sin variación anormal del frémito.
- Percusión: ruido submate pero resonante en exploración lateral.
- Auscultación: murmullo vesicular en exploración anterior y posterior en ambos hemitórax. Sin identificación de soplos.

No precisa realización de ECG. Extraída muestra de sangre para analítica en laboratorio (bioquímica, coagulación y hemograma).

Postura corporal en Fowler alto, ligeramente encogida, con las rodillas levemente flexionadas. Sin signos/síntomas de fatiga, cansancio o disnea. Presenta buena movilidad articular y firmeza muscular. Tiene suficiente fuerza en las manos. Apariencia cuidada y bien aseada. Disminución de la energía debido al dolor. Sin tos ni expectoración.

5. Patrón sueño-descanso:

La paciente afirma dormir alrededor de 8 h, a pesar de levantarse cada 3 o 4 horas para la lactancia y asegura levantarse descansada. Su patrón habitual se ha visto alterado actualmente por la aparición brusca del dolor durante esta noche.

6. Patrón cognitivo-perceptual:

La paciente comenta no tener dificultades de vista ni audición y no tiene pérdidas de memoria. No siente vértigos ni mareos actualmente, así como problemas de sensibilidad térmica o parestesias, y tampoco de forma previa.

Normalmente afirma no sentir dolor, a excepción de este episodio, que se localiza en flanco derecho e irradiado hacia fosa iliaca derecha, de tipo agudo, intenso, con inicio espontáneo de 4 horas de evolución y que incrementa en decúbito supino y bipedestación. Le recuerda al episodio que sufrió de cólico nefrítico.

Examen:

Consciente y orientada en las tres esferas, sin lapsos de atención. Oye el tono normal de conversación y comprende las preguntas formuladas y la información ofrecida. Lenguaje cuidado y vocabulario amplio.

Cuestionario de dolor español (CDE):

- Valor de intensidad total (0/14): 9.
- Valor de intensidad actual (0/5): 3.
- Escala Visual Analógica (0/10): 8.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto:

La paciente reconoce estar preocupada y sentir cierto temor por la causa que ha desencadenado el dolor, puesto que le recuerda a cuando sufrió el cólico renal. Sin problemas de autoestima habituales ni relacionados con el dolor.

Afirma que estar acompañada de su marido le aporta cierta tranquilidad y seguridad.

Examen: No presenta signos de ansiedad o tristeza pero exterioriza preocupación e intranquilidad cambiando de postura cada poco tiempo. Mantiene el contacto visual y su patrón de voz y conversación no se encuentran alterados.

Escala de Ansiedad de Hamilton: 18 puntos (ansiedad leve).

8. Patrón rol-relaciones:

Historia:

La paciente vive en Guadalajara desde hace 2 años con su marido, y acude a Urgencias con este y su hija de 2 meses.

Examen:

Durante la entrevista se observa buena relación con el marido, aunque este intenta mantenerse al margen y deja que conteste ella en todo momento.

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés:

Historia

Asegura que habitualmente es una persona tranquila y relajada, aunque la situación actual le ha producido mucho nerviosismo y preocupación, llegando a perder el control de la misma cuando el dolor alcanzaba su máxima intensidad antes de acudir a Urgencias.

Examen

Ninguno.

Diagnósticos enfermeros:

00132- Dolor agudo manifestado por posición para evitar el dolor relacionado con agentes lesivos (biológicos).

00016- Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con obstrucción anatómica manifestada por disuria y urgencia.

00146 Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud manifestado por inquietud y nerviosismo.

Objetivos NOC:

1605- Control del dolor.

2100- Nivel de comodidad.

2102- Nivel del dolor.

0502- Continencia urinaria.

1402- Autocontrol de la ansiedad.

1300- Aceptación del estado de salud.

Intervenciones NIC:

1400- Manejo del dolor.

2210- Administración de analgésicos.

0590- Manejo de la eliminación urinaria.

5820- Disminución de la ansiedad.

5380- Potenciación de la seguridad.

Actividades enfermeras:

1. Manejo del dolor:

- Alentar a la paciente a que discuta la experiencia dolorosa.
- Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Considerar el tipo y fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a molestias.
- Determinar el impacto de la experiencia dolorosa sobre la calidad de vida.

2. Administración de analgésicos:

- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles en la analgesia.

- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación sobre el alivio del dolor.
 - Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica).
3. Manejo de la eliminación urinaria:
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede.
 - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
 - Controlar la administración de fluidos y la eliminación.
4. Disminución de la ansiedad y potenciación de la seguridad:
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
 - Explicar a la paciente todas las pruebas y procedimientos.
 - Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

4 Discusión-Conclusión

La paciente es trasladada al box C9 en silla de ruedas por la imposibilidad de caminar debido al dolor. Se le ayuda a desvestirse y a colocarse en la camilla y se le toman las constantes vitales.

TA: 137/86 mmHg.

FC: 87 lpm.

Tª: 36.2 °C

Sat. O2 basal: 97 %.

Se canaliza una VVP en antebrazo derecho, con catéter nº 20. Buen estado del punto de inserción y permeable. Se extrae muestra de sangre para analítica (bioquímica, coagulación y hemograma) y se recoge muestra de orina para analizar. Tras la exploración, se le administra a las Paracetamol 1g IV sin mejoría, por lo que se procede a administrarle una hora más tarde Enantyum 50mg IV y Nolotil 2mg IV en 100 cc de SSF respectivamente, logrando un alivio importante del dolor. Se le realiza RX de tórax y abdomen sin alteraciones.

Resultados destacables de la analítica:

Sangre:

- Leucocitos: 7.90 (dentro de rango: 4.8-10.8).
- Hematíes: 3.95 (bajo rango: 4.2-5.4).
- Hematocrito: 35.0 (bajo rango: 37-47).
- Glucosa sérica: 115 (sobre rango: 70-100).

- Proteína C reactiva: 10.8 (sobre rango: 0-8.0).

Orina:

- pH orina muestra aislada: 7 (sobre rango (alcalosis):5-6.5).

- Sedimento: negativo.

- Leucocitos: positivo.

Tras la obtención de los resultados, se le diagnostica infección del tracto urinario (ITU) y se decide dar el alta debido a la desaparición de sintomatología.

5 Bibliografía

1. Johnson.M.,Bulechek.G.,Butcher.H.,McCloskey-Dochterman.J., Maas.M., Moorhead.S., Swanson.E. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC: diagnósticos enfermeros. Resultados e intervenciones. 2ª edición. Barcelona. Elsevier España,2007.
2. Moorhead.S.,Johnson.M., Maas.M., Swanson.E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª edición. Barcelona. Elsevier España,2014.
3. Closkey-Dochterman.J., Bulechek.G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ªEdición. Madrid. Elsevier España, 2005.
4. T Heather Herdman (Ed) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier.
5. Espinoza-Luna, Ana Karen. Exploración sistematizada del paciente con alteración en urgencias. REMUS-Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora, 2020, p. 44-45.
6. Echevarría-Zarate, Juan; Sarmiento Aguilar, Elsa; Osorio-Plenge, Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta médica peruana, 2006, vol. 23, no 1, p. 26-31.

Capítulo 76

HISTORIA DEL CÓDIGO ICTUS: DESDE LOS INICIOS HASTA 2009

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

ANA ISABEL SÁNCHEZ BALLESTEROS

IULIA MARINELA DASCALESCU CATANA

YOLANDA MEDEL ALCÁNTARA

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

1 Introducción

La enfermedad cerebrovascular es la tercera causa de muerte en los países desarrollados y la segunda causa de muerte en España, con 31.714 muertes en 2008.

Con 18.312 muertes, un 3,4 % menos que en 2007, es la principal causa de muerte entre las mujeres. Por otro lado, en el sexo masculino, 13.402 personas fallecieron en 2008, cayendo a la tercera causa de muerte en España.

Tomar las medidas adecuadas en todas las áreas de la atención de la salud y a través de pautas estandarizadas acordadas para reducir la morbilidad y la mortalidad, minimizar las secuelas y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con accidente cerebrovascular puede. España tiene una alta incidencia de enfermedad cerebrovascular, lo que tiene grandes consecuencias económicas, sociales y políticas. Por ello, es imperativo establecer programas de prevención y actuación para detectar poblaciones de alto riesgo, minimizar costes y reducir la morbilidad. La actuación prehospitalaria de los equipos de atención primaria y

de los servicios de urgencias y emergencias, mediante protocolos estandarizados y actualizados según las últimas recomendaciones y evaluaciones, es necesaria para establecer un diagnóstico y mejorar el pronóstico final de los pacientes que sufren accidentes cerebrovasculares, ya que muchas de las secuelas son permanentes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la historia y desarrollo del Código Ictus desde sus inicios hasta 2009.

Objetivos secundarios:

- Identificar y tratar las complicaciones resultantes.
- Desarrollar acciones de consenso para reducir la morbimortalidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo la búsqueda bibliográfica se ha realizado con Google académico y Scielo.

Las palabras claves para el algoritmo de búsqueda han sido: tratamiento del accidente cerebrovascular, tratamiento del ictus agudo, código ictus, código ictus extrahospitalario y farmacología en el ictus.

4 Resultados

Las primeras directrices europeas sobre ictus se describen en la Declaración de Helsingborg, un conjunto europeo de planes de acción y gestión del ictus. En noviembre de 1995, se llevó a cabo una conferencia organizada por la OMS en Helsingborg (Suecia), que reunió a la Unión Europea de Sociedades Neurológicas, la Asociación Internacional de Accidentes Cerebrovasculares, un grupo de expertos que representaban a varios servicios gubernamentales de salud, científicos y expertos en la formulación de políticas. profesionales, pacientes y organizaciones de pacientes han revisado los datos actuales sobre el conocimiento existente sobre el tratamiento del ictus y acordaron un plan de acción para avanzar en este conocimiento y mejorar la calidad de la atención a las personas con ictus. Para 2005, se abordarán cinco dimensiones del tratamiento del ictus para reducir la mortalidad cardiovascular secundaria en al menos un 15b% y mejorar

la calidad de vida de las personas de 65 años o más. Accidente cerebrovascular, rehabilitación, prevención secundaria, evaluación de los resultados del accidente cerebrovascular y calidad de la atención, y organización de servicios de accidente cerebrovascular.

La Declaración de Helsingborg se actualizó en 2006, fijando como uno de sus principales objetivos para 2015 que todos los pacientes con ictus en Europa tengan acceso a una unidad de ictus en las primeras horas. Alcanzar estos objetivos requiere esfuerzos para coordinar diferentes niveles de atención conocidos como secuencias de accidentes cerebrovasculares o códigos de accidentes cerebrovasculares.

En 2000, la atención del ictus se centró en la atención de urgencias hospitalarias y el tratamiento ambulatorio, incluido el transporte de los pacientes lo más rápido posible. Veremos cómo crece el apoyo hasta que se maneje fuera del complejo hospitalario.

En el accidente cerebrovascular, hay un volumen de tejido que es menos isquémico (isquemia penumbral) y el tratamiento temprano en el período de tratamiento puede restaurar esta área.

El Código Ictus se lanzó en 2000 para una mejor gestión del ictus. Es una herramienta organizativa que coordina diagnósticos y estructuras prehospitales y de transporte y moviliza los recursos apropiados para el transporte a hospitales útiles. Se activará un código de ictus en el primer contacto o cuando el equipo de urgencias/atención primaria lo sospeche clínicamente, y se notificará la situación al área de urgencias del hospital correspondiente. La atención de emergencia en 2000 incluyó:

- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y el estado respiratorio (A, B). Evaluar la necesidad de aislamiento de la vía aérea y soporte ventilatorio temporal. Evaluación del nivel de conciencia (escala de Glasgow), aspiración de secreciones o vómitos. Uso de Guedel si fuera necesario. Si saturación O₂ <92 % poner Ventimask 35 %-50 % y monitorización de pulsioximetría y de FR.

Valorar la situación hemodinámica (C). Monitoreo continuo: TA, FC, ECG, T^a.

Exámenes de laboratorio: hemograma completo, bioquímica básica (iones, urea, creatinina, glucosa) y coagulación (INR, TTPa, fibrinógeno). Vía intravenosa periférica (16G o 18G) y mantenimiento con solución salina o heparina.

Manejo no invasivo de la presión arterial:

Pacientes con evidencia de terapia trombolítica: mantener PAM <130 mmHg.

Tratar solo si PAS > 140 mmHg o PAM > 160 mmHg, hasta llegar a 130 mmHg. de PAM.

Pacientes con evidencia de no tratamiento fibrinolítico: mantener PAM <130 mmHg.

Medicamentos utilizados para bajar la presión arterial: Labetalol. Dosis: Dosis de 20 mg. Hasta 150 mg en total cada 15 minutos. Infusión IV (3 Amperios 100 mg. en 40ml. Suero glucosado al 5%. 1 ml = 3 mg) mantenido a 40 ml/h. o 2 mg/min. Contraindicado en insuficiencia cardíaca grave, bloqueo cardíaco o broncoespasmo. Enalapril. Dosis: 1 mg IV cada 6 horas. (si labetalol contraindicado).

Recomendación: Todas las medidas de presión arterial deben ser revisadas antes de iniciar el tratamiento con al menos 2 dosis. Use el medicamento si se sabe que el paciente tiene presión arterial alta. Si no se cumple el tratamiento, se puede iniciar un tratamiento con un inhibidor de la ECA, labetalol oral o un bloqueador de los canales de calcio.

Evaluación neurológica e intervenciones generales (D, E).

Administrar paracetamol iv si T^a axilar >37.5°C

Control de Glucemia: si > 150 mg/dl administrar insulina rápida; si < 70 mg/dl administrar Glucosmón para conseguir glucemias entre 70-120 mg/dl.

Si convulsión: administrar Fenitoína.

Poner sonda nasogástrica: si vómitos, aspiración o disminución del nivel de conciencia.

Realizar radiografía de tórax

Camilla a 45°.

Activación del código ictus: identificar el inicio de los síntomas (si el inicio se produjo durante el sueño, se tiene en cuenta la hora en que se le vio despierto por última vez y sin síntomas) así como conocer la calidad de vida previa del paciente. Se activa si han transcurrido menos de 5 horas desde el inicio de los síntomas, o si el paciente era previamente independiente y los síntomas comenzaron entre 5 y 12 horas seguidos de deterioro neurológico.

Recomendaciones a tener en cuenta:

- No hacer punciones en arterias.
- No utilizar soluciones glucosadas.
- No utilizar corticoesteroides.
- No poner sonda vesical.
- No poner sonda nasogástrica de forma sistemática, solo si vómitos o bajo nivel de conciencia.

- No utilizar antiagregantes plaquetarios hasta la realización del TAC.
- Aunque no se active el código ictus, el TAC craneal se debe hacer lo antes posible para conocer la etiología del ictus.

En 2008, la tendencia de los pacientes con posible ictus era derivarlos al hospital lo antes posible. El tratamiento de seguimiento en el hospital fue el mismo que en el estudio anterior, salvo por la canalización del acceso venoso periférico se realizaba en el brazo no paralizado, la saturación de O₂ > 95%, y el cambio más notorio fue en el tratamiento de la tensión arterial: o Pacientes susceptibles de trombólisis: PAS >185 mmHg o PAD >110 mmHg administrar captopril sublingual, Labetalol i.v., Urapidil en bolo/ Nicardipino i.v.. PAD >140 mmHg, Urapidil infusión i.v. o Pacientes no susceptibles de trombólisis: PAS ≤ 220 mmHg o PAD ≤ 120 mmHg, observación PAS >220 mmHg o PAD 121-140 mmHg, Captopril sublingual, Labetalol i.v., Urapidil en bolo PAD > 140 mmHg, Urapidil infusión i.v.

A finales de 2008, y revisado en enero de 2009, el servicio de neurología y la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte sanitario del SESCAM, emitieron un protocolo para el ictus extrahospitalario. Un alto nivel de evidencia muestra que mejora el pronóstico del ictus agudo cuando se aplica en las primeras horas tras el inicio de la enfermedad. El tiempo de tratamiento es de 4,5 horas desde el inicio, pero el tiempo máximo hasta el centro no debe ser superior a 3,5 horas. Recomendamos un tiempo de traslado de menos de 60 minutos. Cuanto más corto sea el tiempo de traslado, mayor será la posibilidad de recuperación después del tratamiento. Un retraso de 20-30 minutos reduce la posibilidad de mejoría clínica debido a la fibrinólisis en un 10-20 %.

El tratamiento durante el traslado consiste en:

- Mantener el protocolo de mantenimiento ABC (cada 15 min y a la llegada del paciente al hospital), control de glucemia, INR, canalización de acceso venoso en brazo no parético y extracción de analítica completa. Colocación de suero salino fisiológico de mantenimiento, no administración de soluciones glucosadas (excepto si hipoglucemia), no realizar punciones arteriales, no colocar sondajes, ni administrar medicación antiagregante o anticoagulante.

Sólo iniciar tratamiento en caso de:

- TAS >185 mmHg o TAD > 105 mmHg con Labetalol 20mg en 1-2 minutos. Si está contraindicado usar Urapidilo 25 mg en bolo. Evitar caídas bruscas de TA.
- Usar paracetamol 1gr iv si T^a >37.5°C.
- Gafas nasales a 2 litros, si O₂ <92%.
- Mantener glucemia entre 70-140mg/dl.

A la llegada al hospital informar de los antecedentes previos del paciente, la hora de inicio de síntomas, entregar informe de valoración, analítica, ECG y evolución durante el traslado.

Criterios de activación del Código Ictus Extrahospitalario: debe cumplir todos:

1. Existencia de déficit neurológico focal, agudo y objetivable en la valoración, sugerente de isquemia cerebral.
2. Conocer la hora de inicio de los síntomas. Si el paciente despierta con la clínica neurológica, la hora de inicio será la última en la que al paciente se le vio asintomático y despierto.
3. Llegada al hospital en 3h y 30min desde el inicio de síntomas, ya que el límite para iniciar el tratamiento trombolítico en el ictus es de 4 horas y media.
4. Ser previamente independiente en las actividades básicas de la vida diaria y autocuidado
5. Ausencia de enfermedad terminal.

- Imprescindible tener un familiar o representante legal localizado en caso de necesitar firmar un consentimiento informado y el paciente no está en la capacidad de hacerlo. También en caso de que se necesite más información de la situación previa del paciente.

Criterios de exclusión del Código Ictus extrahospitalario: no debe cumplir ninguno:

1. Paciente sin síntomas a la llegada del equipo médico.
2. Evidencia de síntomas de hemorragia activa en el momento actual.
3. Cualquiera de los tres siguientes antecedentes médicos: Hemorragia digestiva en los últimos 3 meses. Retinopatía hemorrágica. Hepatopatía grave.
4. Los siguientes antecedentes neurológicos: Ictus en los tres meses anteriores. Hemorragia intracraneal. Patología del SNC que puede producir hemorragia.
5. Cualquiera de los siguientes procedimientos: Intervención quirúrgica mayor en los últimos tres meses. Punción reciente de un vaso sanguíneo no compresible o punción lumbar en la semana previa. Parto en los últimos 10 días o RCP traumática reciente.

5 Discusión-Conclusión

El control de la glucemia, la presión arterial y la temperatura corporal es muy importante y prioritario, ya que son los factores que más influyen en la evolución y secuelas de los accidentes cerebrovasculares. Por supuesto, estos parámetros

deben mantenerse dentro de la normalidad para mejorar el pronóstico. La historia de la evolución del manejo del ictus tiene los cambios más significativos en el contexto del tratamiento de la tensión arterial. La hipotensión es rara, pero debe tratarse de inmediato con medicamentos o suero. La normalización de la presión arterial reduce el riesgo de que el edema cerebral y el accidente cerebrovascular isquémico se vuelvan hemorrágicos, mientras que una reducción excesiva afecta la perfusión de la región isquémica ($CPP = MAP - ICP$), lo que lleva a la isquemia y puede aumentar el daño cerebral.

Se debe mantener una PAM > 130 mmHg para asegurar una buena presión de perfusión cerebral.

Así, entre 2000 y 2008 se produjo el mayor cambio en el tratamiento de tensión arterial. Los medicamentos utilizados son: labetalol y, si está contraindicado, enalapril i.v.

La meta para 2008 era tratar la tensión si PAS > 185 mmHg o PAD > 110 mmHg. Se produjo un cambio en los medicamentos para disminuir la TA, se dejó de usar enalapril, y se empezó a usar captopril sublingual, labetalol, urapidilo y nicardipino iv.

Del 2008 a inicios de 2009, los cambios más significativos en el Código Ictus fueron en el control de la TA y la medicación usada para ello. Si TAS > 185 mmHg ó TAD > 105 mmHg se usaba Labetalol i.v. si estaba contraindicado se ponía Urapidilo iv.

El Labetalol se usa como primera elección porque es un α - β bloqueante no cardioselectivo muy dosificable que disminuye la contractilidad y la frecuencia cardíaca, por ende también la tensión arterial. Como segunda elección se usa Urapidilo.

El urapidil se utiliza como segunda elección ya que es un α 1 bloqueante adrenérgico y agonista serotoninérgico, que se puede dosificar de forma sencilla y es seguro.

6 Bibliografía

1. Protocolo de código ictus extrahospitalario [sede Web]. Alcázar de San Juan, Ciudad Real: Gerencia de urgencias, emergencias y transporte sanitario y servicios de neurología del Sescam; 12 de diciembre de 2008 [21 de enero de 2009; 10 de mayo de 2011]. Protocolo de código ictus extrahospitalario [8 pantallas]. Disponible en: <http://www.suapguada.com/docs/ictus.pdf>.

2. Isasia Muñoz T, Vivancos Mora L., del2. Arco Galán, C. Cadena asistencial del ictus. Protocolo de actuación en urgencias hospitalarias [revista en internet] 2001 febrero [12 de mayo de 2011]; 13: (178-187). Disponible en: http://2011.semes.org/revista/vol13_3/178-187.pdf.
3. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; Año 2008 [acceso 1 de mayo de 2011]. Defunciones según la causa de muerte. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/np588.pdf>.
4. Sociedad Valenciana de Neurología [Sede Web]. Valencia: Sociedad Valenciana de Neurología; [actualizado el 25 de marzo de 2011; acceso 6 de mayo de 2011]. Morera-Guitart J, Más G, Clar C, Sendra JC. Reunión Internacional para el consenso en el manejo del Ictus. Disponible en: <http://svneurologia.org/fc/decla.htm>.
5. Navarrete navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Jiménez Hernández MD. Medicina Intensiva [revista en internet] 2008 septiembre [acceso el 11 de mayo de 2011]; 32(9): [431-443]. Dirección electrónica: http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n9/puesta_al_dia.pdf.

Capítulo 77

IMPORTANCIA DEL TESTAMENTO VITAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

NURIA MORATINO VILLALUENGA

LETICIA ALONSO MAROTO

PATRICIA BARAHONA RUBIO-IGLESIAS

MIRIAM CASARES BENITO

MARINA LATORRE HORTELANO

1 Introducción

A pesar de que nuestra sociedad normalmente haya tratado de encubrir o negar el tema de la muerte, esta se trata de un suceso inevitable que constituye la etapa final de nuestra vida, y por ello, debería de acontecer siempre de la mejor manera posible.

Las Voluntades Anticipadas (VA) son parte de un proceso en el que una persona reflexiona (después de recibir la información necesaria) con el objetivo de poder planear o planificar las intervenciones sanitarias que quiere recibir o rechazar en un futuro. De tal modo, se trata de asegurar que las decisiones que se tomen en materia sanitaria con respecto a su propio cuerpo o sus órganos, sean acorde a las preferencias pronunciadas anteriormente por la persona afectada.

Para que esto ocurra, es decir, para cerciorar que las voluntades de esa persona se cumplan, se realiza el Documento o Declaración de Voluntades Anticipadas

(DVA). De tal forma, la DVA se define como la manifestación de una persona de manera escrita, realizada de forma consciente y libre, mediante la cual expresa las instrucciones que deberían respetarse en materia sanitaria, cuando esa persona se encuentre en una situación clínica en la que no pueda expresar su voluntad. A lo largo de los años, conforme la Enfermería ha ido desarrollándose y han ido evolucionando los paradigmas en salud, se ha ido reforzando el reconocimiento de los derechos de los/las pacientes, y se han ido abandonando las relaciones paternalistas en las que eran los/las profesionales sanitarios, junto con la familia, quienes decidían qué era lo mejor para el paciente, sin saber si eso suponía un bien para el mismo.

En la actualidad, las Voluntades Anticipadas suponen un reto para la Enfermería. Se trata de un tema importante por su aplicabilidad en la práctica clínica y por el impacto que tiene este tema en la dignidad de las personas, teniendo en cuenta el concepto de “muerte digna” y los principios bioéticos de Autonomía y Beneficencia; donde es el propio paciente el que expresa su voluntad.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este capítulo son:

- Conocer la importancia del Testamento Vital en la práctica clínica.
- Conocer la participación de enfermería en el proceso de las Voluntades Anticipadas (VA)..

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante una revisión bibliográfica narrativa. Se han utilizado diferentes fuentes tipos de fuentes como Dialnet, Pubmed, Medes...(bases de dato) así como, revistas en internet y bibliotecas electrónicas citadas en la bibliografía. De todas estas fuentes se eligieron varios artículos gracias a criterios de selección conforme a temporalidad, idioma y rigor científico. Después de dicha selección y de recopilar los artículos con mayor interés para el tema a tratar, se realizó una lectura en mayor profundidad, y se redactaron los resultados del presente capítulo. A la hora de citar la bibliografía utilizada, se usó el sistema de citación Vancouver.

4 Resultados

Como ya se ha mencionado, a medida que la profesión enfermera ha ido evolucionando, se han ido potenciando los derechos de los/las pacientes y se ha ido abandonando el paternalismo; apareciendo, a lo largo de los años, numerosa legislación que sustenta el tema a tratar en este capítulo.

En España, ya en los años 80, con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se reconocía el derecho que tenían los pacientes a ser informados sobre su salud, siendo ellos mismos los que tomaban decisiones en materia sanitaria, fomentando así el derecho a la autonomía. Después, en el 1997, en el Convenio de Oviedo, se contempló explícitamente, en su artículo 9, la posibilidad de que las personas expresasen o manifestasen sus deseos con anterioridad en materia sanitaria, y estos deseos se tuviesen en cuenta en las intervenciones médicas en las que, por su situación, la persona ya no pudiera expresarse por sí misma. A partir de aquí, a nivel estatal, 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, regulaba en su artículo 11 el documento de las Instrucciones Previas, cuyo cumplimiento debía ser garantizado para toda persona que hubiese expresado su voluntad por escrito, pudiendo estas anularse en cualquier momento en el que la persona así lo decidiese.

A nivel autonómico, la ordenación legal fue proclamada en primer lugar en Cataluña, y después, y una vez instaurada la ley estatal (41/2002), fue promulgándose la legislación en todas las CCAA de España, estando a día de hoy regulado el concepto de VA en cada una de ellas. Estas son leyes específicas en las que se regula en cada uno de sus artículos, en mayor o menor medida, los aspectos relacionados con las Voluntades Anticipadas, como son: el objeto de la ley y su concepto, el contenido de la declaración y la capacidad para otorgarla, la formalización del documento, los requisitos de la declaración, la modificación, sustitución o revocación de la misma, así como su registro.

A pesar de toda la legislación vigente acerca de este tema es cierto que, aún queda mucho por hacer en cuanto a la integración de las VA en el mundo sanitario, correspondiéndonos esto como profesionales, no solo por la importancia legal, sino por los principios o valores éticos y morales que se derivan de todo ello. La legislación, tanto estatal como autonómica, acerca de las IP, no nombra concretamente al personal de enfermería en sus artículos. Si bien es verdad que somos en la mayoría de los casos incluidos dentro de “equipo sanitario” o “profesion-

ales sanitarios”, y por tanto, nos corresponde dicha responsabilidad, es verdad que somos excluidos deliberadamente en otros casos (Extremadura y Navarra) al concretar con palabras como “médico responsable” o “equipo médico”. Es decir, si es cierto que existe numerosa legislación al respecto, pero en ella no se regulan las competencias que debemos poseer los profesionales sanitarios, en concreto la enfermería, frente a ello; siendo las VA un largo proceso de comunicación y deliberación y no el simple registro de la DVA donde quedan reflejadas las preferencias de un o una paciente en un momento tan difícil como es el final de la vida.

A nivel internacional, la experiencia de las VA comenzó en EEUU con los “testamentos vitales” a finales de los 70 y su aplicación se empezó a desplegar más a partir de la Ley de Autodeterminación del paciente en 1991. La DVA ha sido importada en Europa y Latinoamérica desde Norteamérica a partir de los 90. Es decir, los países anglosajones, y en concreto Estado Unidos, cuanta ya con varias décadas de aplicación o experiencia en cuanto a las IP. El desarrollo de la legislación a nivel internacional hace que haya ciertas funciones que sean llevadas a cabo por la enfermería en cuanto a VA, como es el caso de la información, el apoyo emocional, la facilitación del diálogo o la relación entre familias y equipo sanitario, además de la promoción de la cumplimentación de DVA.

A lo largo de los años, y con el cambio de paradigmas en salud, se ha ido promoviendo o ha ido evolucionando el concepto de enfermedad, de tal manera que hemos pasado de los cuidados centrados sola y exclusivamente en la enfermedad de la persona, a los cuidados centrados en la totalidad de la persona enferma, es decir, viendo a esta desde una dimensión integral, lo cual ha beneficiado a la hora de reconocer los derechos de los/las pacientes, y sobre todo, la autonomía de los mismos. El objetivo fundamental de la legislación vigente sobre este tema reside en los derechos humanos y la dignidad de las personas y, por tanto, la importancia de las Instrucciones Previas o Testamento Vital radica en el respeto de esos derechos. En nuestro país, se han ido reconociendo y consolidando progresivamente los derechos de los/las pacientes, lo cual se ha plasmado también en el tema de las Voluntades Anticipadas. Es decir, hoy en día, el hecho de que el paciente pueda tomar decisiones sobre temas que afecten a su propia vida y su salud, es en nuestro país algo totalmente justo e indiscutible. Si todo esto se ha producido es porque, a lo largo de los años, han ido evolucionando las relaciones médico-paciente, que han ido pasando del paternalismo puro, al respeto a la voluntad del/de la paciente.

El Principio Bioético de la Autonomía es un punto clave en el desarrollo de las

Instrucciones Previas, dando derecho al paciente a elegir y a efectuar acciones basándose siempre en sus creencias y valores, de tal modo que el respeto a esa autonomía por parte de los profesionales sanitarios, nos obliga a proporcionar a la persona toda la información necesaria, asegurándonos siempre de que la persona comprende dicha información, participa en la toma de decisiones y lo hace de manera totalmente libre y voluntaria.

Esto es, por tanto, el eje primordial de las relaciones o vínculos clínico-asistenciales, para lo que la Declaración universal de los derechos humanos en 1948 ha supuesto la referencia de toda la legislación que surgió posteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones observadas durante el desarrollo de los resultados del capítulo son:

- Existen pocos otorgamientos por parte de la población por desconocimiento tanto de esta como de los/as profesionales acerca de los procesos de PAD, a pesar del desarrollo legislativo. En este sentido, para que aumente el número de otorgamientos de la población en general, se hace necesaria la información y promoción de las VA por parte de la enfermería.
- La realización de la DVA supone poco esfuerzo y grandes beneficios, proporcionando una muerte confortable a nuestros/as pacientes, potenciando sus derechos y brindando cuidados de calidad en los que se torne imprescindible el hecho de pasar el final de su vida como cada uno/a desea; cuestiones éticas que a día de hoy son incuestionables para todos los seres humanos.
- No existe un establecimiento definido de roles de los/as profesionales en cuanto al tema de las VA. Respecto a esto, la enfermería está incluida en todas las fases de la atención sanitaria, representando la figura más importante dentro del proceso, teniendo que asumir responsabilidades y obligaciones respecto al mismo. Por ello, se hace necesaria la formación sobre VA a los/as profesionales de enfermería, incorporándolas en los planes de estudio y asumiéndose las VA como un rol específico dentro de los cuidados de enfermería, para poder proporcionar cuidados de calidad.

6 Bibliografía

- Junta de Andalucía [sede web]*. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013 [acceso 13 de noviembre de 2016]. Guía de Planificación Anticipada de las Decisiones [88 páginas]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_20_planificacion_anticipada_decisiones/planificacion_anticipada_decisiones?=org
- Asociación Española Contra el Cáncer [sede web]*. Madrid: AECC; [actualizado 19 de enero de 2016; acceso 10 de diciembre de 2016]. Voluntades anticipadas [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Derechosdelospacientes/Paginas/Voluntadesanticipadas.aspx#Asegurarme>
- Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud. (Boletín Oficial del Estado, nº 203, 25/08/2005)
- Veiga M. El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados [tesis doctoral]*. A Coruña: Programa de Doutoramento en Saúde, Dicapacidade, Dependencia e Benestar, Universidade Da Coruña; 2015
- 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. (Boletín Oficial del Estado, nº 247, 15/11/2002)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, nº 102, 29/04/1986)
- 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, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. (Boletín Oficial del Estado, nº 251, 20/10/1999)
- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Comunidad Autónoma de Cataluña. (Boletín Oficial del Estado, nº 29, 02/02/2001)
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Comunidad Autónoma de Andalucía. (Boletín Oficial del Estado, nº 127, 25/05/2010)
- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. Comunidad Autónoma de Aragón. (Boletín Oficial del Estado, nº 115, 14/05/2011)
- Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario. (Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 31, 07/02/2008)
- Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. (Boletín Oficial del Estado, nº 81, 05/04/2006)

- Decreto 58/2007, de 27 de abril, por el que se desarrolla la Ley de voluntades anticipadas y del registro de voluntades anticipadas de las Illes Balears. (Butlletí Oficial de les Illes Balears, nº 70, 10/05/2007)
- Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro. (Boletín Oficial de Canarias, nº 43, 02/03/2006)
- Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Comunidad Autónoma de Canarias. (Boletín Oficial del Estado, nº 54, 04/03/2015)
- Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. Comunidad Autónoma de Cantabria. (Boletín Oficial del Estado, nº 6, 07/01/2003)
- Ley 5/2002, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla- La Mancha. (Boletín Oficial del Estado, nº 248, 13/10/2010)
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Comunidad de Castilla y León. (Boletín Oficial del Estado, nº 103, 30/04/2003)
- Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. (Boletín Oficial de Castilla y León, nº 62, 28/03/2007)
- Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación del a Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Comunidad Autónoma de Cataluña. (Boletín Oficial del Estado, nº 156, 28/06/2010)
- Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente. Comunidad Autónoma de Extremadura. (Boletín Oficial del Estado, nº 186, 05/08/2005)
- Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. (Boletín Oficial del Estado, nº 158, 03/07/2001)
- Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad. Comunidad Autónoma de La Rioja. (Boletín Oficial del Estado, nº 252, 21/10/2005)
- Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. Comunidad de Madrid. (Boletín Oficial del Estado, nº 269, 10/11/2005)
- Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº 164, 19/07/2005)

- Ley foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. (Boletín Oficial de Navarra, nº 139, 15/11/2010)
- Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. Comunidad Autónoma del País Vasco. (Boletín Oficial del Estado, nº 291, 03/12/2011)
- Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. (Boletín Oficial del Estado, nº 48, 25/01/2003)
- García A, Abad E, Pascau MJ, Sánchez R. La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de Enfermería en particular. Nure Investigación [revista en Internet]* 2006 enero – febrero [acceso 14 de diciembre de 2016]; 20. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j54.pdf>
- León FJ. Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la bioética clínica. Conamed. 2008; 13 (3): 26 - 32
- Shanley C, Wall S. Promoting patient autonomy and communication through advance care planning: a challenge for nurses in Australia. Australian Journal of Advanced Nursing. 2004; 21: 32- 38
- Black K. Advance directive communication: Nurses' and social workers' perceptions of roles. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2006; 23 (3): 175 – 184
- Zabaja J, Díaz JF. Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. Semergen. 2010; 36(5): 266 – 272
- Siurana JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010; 22: 121 – 157

Capítulo 78

LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA

SARA LORENZO GRACIA

MARÍA JOSÉ CUARTERO GARCÍA

1 Introducción

La parada cardiaca extrahospitalaria (PCEH) presenta un alto porcentaje de mortalidad, asimismo, gran parte de los supervivientes se quedan con graves secuelas neurológicas. Estudios anteriores avalan el uso de la hipotermia terapéutica (HT) como forma de combatir dicho daño neurológico.

El desencadenante de un gran número de patologías (agudas o crónicas) es la parada cardiorrespiratoria (PCR), es por esto que la PCR es considerada una emergencia vital y una de las principales causas de mortalidad y morbilidad (identificando el daño neurológico como la principal causa de muerte).

La circulación espontánea ha reducido el tiempo de recuperación en un gran número de individuos gracias a las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), sin embargo, a pesar del trabajo llevado a cabo y el coste que supone, pocos individuos son los que consiguen sobrevivir a una PC extrahospitalaria.

Es por esto que en la actualidad, existen diversos estudios que han demostrado beneficios en el uso de la hipotermia terapéutica (HT) en un paciente que ha

sufrido una parada por su efecto neuroprotector, ya que se ha visto que aumenta la supervivencia, mejora la recuperación funcional y reduce los daños neurológicos. (3)

La Parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) es definida como la pérdida de actividad mecánica y funcional con ausencia de circulación sistémica que se presenta fuera del hospital. Puede deberse a causas cardíacas o extracardíacas.

El Instituto nacional de estadística (INE) sitúa las enfermedades del sistema circulatorio como la primera causa de muerte en España. Asimismo, la lesión cerebral hipóxico - isquémica se considera una de las principales complicaciones tras la resucitación en la PC, esto es respaldado por estudios en los que evidencian que la mayoría de sujetos fallecen por lesiones neurológicas tras el ingreso en UCI después de sufrir una PCEH. Aunque se ha producido una mejora en los Servicios de emergencia extrahospitalaria (puesto que se ha producido una reducción en el tiempo de espera) el pronóstico de aquellos sujetos sometidos a una PCEH sigue siendo desfavorable (la tasa de supervivencia en aquellos en los que se inician maniobras de RCP oscila entre un 1 – 30%). (4, 7, 8)

La hipotermia terapéutica (también denominada manejo de la temperatura dirigida o hipotermia inducida) es el conjunto de medidas de aplicación de frío con el fin de conseguir una disminución controlada de la temperatura corporal con el fin de obtener beneficios terapéuticos. El control de la temperatura se puede conseguir mediante medidas invasivas y no invasivas.

El daño cerebral es producido por un proceso fisiopatológico en el que se activan mecanismos excitotóxicos (liberación de radicales libres, procesos inflamatorios, disfunción mitocondrial, apoptosis, alteración en la homeostasis del calcio...) así como alteraciones en la circulación las cuales están relacionadas con la aparición de microinfartos o alteraciones en la regulación del flujo sanguíneo que generan edemas cerebrales. (4,6)

Las guías internacionales sobre la reanimación en base a los pacientes tratados a 33 - 36°C recomiendan el control de la temperatura constantemente para mantenerlo entre 32°C y 36°C durante 24h (8,10). Según ILCO, la hipotermia terapéutica es usada como tratamiento de la SSP, con el fin de conseguir optimizar la función cardiopulmonar y a perfusión de los órganos vitales, tratar e identificar la causa

de la PC y prevenir recaídas. Dicha técnica se sitúa en el cuarto escalón de la cadena de supervivencia. Asimismo, plantean que los pacientes que se encuentran en coma tras la RCE de la parada cardíaca deberían someterse a hipotermia terapéutica. (5,10)

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Conocer la evidencia científica y la efectividad existente sobre el manejo de la HT tras una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria.

Objetivos secundarios:

-Comparar la supervivencia y los posibles daños neurológicos de un paciente sometido a hipotermia con otro, a quién no se le aplica analizando las ventajas y posibles efectos adversos.

-Analizar la fiabilidad de la HT en pacientes que recuperan la circulación espontánea después de ser reanimados.

-Comparar los métodos existentes de enfriamiento y determinar sus ventajas e inconvenientes.

-Analizar el grupo de pacientes donde el uso de la HT tiene mayor efectividad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la evidencia científica y la efectividad existente sobre el manejo de la HT. A la hora de realizar la búsqueda bibliográfica, se llevó a cabo una rigurosa búsqueda desde enero de 2017 hasta febrero de 2022 en las bases de datos PubMed, Cochrane Library y Scopus.

La búsqueda se ha ejecutado en español e inglés. De esta manera, se han empleado términos MeSH (Medical Subject Headings) y términos de lenguaje libre para la recopilación de los estudios incluidos en nuestro trabajo, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

-Estudios cuantitativos primarios que incluyan ensayos clínicos, estudios retrospectivos, artículos de revistas, revisiones sistemáticas, metaanálisis.

-Estudios publicados en inglés y español.

-Artículos publicados entre 2017 y 2022.

-Población mayor de 18 años, ambos sexos y que hayan sufrido una PCR extra-hospitalaria cuya etiología sea cardíaca.

Criterios de exclusión:

-Trabajos de Fin de Grado o Fin de Master.

- Estudios que no empleasen la hipotermia terapéutica tras una RCE o si la aplicasen antes.

-Artículos que resultara imposible el acceso al texto completo.

-Artículos que emplean la HT en sujetos pediátricos.

Tras la realización de la búsqueda en las bases de datos encontramos 2400 artículos relacionados con tema citado; a continuación, se aplicaron los filtros que contenían los criterios de inclusión y se excluyeron aquellos que no tenían nada que ver con el tema, de manera que quedaron 500 artículos. De estos, se eliminaron por duplicación, no presentar texto completo y no relacionarse con el tema y quedaron 15 artículos que fueron incluidos en la revisión.

4 Resultados

Contamos con 9 estudios que tratan de demostrar la eficacia de la HT en la supervivencia y recuperación neurológica de aquellos pacientes que sufrieron un PC.

El estudio de Ruivo et al (13) empleó una muestra de 15 pacientes que sufrieron una PC a los cuales se les sometió a una temperatura objetivo de 33°C gracias a la administración intravenosa de fluidoterapia con sueros Ringer Lactato así como el uso de dispositivos de enfriamiento externo durante 24h para, posteriormente, iniciar la fase de recalentamiento de 0'25°C/h hasta conseguir 36°C. Una vez realizado, el 46'7% sobrevivió presentando un buen rendimiento cerebral evaluado con el CPC, los autores establecen una relación entre las tasas altas de mortalidad con la edad avanzada puesto que el grupo que sobrevivió, tenía una media

de edad de 16 años menos respecto al grupo de fallecidos y, asimismo, presentaban factores de riesgo cardiovasculares previos, así como un periodo de tiempo elevado (342 minutos) entre la parada y la RCE. Cabe destacar que en el grupo de los supervivientes el ritmo era la fibrilación ventricular.

Este estudio ha demostrado beneficios neurológicos con el uso de la HT puesto que los 7 supervivientes presentaron una CPC de 1 post parada, sin embargo, existieron efectos adversos predominantemente respiratorios (86,7%) en 13 pacientes con el uso de este método. Como limitación podemos citar la muestra pequeña que impide extrapolar los datos a la población general.

De igual modo ocurre con el estudio observacional realizado por Buanes et al (14) el cual trata de analizar si el manejo de la temperatura tras una PC aumenta la probabilidad de sobrevivir en los sujetos. Se seleccionó una muestra de sujetos ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) en noruega a los cuales se les inició la RCP dentro de los 15 minutos de parada, logrando la RCE a los 60 minutos posteriores. La inducción de la hipotermia se realizó con bolsas de hielo previo al ingreso, y una vez se realizó, con soluciones salinas frías para conseguir enfriarlos a 33°C y mantenerlos a dicha temperatura las 24h posteriores y después aumentar la temperatura a una velocidad de 0'5°C/h hasta llegar a 37°C. De esta manera, se evidenció que aquellos sujetos sometidos al tratamiento de HT aumentaron la supervivencia durante el primer año tras la PC y, el valor obtenido de CPC se redujo un 0'5 presentando así, un mejor pronóstico neurológico.

Por otro lado, Lybeck et al (15) trataron de conocer la relación entre el tiempo de despertar y el estado neurológico respecto a la temperatura corporal. Eligieron una muestra de 473 pacientes a los cuales se les sometió a una temperatura de 33°C y otros 476, a 36°C. No se evidenció una diferencia significativa entre los dos grupos, sin embargo, en el primero el tiempo de despertar fue mayor, pudiendo establecer una asociación entre un resultado más favorable en aquellos que tuvieron un despertar temprano.

Asimismo, 3 estudios que contienen una evidencia mayor respecto a los anteriores puesto que son internacionales y aleatorizados manifestaron beneficios del uso de la HT en el daño neurológico.

Kirkegaard et al (16) analizaron el efecto que presentó el manejo de la temperatura entre 32 – 34 °C durante 48h en aquellos individuos que sufrieron una PC (comparándolo con la terapia estándar de HT que tiene una duración de 24h). De esta manera, la temperatura mínima que debe alcanzarse es de 34°C y pos-

teriormente, llevar a cabo un enfriamiento progresivo de 0'5°C/h hasta que se consigue la normotermia. Una vez conseguida, se analizó diariamente la evolución neurológica del paciente durante los 6 meses posteriores mediante el uso de CPC. De esta manera, concluyeron que, a mayor duración del enfriamiento, mayor efectividad, sin embargo, se incrementó de igual modo la aparición de efectos adversos entre los que se pueden citar las infecciones (del tracto respiratorio).

Por otro lado, Dankiewicz et al (17) realizaron un ensayo clínico con el fin de establecer una relación entre el manejo de la temperatura y el tiempo sin flujo a través de la evaluación de la función neurológica a los 6 meses mediante la escala CPC. La muestra elegida se dividió en dos grupos, (al primero se le sometió a 33°C y al segundo a 36°C) y dentro de cada uno se distinguen entre los que la RCP fue o no presenciada (aquellos en los que la RCP fue presenciada presentaron un tiempo menor sin flujo respecto a aquellos en los que no se presenció). De este modo, se estableció una relación entre el tiempo sin flujo y el mal pronóstico neurológico (independientemente de la temperatura a la que se les sometió ya que el porcentaje de manifestar una CPC 1 – 2 es menor cuando el tiempo sin flujo es mayor de 8 minutos). Por tanto, se concluyó que no existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de inicio de la RCP y el efecto que presenta el manejo de la temperatura a 33°C o 36°C

Asimismo, Dankiewicz et al (18) llevaron a cabo otro estudio TTM2 en el que se comparó la temperatura que se quería conseguir con la hipotermia (33°C) con la normotermia (<37'5°C) tras una PC. La hipotermia se llevó a cabo mediante dispositivos de circuito cerrado (intravasculares y superficiales) mientras que la normotermia se logró mediante la exposición, disminución de la temperatura ambiente o fluidos fríos. Una vez conseguida los 33°C se tuvo que mantenerlos durante 28h para posteriormente iniciar la fase de recalentamiento a 1 o 3°C/h durante 12h.

Kleissner et al (19) llevaron a cabo un estudio prospectivo con el objetivo de evaluar las complicaciones, supervivencia a los 6 meses y los resultados neurológicos que presentó la muestra. Se seleccionaron sujetos que sufrieron una PCEH a los cuales se les enfrió con mantas de agua, compresas de hielo e infusiones frías para alcanzar los 34°C. A pesar de las características clínicas, la RCE y el tiempo de reanimación no se evidenciaron diferencias significativas entre ambos grupos, así como el resultado neurológico, el cual no predominó en un grupo frente a otro.

De esta manera, se observó que el 93% de los sujetos sobrevivió (n=162) y de

estos, el 57% presentó una $CPC \leq 2$. A los 6 meses, el 63% ($n=110$) continuaba vivos, de los cuales el 57% ($n=100$) mantuvo una $CPC \leq 2$. Por tanto, no existen diferencias en la supervivencia al alta ni a los seis meses en ambos grupos (34 - 36°C respecto a 32 - 34°C). A pesar de estos resultados, mantener la temperatura más alta genera en los pacientes un número menor de complicaciones ya que, 13 pacientes de los que sufrieron complicaciones, 12 pertenecían al grupo de los tratados a temperaturas de 32 - 34 °C.

Un estudio retrospectivo llevado a cabo por Ponz et al (20) en Madrid trató de conseguir una temperatura comprendida entre 32 y 34°C para mantenerla durante 24h, para ellos se empleó sueroterapia fría intravenosa, así como dispositivos superficiales. Seguidamente se inició la ase de recalentamiento hasta conseguir la normotermia a 0'2°C/h (todos los pacientes estaban sometidos a ventilación mecánica, sedación y relajación muscular). Durante el ingreso, el estado neurológico se evaluó mediante la enolasa específica de neurona al ingreso, TAC craneal y electroencefalograma (EEG) y al alta, se empleó la escala CPC.

163 individuos consiguieron despertar en la fase de recalentamiento (media de tiempo de 3'8 +- 3'3 días). Por tanto, se puede concluir que entre los sujetos jóvenes presentaron un tiempo de RCP, así como la RCE fue menor (inicialmente el ritmo fue TV o FV). Asimismo, entre los pacientes que despertaron, el 100% de los pacientes sometidos a temperatura 34°C consiguieron despertarse mientras que solo el 50% lo consiguió entre los sometidos a 32 - 33°C. Es por esto que los pacientes que mantuvieron un tiempo sin flujo con una prolongación mayor o que fueron enfriados con temperaturas más bajas, tuvieron una probabilidad menor de despertar.

Se estableció una relación significativa entre el despertar precozmente y la puntuación CPC 1 (89'9%). Una vez estudiados ambos porcentajes (CPC1 y CPC2) se concluyó que independientemente del tipo de despertar (tardío o temprano), el resultado neurológico al alta es favorable. Sin embargo, el tiempo en alcanzar la temperatura objetivo y la velocidad de recalentamiento, no presento relevancia en el tiempo de despertar.

Contamos con dos estudios observacionales, un metaanálisis y un estudio clínico prospectivo que evalúan y comparan las diferencias entre el manejo de los dispositivos intravasculares (ICD) y los dispositivos de enfriamiento de superficie (SCD) utilizados para la inducción de la hipotermia.

Jun et al (24) compararon ambos métodos en función de los resultados presen-

tados en las escalas CPC de los supervivientes al alta. Presentaron 2 grupos divididos en función de la edad ya que consideran que se trata de una variable inversa al pronóstico de supervivencia, de esta manera, no encontraron diferencias significativas respecto a la supervivencia al alta y los resultados neurológicos obtenidos puesto que los resultados en relación con el uso de los distintos métodos de enfriamiento llevados a cabo fueron similares.

Liao et al (25) llevaron un metaanálisis con una muestra de 4913 sujetos que se recuperaron tras la RCP a los cuales se les indujo la hipotermia a través de SCD e ICD. Aquellos estudios que emplearon el primero método seleccionaron el equipo Artic Sun mientras que los del segundo eligieron el sistema Coolgard / Thermogard. Evidenciaron que no existieron diferencias significativas entre ambos métodos en el tiempo requerido desde que se produjo la PC hasta que se alcanzó la temperatura objetivo, así como la tasa de supervivencia.

Se observó que el método ICD redujo la duración de estancia en la UCI y favoreció la función neurológica al alta. Citaron el método intravascular como el más caro, sin embargo, es el que reduce a su vez el coste relacionado con la estancia hospitalaria. De igual modo, el período de recalentamiento, la velocidad de alcanzar normotermia es mayor con dicho método respecto al SCD (0'4°C/h contra 0'53°C/h) y, asimismo, presenta un control de la temperatura más eficaz reduciendo la aparición de efectos adversos.

Por otro lado, Sonder et al (26) empleó el protocolo post PC que consistía en llevar a cabo la HT entre 32 – 34 °C durante 24h seguidas de la fase de recalentamiento lento (excepto en aquellos sujetos que presentasen riesgo de hemorragia, los cuales se enfriaron a 35°C). El método de enfriamiento fue aleatorizado (salvo en los que estaba contraindicado) y se compararon mantas desechables de circulación de agua Meditherm, mantas de circulación de agua Blanketrol, almohadillas adhesivas recubiertas de gel Artic Sun y enfriamiento endovascular Coolgard/Thermogard. La limitación presente en el estudio es que solamente se analizaron los dispositivos más utilizados.

Finalmente llegaron a la conclusión de que, durante la fase de inducción, la velocidad de enfriamiento es mayor en el método intravascular, en la fase de mantenimiento no hay predominancia en ninguno de los dos métodos y en la fase de recalentamiento el tiempo es menor para el uso de Artic sun y thermogard .

Sonder et al reflejó que la supervivencia de los sujetos que tuvieron un resultado neurológico óptimo fue del 36'6%, presentando tasas de supervivencia al alta del

45%, viéndose incrementada cuando el ritmo inicial era TV o FV (53'7%).

Look et al (27) en su estudio clínico prospectivo comparó la supervivencia y los resultados neurológicos obtenidos en 3 grupos diferentes (aquellos sujetos intervenidos con normotermia, los sometidos a hipotermia mediante el método superficial y el ultimo aquellos sometidos a hipotermia mediante el método intravenoso). El procedimiento llevado a cabo es la HT a 34°C durante 24h tras un periodo de recalentamiento de 1°C c/4h (0'25°C/h).

Observaron que a supervivencia fue mayor para el grupo sometido a enfriamiento endovascular respecto a aquellos sometidos a normoterapia. Cuando se comparan ambos grupos sometidos a hipotermia, no se observan diferencias significativas. Asimismo, se encontraron más complicaciones en el mantenimiento de la temperatura para el método superficial respecto al método de enfriamiento endovascular.

5 Discusión-Conclusión

En base a los resultados obtenidos durante este estudio podemos concluir que la hipotermia terapéutica presenta efectos beneficiosos para la salud tras una PCEH, puesto que la disminución de la temperatura corporal leve ha manifestado un efecto neuroprotector que pronostica una recuperación neurológica óptima.

A pesar de que el objetivo marcado en todos los estudios es el mismo, cada uno aplica un protocolo distinto en el que las medidas empleadas en cada una de las fases no coinciden. En la actualidad, las guías recomiendan el uso de una temperatura comprendida entre 32 y 36°C durante 24h para conseguir que los sujetos en coma sobrevivan a una PCEH que presenten un ritmo inicial desfibrilable. Asimismo, existen estudios que indican que se puede utilizar este tratamiento tras una parada intrahospitalaria o en ritmos no desfibrilables (aunque la evidencia que la respalda es menor).

En cuanto a la velocidad recomendada de recalentamiento para conseguir cifras normales de temperatura tras las 24h se sitúa entre 0'25 - 0'5°C (aunque no existe un consenso claro sobre esto).

Los principales métodos para llevar a cabo el procedimiento pueden ser intravasculares (los cuales han demostrado ser más eficaces y rápidos) y superficiales, no existen datos concluyentes sobre cuál de los dos es mejor para lograr la hipotermia, ya que ambos lo consiguen. Además, destacamos la importancia de moni-

torizar a los sujetos cuando se va a llevar a cabo el procedimiento con el fin de evitar los efectos adversos más comunes (temblores, infecciones, arritmias...) así como la hipertermia.

Independientemente del uso de la HT, cuando se evalúa la supervivencia tras una parada debemos incluir factores que influyen en el pronóstico y recuperación neurológica.

A pesar del beneficio encontrado de este tratamiento, son varios los estudios que no evidencian una mejora clara en su uso por lo que se necesitarían más estudios que analizaran los pacientes ideales, la temperatura objetivo, la velocidad de recalentamiento y el momento idóneo para la inducción.

6 Bibliografía

Caballero López CA, Cárdenas Surí H, González Sánchez Y, González Alfonso O, Garzón Cabrera H, Reinoso Fernández W. Hipotermia terapéutica en el paro cardiorrespiratorio recuperado. CorSalud [Internet] 2017 [citado 23 de diciembre 2019];9(4):236–41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6575673>

Pérez-Castellanos A, Martínez-Sellés M, Uribarri A, Devesa-Cordero C, Sánchez-Salado JC, Ariza-Solé A, et al. Desarrollo y validación externa de un modelo pronóstico precoz para supervivientes de una parada cardíaca extrahospitalaria. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2019 [citado 23 de diciembre de 2019]; 72(7):535–42. Disponible en: <https://www.revescardiol.org/es-desarrollo-validacion-externa-un-modelo-articuloS0300893218303075?referer=buscador>

Magaldi M, Fontanals J, Moreno J, Ruiz A, Nicolás J, Bosch X. Supervivencia y pronóstico neurológico en paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias por ritmos desfibrilables tratadas con hipotermia terapéutica moderada. Med Intensiva [Internet]. 2014;38(9):541–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569114001399>

Cequier Á, López-De-Sá E. Improving the Initial Prediction of Prognosis in Survivors of an Out-of-hospital Cardiac Arrest. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2019 [citado 23 de diciembre de 2019];72(7):525–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30905665>

Freixedes C, Parellada M, Romeu N, García S, Grau E, Prieto C, et al. Tiempos de actuación en la hipotermia teraéutica tras parada cardíaca recuperada. *Enferm en Cardiol* [Internet]. 2015 [citado 23 de diciembre de 2019]; 35(66):35–42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6286000>

Ramírez-Guerrero JA. Síndrome postparo cardíaco. *Rev Mex Anestesiología*. [Internet] 2014 [citado 24 de diciembre de 2019]; 37(1):124–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141ai.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de Defunciones según la causa de muerte: Metodología [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 25]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=12547355731755

Monsieurs KG. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). *Resuscitation* [Internet]. 2015 [citado 24 de diciembre de 2019];81(10):1389–99. Disponible en: https://www.cercp.org/images/stories/recursos/Documentos/Recomendaciones_ERC_2015_Resumen_ejecutivo.pdf.

Rosell-Ortiz F, Escalada-Roig X, Fernández Del Valle P, Sánchez-Santos L, NavalpotroPascual JM, Echarri-Sucunza A, et al. Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) attended by mobile emergency teams with a physician on board. Results of the Spanish OHCA Registry (OSHCAR). *Resuscitation* [Internet]. 2017 [citado 24 de diciembre de 2019];113:90–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28202420>

Zinski HMF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, Samson R, et al. Aspectos destacados de la actualización de las Guías AHA para RCP y ACE de 2015. *Circulation* [Internet]. 2015 [citado 23 de diciembre de 2019];123:34. Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-GuidelinesHighlights-Spanish.pdf>

Miñambres E, Holanda MS, Domínguez Artigas MJ, Rodríguez Borregán JC. Therapeutic hypothermia in neurocritical patients. *Med Intensiva* [Internet]. 2008 [citado 12 de marzo 2020]; 32(5):227–35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18570833>

Lopez-De-Sa E. What should be done with survivors of a cardiac arrest? induce hypothermia or just avoid hyperthermia? *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2015 [citado 24 de diciembre de 2019]; 68(5):369–72. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/enwhat-should-be-done-with-articulo-S1885585715000894>

Ruivo C, Jesus C, Morais J, Viana P. Predictors of death among cardiac arrest patients after therapeutic hypothermia: a non-tertiary care center's initial experience. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2016 [citado 20 de febrero 2020]; 35(7–8):423–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.03.006>

Buanes EA, Hufthammer KO, Langørgen J, Guttormsen AB, Heltne JK. Targeted temperature management in cardiac arrest: Survival evaluated by propensity score matching. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2017 [citado 22 de febrero 2020];25(31):1–8.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5356272/>

Lybeck A, Cronberg T, Aneman A, Hassager C, Horn J, Hovdenes J, et al. Time to awakening after cardiac arrest and the association with target temperature management. *Resuscitation* [Internet]. 2018 [citado 23 de febrero 2020];126:166–71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29371115>.

Kirkegaard H, Rasmussen BS, de Haas I, Nielsen JF, Ilkjær S, Kaltoft A, et al. Timedifferentiated target temperature management after out-of-hospital cardiac arrest: A multicentre, randomised, parallel-group, assessor-blinded clinical trial (the TTH48 trial): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2016 [citado 23 de febrero 2020]; 17(228):1–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1338-9>.

Dankiewicz J, Friberg H, Bělohávek J, Walden A, Hassager C, Cronberg T, et al. Time to start of cardiopulmonary resuscitation and the effect of target temperature management at 33°C and 36°C. *Resuscitation* [Internet]. 2016 [citado 37 de febrero 2020];99:44–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957215008734?via%3Dihub>

Dankiewicz J, Cronberg T, Lilja G, Jakobsen JC, Beňphlavec J, Callaway C et al. Targeted Hypothermia Versus Targeted Normothermia After Out-of-hospital Cardiac Arrest. *Am Heart J* [Internet]. 2019 [citado 26 febrero 2020];217:23–31.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31473324>

Kleissner M, Sramko M, Kautzner J, Kettner J. Mid-term clinical outcomes of out-of-hospital cardiac arrest patients treated with targeted temperature management at 34–36 °C versus 32–34 °C. *Hear Lung*. [Internet] 2019 [citado 26 febrero 2020];48(4):273–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014795631830284X>

Ponz I, Lopez-de-Sa E, Armada E, Caro J, Blazquez Z, Rosillo S, et al. Influence of the temperature on the moment of awakening in patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2016 [citado 26 de Febrero 2020];103:32–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.03.017>

Kongpolprom N, Cholkraisuwat J. Neurological prognostications for the Therapeutic Hypothermia among comatose survivors of cardiac arrest. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2018 [citado 26 de Febrero 2020]; 22:509–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnesp.2016.04.030><http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2014.07.008><http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.08.004><http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.007><http://dx.doi.org/10.1038/s41430-017-0008-7><http://dx.doi.org/10.1038/s41430-017-0008-7>

Ahn S, Lee BK, Youn CS, Kim YJ, Sohn CH, Seo DW, et al. Predictors of good neurologic outcome after resuscitation beyond 30 min in out-of-hospital cardiac arrest patients undergoing therapeutic hypothermia. *Intern Emerg Med*. [Internet] 2018 [citado 26 de Febrero 2020]; 13(3):413–9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-017-1662-4>

Lascarrou JB, Merdji H, Le Gouge A, Colin G, Grillet G, Girardie P, et al. Targeted temperature management for cardiac arrest with nonshockable rhythm. *N Engl J Med*[Internet]. 2019 [citado 6 de marzo 2020]; 381(24):2327–37. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1906661>

Jun GS, Kim JG, Choi HY, Kang GH, Kim W, Jang YS, et al. A comparison of intravascular and surface cooling devices for targeted temperature management

after out-of-hospital cardiac arrest. *Medicine* [Internet]. 2019 [citado 20 febrero 2020];98(30). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31348276>

Liao X, Zhou Z, Zhou M, Tang H, Feng M, Kou B, et al. Effects of endovascular and surface cooling on resuscitation in patients with cardiac arrest and a comparison of effectiveness, stability, and safety: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. [Internet] 2020 [citado 23 febrero 2020]; 24(1):27–46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31992342>.

Sonder P, Janssens GN, Beishuizen A, Henry CL, Rittenberger JC, Callaway CW, et al. Efficacy of different cooling technologies for therapeutic temperature management: A prospective intervention study. *Resuscitation* [Internet]. 2018 [citado 26 de febrero 2020];124:14–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.12.026>

Look X, Li H, Ng M, Lim ETS, Pothiwala S, Tan KBK, et al. Randomized controlled trial of internal and external targeted temperature management methods in post- cardiac arrest patients. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2018 [citado 7 de marzo de 2020]; 36(1):66– 72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28698133>

Liao X, Zhou Z, Zhou M, Tang H, Feng M, Kou B, et al. Effects of endovascular and surface cooling on resuscitation in patients with cardiac arrest and a comparison of effectiveness, stability, and safety: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. [Internet] 2020 [citado 23 febrero 2020]; 24(1):27–46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31992342>

Capítulo 79

CÓDIGO ICTUS, RELEVANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO.

SARA LORENZO GRACIA

MARÍA JOSÉ CUARTERO GARCÍA

1 Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son aquellas alteraciones, transitorias o permanentes (que afectan a una o varias áreas del encéfalo) debidas generalmente a un trastorno vascular. (1, 2)

La clasificación más extendida de las ECV es la que hace referencia a su naturaleza, podemos distinguir 2 tipos: isquémica (focal o global) y hemorrágica (intracraneal, profunda, de tronco cerebral, cerebelosa, intraventricular y sub-aracnoidea). La primera es causada por la falta de aporte de oxígeno al cerebro, mientras que la segunda se debe a la extravasación de sangre a causa de la rotura de un vaso sanguíneo intracraneal. (1, 2)

Los cambios en este grupo indican que el accidente cerebrovascular es una afección aguda.

Un accidente cerebrovascular es una alteración repentina del flujo sanguíneo cerebral que altera temporal o permanentemente la función de un área específica del cerebro.(1)

Los síntomas de característicos son adormecimiento o debilidad de la cara (con desviación de la comisura de la boca hacia un lado), del brazo o de la pierna,

específicamente si afecta a una mitad del cuerpo. Además, se producen confusión, discinesias, dificultad para ver con uno o ambos ojos y dificultad para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o la coordinación. (3)

Encontramos factores de riesgo modificables (hipertensión arterial, cardiopatías, tabaquismo, AITs previos, etc), potencialmente modificables (diabetes mellitus, homocisteinemia e hipertrofia ventricular) y no modificables (edad, sexo, factores hereditarios, raza/etnia y localización geográfica).

La hipertensión arterial (HTA) se considera el factor de riesgo más importante debido a su alta prevalencia y potencial riesgo de ictus isquémico y hemorrágico. Además, representa un alto riesgo para la población. (1)

El ictus ocupa el segundo lugar en Europa en términos de carga global de enfermedad (en términos de mortalidad y discapacidad). Es el responsable del 6,8% de los años de vida perdida ajustados por discapacidad (AVAD). (2)

Se trata del condicionante más importante de discapacidad permanente en el adulto, (1, 2, 11, 12) la segunda causa de demencia (2, 11) y el motivo más frecuente de hospitalización neurológica (70% ingresos en los servicios de neurología). (2)

La gran mayoría de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que limitan sus actividades de la vida diaria, además, su morbilidad genera sufrimiento, carga social y familiar, así como, elevados costes sociales (3- 4% del gasto sanitario). (1, 2, 13, 14)

Al contrario de lo que se cree, no solo afecta a la población anciana puesto que cada vez se registran más casos entre adultos jóvenes debido a hábitos de vida incorrectos. Actualmente, entre el 15-20% de los ACV afectan a personas con una edad inferior a los 45 años.

El Código Ictus (CI) es un procedimiento de actuación hospitalaria que consiste en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas del Ictus (de posible naturaleza isquémica), con la posterior priorización de los cuidados y traslado inmediato a un centro capacitado de aquellos sujetos que puedan beneficiarse de una terapia de reperusión y cuidados especiales en una Unidad de Ictus (UI). (5, 7, 15)

Estas reglas incluyen la notificación de emergencia y el traslado de pacientes, la coordinación de los equipos de accidentes cerebrovasculares dentro del hospital, la reducción de las estadias en el hospital y la implementación de procedimientos

de diagnóstico y tratamiento de pacientes. (1, 5, 7)

Distinguimos entre:

- CI intrahospitalario (CII). Conecta los sistemas de emergencia con el hospital, se encuentra presente en la mayoría de los sistemas sanitarios avanzados . Dichos sistemas se basan en la coordinación de estructuras administrativas y asistenciales para clasificar las demandas de atención sanitaria urgente, de manera que proporcionan una respuesta adecuada en función del grado de prioridad existente. (1)
- CI extrahospitalario (CIE). SAplicado en el momento en que un paciente llega a la puerta de la sala de emergencias del hospital, un equipo específico de médicos priorizará a los pacientes con ictus e iniciará acciones y procedimientos predefinidos en el hospital. (1)

Este código presenta los siguientes criterios de activación (15):

- Paciente dependiente (capaz de caminar, asearse y vestirse).
- Tiempo hasta el inicio de los síntomas menos de 8 horas o inicio desconocido.
- Foco neurológico actual al diagnóstico: presencia de uno de los síntomas preocupantes del ictus agudo.

La mayoría de los accidentes cerebrovasculares isquémicos implican la oclusión de arterias externas o intracraneales. La magnitud y extensión del daño del tejido cerebral depende de la duración de la oclusión arterial, lo que aumenta el riesgo de hemorragia por reperfusión. (1)

A partir de los resultados del estudio NINDS, la FDA en 1996 aprobó en Estados Unidos el uso del agente trombolítico activador tisular del plasminógeno de origen recombinante (rt-PA) para su administración vía intravenosa en el tratamiento de la fase aguda del ictus isquémico dentro de las tres primeras horas tras el inicio de los síntomas. Actualmente, es la única alternativa terapéutica para estos pacientes.

Dichos criterios son los siguientes:

- Existe una estructura organizativa para el departamento de accidentes cerebrovasculares.
- Apoyar el proceso por un neurólogo o especialista..
- Monitorización continua del paciente las primeras 24h.
- Inicio precoz del tratamiento rehabilitador.

Al ser el Ictus reconocido como un problema de salud pública, refleja la necesidad

de contar con una organización eficiente de recursos sanitarios con la finalidad de garantizar la accesibilidad a los tratamientos, así como, su correcta aplicación.

Todos los pacientes con sintomatología sugestiva de ictus, deben trasladarse inmediatamente (o con la menor brevedad) a un hospital de agudos preparado para tratar esta patología.

En este sentido, se han establecido tres niveles de atención en la red hospitalaria, en función de las características de cada centro: (1, 15)

- Hospital con Equipo de Ictus (EI).
- Hospital con UI.
- Hospital de Referencia de Ictus.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la eficacia del Código Ictus.

Objetivos secundarios:

- Conocer la tasa de terapia trombolítica y la existencia de una reducción significativa de los tiempos en el traslado tras la implantación del protocolo.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema planteado. La búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos Pubmed, Scopus, Cinahl, Dialnet y Cuiden entre enero y marzo de 2022.

Criterios de inclusión.

- Estudios o revisiones bibliográficas relacionados con el tema tratado.
- Artículos en inglés y español.
- Población adulta (mayores de 15 años).

Criterios de exclusión.

- Estudios o revisiones bibliográficas que no se relacionen con el tema seleccionado.
- Artículos con antigüedad superior a los 5 años

4 Resultados

Para llevar a cabo la evaluación del ICTUS las herramientas empleada en la mayoría de los estudios (16, 17, 18, 19, 21), se basan en la presencia de signos y/o síntomas subjetivos de ictus (destacando la dificultad para hablar y el déficit motor y/o sensorial como los principales).

Los estudios realizados en Corea (16), España (20, 22) y Portugal (18) establecen el límite de la ventana terapéutica en un tiempo inferior a las tres horas desde el inicio de los síntomas.

Por el contrario, los estudios realizados en Taiwan (17) y en París (21), establecen un tiempo inferior a cuatro horas y media. Tanto Sohn et al(16) como CluaEspuny et al (20) aportan el número de pacientes excluidos del tratamiento por superar la ventana terapéutica (33 pacientes y el 19.4% de los pacientes, respectivamente).

La gravedad del accidente cerebrovascular se evaluó utilizando la Escala Nacional de Accidentes Cerebrovasculares en todos los estudios excepto en el estudio de Moutinho y colaboradores (18). En la mayoría de ellos, las tasas de t-PA IV incrementan. Únicamente, Clua-Espuny et al(20) menciona como criterio de exclusión, para recibir este tratamiento, tener una puntuación en la Escala NIHSS ≤ 4 .

La notificación temprana de los pacientes con accidente cerebrovascular se incluyó en todos los experimentos excepto en uno (Clua-Espuny et al. 20). En dos estudios, Dalloz et al (21) y Geffner Sclarsky et al (22), utilizaron el servicio de emergencias para comunicar el suceso.

La tasa de terapia trombolítica en aquellos sujetos en los que se activo el código ictus fue superiores respecto a aquellos en los que no se activó.

Los estudios de Sohn et al (16), Chen et al(17), Geffner Sclasky et al (22) manifestaron un incremento en las tasas de terapia trombolítica con el uso del Código Ictus de 2'7%, 6% y 8;9% respectivamente.

Moutinho et al (18) explica que el grupo con CI activado extrahospitalariamente presenta un porcentaje mayor de pacientes beneficiados de t-PA IV con respecto a los grupos con CII activado y los que proceden de otros servicios (73.3% CIE, 36.4% CII y 17.4% otros).

Husseini et al(19) en cambio destacó que los pacientes hospitalizados cuentan con una tasa de t-PA IV inferior a los pacientes de urgencias (2.7% vs 12.7%, re-

spectivamente). El principal motivo de la contraindicación es la cirugía reciente en el 31.8% de los pacientes.

La mayoría de los estudios muestran una reducción significativa del tiempo desde que acuden al servicio de urgencias hasta que se inicia la terapia trombolítica, este es conocido como DTN (door-to-needle).

Un estudio realizado por Sohn y otros (16) informó una disminución significativa en la duración de los defectos del tubo neural desde la introducción de la regulación del accidente cerebrovascular. En el primer período (pre activación código ictus) el tiempo medio fue de 52 minutos, reduciéndose hasta los 34 tras el protocolo. En el primer período, el 32.4% de los pacientes presentaban un DTN > 60 minutos, tras el Código Ictus, se produjo un descenso de ese porcentaje hasta el 4.7.

Asimismo, se produjeron otros descensos importantes en el tiempo (desde el inicio de los síntomas hasta la t-PA IV, se consigue una reducción de 24 minutos con respecto al primer período)

Dalloz et al (21) obtiene un DTN medio de 63.5 minutos, mientras que 54 pacientes contaban con un DTN $\leq$ 60 minutos.

Al igual que Sohn et al (16), el estudio Chen et al (17), coincide en que, tanto el DTN como el OTN disminuyen significativamente tras la implantación del Código Ictus.

En el DTN refleja una reducción de 37 minutos (42% en el período post CI con respecto al pre CI (88 min. vs 51 min.)). En el caso del OTN, se acorta desde los 145 minutos en el primer período hasta los 125 minutos en el segundo. Además, el 71.3% de los pacientes tienen un DTN $\leq$ 60 minutos tras el Código Ictus.

Geffner Sclarsky et al (22) observó que, tras la implantación de dicho código, se ha producido una reducción en el retraso a urgencias, llegando el 42.5% de los pacientes dentro de las tres primeras horas.

Finalmente, un estudio de Moutinho et al (18) mostró una mayor proporción de pacientes que se adherían al tiempo de tratamiento de 3 horas cuando los códigos de ictus estaban vigentes extrahospitalariamente, mostrando menores porcentajes en el CII y los otros servicios (85.4% CIE, 34.8% CII y 38.9% otros).

5 Discusión-Conclusión

El desconocimiento de los signos y síntomas de inicio del ictus supone un grave problema. En muchas ocasiones, el retraso en alertar a los servicios de emergencias se relaciona con el desconocimiento de la sintomatología del ictus (tanto de la propia persona como de los sujetos que lo evidencian).

Cabe destacar la importancia de la ventana terapéutica puesto que, en muchas ocasiones, llegar al hospital tras haberla superado implica tener que renunciar a beneficiarse de una terapia trombolítica. El ictus requiere actuación precoz, además de una adecuada coordinación y estructuración entre los diferentes eslabones asistenciales con el fin de evitar que el tiempo límite se supere.

Por otro lado, la severidad del episodio y el nivel de discapacidad previo del paciente son factores a influentes cuando se activa el Código Ictus, ya que pueden determinar qué pacientes son candidatos para una trombólisis.

Asimismo, la combinación del protocolo junto con las campañas educativas generan mejores resultados en la tasa de terapia trombolítica, ya que la sociedad resalta la importancia del tiempo de actuación.

El aviso por parte del servicio de emergencias ha demostrado que se aumenta el número de pacientes tratados. Además, la realización de una correcta activación del CI ayuda a que ese número incremente.

Los datos existentes sobre el uso del Código Ictus confirman su empleo como sistema asistencial que integra los distintos eslabones de la cadena sanitaria. Se ha observado un aumento en la velocidad de administración de la terapia trombolítica así como una disminución del tiempo.

La implantación de este protocolo mejorado los aspectos organizativos de la prestación de servicios, ya que, desde que comenzó a usarse, ha disminuido el número de pacientes institucionalizados y fallecidos.

En el ictus, la implantación del Código Ictus y los resultados reflejados nos indican la eficacia en términos de reducción del tiempo, así como, el aumento de la frecuencia en los tratamientos de terapia trombolítica.

6 Bibliografía

1. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerios de Sanidad y Consumo [Monografía en internet]. Madrid; 2008 [citado:12.05.2015]; Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
2. Martínez-Vila E, Murie Fernández M, Pagola I, Irimia P. Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine*. 2011;10(72):4871-81.
3. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Jiménez Hernández MD. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. *Med Intensiva*. 2008;32(9):431-43
4. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurology*. 2003;2:43-53.
5. Jiménez Fábrega X, Espila JL. Códigos de activación en urgencias y emergencias. La utilidad de priorizar. *An.Sist. Sanit. Navar*. 2010, Vol. 33, Supl. 1.
6. Alvarez Sabín J. Mortalidad Hospitalaria por ictus. [Editorial] *Rev EspCardiol*. 2008; 61(10):1007-9
7. Gállego J, Herrera M, Jericó I, Muñoz R, Aymerich N, Martínez-Vila E. El ictus en el siglo XXI. Tratamiento de urgencia. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2008; 31 (Supl. 1): 15-30
8. Cayuela A, Cayuela L, Escudero-Martínez I, Rodríguez-Domínguez S, González A, Moniche F, et al. Análisis de las tendencias en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en España 1980-2011. *Neurología*. 2014.
9. Mortalidad cardiovascular en España. Año 2000. *Boletín epidemiológico semanal*. 2003;11(21):241-52.
10. Cayuela A, Cayuela L, Escudero-Martínez I, Rodríguez-Domínguez S, González A, Moniche F, et al. Análisis de las tendencias en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en España 1980-2011. *Neurología*. 2014.
11. Rodríguez Campello A, Cuadrado Godia E, Giralte Steinhauer E, Rodríguez Fernández E, Domínguez A, Romeral G, et al. Detección del ictus intrahospitalario: evaluación de resultados de un programa de formación y entrenamiento a per-

sonal médico y de enfermería. *Neurología*. 2014.

12. López Fernández JC, Arenillas Lara J, Calleja Puerta S, Botia Paniagua E, Casado Naranjo I, Deyá Arbona E, et al. Recursos asistenciales en el ictus en España 2010: análisis de una encuesta nacional del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. *Neurología*. 2011; 26 (8): 449-454.

13. Portilla-Cuenca JC, Ramírez-Moreno JM, López-Espuela F, RomeroSevilla RM, Jiménez-Caballero PE, Fermín-Marrero JA, et al. Situación funcional tras un ictus y experiencia acumulada de una unidad de ictus. *Neurología*. 2014; 29(5):271-279

14. López Fernández JC, Arenillas Lara J, Calleja Puerta S, Botia Paniagua E, Casado Naranjo I, Deyá Arbona E, et al. Recursos asistenciales en el ictus en España 2010: análisis de una encuesta nacional del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. *Neurología*. 2011; 26 (8):449-454.

15. MasJuan J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Plan de asistencia sanitaria al ictus II. 2010. *Neurología*. 2011; 26 (7): 383-396.

16. Sohn SW, Park HS, Cha JK, Nah HW, Kim DH, Kang MJ, et al. A Systemized stroke code significantly reduced time intervals for using intravenous tissue plasminogen activator under magnetic resonance imaging screening. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2015; 24(2):465-72.

17. Chen CH, Tang SC, Tsai LK, Hsieh MJ, Yeh SJ, Huang KY, et al. Stroke code improves intravenous thrombolysis administration in acute ischemic stroke. *PLoS ONE*. 2014;9(8).

18. Moutinho M, Magalhães R, Correia M, Silva MC. A community-based study of stroke code users in Northern Portugal. *Acta Medica Portuguesa*. 2013;26(2):113-22.

19. El Hussein N, Goldstein LB. "code stroke": Hospitalized versus emergency department patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2013;22(4):345-8.

20. Clua-Espuny JL, Piñol-Moreso JL, Gil-Guillén FV, Orozco-Beltran D, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J. The stroke care system in Terres de l'Ebre, Spain, after the implementation of the Stroke Code model: Ebrictus Study. *Medicina Clinica*. 2012;138(14):609-11

21. Dalloz MA, Bottin L, Muresan IP, Favrole P, Foulon S, Levy P, et al.

Thrombolysis rate and impact of a stroke code: A French hospital experience and a systematic review. *Journal of the Neurological Sciences*. 2012;314(1-2):120-5

22. Geffner-Sclarsky D, Soriano-Soriano C, Vilar C, Vilar-Ventura RM, Belenguer-Benavides A, Claramonte B, et al. Provincial stroke code: Characteristics and impact on health care. *Revista de Neurologia*. 2011;52(8):457-64.

Capítulo 80

INDICACIONES VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

SARA LORENZO GRACIA

MARÍA JOSÉ CUARTERO GARCÍA

1 Introducción

La Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI) está siendo el tratamiento de elección en diferentes patologías respiratorias, como son el edema agudo de pulmón cardiogénico (EAPc) y la reagudización del EPOC; por ello es importante que el personal sanitario tenga los conocimientos y el entrenamiento necesario para desarrollar esta técnica.

Son variadas as patologías que acuden a urgencias sin embargo cabe destacar la importancia de la respiratoria. Desde el punto de vista asistencial, cobran especial relevancia las infecciones respiratorias y la insuficiencia respiratoria aguda (independientemente de su origen). (21)

La insuficiencia respiratoria se define como la incapacidad del sistema respiratorio para mantener el intercambio de gases adecuado necesario para satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo. La medición del pH, de la presión parcial de O₂ (PO₂) y de la presión parcial de CO₂ (PaCO₂) en sangre arterial, son las técnicas de elección empleadas para el diagnóstico y control de la insuficiencia respiratoria. (21)

Para considerarla como tal, el pH debe encontrarse entre 7'35-7'40, la PaO₂<60 mmHg y/o la PaCO₂>45 mmHg (en reposo, vigilia y respirando ambientalmente). Esto se obtiene a través de una gasometría arterial.(23)

A pesar de que tiene una instauración rápida,, en otras muchas ocasiones, aparece de manera lenta y progresiva (pudiendo aparecer a las semanas, meses e incluso años), y en estas ocasiones, la sintomatología es menos llamativa y los cuadros inicialmente son menos graves, es a lo que se denomina insuficiencia respiratoria crónica. La distinción entre la insuficiencia respiratoria aguda y crónica se puede realizar por la gasometría arterial. (11,23)

La insuficiencia respiratoria se define como la incapacidad del sistema respiratorio para mantener adecuadamente el edema pulmonar agudo (EPA). Esto es causado por la acumulación de líquido en los pulmones, causando dificultad para respirar. La causa más común es la insuficiencia cardíaca congestiva.(11,23,31)

Debido a que el corazón no puede bombear sangre de manera eficiente, queda atrapada en las venas que la llevan a los pulmones. La presión en los vasos sanguíneos aumenta, empujando el líquido hacia los alvéolos. Esto reduce el movimiento normal de oxígeno y dificulta la respiración. (23,31)

Esta patología, casi siempre es tratada en la sala de urgencias de un hospital previo a un examen físico completo que incluye la auscultación de corazón y pulmones, observación de la coloración de la piel e hinchazón de piernas o abdomen. Es frecuente observar fatiga muscular y retención de anhídrido carbónico (CO₂). (8,10,23)

Las pruebas que se realizan para diagnosticar esta afección son análisis de sangre, gases en sangre arterial, radiografía de tórax, ecocardiograma y electrocardiograma. Y siempre cuando el paciente mantenga estos parámetros: una frecuencia respiratoria mayor a 25 rpm, el uso de la musculatura accesoria, unaPaCO₂ mayor a 45 mmHg y un pH menor a 7,35. (3,5,7,8,10,23,31)

Esta condición y la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son motivos de consulta a un servicio de urgencias hospitalario y una adecuada monitorización. (6,9)

Dentro de la valoración del paciente, deberá incluirse la determinación de la saturación arterial de oxígeno, la toma de gases arteriales y analítica sanguínea, radiografía de tórax, un cultivo de esputo y un electrocardiograma. Se aplica a pacientes con los siguientes criterios: uso de músculos accesorios, pH ≤ 7,35,

$p\text{CO}_2 \geq 45 \text{ mmHg}$, frecuencia respiratoria $\geq 25 \text{ rpm}$. (4,7,8,23,28,31)

La VMNI se ha considerado del dominio de las unidades de Cuidados Intensivos y Unidades de

Neumología dedicadas al soporte ventilatorio. A pesar de su utilización creciente en los servicios de urgencias, son pocas las experiencias reflejadas en nuestro medio sobre la VMNI en dicho servicio. (25)

La VMNI es un soporte respiratorio que permite incrementar la ventilación alveolar y mejorar la oxigenación sin necesidad de acceso artificial a la vía aérea, evitando la intubación orotraqueal. Genera distintos efectos beneficiosos derivados de la presión positiva en varios niveles del sistema respiratorio, clínicos y pronósticos. Considere siempre la aplicación a pacientes conscientes, orientados y cooperativos.

Los siguientes efectos son posibles en relación con la VMNI:

- Intercambio de gases: Oxigenación- Ventilación.
- Control de signos y síntomas: Disnea.
- Músculos Respiratorios: Mecanismos de fatiga y reposo de los músculos respiratorios.
- Reducción de la morbilidad, estancia hospitalaria, costes económicos y prevalencia de complicaciones respecto a la ventilación mecánica invasiva en UCI.
- Mejor calidad de vida y pronóstico.

Es una técnica que se realiza mediante un dispositivo externo e implica exhalación, espiración o presión positiva continua en las vías respiratorias. Esta técnica se puede realizar a través de una máscara o interfaz facial, nasal, etc. la selección de esta es la principal preocupación para obtener buenos resultados técnicos. (23)

Para poder implementar esta técnica, es fundamental conocer los conceptos en los que trabaja la técnica, los diferentes modos que existen, sus directivas y cómo trabaja la VMNI con ellos. Además de contraindicaciones, posibles complicaciones e intervenciones de enfermería.

Los conceptos a tener en cuenta para el desarrollo de esta técnica son los siguientes:

- CPAP: Es la presión positiva continua en las vías aéreas (constante durante la espiración como en la inspiración, aunque no asiste activamente la última men-

cionada).El paciente debe exhalar antes de que el dispositivo aplique presión.

-BiPAP: se trata de la presión positiva continua en vías aéreas. En este caso, la presión que se pauta asiste activamente tanto la espiración como en la inspiración. Este es un sistema presumétrico donde se regula la presión y el volumen depende del paciente.

-EPAP: hace referencia al nivel de presión positiva programada durante la fase espiratoria de la respiración. Aumenta la capacidad residual funcional favoreciendo el intercambio gaseoso y mejorando la hipoxemia. Además, esta presión espiratoria a menudo se preestablece para evitar la recurrencia.

-IPAP: Es el nivel de presión positiva programada que se va a alcanzar durante la fase inspiratoria de la respiración. Proporciona realmente el soporte ventilatorio. Hace que aumente el volumen tidal, el intercambio gaseoso y la frecuencia respiratoria.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Analizar la ventilación mecánica no invasiva y sus principales indicaciones para adultos en el Servicio de Urgencias hospitalarias.

Objetivo secundario:

-Establecer la importancia de la enfermería en los cuidados de la ventilación mecánica no invasiva en el Servicio de Urgencias hospitalarias

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica para determinar cuáles son las principales patologías que precisan una Ventilación Mecánica No Invasiva como primera línea de intervención en el servicio de Urgencias.

La búsqueda de artículos se llevó a cabo entre septiembre y octubre de 2022 y las bases de datos empleadas fueron PubMed, Cochrane y Elsevier.

Criterios de inclusión:

-Artículos relacionados con el tema seleccionado.

-Artículos científicos cuya publicación no sea anterior a 2000.

-Artículos científicos fiables.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no se relacionaron con el tema.
- Artículos que contenían más de 20 años de antigüedad.

4 Resultados

Tiene su indicación más fundamentada en tres patologías: la exacerbación de la EPOC, el edema agudo de pulmón cardiogénico (EAPc) y el fallo respiratorio agudo hipoxémico del paciente inmunodeprimido.

Las principales indicaciones en dicho servicio son para las patologías del edema agudo de pulmón cardiogénico (EAPc) así como la reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Puesto que este estudio se basa en las patologías que se tratan únicamente en el Servicio de Urgencias, sólo se aceptan las dos anteriores mencionadas.

El uso precoz de la VMNI en pacientes con EAPc y reagudización de la EPOC, ha manifestado una mejora más rápida y eficaz los parámetros clínicos y gasométricos, disminuyendo el porcentaje de IOT, ingresos en UCI y sus complicaciones, a diferencia de la oxigenoterapia tradicional. (3,5,7,8,11,19,20,21,23,25)

En cuanto al uso, no hubo diferencias entre estudios específicos, y el uso de CPAP predominó en presencia de insuficiencia respiratoria aguda concomitante a ICA o un fallo hipoxémico puro, como es el EAPc; el uso de la BiPAP se reserva para cuando existe hipercapnia con acidosis respiratoria, o en el momento en el que los pacientes no responden a la CPAP por una disnea incontrolada. (3,5,7,11,19,20,23,25)

El resto de artículos, afirman que este último modo de VMNI produce una mejora paramétrica más rápida en estos pacientes,(11,23,25) a excepción de un artículo que menciona que el tiempo la duración del tratamiento para el régimen de CPAP fue de 3,75 horas y el tiempo de tratamiento para BiPAP fue de 5,45 horas(20)

Este método de oxigenación no es utilizado para cualquier paciente que se presente en el servicio con dificultad respiratoria. Los factores que determinan si una persona es candidata o no de la VMNI son varios.

El paciente debe estar consciente, orientado y colaborador. La existencia de trauma facial dificultaría el perfecto sellado de la máscara a utilizar, por lo que

se recomienda no usarlo en estos pacientes. (5,7,8,11,18,20,21,23)

Cabe señalar que los pacientes deben seleccionarse cuidadosamente. Además de los factores anteriores, los parámetros clínicos y gasométricos sugieren que el uso de esta técnica en el servicio de urgencias para el tratamiento se divide por patología.

Los pacientes con EAPc deben tener los siguientes parámetros, signos y síntomas para que se les recete la VMNI:

- Disnea con uso de musculatura accesoria.
- Saturación de Oxígeno <90%.
- FR > 25 rpm.
- PaCO₂ > 45mmHg o pH < 7,35.

Los factores notables en pacientes con exacerbaciones de la EPOC incluyen:

- pH < 7,35 y pCO₂ > 45 mmHg.

Una vez iniciada esta técnica, se debe realizar una evaluación a los 60 - 120 minutos clínica y gasométrica con la finalidad de observar si se ha producido mejoría.

La no mejoría del pH y de la frecuencia respiratoria en ese tiempo establecido, es el criterio más importante a la hora de predecir el fracaso del tratamiento y por lo tanto, motivo de suspensión. (23)

El criterio más destacable, además de otros criterios de suspensión, es su intolerancia a las distintas fases en el mercado. Alteración del nivel de conciencia, vómitos o riesgo de aspiración son algunos de los motivos de suspensión.. (5,7,11,18,20)

El personal de enfermería es el que más tiempo pasa junto al paciente, y por tanto, identificará con mayor facilidad detectará los efectos no deseados realizando un control continuo del cuadro clínico, más intenso en las primeras horas. Para lograr esto, se debe tener el conocimiento y la capacitación necesarios para utilizar esta terapia. (13,16,23)

No existe ningún artículo que discrepe sobre las intervenciones y los cuidados de enfermería a realizar antes, durante y después de la utilización de la VMNI en el servicio de urgencias.

Se establecen explicando el procedimiento al paciente, aumentando así el cumplimiento de la técnica. Debe estar en posición Fowler, evitando tanto la flexión como la hiperextensión de la cabeza. Las constantes vitales serán moni-

torizadas durante el transcurso del tratamiento.

Se debe seleccionar el tipo y el tamaño de máscara adecuados para evitar fugas y reducir las preocupaciones y los desplazamientos de esta.(12,13,14,15,16,23,27,28)

En la mayoría de los artículos revisados se menciona la prevención de úlceras en la zona de la mascarilla, poniendo protección en el arco de la nariz.(12,14,16,23,27,28)

Las primeras horas de tratamiento son esenciales para el éxito de la técnica, siendo fundamental la presencia del médico y/o enfermera a la cabecera de la cama, para poder ajustar correctamente la mascarilla y los parámetros del ventilador, para poder obtener así los resultados deseados.(12,13,14,15,16,23)

Los pacientes en tratamiento requieren muchos cuidados por parte del personal de enfermería, especialmente al inicio del tratamiento. Se realizará un control continuo de la situación clínica, debiendo prevenir, minimizar y corregir, en la medida de lo posible la aparición de efectos no deseados.

Cuando un paciente se encuentra en la sala de Urgencias, los profesionales de enfermería llevan a cabo la monitorización respiratoria y la hemodinámica, además de vigilar el estado neurológico constantemente.

No solo se tiene en cuenta lo anterior, si no que se debe intentar conseguir una buena adaptación paciente/ventilador controlando las fugas y los posibles desplazamientos de la interfase; el mantenimiento de la integridad y la hidratación de la piel y las mucosas, asimismo asegurar la permeabilidad de la vía aérea y vigilar la aparición de irritación ocular son intervenciones que hace personal de enfermería.

La distensión gástrica es una de las posibles complicaciones, por lo que se debe controlar. No se debe olvidar que la comunicación con el paciente es una gran herramienta para transmitir seguridad y confianza.(12,13,16,23)

5 Discusión-Conclusión

El uso precoz de la ventilación mecánica no invasiva ha manifestado un descenso en el número de intubaciones y complicaciones, mejorando con rapidez los parámetros clínicos y gasométricos, así como la supervivencia intrahospitalaria.

Por lo que debería realizarse esta técnica en todos los Servicios de Urgencias en aquellos sujetos que sean candidatos.

Hay dos situaciones clínicas principales en las que la eficacia de esta técnica se ha demostrado de forma convincente en el servicio de urgencias. Edema pulmonar cardiogénico agudo y exacerbación de la EPOC

En cuanto a la modalidad de ventilación utilizada, dependerá del fallo respiratorio. En caso de que el fallo sea hipoxémico (EAPc), la modalidad a utilizar será la CPAP, mientras si el fallo es hipercápnico y coexiste acidosis respiratoria (reagudización del EPOC), se optará por la BiPAP. Esta última , también se usará cuando los pacientes no respondan a la CPAP.

Es indispensable el entrenamiento y la implicación en la técnica con una cercana interacción con el equipo de salud. Los cuidados e intervenciones de enfermería son particularmente importantes, ya que realizarán un control continuo de la situación clínica del paciente, pudiendo detectar los efectos no deseados de la misma.

La prevención, minimización y la corrección de la aparición de efectos no deseados son los tres objetivos a cumplir. La intervención de enfermería es esencial para el éxito total de la técnica.

6 Bibliografía

1. Sociedad Científica Española de Enfermería [Internet]. Enfermería basada en la evidencia. [Consulta el 17 de Febrero del 2015]. Disponible en: http://www.scele.org/web_scele/evidenc_enfermer.htm
2. Gómez Grande M. L., Lázaro J. CPAP de Boussignac en procedimientos diagnóstico- terapéuticos en pacientes críticos. Med. Intensiva vol.35 no.5 Barcelona jun.-jul. 2011. ISSN 0210-5691
3. Ochoa Gómez, FJ. Guía para el uso del CPAP de Boussignac. Servicio de Urgencias Hospital San Pedro- Logroño. V.1. Junio del 2010
4. Maroto M, Martín A. Ventilación mecánica no invasiva. Servicio de urgencias Hospital Clínico San Carlos. Madrid: 2010
5. Buitrago R, Cáceres E, Duenas R, Póveda M. Manejo de la exacerbación aguda severa de EPOC. Rev Colomb Neumol 2011; 23(2): 48-54

6. National Heart, Lung, and Blood Institute [Internet]. EPOC [Consulta el 17 de febrero del 2015]. September 26, 2014. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/copd/>
7. Carratalá JM, Masip J. Ventilación no invasiva en insuficiencia cardiaca aguda: uso de la CPAP en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2010; 22: 49-55
8. Ayuso Baptista F, Fonseca del Pozo FJ, Jiménez Moral G. M. Manejo de la insuficiencia respiratoria aguda con ventilación mecánica no invasiva en urgencias y emergencias. *Emergencias* 2009; 21: 189-202
9. Rodríguez- Rosin R. Toward a consensus definition for COPD exacerbation. *Chest*. 2000;117;398S-401S
10. Agawal R, Agarwal AN, Guota D. Non- invase ventilation in acute cardiogenic pulmoray oedema. *Postgrad Med J*. 2005; 81:637-43
11. Sempere Montes G. VMNI en la EPOC y en el EAP: indicaciones y modo de aplicación. *Manuales SECUR módulo 6*. Tema 1 Febrero del 2009; 159- 171
12. Raurell Torredà M. Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva. *Original Research Article Enfermería Intensiva*, Volume 22, Issue 1, January–March 2011, Pages 31-38.
13. Ania González N, Goñi Viguria R. Revisión de conocimientos sobre los cuidados en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, Volume 23, Issue 4, October–December 2012, Pages 189-193.
14. Del Pozo Hessing C, Rodríguez Fernández A. Ventilación mecánica no invasiva en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. *MEDISAN vol.17 no.5* Santiago de Cuba mayo 2013
15. Girón Moreno R, Segrelles Calvo G, Zamora García E. Ventilación mecánica no invasiva en una población anciana que ingresa en una unidad de monitorización respiratoria: causas, complicaciones y evolución al año de seguimiento. *Original Research Article. Archivos de Bronconeumología*, Volume 48, Issue 10, October 2012, Pages 349-354
16. Fenoll Jimenez JJ, García Navalón AF, Marchán Beneyto A. cuidados generales a pacientes con ventilación mecánica no invasiva. *Revista científica de enfermería N°8* Mayo del 2014. ISSN: 1989- 0409

17. Del Castillo Blanco A, Parra Morais L, Pérez Aizcorreta O, Rialp Cervera G. Ventilación mecánica no invasiva en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en el edema agudo de pulmón cardiogénico. Servicio de Medicina Intensiva. 2012 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC.
18. Díaz Lobato S, Mayoralas Alises S, Montiel G. Ventilación mecánica no invasiva en la agudización de la enfermedades respiratorias. Med Clin (Barc). 2011; 137(15): 691- 696
19. Gonzalez Muñoz MF, Guevara de Arma RE, Lisa Hernández O, Morera Domínguez O, Sánchez Michel M. Evaluación de los resultados de la ventilación no invasiva en una unidad emergente. Revista archivo médico de Camagüey. Versión ISSN 1025- 0255. AMC v.13 n.4 Camagüey jul.- ago. 2009
20. Brouzet B, Carbajosa J, Carratalá JM, Jiménez I, Llorens P, Martínez- Beloqui E, et al. Ventilación no invasiva en insuficiencia cardiaca aguda: perfil clínico y evolución de pacientes atendidos en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias, Vol 22, Nº 3 (2010).
21. Simón Rodríguez A. Patología respiratoria aguda en los servicios de urgencias. Medicina respiratoria 2010, 3 (3): 17- 29
22. Andueza Lillo JA, Bare ML, Barrio I, Esteban C, García- Gutierrez S, et al. Emergencias 2014; 26: 251- 258
23. Grupo de la Sociedad Española de medicina de urgencias y emergencias (SEMES). Fundamentos básicos de ventilación mecánica no invasiva en medicina de urgencias y emergencias.
24. Arenas Gordillo M, Cabrera Galán C, del Castillo Otero D, Valenzuela Mateos F. Ventilación mecánica no invasiva. Medicina. 2010;10:4449-55
25. Andueza Lillo JA, Cano Ballesteros JC, Gargallo Garcia E, Gordo Remartínez S, Nuevo Gonzalez JA, Sevillano Fernandez JA. Ventilacion no invasiva en la insuficiencia respiratoria aguda en un Área de Alta Dependencia de Urgencias: resultados asistenciales y pronóstico a medio plazo. Resvista de patología respiratoria. 2013; 16(4): 125-131
26. Matías Florenzano V, Sergio Valdés J. Ventilación mecánica no invasiva en la

insuficiencia respiratoria aguda. Revista Medicina Clínica Condes- 2007; 18(2) 128- 132.

27. García Lorenzo R. Protocolo uso de CPAP de Boussinac en el servicio de urgencias. Hospital Universitario Río Carrión.

28. García Lorenzo R. Protocolo uso de la BiPAP Vision en el servicio de urgencias.
Hospital Universitario Río Carrión.

29. Masip Utset J. ventilación mecánica no invasiva en el edema agudo de pulmón. Revista española de cardiología. Vol. 54. Número 09. Septiembre 2001

Capítulo 81

CATETERISMO Y ENFERMERÍA

ALEJANDRO RUIZ PARADA

ISABEL ARANDA GRACIA

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

Un catéter arterial consiste en la introducción de un tubo delgado y hueco en una arteria (un vaso sanguíneo grande) normalmente en la muñeca, la ingle u otro lugar para medir la presión arterial con más exactitud que con un manguito de presión arterial.

Esta técnica es muy utilizada sobre todo en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y en las unidades o servicios quirúrgicos o de reanimación, este catéter también es denominado como “vía arterial”.

También puede utilizarse con la finalidad de tomar muestras continuas de gases arteriales para medir el nivel de oxígeno y dióxido de carbono en el torrente sanguíneo. Estos gases son muy importantes para valorar el intercambio de gases que realizan los pulmones y detectar posibles deficiencias en el mismo.

Algunos de los motivos o indicaciones para la realización de un cateterismo arterial son: presión arterial demasiado baja o hipotensión, presión arterial demasiado elevada o hipertensión y problemas pulmonares graves.

A su vez esta técnica al ser una técnica invasora implica determinados riesgos como pueden ser: infecciones, dolor durante la colocación del catéter, sangrado y coágulos de sangre.

Por ello es importante que conozcamos el protocolo de realización de la técnica para evitar los riesgos anteriormente descritos.

2 Objetivos

Conocer como personal formado en enfermería algunas cuestiones básicas acerca de los cateterismos arteriales, realizando una revisión de los protocolos existentes y permitiendo unificar criterios para mejorar nuestra calidad asistencial.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

Como decíamos esta técnica es usada en aquellos pacientes en los que es necesario obtener lecturas frecuentes de la presión arterial, proporcionando datos acerca del volumen sanguíneo, la resistencia vascular sistémica y la contractilidad del corazón.

Antes de comenzar la técnica es importante avisar al paciente o a sus familiares del procedimiento que se va a realizar y de la causa de la realización de la misma. Antes de comenzar la técnica se realizará el consentimiento informado del paciente, se prepara todo el material necesario y se coloca al paciente en la posición adecuada.

Debemos de tener en cuenta también la intimidad del paciente, separándolo con un biombo o mandando salir a los familiares y/o acompañantes.

En pacientes adultos pueden tomarse diferentes arterias: radial, cubital, braquial y femoral.

Se colocará al paciente en decúbito dorsal y se coloca un empapador debajo de la zona de inserción.

Material necesario: aguja de calibre 20 de 5 cm o equipo preempaquetado para cateterismo arterial, sistema de monitorización, guantes estériles y no estériles, povidona yodada o clorhexidina, material de sutura (sedas y bisturí), lidocaína al 1%, jeringa de 10 ml, agujas de calibre 18 y 22, empapador, gasas estériles, paños de campo estériles.

Realización del procedimiento:

Nos lavaremos las manos y nos colocamos guantes desechables, se prepara el área de trabajo en una mesa cercana al paciente con todo el material necesario, se limpia con desinfectante (povidona o clorhexidina) el lugar de inserción con movimientos circulares desde la zona más interna a la externa, retiramos los guantes y nos ponemos guantes estériles, cubrimos la zona que rodea al punto de inserción con campos estériles, se administra anestesia local en la zona de punción, se realiza la punción en la zona seleccionada, se palpa la arteria para ubicarla y con el bisel de la aguja hacia arriba se pincha en la zona penetrando con lentitud hasta que salga sangre de forma pulsátil (unos 6-12 mm de profundidad) una vez confirmada la correcta posición se retira el estilete y se fija la vía suturándola para evitar que se desplace, conectando el sistema de monitorización antes para ver qué funciona correctamente, se coloca un vendaje o apósito estéril en la zona.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el procedimiento del cateterismo arterial.

Hemos visto que esta técnica, se suele realizar en las unidades de cuidados intensivos, reanimación y área quirúrgica y también hemos visto en qué casos está indicada su realización, se utiliza para obtener información acerca de la presión arterial de forma frecuente.

Hemos visto que es una técnica estéril y las principales complicaciones de la misma, los materiales que se deben usar y cuál es el protocolo donde relatamos los pasos a seguir durante la misma, para así evitar posibles riesgos.

6 Bibliografía

1. Cateterismo arterial- Américan thoracic- disponible en https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/arterial_catheteriza-

tion.pdf.pdf.

2. Acceso arteria radial- disponible en <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/acceso-arterial-radial/>.

3. Colocación de un catéter arterial- disponible en <https://vanortherncalifornia.kramesonline.com/spanish/HealthSheets/3,S,41004>.

Capítulo 82

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA HIPOTERMIA PERIOPERATORIA

ALEJANDRO RUIZ PARADA

ISABEL ARANDA GRACIA

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

La hipotermia es determinada por la temperatura corporal menor que 36 °C, y puede ser considerada leve, media o moderada y grave o severa. Consiste en un estado clínico de temperatura corporal por debajo de lo normal, en el que el cuerpo es incapaz de producir calor suficiente para la realización de las funciones. Normotermia es la temperatura corporal entre 36 y 38 °C.

El cuerpo pierde calor a partir de cuatro mecanismos: radiación, conducción, convección y evaporación. Durante el procedimiento anestésico, puede ocurrir hipotermia (temperatura del cuerpo < 36 °C) en consecuencia de la redistribución de calor del compartimiento central para el periférico del uso de drogas anestésicas o recibimientos de grandes volúmenes de fluidos intravenosos e irrigación. Para explicar esta pérdida de calor corporal, detallamos a continuación los principios físicos de la transferencia del calor:
Mecanismos de transferencia de calor.

El 90-95% del calor metabólico se disipa a través de la superficie cutánea, sólo un pequeño % es eliminado por la respiración. Sin sudoración únicamente el 10% del calor cutáneo se pierde mediante evaporación (esta proporción es más elevada en los niños). La sudoración puede multiplicar por 10 la pérdida de calor en un ambiente seco y convectivo.

La transferencia del calor metabólico (q) en vatios (W) ($1\text{ W}=1\text{ Julio/segundo}$) dependerá de tres factores: Gradiente de temperatura (T), área o superficie implicada (A) y el coeficiente de transferencia de calor (C). Por lo que la ecuación básica sería: $q = T \cdot A \cdot C$.

De lo que se deduce que la transferencia de calor es directamente proporcional al gradiente o diferencia de T^a y al área corporal expuesta.

Existen cuatro mecanismos de transferencia de calor:

- Radiación: es el principal mecanismo de pérdida de calor (65 %) en el paciente anestesiado. El calor se transfiere por emisión de radiaciones infrarrojas (fotones) entre dos superficies separadas con T^a diferentes.

No depende de la T^a del aire interpuesto entre dichas superficies. Depende de la capacidad de emisión del objeto y el área de la superficie expuesta. No depende del color de la misma, por lo tanto, es independiente de la raza. Esta radiación puede ser absorbida, transmitida o reflejada (Ej.: sábana metalizada).

- Convección: es el segundo mecanismo en importancia (alrededor de un 25 %).

Es capaz de transferir un gran flujo de calor a través de la circulación sanguínea tanto interna como periférica, intercambiando calor entre arterias y venas. Este mecanismo favorece los cambios rápidos de T^a y es responsable del gradiente de calor desde el compartimento central hacia el periférico.

- Conducción: tiene poca importancia (10%) en el paciente anestesiado, la transferencia de calor se realiza de forma lenta por contigüidad. Es el mecanismo implicado en el paso de calor desde el organismo a la mesa de quirófano, la cual debido a su habitual material aislante consigue que ambas T^a se equilibren rápidamente, protegiendo al paciente de mayores pérdidas. Por lo tanto, los colchones de agua caliente colocados en el dorso del paciente no constituyen un mecanismo de protección adicional eficaz. La conducción está condicionada por el coeficiente de difusión del tejido orgánico (la grasa aísla 3 veces más que el músculo).

- Evaporación: tiene una mínima repercusión en la incidencia de hipotermia perioperatoria. El calentamiento de los gases anestésicos sólo tiene importancia desde el punto de vista funcional de los cilios del árbol bronquial, evitando de esta forma la posible aparición de broncoconstricción o reacción asmática, pero no en cuanto a la protección de la T^a corporal del paciente. En cambio, tiene más importancia la pérdida de calor por la evaporación de las cavidades y la

exposición de los órganos expuestos en el campo quirúrgico. Las pérdidas por evaporación suponen 12-16 Kcal/h pero pueden ser de hasta 160-400 Kcal/h por exposición de las vísceras (cirugía intestinal o hepática). Especial mención merecen los pacientes politraumatizados, puesto que un 23% presenta una T^a menor de 34°C.

La importancia de la seguridad de nuestros pacientes en el entorno quirúrgico ha impulsado multitud de proyectos dirigidos al mejor control y actuación clínica de las variables que intervienen o modulan los resultados de los procesos quirúrgicos y que tienen relación directa sobre los mismos.

2 Objetivos

Analizar los métodos de calentamiento utilizados por el personal de enfermería para evitar la pérdida de calor corporal en el periodo perioperatorio.

3 Metodología

Para reunir los datos de este trabajo, se realiza una búsqueda bibliográfica, incluyendo libros y artículos presentes en las principales bases de datos (PubMed, Scielo, Medline, Cochrane). Se incluyen estudios publicados principalmente en los últimos 5 años, con las palabras clave “hipotermia perioperatoria” y “enfermería”.

4 Resultados

Los métodos de calentamiento utilizados por el personal de enfermería para evitar la pérdida de calor corporal en el periodo perioperatorio son:

1. Calentamiento pasivo: técnicas de aislamiento para prevenir o minimizar la pérdida de calor.

- Actuación sobre la temperatura ambiente: la temperatura del quirófano es el factor más importante que influye en la pérdida de calor por radiación y convección desde la piel y por evaporación desde el campo quirúrgico. La temperatura de quirófano debería estar a 24 °C durante la inducción y hasta que el paciente esté preparado y cubierto.

- Aislamiento pasivo: el método más sencillo para reducir la pérdida cutánea de calor es aplicar un aislamiento pasivo de su superficie. Los aislantes fácilmente disponibles en cualquier quirófano son las mantas de algodón.

2. Calentamiento activo: técnicas para proporcionar adquisición de calor.

- Sistemas de aire forzado: El calentamiento de los pacientes mediante aire forzado es un método muy aceptado para prevenir la hipotermia por su eficacia altamente documentada, bajo coste y facilidad de manejo. Están constituidos por un calefactor eléctrico, un insuflador y una manta. Éstas suelen ser una combinación de papel y plástico y la mayoría son desechables, por lo que no deben reutilizarse ante el riesgo potencial de contaminación cutánea asociada a esta práctica. En ningún caso debe aplicarse el chorro de aire caliente directamente sobre la piel del paciente sin la manta, puesto que se pueden ocasionar graves quemaduras al concentrarse un gran flujo de aire a alta temperatura de forma constante sobre una zona de piel pequeña. El principal factor que contribuye al flujo de calor es el gradiente de temperatura: cuanto menor sea la temperatura corporal, mayor será el gradiente y más alto el flujo de calor (esto implica que los sistemas de aire forzado son más efectivos en pacientes hipotérmicos) y cuanto mayor sea la temperatura corporal, menor será el gradiente y, por tanto, los sistemas de aire forzado son menos eficaces. Los sistemas de aire forzado, no sólo transfieren calor al organismo, sino que reducen la pérdida de calor de la zona cubierta a cero. Los sistemas de calentamiento con aire forzado son los más frecuentemente usados para el calentamiento activo. De hecho, son los más efectivos para la prevención de la hipotermia. Los pacientes tratados con estos sistemas abandonan el quiró40 fano con una media de 1,5° C más que con otras modalidades de calentamiento. El principal defecto de los sistemas de aire forzado es la distribución desigual del calor dentro de la propia manta: las regiones más alejadas de la entrada de aire reciben menos calor que las que están más próximas.

- Calentamiento de fluidos. Se estima que la administración intravenosa de un litro de cristaloides a temperatura ambiente de quirófono disminuye la temperatura corporal 0,25 °C, aunque este dato depende de muchos factores como tamaño corporal, temperatura ambiente, flujo sanguíneo a los tejidos, capacidad para generar calor corporal y tasa de pérdida de calor. El principal problema de la mayoría de calentadores de fluidos es que la temperatura al final de la línea de infusión intravenosa no coincide con la temperatura indicada por el paciente.

El calentamiento de fluidos no es un sustituto de los sistemas anteriormente descritos. Es efectivo cuando se combina con el aire forzado, pero es insuficiente por si solo para prevenir la hipotermia o restaurar la normotermia rápidamente y, por tanto, no deben utilizarse como método único para calentar a los pacientes.

- Calentamiento de líquidos de irrigación de cavidades corporales, por ejemplo, en operaciones de urología. Existen calentadores específicos (con tecnología similar a la de los calentadores de fluidos intravenosos) para administrar los líquidos

a temperatura corporal y a los flujos habitualmente usados en este tipo de intervenciones quirúrgicas.

El calentamiento activo tuvo algunos efectos clínicos beneficiosos sobre el paciente. Redujo el riesgo de complicaciones mayores del corazón y la circulación en un ensayo en pacientes con enfermedad significativa de dicho sistema, pero las pruebas aún no son concluyentes. El calentamiento activo redujo la tasa de infección y las complicaciones de las heridas quirúrgicas. Este efecto se mostró en dos ensayos muy grandes en pacientes sometidos a cirugía abdominal; el calentamiento por aire forzado se aplicó exclusivamente antes de la cirugía en un estudio, mientras que en el otro se aplicó durante la cirugía. Los pacientes que recibieron sistemas de calentamiento activo tuvieron cerca de la tercera parte del riesgo de escalofríos o temblores posquirúrgicos en comparación con los que recibieron tratamiento control. El bienestar térmico del paciente aumentó, en comparación con la intervención control. Por otro lado, el calentamiento logró poco o ningún cambio en el riesgo de muerte, pérdida sanguínea o necesidad de una transfusión de sangre. No se encontraron diferencias en el número de ataques cardíacos no mortales, en la ansiedad o en el dolor, en comparación con los pacientes de los grupos control.

Los ensayos en la revisión no permitieron identificar qué sistema de calentamiento fue mejor. Sin embargo, hubo una indicación de un ensayo con bajo riesgo de sesgo de que los resultados fueron mejores cuando el calentamiento sistémico se extendió al período previo a la cirugía en pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor. Solamente fue posible conseguir información limitada de los informes de los estudios con respecto a los efectos adversos. En algunos casos los ensayos informaron que no hubo efectos adversos.

Los aminoácidos intravenosos pueden mantener la temperatura corporal de los participantes hasta medio grado más alto que el control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa al final de la intervención quirúrgica, pero no en otros momentos. Sin embargo, sigue siendo incierta la importancia clínica de este resultado. Tampoco está poco claro si los aminoácidos tienen algún efecto sobre el riesgo de temblor ni si los nutrientes intravenosos brindan otros efectos beneficiosos o perjudiciales, ya que faltan datos de alta calidad acerca de estos resultados.

Se han publicado varios trabajos comparando métodos de calentamiento, con grandes divergencias entre ellos, sobre cuál sería el mejor método de calentamiento, que deba ser utilizado para garantizar la normotermia del paciente en el período intraoperatorio. La realización de medidas intervencionistas, como el precalentamiento de todos los pacientes con sistemas de aire caliente con manta

de superposición en los 15 minutos, que precedieron su encaminamiento a sala quirúrgica y el uso de mantas hasta el inicio de la inducción anestésica es imprescindible en la prevención y la redistribución interna de calor en el organismo, principal causa de hipotermia en el perioperatorio. Este método aumenta el contenido de calor del compartimiento periférico del organismo, acarreado la reducción en el gradiente de temperatura entre los compartimentos central y periférico, en ese estudio fue monitoreada la temperatura esofágica. En una revisión sistemática se mostró la necesidad de 15 a 60 minutos de precalentamiento impidiendo la hipotermia. En un estudio, a pesar del precalentamiento hubo caída de la temperatura del paciente en las primeras tres horas, y no hubo recuperación completa de la temperatura al final del período intraoperatorio en todos los métodos utilizados. En las recomendaciones de la American Society of Peri Anesthesia Nurses (ASPAN) la temperatura de la sala operativa debe mantenerse entre 20 y 24 °C.

Otros autores sugieren que la utilización de mantas plásticas y metalizados tiene poca utilidad en la prevención de pérdida intraoperatoria de calor, siendo así necesaria la utilización de sistemas activos para mantener la normotermia del paciente, en esos estudios se evaluó la temperatura timpánica, utilizando siempre el mismo termómetro, en diferentes momentos, entrada de la sala y después de inducción anestésica.

El calentamiento activo tiene resultados mejores, principalmente a través de la manta de aire calentado, manteniendo la temperatura corporal próxima o igual a la normotermia.

Algunos autores afirman que el calentamiento de aire forzado, es comprobadamente muy eficaz y cuando está asociado al ajuste de la temperatura ambiente de la sala de cirugía contribuye a la prevención de hipotermia perioperatoria. Otros estudios, observan que el uso de la manta térmica bajo cuerpo no previene la hipotermia intraoperatoria.

La literatura refuerza la necesidad del uso concomitante de fluido intravenoso con medidas de conservación de calor, pues presentaron una reducción significativa de la incidencia accidental de hipotermia preoperatoria en cirugías ginecológica y abdominal, así como complicaciones asociadas durante procedimientos ortopédicos.

La hipotermia grave tiende a ocurrir más frecuentemente en cirugías de larga duración, incluyendo las abdominales y torácicas, principalmente con tiempo superior a 180 minutos.

La prevención de la hipotermia intraoperatoria y los cuidados de enfermería que deben ser prestados a los pacientes en este período, para disminuir la ocurrencia

de la hipotermia. El enfermero perioperatorio es el profesional más capacitado para evaluar cuál es el método de calentamiento más adecuado para cada procedimiento quirúrgico. Además, es fundamental en hospitales universitarios donde se realizan procedimientos de alta complejidad, tener diversas opciones de calentamiento activo, que atienda las necesidades de sus pacientes.

Algunos autores concluyen que el uso de la infusión venosa calentada aislada en pacientes durante el período intraoperatorio no previene la hipotermia, demostrando que el mismo número de sujetos, tanto del grupo control como del experimental, salieron del quirófano con temperatura corporal inferior a 36 °C. Los enfermeros deben implementar medidas, empezando en el período preoperatorio, tales como el calentamiento pasivo con sábanas y cobertores, y exposición mínima posible de la superficie corporal, para que el paciente llegue calentado al quirófano.

La temperatura ambiental también debe estar controlada. Respecto a la temperatura del quirófano, aunque cuando dentro de los parámetros de normalidad, los resultados concluyen que, a cada 1 °C de aumento en la temperatura ambiental, menores opciones de que el paciente desarrolle hipotermia.

Aunque la utilización de la infusión venosa calentada aislada no previene la hipotermia perioperatoria, pero debe estar asociada con medidas de calentamiento del paciente en el período preoperatorio y control de la temperatura ambiente en el quirófano.

El personal de enfermería debe observar que todos los procedimientos y técnicas se ejecuten de forma correcta; así, el objetivo del proceso perioperatorio será la satisfacción de las necesidades del paciente y el logro de los resultados esperados.

5 Discusión-Conclusión

Evitar la hipotermia de los pacientes es fundamental para conseguir una recuperación postoperatoria adecuada, consiguiendo reducir las molestias postquirúrgicas, así como complicaciones, por ejemplo, infecciones en la herida quirúrgica. En cuanto a los tipos de mecanismos para mantener al paciente en normocromía, son más efectivos el calentamiento activo frente al pasivo. Utilizar mantas de calor y fluidos a temperatura corporal, tanto para su uso intravenoso, como para irrigación de cavidades, es eficaz ayudando a mantener al paciente a una temperatura óptima.

Es labor de enfermería preparar y disponer de los mecanismos necesarios, ayudando así a acortar los tiempos de recuperación e incluso la estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. De Mattia, A.L; Barbosa M. H; de Freitas Filho, J.P; De Mattia Rocha, A; Costa Pereira, N.H. Infusión venosa calentada en el control de la hipotermia durante el período intraoperatorio. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.3 Ribeirão Preto. June 2013.
2. Da Silva Feu Santos, R.M; De Fátima Santana Ferreira Boin, I; Aparecida Arivabene, C; Araújo Cintra, E; Agostini Torres, N; Nogueira Duarte, H. Estudio clínico aleatorizado comparando métodos de calentamiento activo para prevención de hipotermia intraoperatoria en gastroenterología. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.27 Ribeirão Preto 2019 Epub Jan 17, 2019.

Capítulo 83

ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

ALEJANDRO RUIZ PARADA

ISABEL ARANDA GRACIA

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

FRANCISCO JAVIER GARCÍA TRUJILLO

MARIA JESUS RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud estima que un 5-10 % de los pacientes sufre algún "daño" causado por la atención recibida en hospitales tecnológicamente desarrollados, fundamentalmente debido a infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Con elevada frecuencia los cuidados de salud planificados por los profesionales de enfermería requieren la inserción de un catéter venoso periférico (CVP), que constituye el procedimiento invasivo más común llevado a cabo en los hospitales, con prevalencias que oscilan entre el 70 y el 80% de los pacientes ingresados. Los catéteres venosos periféricos constituyen una parte esencial del trabajo clínico y son usados para administrar fluidos, nutrientes, fármacos o hemoderivados.

Su utilización puede comprometer la seguridad del paciente, ya que se relaciona con complicaciones locales y sistémicas, tales como infecciones del punto de inserción, flebitis, bacteriemias y sepsis. De todas ellas, los síntomas de flebitis constituyen la complicación más común, ya que aunque la variabilidad en las estimaciones es enorme, el rango de afectación oscila entre el 20 y el 65 % de los pacientes que disponen de CVP.

La flebitis se define como la inflamación de una vena debida a una alteración en el endotelio durante o después de la perfusión intravenosa. Se caracteriza por los siguientes síntomas: dolor e hinchazón local, eritema alrededor del sitio de punción o en el trayecto de la vena, calor local, cordón venoso palpable que puede estar acompañado o no de secreción purulenta y/o fiebre, y en los casos más graves puede producir una trombosis venosa. Las consecuencias de las flebitis pueden ser muchas y afectan tanto al paciente como al sistema sanitario. Por un lado, en la persona pueden producir dolor y malestar, ansiedad, deterioro del patrimonio venoso, irrupción de la terapia prescrita, instauración de tratamiento adicional, riesgo de bacteriemia o aumento del tiempo de hospitalización, entre otros. Por otro lado, producen un aumento de los costes sanitarios humanos y materiales, sin incluir el sufrimiento del paciente ni el tiempo del profesional que realiza la técnica. En términos de morbilidad anual, la incidencia de estos efectos nocivos es considerable debido a la creciente utilización de los CVP y a la elevada incidencia de flebitis.

Existe abundante literatura científica referida a los factores de riesgo asociados y a las complicaciones derivadas del uso de los catéteres venosos centrales. Sin embargo, es más escasa y menos concluyente la relacionada con la flebitis asociada al CVP.

Los eventos de flebitis asociados a CVP han sido clasificados de acuerdo a su gravedad pero no existe una clara distinción disponible en la literatura médica respecto a su potencial origen irritativo, químico o traumático por una parte, o infeccioso, exceptuando aquellos casos asociados a bacteriemia sin otra causa evidente. Esta frontera imprecisa hace difícil identificar factores ligados a su origen y en forma más relevante, evaluar el impacto de los programas de intervención en la tasa de flebitis.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir el concepto de flebitis.

Objetivos secundarios:

- Evaluar las complicaciones más frecuentes derivadas del uso de catéteres venosos periféricos.
- Analizar los factores asociados a la flebitis en catéteres venosos periféricos de pacientes hospitalizados.
- Establecer el papel de enfermería en la prevención de infecciones relacionadas con la colocación de catéteres venosos periféricos.

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 los estudios revisados, se ha podido establecer que las complicaciones más importantes relacionadas con el uso de catéteres son:

- **Flebitis:** es la inflamación de una vena. La tromboflebitis es la inflamación de una vena relacionada con un coágulo sanguíneo. Hay dos tipos distintos de flebitis, pero que la gente confunde: la flebitis superficial y la flebitis profunda. La flebitis superficial es una complicación inevitable de las várices. La flebitis profunda afecta a los grandes troncos venosos profundos, responsables de retornar al corazón 90% de la sangre circulante, y por ende con gran repercusión sobre todo el circuito circulatorio. La flebitis superficial se localiza en la red venosa subcutánea, es decir, por debajo de la piel y no se extiende casi nunca a las venas profundas. En la flebitis profunda existe una alteración del estado general del individuo (malestar, fiebre, aceleración del pulso, el miembro afectado se vuelve blanco, duro, hinchado por un edema importante que le dificulta la deambulación y le provoca dolor), mientras que a flebitis superficial no afecta el estado general del paciente, ya que los síntomas son locales (el segmento venoso).
- **Extravasación:** las lesiones por extravasación son aquellas provocadas por la salida de agentes bioactivos de su sitio de administración intravenosa hacia el espacio perivascular, provocando un efecto tóxico local cuya magnitud dependerá de la naturaleza, cantidad y concentración del medicamento, el tiempo de exposición y el lugar donde se produjo. Cuando la lesión por extravasación es

detectada oportunamente, permanece localizada y sana espontáneamente. Sin embargo, en algunos casos el daño puede continuar por meses, llegando a comprometer nervios, tendones y articulaciones. Si el tratamiento se demora se debe llegar en muchos casos a la cirugía plástica reparadora y, en ocasiones muy desafortunadas a la amputación.

Factor de riesgo: dentro de los factores de riesgo deben ponderarse al paciente y su enfermedad, la droga a inyectar, el sitio, la técnica y la medicación concurrente.

- El paciente: los neonatos e infantiles, los ancianos y los pacientes que no se pueden comunicar tienen mayor posibilidad de sufrir lesiones por extravasación.
- La droga o infusión: el daño de tejidos blandos luego de una extravasación suele depender de las características físico-químicas de la droga o infusión. El sitio de inserción:

El sitio de inserción del catéter también es importante a la hora de prevenir lesiones por extravasación. Una vez que se ha seleccionado una cánula apropiada, debe elegirse para insertarla el lugar que ofrezca menores riesgos. Un sitio relativamente accesible, que sea bien visible, que pueda fijarse y que resista los movimientos del paciente (teniendo estos factores en cuenta, el mejor sitio es generalmente el antebrazo).

La técnica: los inevitables riesgos asociados al error humano puede ser minimizados a través del entrenamiento y la capacitación continua y no solo a través de curso aislados.

A su vez, se ha podido observar como hay una serie de factores de riesgo para el mayor desarrollo de flebitis y otras complicaciones relacionadas con el uso de catéteres venosos periféricos, algunos de ellos son, el ser mujer, llevar el catéter colocado en el antebrazo en contraposición a la inserción en la fosa ante cubital, el haber estado insertado en urgencias o en plantas de medicina o cirugía, y el perfundir algunos antibióticos como amoxicilina-ácido clavulánico o aminoglicósidos. El riesgo y la precocidad de la flebitis aumentan a medida que coinciden diversos factores de riesgo.

Según la mayoría de los estudios revisados, el período de permanencia del catéter superior a 72 horas fue factor de riesgo para el desarrollo de flebitis, aumentando su riesgo, apuntó como factores de riesgo estadísticamente comprobados para el surgimiento de esta complicación, la infusión de soluciones y administración de suero y la utilización de corticosteroides. La utilización de antimicrobianos también se clasificó como factor de riesgo para esa complicación.

A pesar de estar estipuladas claramente las estrategias determinadas para la prevención de la flebitis, estas siguen siendo un tema de discusión y controversia, sin llegar a una total aceptación.

Se han podido recoger de todos los estudios revisados una serie de recomendaciones relacionadas con la labor del personal de enfermería para el correcto mantenimiento de los catéteres venosos periféricos:

Técnicas para prevenir infección antes de realizar el acceso venoso periférico:

- Lavado de manos.

El Lavado de las Manos es primordial en la prevención de las infecciones hospitalarias es una de las medidas para el control de las infecciones más eficaces, cuyo fin es eliminar los gérmenes que se podrían transmitir a otros pacientes, visitantes u otro personal sanitario. De lo señalado por los autores se puede inferir que el profesional de enfermería debe tener presente el lavado de las manos y realizarlo periódicamente, ya que este es la clave para prevenir las infecciones, es importante señalar que ninguna técnica aséptica protegerá al paciente de alguna persona con las manos contaminadas.

- Uso de guantes.

En la actualidad, existen diferentes tipos de guantes de plástico, de vinilo y de caucho; los dos primeros evitan la transferencia de bacterias hacia el exterior y viceversa, siendo los más utilizados por ser aptos para emplearse en el área quirúrgica.

Cuidados durante la permanencia del catéter venoso periférico:

Los cuidados de enfermería al paciente con una vía periférica no se limitan a la propia acción de colocar el catéter o seleccionar la vía, también es importante dar continuidad a los mismos durante el tiempo que permanezca colocare el catéter, de manera que por medio de la valoración, registro, cambio de apósito, cambio de catéter y limpieza, con todas estas acciones se puede brindar seguridad, comodidad y detectar precozmente complicaciones.

- Duración del catéter:

El cuidado y mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso, que tiene el objetivo de reducir el riesgo de complicaciones, entre las consideraciones que hace sobre las intervenciones y la práctica señala que se deben cambiar los dispositivos de 72 a 96 horas .

La necesidad de mantener la permeabilidad de los accesos venosos es responsabilidad del personal de enfermería. Sin embargo, este cuidado no se puede limitar a la sola realización de una técnica concreta, sino que debe contemplarse dentro de un cuidado integral, ya que las técnicas se complementan con la habilidad y la observación frecuente de cómo se va desarrollando todo el proceso que conforma la implantación de un catéter venoso periférico. El mantener la permeabilidad de la vía del catéter venoso periférico es un cuidado que el personal de enfermería debe tener como muy importante, ya que de ello depende que los pacientes reciban en

primer lugar la medicación prescrita por la vía correcta, en la dosis y el tiempo pautados y por otra parte, se evitará que sufran complicaciones siempre molestas y a veces de gran riesgo para su salud e integridad como son las extravasaciones, obstrucción de la vía venosa, flebitis, trombosis, lesiones tisulares.

Por todo ello, se hace necesaria una eficaz observación de la zona de inserción del catéter venoso central, retirándolo en cuanto observemos la zona enrojecida, esté inflamada y edematosa o cuando sea innecesaria su utilización. Vigilar signos de alarma. Es indispensable la vigilancia de los signos de alarma, para prevenir complicaciones adicionales a la patología del paciente, así se contribuye a limitar los días estancia del paciente, por lo tanto se bajan los costos hospitalarios. Los signos de alarma más notables son: enrojecimiento, inflamación o dolor en el sitio del catéter, sensibilidad, exudado, y secreción del punto de inserción, acompañado de fiebre.

5 Discusión-Conclusión

Posterior a la revisión de diversas literaturas encontradas, se puede concluir que en los efectos adversos relacionados con los catéteres venosos periféricos (CVP), la flebitis ocupa el primer lugar en importancia e incidencia, para la cual se estipulan medidas que permiten su prevención y tratamiento, como por ejemplo: la correcta asepsia del sitio de inserción de los CVP, los cambios de los mismos cada

72 horas, la colocación del CVP del calibre adecuado teniendo en cuenta el grosor de la vena; los geles heparinizados, el diclofenaco tópico y la nitroglicerina hacen parte del tratamiento de elección a la hora de tratar la flebitis.

Mientras dure el tratamiento intravenoso, es necesario favorable colocar en práctica la correcta administración de medicamentos (dilución, distribución y goteo correcto), evitar infusiones prolongadas y con medicamentos con alta concentración, una vez colocados es recomendable lavar la vía con una pequeña cantidad de solución salina al 0,9 %.

Por último y no menos importante se encuentra el evaluar rigurosamente el sitio de inserción, verificar el estado de este y si se encuentra alguna señal de flebitis, tomar medidas de manera inmediata.

El principal objetivo de crear conocimientos agudiza su importancia con la finalidad de mejorar la calidad de la atención, teniendo presente la seguridad del paciente y su bienestar.

6 Bibliografía

1. Giraldo P, Corbella J, Rodrigo C, Comas M, Sala M, Castells X. Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gac Sanit*
2. Parra DI, Camargo- Figuera , Rey Gomez R. *Enfermería global internet* Vol. 11, *Enfermería Global*. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2012.
3. Vaqué J, Roselló J. Prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales españoles: estudio EPINE. Disponible en: www.vhebron.net/preventiva/epine/informe_epine_2009_espana.pdf.
4. Yebenes JC, Capdevila JA. Infección relacionada con catéteres intravasculares. *Med Clin* 2003; 121:238.
5. Ruiz Trillo C, Borrero Esteban MP. Tratamientos aplicados a la Flebitis posperfusión. *Rev ROL Enferm.*2006; 29(2): 55-60.
6. Teresa Vergara-Elena Véliz-Alberto Fica -Jordan Leiva Flebitis infecciosa o no infecciosa: lecciones de un programa intervencional sobre flebitis asociada a catéter venoso periférico; *Rev. chil. infectol.* vol.34 no.4 Santiago Aug. 2017.
7. Bellido Vallejo JC, Carrascosa García M.^a, García Fernández FP, Tortosa Ruiz MP. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica.
8. Carballo Álvarez M. Catéter de acceso venoso periférico. *Rev ROL Enf* 2005; 28(11):739-742.

Capítulo 84

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON QUEMADURAS

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

MARIA E. AGUILAR RICO

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MIRIAM SORIA GIL

RAQUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones que se producen en los tejidos por el contacto directo o indirecto con calor, corriente eléctrica, radiación o agentes químicos. Las quemaduras pueden provocar muerte celular, lo que puede requerir hospitalización y causar la muerte. Los mecanismos más frecuentes que producen quemaduras en nuestro entorno son los incendios y los líquidos calientes.

La evolución, el tratamiento y las complicaciones que puedan surgir de las quemaduras van a depender de varios factores: profundidad, extensión, afectación de regiones críticas, edad del paciente, así como el estado general de salud de la persona que ha sufrido la quemadura. Con todo esto, podemos clasificar las quemaduras:

1. Según el agente causal:

- Quemaduras térmicas.
- Quemaduras químicas.
- Quemaduras eléctricas.
- Quemaduras por radiación.

2. Según su profundidad:

- Quemadura de primer grado: afecta sólo a la capa externa de la piel (epidermis), son quemaduras leves y pueden causar enrojecimiento y dolor.
- Quemaduras de segundo grado: este tipo de quemadura afecta tanto a la epidermis como a la segunda capa de la piel, la dermis. En este tipo de quemaduras se va a producir edema de los tejidos superficiales debido a una trasudación de suero desde los capilares sanguíneos. Esta acumulación de líquidos provoca la formación de vesículas y ampollas y se va a producir inflamación y dolor intenso.
- Quemaduras de tercer grado: se produce una pérdida de tejidos en todo el espesor de la piel, así como anexos cutáneos, también afecta al tejido adiposo, nervios, músculos e incluso huesos, por lo que no se dispone de tejido epitelial para la recuperación de la piel. Son quemaduras de pronóstico grave.

3. Según su extensión o superficie quemada:

- "Regla de los Nueve de Wallace": uno de los métodos más utilizados en la que se representan las diferentes zonas del cuerpo según su extensión en un múltiplo de 9 % de la superficie corporal total (este cálculo no es válido en niños por su mayor superficie craneal y extremidades más cortas).

Cuello y cabeza: 9 %.

Tronco posterior: 18 %.

Tronco anterior: 18 %.

Brazos: 18 % (9 cada uno).

Piernas: 36 % (18 cada una).

Genitales: 1 %.

2 Objetivos

Conocer los cambios fisiológicos que se producen ante una quemadura para así poder actuar y evitar complicaciones que puedan surgir y que pueden llegar a ocasionar la muerte del paciente con quemaduras.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de documentos, artículos y libros sobre la literatura científica exis-

tente sobre quemaduras, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han consultado artículos sobre cuidados enfermeros en bases de datos: Medline y Scielo, Pubmed, Offarm-Elsevier, seleccionando artículos revisados.

4 Resultados

Cuando nos encontramos con pacientes con quemaduras en los que la superficie corporal total (SPT) quemada es superior al 20-30 % ó al 10n% en caso de tratarse de niños, va a aparecer edema, es decir, una pérdida de líquidos al exterior desde los vasos destruidos y el espacio intersticial. Esto, conlleva a un shock hipovolémico, siendo la principal complicación sistémica. El shock se asocia a la aparición de taquicardia e hipotensión, además de otros síntomas como hipotermia, palidez, sudoración fría, ansiedad.

Otras complicaciones importantes de las quemaduras son la pérdida de las proteínas del suero y las alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico con una caída importante de la presión osmótica que puede llevar a una insuficiencia hemodinámica.

Otra complicación de gran gravedad es el fallo a nivel renal debido a la falta de aporte de oxígeno a los tejidos.

Además, hay que tener en cuenta los grandes riesgos de infección de la herida debido a la contaminación con gérmenes tanto grampositivos (estafilococos y estreptococos), como gramnegativos que pueden producir sepsis con diseminación a otros órganos vitales, dando lugar a un shock séptico.

Como cuidados iniciales a llevar a cabo con pacientes que presenten quemaduras:

- Una detallada exploración física valorando el grado de afección de la piel e interrogatorio al paciente sobre cuál ha sido el agente causal, cuando tuvo lugar la quemadura, etc.
- Retirar de la zona afectada la ropa y sustancias que hayan podido quedar contaminadas. Retirar también con cuidado anillos, pulseras, relojes, cinturones..., antes de que se produzca el edema o inflamación de la zona.
- Irrigar el área quemada con solución fría de suero fisiológico o agua fría, procurando que el chorro no incida directamente sobre la zona quemada.
- Limpiar con suavidad la quemadura eliminando restos de piel muerta, dejando sin abrir las vesículas o ampollas, ya que podría contaminarse con microorganismos con mayor facilidad.
- Cubrir la herida con gasas o paños estériles.

Como medidas generales:

- Acceso venoso a través de un catéter para la administración de fluidoterapia precoz para así evitar la hipovolemia y realizar reposición hidroelectrolítica.
- Monitorización estrecha del paciente vigilando constantes vitales.
- Administración de analgesia.
- Vigilar diuresis, para ello si es necesario, realizar sondaje vesical.
- Oxigenoterapia.
- Controlar ansiedad.
- Inmunización antitetánica.

En el caso de quemaduras de segundo y tercer grado, el tratamiento podría ser quirúrgico:

- Escarotomía: se trata de realizar una descompresión quirúrgica cuando se sospeche una compresión de estructuras profundas debido al edema.
- Escarectomía: se trata de una resección o extirpación quirúrgica de la escara, retirando tejido desvitalizado.
- Injertos cutáneos: a veces las heridas, tras una extirpación, requieren cerrar mediante injertos, que pueden ser autoinjertos, aloinjertos o xenoinjertos.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería que se realizan a las personas con quemaduras, se deben realizar siguiendo normas y guías establecidas encaminadas a una actuación temprana y estabilización hemodinámica del paciente.

Una valoración completa del paciente (anamnesis, exploración física, información sobre el suceso, mecanismo productor, existencia de traumatismo asociado...), como una valoración exhaustiva de la lesión producida por la quemadura (extensión, profundidad...), nos permitirá poder llevar a cabo una adecuada atención asistencial prestando los cuidados necesarios para conseguir una pronta recuperación de las lesiones producidas tras la quemadura, así como evitar complicaciones frecuentes que pueden surgir de una quemadura y que pueden llegar a ocasionar incluso la muerte del paciente.

6 Bibliografía

1. Gallardo, G. R., Ruiz, P. J. G., et al. «Estado actual del manejo urgente de las quemaduras: fisiopatología y valoración de la quemadura.» *Emergencias*. 2000;13: 122-129.
2. Vidal García Torres. Quemaduras. Tratamiento de urgencia. 1993. 3.:63-71.
3. JA Suquillo Rivera -2012-201.159.223.180.

4. Guerra Martín MD, Cascales PL, FernándezRodríguez V. Intervenciones Enfermeras en el abordaje de las quemaduras. Rev. Cubana Enferm. 2019; 35(2).

Capítulo 85

CUIDADOS Y PREPARACIÓN POR ENFERMERÍA A PACIENTES QUE SE VAN HACER UNA CPRE

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

MARTA OCAÑA DELGADO

1 Introducción

Es muy importante que quienes realicen trabajos de endoscopia estén especializados y capacitados para realizar esta técnica. Porque estos son métodos y pruebas de diagnóstico complejos.

Cuando hablamos de endoscopia, pensamos en una técnica de diagnóstico que le permite examinar las cavidades y los canales internos del cuerpo mediante la inserción de una sonda flexible con una pequeña cámara y luz a través de una abertura natural o una pequeña incisión.

La endoscopia se puede utilizar para diagnosticar enfermedades o tratamientos y permite técnicas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía. En nuestro trabajo hablamos de la CPRE, o colangiopancreatografía, que es un método combinado con radiología y endoscopia.

La mayoría de los pacientes que se someten a esta prueba tienen enfermedad del tracto biliar. Esto significa que muchas personas incluso tienen una vía biliar bloqueada, y con esta prueba, además de la observación, se puede implantar un stent para evitar que la vía biliar se vuelva a bloquear y se cierre en el paciente. Son pacientes ambulatorios y serán ingresados en el hospital para preparar esta prueba si no tienen problemas de salud o patología grave, o si tienen algún problema o complicación esperada en general.

2 Objetivos

- Abordar de manera específica, antes de realizar una CPRE endoscópica, determine qué tipo de atención necesita el paciente.
- Describir las posibles complicaciones después de la CPRE

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica de publicaciones en Internet y encontramos textos en la base de datos que evaluaban las consideraciones necesarias para una correcta preparación de la CPRE.

Las bases de datos de referencia fueron Medline, Scielo y Cochrane Libraries. Palabras clave: vías biliares, endoscopia, ejercicio, dieta.

4 Resultados

En nuestra revisión, hemos podido documentar el tipo de preparación y atención de enfermería que se puede brindar antes de realizar una CPRE.

Los diferentes procedimientos que se pueden realizar mediante CPRE incluyen: extracción de cálculos en el colédoco (coledocolitiasis), colocación de tubos plásticos o metálicos (prótesis o stents) en el colédoco o páncreas para tratar estenosis (estenosis), fistulas u otros.

Cuando un médico ordena una CPRE, el personal de enfermería trabajará para explicar el procedimiento al paciente.

Lo primero que hará el médico con este paciente es darle un día para que lo escriba con palabras que entienda. En esta guía comprenderá los conceptos de las pruebas a realizar y por supuesto los preparativos antes de las mismas, los pacientes debían seguir una dieta sin residuos durante los primeros 3 días y luego beber líquidos el día de la prueba para seguir la dieta absoluta.

A la llegada para el examen de enfermería, se colocará una línea periférica y se insertará un sedante apropiado recetado por el endoscopista.

Los pacientes serán monitorizados en todo momento para controlar los signos vitales.

Al final del examen, el paciente debe estar en reposo y debe continuar siendo monitorizados podrá volver a casa hasta que se restablezcan los trastornos del movimiento de las extremidades y la conciencia.

Una posible complicación es la perforación, ya que la técnica es invasiva y penetra incluso en la vía biliar, en algunos casos se toma una biopsia o stent durante el procedimiento. Otra posible complicación podría ser la pancreatitis porque en realidad hacen esta técnica en la vía biliar y en todo el sistema porta.

Si ocurren complicaciones durante el procedimiento, será hospitalizado para minimizar o tratar el efecto secundario.

5 Discusión-Conclusión

La CPRE es una técnica invasiva agresiva que requiere una preparación cuidadosa y, como se observa, la técnica, el conocimiento y por supuesto el pre y post tratamiento son muy importantes a la hora de hacer la prueba.

La enfermera juega un papel muy importante en su ejecución, ya que es quien más conoce las constantes vitales y observa continuamente al paciente y por tanto se anticipa a cualquier problema o complicación que pueda surgir durante el procedimiento de esta técnica en general.

Como se ha demostrado, es muy importante saber cómo se preparará el paciente en casa mientras se desplaza.

6 Bibliografía

- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Revista [Internet]], 1.-22.
- Picazos A, Elorri A, Hurtado C. El papel de la enfermería en la endoscopia terapéutica. *Enferm Endosc Dig* [Internet]. 2016;3(2):38-44.
- Rivas N, Torre E, Pascual MM, García MJ, Martín MT, Molinero I. Roles de enfermería durante la realización de la CPRE: control, sedación profunda. Tratamiento endoscópico del tubo digestivo [Internet]. 2016;3(1):3-10.

Capítulo 86

CUIDADOS ENFERMEROS MÁS EFECTIVOS PARA LA REPOSICIÓN DE VOLUMEN EN EL PACIENTE EXSANGUINADO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

CARMEN SALDAÑA ROSELL

MARTA GONZALEZ NOMBELA

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

1 Introducción

Las hemorragias pueden tener diversas causas y pueden producirse a cualquier nivel anatómico: en urgencias se puede atender desde una epistaxis generada por un balonazo hasta una hemorragia uterina producida por atonía postparto o una hemorragia masiva en un politrauma debida a un accidente de tráfico (1).

Según datos estadísticos proporcionados por el informe Indicadores de salud 2020,

“el 3,7 % de todas las defunciones producidas en España se debieron a causas externas de traumatismos y envenenamientos”, perteneciendo un 13 % de este porcentaje de mortalidad a los accidentes de tráfico (2). Además, los estudios revisados relativos a la hemorragia masiva nos hacen pensar que la causa principal de la aparición de esta patología es aquella que posee un origen traumático,

muy seguida de causas ginecológicas (fundamentalmente por atonía uterina postparto) y digestivas (como las hemorragias digestivas altas). Debido a esto, la información encontrada está orientada, en su mayoría, a la atención del paciente exsanguinado por causa traumática, principalmente el paciente politraumado, donde encontramos que la hemorragia es la causa de muerte en un 30-40 % de los eventos traumáticos mortales, perteneciendo entre un 30 y un 60n% de estos fallecimientos a las primeras 24 h tras el evento (3,4).

En el campo de las urgencias y emergencias, las hemorragias masivas y, por consiguiente, el shock hemorrágico que generan, son una de las causas principales de mortalidad, sobre todo en casos relacionados con pacientes traumáticos, colocándose por detrás de las lesiones del sistema nervioso (5,6).

En aquellos casos en los que la hemorragia se puede considerar masiva, se puede hablar de emergencia, ya que estos pacientes pueden morir rápidamente. Para que se considere que una hemorragia es masiva (HM), debe existir una pérdida de sangre de más de 150 ml/minuto que se extienda más allá de 10 minutos. Otros criterios son la necesidad de transfusión de 4 concentrados de hematíes en 1 hora, o la pérdida del 50% del volumen en 3 horas (1,6).

A la hora de tratar a estos pacientes, la premisa fundamental es reponer el volumen sanguíneo perdido, además de frenar la hemorragia que está causando dicha pérdida (1,5-7). Para ambos puntos se dispone de distintas opciones de tratamiento. Centrándonos en la reposición de volumen, ésta se puede realizar con fluidos de reposición (cristaloides, coloides) o con hemoderivados (concentrados de hematíes, plaquetas y plasma) (5,7). Dependiendo del entorno en el que se encuentren los profesionales sanitarios y de la gravedad del paciente, se abogará por el uso de unas técnicas u otras: por ejemplo, si se encuentra en un entorno en el que las instalaciones intrahospitalarias se encuentran cerca del punto en el que está el paciente, primará controlar la hemorragia y trasladar al paciente; en cambio, si se encuentra en un entorno más alejado de la asistencia intrahospitalaria, deberemos iniciar la reposición de volumen, bien con soluciones de reposición, o bien con hemoderivados (5,6).

Antes de tratar al paciente exanguinado, se debe valorar primero su situación para determinar si precisará una transfusión masiva (TM), definida como la transfusión de la mitad de un volumen sanguíneo en 4 h (aproximadamente 5 unidades de concentrados de hematíes), o más de un volumen sanguíneo en 24 h (unas 10 unidades de concentrados de hematíes en 24 h (1,8,9). Dicha valoración puede realizarse mediante el uso de escalas, siendo las principales el TASHscore y el ABCscore (1,10,11), ya que gracias a su simplicidad y facilidad a la hora de ser utilizadas, pueden determinar las necesidades de transfusión del paciente y per-

miten al personal sanitario realizar la puesta en marcha de los procedimientos para activar los protocolos de transfusión masiva correspondientes, y, de esta forma, demorar lo mínimo posible dicha transfusión para aumentar las probabilidades de supervivencia del paciente (4).

Dentro del ámbito de las transfusiones de hemoderivados, las primeras transfusiones sanguíneas exitosas de humano a humano se remontan al siglo XIX, realizadas por James Blundell, obstetra cuya principal motivación fue la existencia de un gran porcentaje de mortalidad relacionada con las hemorragias postparto. Blundell realizó 10 transfusiones a púérperas con hemorragias postparto, de las cuales 5 fueron exitosas y las otras 5 terminaron en el fallecimiento de las pacientes, aunque dichas muertes fueron debidas a causas ajenas a la transfusión (12,13).

No obstante, no fue el primero en tener esta idea, ya que antes de él, Richard Lower consiguió la primera transfusión exitosa entre seres vivos mediante la exanguinotransfusión (5). También Jean-Baptiste Denys intentó, en 1667, trasfundir a un varón que padecía de sífilis con sangre de perro, introduciendo así el concepto de reacción hemolítica transfusional en la historia de las transfusiones sanguíneas (12,13).

Tras el paso de los años, la aparición de inventos como la jeringa (1851) o la aguja hipodérmica (1853), y el descubrimiento de los grupos sanguíneos ABO por Karl Landsteiner en 1900, lo que abrió las puertas al descubrimiento de las “pruebas cruzadas”, con lo que disminuye la incidencia de reacciones transfusionales, junto con la aparición del concepto del “tipo O como donante universal”, además del posterior descubrimiento del Rh en 1940, mejora la calidad y sobre todo la seguridad de la terapia transfusional, consiguiendo en 1914 tras el descubrimiento del citrato como anticoagulante “la primera transfusión entre humanos con éxito usando la solución ADC”, realizada por Luis Agote (12,13).

El paciente exanguinado es uno de los más complejos que podemos encontrar en las emergencias extrahospitalarias, debido a la alta y rápida mortalidad que se les asocia. Por esto, el personal sanitario que trabaja en los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios debe poseer los conocimientos necesarios para proporcionar una atención rápida, adecuada y de calidad, ya que en estos casos, una buena actuación puede significar la diferencia entre la vida y la muerte del paciente.

2 Objetivos

Esto conforma, principalmente, la motivación del trabajo, cuyo objetivo principal es determinar qué cuidados de enfermería son los más eficientes en el ámbito extrahospitalario a la hora de atender a este tipo de pacientes, para lo que se debe conocer la fisiopatología que aparece en relación a las hemorragias que pueden presentar los pacientes, además de conocer las funciones que realizan los profesionales de enfermería en el cuidado y tratamiento de esta patología.

Además, el presente trabajo tiene los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la forma de evaluación y triaje de este tipo de pacientes.
- Conocer la fisiopatología que se relaciona con la hemorragia masiva.
- Conocer el tratamiento de la patología en el área extrahospitalaria.
- Comparar la reanimación con líquidos de reposición y la reanimación con productos derivados de la sangre y/o sangre completa.
- Conocer el papel de enfermería en este tipo de situaciones en el área extrahospitalaria.

3 Metodología

2.1. Tipo de estudio.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos, libros, guías médicas, protocolos y otras revisiones sistemáticas sobre la fisiopatología relacionada con la hemorragia masiva y la reposición de volumen en el paciente exsanguinado, además del papel de enfermería en cuanto a las actuaciones y los cuidados a proporcionar a este tipo de pacientes.

2.2. Criterios de inclusión y exclusión.

2.2.1. Criterios de inclusión.

- El artículo debe contener información sobre la fisiopatología de la hemorragia y/o el shock hemorrágico, sobre el tratamiento de la patología hemorrágica y/o el shock hemorrágico, sobre la reposición de volumen y sobre la transfusión masiva y sus protocolos
- El artículo debe tener una fecha de publicación de 2009 o superior.
- El artículo debe de estar escrito en español o inglés.

2.2.2. Criterios de exclusión.

- Se excluye del estudio a todos aquellos artículos procedentes de páginas sin validez científica.
- Se excluye del estudio a todos aquellos artículos de año de publicación inferior a 2009.

- Se excluye del estudio todos aquellos artículos a los que no se ha podido tener acceso a texto completo.

2.3. Estrategia de búsqueda.

Para llevar a cabo el estudio se ha utilizado una pregunta de investigación mediante el modelo PICO, esta ha sido la siguiente: ¿Cuáles son las actuaciones enfermeras de mayor calidad y eficiencia a la hora de tratar al paciente exsanguinado en el área prehospitalaria?

Para la búsqueda de artículos se han realizado cadenas de búsqueda en diferentes bases de datos, usando bases de datos a nivel nacional e internacional. Las búsquedas se realizaron en el periodo comprendido entre diciembre de 2021 y abril de 2022. Se han encontrado un total de 185 publicaciones, de las cuales se han utilizado 38 para la realización de esta revisión bibliográfica. Las bases de datos que se han utilizado han sido: PubMed, Elsevier, Shock, BVS e Injury.

4 Resultados

3.1. Determinación de necesidades de transfusión:

Es de vital importancia evaluar correctamente al paciente exsanguinado para así iniciar los procesos de activación de los protocolos de transfusión masiva (TM) cuanto antes y reponer la volemia con derivados sanguíneos e incluso sangre completa. Para realizar esta evaluación se deben tener en cuenta parámetros fisiológicos (tensión arterial, frecuencias cardíaca y respiratoria) además del mecanismo lesional y la respuesta del paciente a la reanimación con fluidos (28). Para realizar dicha valoración, contamos con escalas, como el TASHscore y el ABCscore, (1,8,9), y pruebas de laboratorio, como las pruebas viscoelásticas (ROTEM (tromboelastometría rotacional), TEG (tromboelastografía)), el tiempo de protrombina, o los valores de fibrinógeno, plaquetas y lactato, entre otras, aunque estas últimas se realizan en el área hospitalaria, ya que, aunque proporcionan una información más precisa sobre el estado de la coagulación del paciente por su temprana alteración en esta patología, se necesitan una tecnología y unos analizadores muy complejos de los que no podemos disponer en el área prehospitalaria en la actualidad (1,6).

Dentro de las escalas de evaluación del paciente susceptible de TM debido a hemorragia masiva, destacan el TASHscore y el ABCscore, por su sencillez y rapidez a la hora de ser utilizadas en el área prehospitalaria y por su significativa capacidad predictiva, aunque también existen otras escalas útiles, como el IS (Índice de Shock prehospitalario), y su versión modificada (11,15,29).

El TASHscore (Trauma Associated Severe Haemorrhage Score) utiliza como

parámetros para determinar si un paciente precisará una TM la TAS (tensión arterial sistólica), el sexo, la hemoglobina, la FC (frecuencia cardíaca), el EB (exceso de bases), el FAST (Focused Abdominal Sonography for Trauma) y la existencia de fractura de pelvis o fémur. Su puntuación máxima es de 29, y una puntuación por encima de 18 indica, en un 50% de los casos, la existencia de una HM (11).

El ABCscore (Assessment of Blood Consumption Score) se basa en 4 variables: si el trauma es penetrante, el FAST, y los parámetros de TAS y FC. Su puntuación máxima es de 4, prediciendo una HM a partir de una puntuación de 2. Esta escala, aunque menos precisa, es, junto al IS, una de las más utilizadas en el entorno prehospitalario debido a su sencillez y rapidez (11).

El IS (Shock Index) se basa en el cálculo de la FC dividida entre la TA. Si el resultado es mayor de 0,9, indica casi con total seguridad (sensibilidad del 91% y especificidad de un 80%) la presencia de una HM, siendo “más apropiada en el reconocimiento de los pacientes críticos en los departamentos de emergencias” (20). Esto ha sido corroborado por diversos estudios, siendo el único punto de discordancia el uso de 0,9 o 0,8 como punto de corte, aunque en su mayoría se sigue apostando por el 0,9 (15,29,30).

También encontramos la escala ETS (Emergency Transfusion Score), que, aunque basa su valoración en un menor número de parámetros (edad, existencia de fractura de pelvis inestable, TAS, FAST, mecanismo lesional, admisión desde la escena del accidente), ha resultado ser una de las más precisas (11).

3.2. Reposición de volumen:

3.2.1. Cristaloides/coloides y fluidos en general.

A la hora de realizar la infusión de líquidos, contamos con 2 grupos: los cristaloides y los coloides. Dependiendo de las lesiones del paciente y su evolución se optará por realizar la terapia con uno, otro o con una mezcla de ambos (26,31,32).

En los estudios revisados, la conclusión general es que aún no está muy claro qué tipo de fluido tiene más ventajas sobre el otro, pero la mayoría se centran en el desarrollo del uso de los cristaloides, siendo considerados el tipo de fluido más seguro (31), aunque no exentos de peligros: se ha demostrado que la administración de grandes volúmenes de cristaloides se asociaba con la aparición de varias complicaciones, como el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), fallo multiorgánico o la aparición del síndrome compartimental a nivel abdominal. También se ha evidenciado que aquellos pacientes que recibieron grandes volúmenes de cristaloides tuvieron una estancia en general más larga en el hospital (33). Aun así, es preferible su uso al de los coloides, ya que éstos tienen la capacidad de producir alteraciones en la coagulación (6,26), aunque también ten-

gan ventajas, como el mantenimiento de la presión oncótica, la protección de la función renal o que, frente a los cristaloides, el volumen necesario para realizar la reanimación de este tipo de pacientes sea menor (31). Dentro de los cristaloides, el de mayor uso es el Ringer Lactato, aunque no se recomienda su uso en el TCE debido a que tiende a producir edema, por lo que, en estos casos, es preferible el uso de suero hipertónico, que ayuda a reducir la presión intracraneal (PIC), y, en general, fomenta el mantenimiento de la función cerebral (6,26,31).

Las últimas tendencias apuntan al uso de soluciones balanceadas, como el acetato-gluconato de Ringer, ya que mantienen el equilibrio ácido-base de forma más estable que otro tipo de soluciones (26). En cuanto al uso de solución salina fisiológica, otro cristaloides, existe evidencia de que puede contribuir a exacerbar la acidosis del paciente debido a la carga de cloro que se le infunde (acidosis hiperclorémica), lo que puede producir lesiones a nivel renal, aunque sigue siendo el fluido de elección a administrar en pacientes con lesiones cerebrales, hiponatremia o alcalosis metabólica (32).

Cada vez se apuesta por estrategias de reposición de la volemia más restrictivas con los fluidos de reposición y más inclinadas al uso de transfusiones de sangre y hemoderivados debido a los efectos nocivos de la reposición con grandes volúmenes de cristaloides y/o coloides (6).

3.2.2. Productos sanguíneos y transfusión masiva

La reposición de volumen puede realizarse también con hemoderivados y otros productos sanguíneos, como concentrados de hematíes, plaquetas y plasma (34). Se ha demostrado que la realización de la transfusión de hematíes, plasma y plaquetas disminuye la dilución sanguínea causada por la coagulopatía asociada al trauma (6); además, la infusión de grandes volúmenes de líquidos de reposición traen consigo efectos no deseables en estos pacientes, como hipoxia, acidosis, hipotermia, desarrollo de coagulopatías, hiperfibrinólisis dilucional y disfunción multiorgánica: al aumentar la presión sanguínea, contribuimos a la CIT, y con esto, a la perduración de la triada letal (coagulopatía, acidosis, hipotermia), ya que podemos producir la disgregación del coágulo formado, lo que provocará que el sangrado continúe e incluso aumente, además de fomentar la dilución de los productos de la coagulación (6,33). Debido a esto, este tipo de reposición se consiguen mejores resultados en lo que a disminución de la mortalidad se refiere, ya que “la sangre trasfundida es el mejor sustituto para la sangre perdida en las hemorragias” (6,35).

Puede que el paciente padezca una hemorragia masiva (HM), definida como “hemorragia severa que amenaza la vida y da como resultado una transfusión masiva” (26), y que se diagnostica mediante criterios clínicos como “pérdida san-

guínea mayor de 150 ml/min durante 10 minutos, pérdida de más de una volemia en 24 h, pérdida del 50% de la volemia en 3 h” (26). Se habla de transfusión masiva (TM) cuando el paciente precisa la infusión de 10 o más concentrados de hematíes en 24 horas (26,35). También puede decirse, en función del tiempo, que se considera TM la “administración de 4 o más hemoderivados en 1 h, o de 5 o más unidades en un período de 4 h” (8).

Los protocolos de transfusión masiva (PTM) utilizados en la actualidad se basan en la administración de fármacos prohemostáticos, como el fibrinógeno o el ácido tranexámico (TXA), y en 2 estrategias, las cuales son

(36):

- Protocolo basado en la proporción 1:1:1: consiste en la infusión de componentes sanguíneos (hematíes, plasma fresco congelado y plaquetas). Este protocolo mejora la supervivencia del paciente, se puede iniciar tempranamente y disminuye las necesidades de transfusión. En su contra, puede causar daños asociados por el uso indiscriminado de productos sanguíneos, y tiene un elevado coste, ya que los concentrados deben prepararse con antelación y puede que se desechen sin utilizar.

Los estudios revisados no han demostrado diferencias significativas entre los casos en los que se han realizado transfusiones siguiendo el ratio 1:1:1 y los casos en los que las transfusiones se han realizado con un ratio 2:1:1, por lo que se sigue apostando por el primero (34,37,38).

- Protocolo basado en pruebas viscoelásticas: se basa en los resultados de pruebas de coagulación rápidas, lo que nos da una mejor visión a la hora de tratar al paciente, ya que nos informa del estado de la coagulación de forma exacta. En su contra, la terapia se inicia de forma más tardía, ya que hay que esperar a poder realizar las pruebas, y en pacientes con hemorragia masiva, al cambiar de forma tan rápida su estado, no son pruebas de gran fiabilidad.

Se recomienda iniciar las transfusiones en aquellos casos en los que exista un gran sangrado sin esperar el resultado de las pruebas viscoelásticas, y cuando la situación lo permita, pasar a una estrategia de resucitación guiada por los resultados de los test viscoelásticos, ya que el retraso en el inicio de las transfusiones empeora el pronóstico del paciente debido a que cuanto más tiempo pasa peor es el control de la hemorragia y, por tanto, aumentan las probabilidades de fallecimiento” (6).

Las estrategias descritas se utilizan en los distintos modelos de PTM existentes, siendo los principales el europeo (uso de concentrados específicos y factores anticoagulantes), y el americano (uso de plasma fresco y crioprecipitados, que contienen fibrinógeno y la mayoría de los factores de coagulación) (6,26).

En cuanto al uso de concentrados de hematíes vs crioprecipitados en casos de transfusiones masivas, Apostolos et. al. demostraron que aquellos pacientes que recibieron crioprecipitados mostraron una tasa de mortalidad más baja que aquellos pacientes que recibieron hemoderivados, además de constatar que la tasa de mortalidad a las 24 h de las transfusiones fue menor en el grupo de pacientes transfundidos con crioprecipitados (38).

Debido a que este tipo de terapia se asocia a complicaciones hemostáticas y metabólicas, debemos actuar rápido y tener en cuenta todos los criterios de selección a la hora de administrar este tratamiento, ya que en este punto la gravedad del paciente es casi extrema (8,36). El

PTM se activa en base a parámetros clínicos, como signos de shock hipovolémico, deterioro del nivel de consciencia o determinados tipos de trauma, como los penetrantes toracoabdominales; y parámetros de laboratorio, como la alteración de la coagulación, aparición de acidosis, hemoglobina baja o utilizando los valores proporcionados por las pruebas viscoelásticas (6,36).

Otra estrategia de reposición a tener en cuenta es la autotransfusión, método utilizado en la Cirugía de Control de Daños (DCS), en la que se colecta la sangre del campo quirúrgico mediante aspiración en una máquina que se encarga de limpiar, separar y concentrar los hematíes para reinfundirlos al paciente. Esta técnica puede utilizarse cuando se esperan pérdidas sanguíneas de más del 20% del volumen sanguíneo estimado del paciente, cuando no se dispone de una transfusión compatible o cuando el paciente no acepta la transfusión de sangre de otra persona (p. ej., testigos de Jeovah) (36). La sangre para autotransfusión puede ser almacenada a temperatura ambiente hasta 6 h. Este tiempo puede aumentar hasta las 24 h si se refrigera entre 1 y 6°C (36). La única contraindicación de este proceso es “cualquier causa que produzca la lisis de los hematíes tras la administración de la sangre recuperada”: es decir, no se puede transfundir la sangre que haya sido contaminada por soluciones hipotónicas, agua estéril, peróxido de hidrógeno, yodo o alcohol, ya que podría producir severos daños a los órganos. Esta técnica también presenta riesgos, como la administración de altas dosis de heparina al paciente, lo que puede producir una coagulopatía; la introducción de material trombogénico (mediadores de la inflamación o microagregados de leucocitos y plaquetas lisadas); o el aumento del riesgo de embolismo graso (36).

3.2.3. Parámetros a mantener (hipotensión permisiva).

Las bases del tratamiento del paciente exsanguinado las sienta el uso de la estrategia de Reanimación por Control de Daños o Damage Control

Resuscitation (DCR), la cual se define como “un grupo de medidas no quirúrgicas destinadas a frenar el sangrado y corregir o restaurar el estado fisiológico”

(26). Dicha estrategia permite el control de la hemorragia y la prevención de la aparición de la coagulopatía, a la vez que mantiene la capacidad de transporte de oxígeno y la perfusión tisular a un nivel relativamente fisiológico mediante la realización de una reanimación hemodinámica, metabólica y hemostática (26).

En este tratamiento, la premisa a seguir es “detener la hemorragia y reponer la pérdida de volumen” (19). Esto se consigue mediante la aplicación de medidas para controlar la hemorragia, siendo físicas (compresión y los taponamientos con agentes hemostáticos) o farmacológicas (uso de principios activos que fomenten la coagulación, como el ácido tranexámico (TXA), cuyo uso a nivel prehospitalario reduce el sangrado de los pacientes, necesitando estos un menor volumen de concentrados hemáticos en las transfusiones realizadas, y reduciendo también la tasa de mortalidad tanto en pacientes hemorrágicos como en no hemorrágicos (6,25,26), o factores de coagulación como el complejo de protrombina); y la infusión de fluidos con el objetivo de mantener la volemia, utilizando líquidos de reposición como los cristaloides o con la transfusión de concentrados de hematíes y otros hemoderivados, ya explicado anteriormente.

La hipotensión permisiva posibilita realizar una reposición de volumen controlada en la que se mantiene la tensión del paciente entre unos valores determinados que nos permiten mantener la circulación a nivel tisular y a la vez disminuir la hemorragia (26). Esta estrategia de reanimación se suele utilizar en casos en los que la hemorragia no está controlada. Existen diversos protocolos a seguir a la hora de realizar la reposición de volumen siguiendo la pauta de la hipotensión permisiva, coincidiendo los estudios revisados en los siguientes puntos (26,33):

- Utilizar la estrategia de hipotensión permisiva hasta el control del sangrado.
- Usar menor volumen de cristaloides (1 litro en lugar de 2) y dar preferencia a la infusión de productos sanguíneos como plasma y plaquetas en aquellos pacientes que sean susceptibles de precisar una transfusión masiva
- Normalizar la tensión arterial lo antes posible.

La hipotensión permisiva está contraindicada en aquellos pacientes que sufren TCE o lesión medular, debido a las lesiones neurológicas que pueden producirse por la aparición de una isquemia por hipotensión/hipoperfusión; así como en pacientes moribundos, ancianos o con patología cardiovascular crónica (26).

Aún en pacientes en los que esté indicado el uso del procedimiento de la hipotensión permisiva, debe adaptarse siempre a la situación y evolución del paciente, y utilizarse durante el menor tiempo posible, ya que puede crear lesiones al paciente debido a la hipoperfusión que se puede producir (13). Por esto, se habla de coherencia hemodinámica:

“los procedimientos de reanimación que logran la corrección de las variables

hemodinámicas sean también eficaces a la hora de corregir la perfusión micro-circulatoria y el transporte de oxígeno para mantener la función orgánica” (13). Si esta condición se cumple, se puede hablar de reanimación eficaz.

5 Discusión-Conclusión

El paciente exsanguinado es uno de los más complejos que podemos encontrar en el área prehospitalaria, debido a las altas tasas de mortalidad que se les asocia, ya que la hemorragia exsanguinante se posiciona como una de las primeras causas de mortalidad. Por esto, el personal sanitario debe conocer las bases de la fisiopatología hemorrágica, así como los puntos más importantes sobre su tratamiento y las distintas actuaciones a llevar a cabo que forman parte del mismo, para así reducir las posibilidades de “fallecimiento” del paciente y mejorar el pronóstico del mismo.

Es fundamental la realización de una correcta valoración por parte del personal de enfermería, ya que en estos casos, el orden del examen primario cambia, por lo que si no se detecta en primera instancia la aparición de una hemorragia, “más todavía” en caso de poder ser considerada masiva, puede resultar letal para el paciente.

Además, esta evaluación se complementa con el uso de las escalas de predicción de hemorragia masiva, las cuales deben conocerse para poder utilizarse correctamente y agilizar la activación de los protocolos de transfusión masiva a nivel hospitalario, los cuales serán los que realmente salven la vida del paciente.

En cuanto al tratamiento a proporcionar al paciente exsanguinado, el uso de la estrategia de Reanimación por Control de Daños es primordial para mantener al paciente con vida de la forma más fisiológica posible, ya que mediante la aplicación de ésta se consigue una reanimación “guiada” por una hipotensión permisiva, lo que fomenta el mantenimiento de la perfusión a la vez que mantiene los procesos fisiológicos de la coagulación, evitando propiciar la aparición y “continuación” de la denominada tríada letal, la cual crea una relación sinérgica entre acidosis, coagulopatía e hipotermia que desembocaría en la defunción del paciente exsanguinado.

A la hora de “realizar” la reposición de la volemia perdida en estos pacientes, la conclusión es que debería realizarse con transfusiones de sangre y hemoderivados o crioprecipitados, prefiriéndose estos últimos en los estudios revisados a los hemoderivados, aunque aún no existen evidencias claras sobre cuál reduce en mayor medida las tasas de mortalidad, tanto inmediata como a las 24 h. La realización de transfusiones in situ aún es una práctica poco extendida en el ám-

bito civil, por lo que la tendencia es realizarla con fluidos de reposición, preferentemente con cristaloides, ya que los coloides poseen muchas más contraindicaciones y producen más efectos adversos que los cristaloides.

6 Bibliografía

1. Llau J v, Acosta FJ, Escolar G, Fernández-Mondéjar E, Guasch E, Marco P, et al. Documento multidisciplinar de consenso sobre el manejo de la hemorragia masiva (documento HEMOMAS). Medicina Intensiva [Internet]. 2015;39(8):483–504. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569115001138?via%3Dihub>.
2. Londoño J. Indicadores de salud. Metodología de la Investigación epidemiológica [Internet]. 2020;31–46. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INSINTROD6.pdf>
3. Akaraborworn O. Damage control resuscitation for massive hemorrhage. Chinese Journal of Traumatology. 2014 Apr 1;17(2):108–11.
4. Geeraedts LMG, Kaasjager HAH, van Vugt AB, Frölke JPM. Exsanguination in trauma: A review of diagnostics and treatment options. Vol. 40, Injury. 2009. p. 11–20.
5. Chang R, Eastridge BJ, Holcomb JB. Remote Damage Control Resuscitation in Austere Environments. Wilderness and Environmental Medicine [Internet]. 2017;28(2):S124–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wem.2017.02.002>
6. González Posada MA, Biarnés Suñe A, Naya Sieiro JM, Salvadores de Arzuaga CI, Colomina Soler MJ. Damage Control Resuscitation in polytrauma patient. Revista Espanola de Anestesiologia y Reanimacion. 2019;66(7):394–404.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Major trauma: assessment and initial management NICE guideline. National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. 2016;(February 2016):1–23. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng39
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng39/resources/major-trauma-assessment-and-initial-management-pdf-1837400761285>.
8. Estebaranz, C. Valoración y reanimación del trauma grave: triggers de transfusión masiva. Inv N. Proyecto. 2017;14(88):1–15. Available from: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1002>.
9. Masiva DEH, Alerta SDE, Masiva DEH, La TDE, Masiva H, Anticoagulados P, et al. Guía práctica para manejo de la hemorragia masiva. Hospital Regional de Málaga. 2017;1–11.
10. Abuzeid AM, O’Keeffe T. Review of massive transfusion protocols in the injured, bleeding patient. Current Opinion in Critical Care. 2019;25(6):661–7.

11. Terceros-Almanza LJ, García-Fuentes C, Bermejo-Aznárez S, Prieto del Portillo IJ, Mudarra-Reche C, Domínguez-Aguado H, et al. Predicción de hemorragia masiva a nivel extrahospitalario: validación de seis escalas. *Medicina Intensiva*. 2019 Apr 1;43(3):131–8.
12. Marrón-peña AGM. Historia de la transfusión sanguínea. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2017;40(3):233–8.
13. Murillo-godínez G. 2. Murillo G. Breve historia de la transfusión sanguínea. *Rev Hematol Mex*. 2019;20(1):1–3.
14. Berwin JT, Pearce O, Harries L, Kelly M. Managing polytrauma patients. *Injury*. 2020;51(10):2091–6.
15. Campos-serra A, Montmany-vioque S, Rebasa-cladera P, Navarro-soto ACS, Llaquet-Bayo H, Gra R. Aplicación del Shock Index como predictor de la hemorragia en el paciente politraumático. *CIR. ESP*. 2018;96(8):494–500.
16. Carrera Ortiz KG. Análisis de reanimación con líquidos intravenosos en el shock hipovolémico en el ámbito prehospitalario [Internet]. Quito, Ecuador; 2021. 1–77 p. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25209/1/UCEFCDDAPD-CAPH-CARRERA KARLA.pdf>
17. Ramos Rivas, M. A., Vargas Osorio E. Uso de cristaloides y/o coloides para el manejo adecuado del shock hipovolémico. Universidad CES, Facultad de Medicina. 2014;1–40. Available from: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2073/SHOCK_HIPOVOLEMICO.pdf?sequence=2&isAllowed=y
18. NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians). PHTLS 9e: Soporte Vital de Trauma Prehospitalario. 9th ed. Phltls. Burlington, MA; 2019. 1–523 p.
19. Acscot, Berwin JT, Pearce O, Harries L, Kelly M, Masiva DEH, et al. ATLS -Apoyo Vital Avanzado En Trauma Para Médicos.pdf. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2002;195(3):372–7. Available from: http://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8510141/ATLS__Apoyo_Vital_Avanzado_En_Trauma_Para_Mdicos.pdf
20. Mutschler M, Nienaber U, Brockamp T, Wafaisade A, Wyen H, Peiniger S, et al. A critical reappraisal of the ATLS classification of hypovolaemic shock: Does it really reflect clinical reality? *Resuscitation*. 2013;84(3):309–13.
21. Gruveco I. Cuidado Intensivo. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2009;15(1):35–44.
22. Conner JR, Benavides LC, Shackelford SA, Gurney JM, Burke EF, Remley MA, et al. Hypocalcemia in Military Casualties from Point of Injury to Surgical Teams in Afghanistan. *Military Medicine*. 2021;186:300–4.

23. Poh PYS, Gagnon D, Romero SA, Convertino VA, Adams-Huet B, Crandall CG. Hemodynamic Stability to Surface Warming and Cooling during Sustained and Continuous Simulated Hemorrhage in Humans. *Shock*. 2016;46(3S):42–9.
24. Enfermero de simulación. M.A.R.C.H. [Internet]. 2020. Available from: <https://enfermerodesimulacion.com/2020/12/07/march/>
25. Roberts I, Shakur H, Coats T, Hunt B, Balogun E, Barnetson L, et al. The Crash-2 trial: a randomised controlled trial and economic evaluation of the effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events and transfusion requirement in bleeding trauma patients. . *Health Technology Assess* 2013;17(10)
26. Stensballe J, Ostrowski SR, Johansson PI. Haemostatic resuscitation in trauma: The next generation. *Current Opinion in Critical Care*. 2016;22(6):591–7.
27. Wafaisade A, Lefering R, Bouillon B, Böhmer AB, Gäßler M, Ruppert M. Pre-hospital administration of tranexamic acid in trauma patients. *Critical Care [Internet]*. 2016;20(1):143. Available from: https://com-mendeley-prodpublicsharings-pdfstore.s3.eu-west-1.amazonaws.com/19fbPUBMED/10.1186/s13054-016-1322-5/13054_2016_Article_1322_pdf.pdf?XAmz-SecurityToken=IQoJb3JpZ2luX2VjEDQaCWV1LXdlc3QtMSJGMEQCIBZ0ut62V0qMiUZDJXi
28. Geeraedts LMG, Kaasjager HAH, van Vugt AB, Frölke JPM. Exsanguination in trauma: A review of diagnostics and treatment options. *Injury*. 2009;40(1):11–20.
29. Juste LP, Gómez MK, Burguera AB, García RR, García LP, Tejada IM. Índices de shock prehospitalario y hospitalario como predictores de transfusión masiva en la atención inicial del paciente politraumático. *Emergencias* 2021;29–34.
30. Portillo IJP, Chico-fernández ISFM. Predicción de hemorragia masiva. Índice de shock e índice de shock modificado. 2017;41(9):532–538.
31. Marco Guerrero G, Gonzalo Andrighetti L. Reposición de volumen en el politraumatizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(5):599–606.
32. Wise R, Faurie M, Malbrain MLNG, Hodgson E. Strategies for Intravenous Fluid Resuscitation in Trauma Patients. *World Journal of Surgery*. 2017;41(5):1170–83.
33. Carrick MM, Leonard J, Slone DS, Mains CW, Bar-Or D. Hypotensive Resuscitation among Trauma Patients. *BioMed Research International*. 2016;31(2):207–214.
34. Gurney JM, Spinella PC. Blood transfusion management in the severely bleeding military patient. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2018;31(2):207–14.
35. Tisherman SA, Stein DM. ICU management of trauma patients. *Critical Care Medicine [Internet]*. 2018;46(12):1991–7. Available from: https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2018/12000/ICU_Management_

of_Trauma_Patients.13.aspx.

36. Alcázar Montero J, Alonso González C, Aranda Narváez J, Arcelus Martínez J, Ashkenazi I, Badenes Quiles R, et al. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía del Paciente Politraumatizado. 2017. 70–81 p.

37. McQuilten ZK, Crichton G, Brunskill S, Morison JK, Richter TH, Waters N, et al. Optimal Dose, Timing and Ratio of Blood Products in Massive Transfusion: Results from a Systematic Review. *Transfusion Medicine Reviews* [Internet]. 2018;32(1):6–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2017.06.003>.

38. Gaitanidis A, Sinyard RT, Nederpelt CJ, Maurer LR, Christensen MA, Mashbari H, et al. Lower Mortality with Cryoprecipitate During Massive Transfusion in Penetrating but Not Blunt Trauma. *Journal of Surgical Research* [Internet]. 2022;269(January):94–102. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.07.027>

39. Shock hemorrágico [Internet]. Enfermería Creativa. 2017. Disponible en <https://enfermeriacreativa.com/2017/12/18/shock-hemorragico/>.

40. Valoración Primaria [Internet]. Enfermero de simulación. 2020. Disponible en: Enfermero de Simulación en Instagram: “Valoración primaria en politrauma . . La valoración primaria del paciente politraumatizado ahora enfatiza en el control de la hemorragia...”

41. Rubiales E. TASH-score (trauma associated severe hemorrhage score) [Internet]. SAMIUC. 2018. Disponible en: <https://www.samiuc.es/tash-scoretrauma-associated-severe-hemorrhage-score/>

42. Capriles Selle FG. ABCs (score) [Internet]. 2019. Capriles-urgencias.com. Disponible en: <http://www.capriles-urgencias.com/2019/01/abcs-score.html>.

Capítulo 87

TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ESCUCHA ACTIVA CON EL PACIENTE INGRESADO EN UN HOSPITAL

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

MARTA OCAÑA DELGADO

1 Introducción

El profesional de enfermería es la guía en quien el paciente confía, alguien que toma su vida en sus propias manos. Por esta razón, es imperativo que los profesionales de la salud entiendan que el estado de ánimo de un paciente puede ser bueno o malo durante una estadía en el hospital.

Una herramienta esencial para los pacientes hospitalizados y sus seres queridos es la comunicación, a través de la cual realmente pueden mostrarle al paciente cómo se siente o cómo necesita ser escuchado.

Es necesario aprender y practicar el proceso de comunicación y las habilidades de comunicación, que son esenciales para poder comunicarse terapéuticamente

con los pacientes y construir relaciones útiles basadas en la escucha activa y la empatía. La escucha activa, por otro lado, se puede definir como una habilidad que se puede adquirir y desarrollar a través de la práctica.

Sin embargo, puede ser difícil de dominar, ya que debe ser paciente y tomarse el tiempo para hacerlo bien. En otras palabras, escuchar activamente a los pacientes sobre las necesidades que puedan surgir y asegurarse de que las enfermeras puedan atenderlas o ayudarlas a sobrellevarlas.

La escucha activa no es solo escuchar, sino escuchar o centrarnos en lo que la otra persona nos quiere transmitir.

2 Objetivos

- Identificar las habilidades que debe desarrollar el personal de enfermería para escuchar activamente a los pacientes hospitalizados y ayudarles en su estancia en el hospital.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica de publicaciones en Internet que condujo a bases de datos que aparecían para textos que evaluaban los beneficios de la escucha activa para pacientes hospitalizados.

Las bases de datos utilizadas fueron las bibliotecas Medline, Scielo y Cochrane. Palabras clave: escucha, empatía, enseñanza, habilidades.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido documentar qué habilidades deben desarrollar los médicos en relación a la incertidumbre, el miedo y más. Retrato de un paciente hospitalizado. El personal de enfermería para poder escuchar activamente, para ser complacientes en el primer contacto con el paciente, sin interferir en el espacio físico del paciente, cree que vamos a mostrar el camino.

Escucha con paciencia y utiliza el tono y el vocabulario adecuados para cada paciente. Utiliza las palabras y los gestos adecuados con las personas adecuadas en el momento adecuado. Genera confianza explicando lo que sentirá, lo que observará.

El paciente pierde su personalidad, su objeto, sus costumbres en el momento en que ingresa, por lo que la enfermera debe ponerse en su lugar, dejar que explique,

revelar sus sentimientos y no reprimirlos. Escuchar la atención proactiva no solo ayuda a estos pacientes, sino que es imperativo humanizar la atención para que los pacientes noten el enfoque y puedan confiar en nosotros.

En situaciones en las que los pacientes se retraen, no hablen, no hablen, en lugar de que el paciente sea un mal paciente, les toma más tiempo adaptarse y sus seres queridos deben comprender y seguir escuchando activamente. Pero desde la distancia generalmente.

En el momento en que el paciente nos demande, los profesionales estarán ahí, aportando sus conocimientos, su empatía y por supuesto, escuchando activamente lo que los pacientes necesitan para poder seguir participando en el proceso de su patología, por supuesto, la hospitalización.

La escucha activa requiere habilidades de observación durante la enfermería para que puedan definir el lenguaje verbal y no verbal. Todo esto revela en qué parte de la escala de Kuber Ross se puede encontrar. Habilidad para intervenir apropiadamente para el paciente individual.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería deben estar familiarizadas con el trato con una variedad de pacientes, incluida su patología, calidad de vida, estilo de vida, etc. Por ello, se debe utilizar la escucha activa y la empatía para sustituir al paciente que, como comentamos en los resultados, ha perdido su identidad, hábitos, etc. Como se mencionó anteriormente, es importante no forzar la comunicación porque pueden pensar que estamos invadiendo su privacidad, espacio físico, pueden malinterpretar nuestras acciones e incluso dejar de confiar en nuestras funciones de salud. Lo mejor es darles tiempo a estos pacientes para que se acerquen y dejar que ellos decidan cuándo escucharlos.

6 Bibliografía

- Zampieri MF, Fenili RM, Martins CR, Oliveira ME. Ensayo sobre el uso de los sentidos en la comunicación de enfermería. *Enfermería Global* [Internet]. 2006 mayo;5(8):[1-7].
- Introducción a las técnicas de comunicación terapéutica y no terapéutica en enfermería. *Revista Española de Comunicación Sanitaria* [Internet]. 2012;3(2):[133-146].
- Belda LL. La comunicación, una parte importante de la enfermería. *Atención Dermatológica* [Internet]. 2012;6(16):[16-19].

Capítulo 88

CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADOS BASICOS A UN PACIENTE CON ENDOMETRIOSIS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

MARTA OCAÑA DELGADO

1 Introducción

La endometriosis es una patología femenina, ya que se puede definir como un proceso benigno pero progresivo caracterizado por la presencia de glándulas y estroma endometrial en lugares fuera del endometrio.

Los sitios más comunes de atrapamiento son el peritoneo pélvico, los ovarios, los ligamentos uterosacros y la bolsa de Douglas, lo que provoca cicatrices, reacciones inflamatorias, adherencias de órganos y distorsión de la anatomía pélvica. En cuanto a la causa de la endometriosis, no está del todo clara, por lo que a la hora de diagnosticar a una paciente se debe buscar la causa individual. Los síntomas que pueden observarse o presentarse pueden incluir dolor pélvico tipo

cólico, dispareunia, infertilidad, estreñimiento o diarrea intermitente, sangrado intermenstrual, aunque también pueden presentarse como anovulación, masas anexiales, útero retrovertido, cicatrización y callejón sin salida, los síntomas son muy graves, ya que requieren múltiples operaciones y diferentes métodos de tratamiento, lo que afecta gravemente la salud física y mental y la calidad de vida y laboral de las mujeres.

Cuando una paciente comienza a desarrollar síntomas o signos de advertencia de que tiene endometriosis, es importante buscar atención médica.

Es una enfermedad que provoca fuertes dolores durante la menstruación, las relaciones sexuales, la defecación o la micción y puede afectar gravemente la vida del paciente.

2 Objetivos

- Describir un plan de cuidado personal para una paciente con endometriosis por primera vez y para un examen ginecológico general.

3 Metodología

Se revisaron y probaron publicaciones basadas en guías, artículos, textos en Internet. Búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen cuidados básicos para pacientes con endometriosis en sus artículos y/o artículos. Palabras clave: dolor, endometriosis, atención ginecológica.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica, documentamos qué tipo de plan de atención individual se debe seguir para ayudar o guiar la atención básica general de las pacientes con endometriosis.

Aquellas pacientes en las que se sospeche o confirme endometriosis profunda o endometriosis extragenital serán evaluadas de manera coordinada por equipos multidisciplinarios especializados en este tema.

Grado I (el más bajo), basado en el grado de patología del paciente: sin adhesión al implante único.

Grado II (Leve): Implantes superficiales menores de 5 cm. Se adhiere a la superficie del peritoneo y los ovarios, pero no afecta a otros órganos.

Grado III (moderado): múltiples nódulos endometriales, en su mayoría invasivos. Además, también puede haber adherencias en las trompas de Falopio o en los ovarios.

Grado IV (grave) requerirá algún cuidado u otro cuidado generalmente mayor generalmente.

Al llegar la paciente se realiza toma de signos vitales, análisis de sangre, electrocardiograma, examen ginecológico, etc.

El tratamiento también dependerá de qué tan bien funcione para el paciente. Pero, en general, incluso si experimenta dolor intenso repetidamente, siempre debe tomar suficientes analgésicos para controlar el dolor.

En otros casos, se pueden utilizar anticonceptivos para ayudar a paralizar la patología o aliviar los síntomas de la paciente. En casos severos de grado IV, también se considerará la intervención quirúrgica a nivel laparoscópico o de laparotomía. Un plan de cuidados individualizado será la fase inicial del manejo y conocimiento de la enfermedad, enfatizando el papel de los cuidados en la educación sanitaria, seguimiento y asesoramiento.

La segunda fase de supervisión, sus puntos fuertes radican en el manejo de esquemas de tratamiento adecuados y el automanejo saludable. Así como cambios y complicaciones hasta las etapas finales del dolor crónico.

5 Discusión-Conclusión

Se explica adecuadamente todo el proceso de atención de una paciente con endometriosis. Esto es importante, por lo que lo incluimos en función de qué tan construido esté el elemento imprescindible.

Esto abarca desde la farmacología y el control del dolor hasta los procedimientos quirúrgicos que se ha demostrado que requieren más tiempo para que los pacientes se recuperen de esta enfermedad.

Todo el proceso anterior se basa en todas las pruebas diagnósticas realizadas al paciente, por lo que en base a los resultados que se obtengan se decidirá qué tipo de técnica o tratamiento se aplica en cada caso en concreto.

6 Bibliografía

- Cubeles Albiac M C part. Un plan de cuidados para mujeres afectadas por endometriosis. Universidad de Zaragoza.
- Decherney AH, Laufer N, Nathan L, Roman AS. Diagnóstico y tratamiento obstétrico y ginecológico. 11 Educación McGraw-Hill; 2014. 1049 s. libre por dentro.

Endometriosis Nutrition and Digestion Plus A to Z Dietary Guidelines, 2013. [internet].

Capítulo 89

REANIMACIÓN NEONATAL EN UN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

ANA JOAQUINA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Al menos el 90% de los bebés recién nacidos hacen la transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin dificultad. En estos casos, estos necesitan muy poca a nula ayuda/asistencia para comenzar a respirar de forma espontánea y regular y adaptarse al nuevo medio, pero no siempre ocurre de esta manera. Existen situaciones en las que el RN necesita de la actuación del equipo de pediatría del hospital en el que se encuentre para que le ayuden a adaptarse a este nuevo medio para ellos de la mejor manera posible y sin secuelas del mismo.

En este caso, veremos cómo vamos a proceder para realizar una reanimación neonatal en un bebé a término en el Hospital Comarcal de Jarrio (Área 1) Sistema de Salud del Principado de Asturias.

Podemos definir la Reanimación neonatal como un conjunto de procedimientos que se realizan en una sala de partos, o sala anexa de atención de pediatría para asegurar la función cardiorrespiratoria justo después del nacimiento.

La reanimación neonatal está aprobada por diferentes organizaciones a nivel mundial, en base a ellas, la Sociedad Española de Neonatología (SEN) elabora sus propias guías locales, este caso seguirá las pautas de dichas guías y de varios Hospitales estatales.

2 Objetivos

Dar a conocer la reanimación neonatal en un recién nacido a término.

3 Caso clínico

Nos encontramos con el siguiente caso: Contamos con una gestante Joven, de 29 años, con HTA crónica.

Se trata de una primigesta (G1), embarazo controlado y sin incidencias durante el mismo. Es una gestación de 39 semanas que se ingresa desde la unidad de partos de nuestro hospital tras realización de monitor para finalizar gestación por HTA de la gestante.

Se tratará de una inducción mecánica para la maduración del cuello uterino, mediante la colocación del balón CRB de Cook Medical, es un catéter con doble balón de silicona biocompatible en el extremo diseñado para una maduración cervical cuando el cuello aún no está preparado para el trabajo del parto.

Tras 24 horas con el mismo, y con escasa dinámica de parto, se procede a una inducción directa mediante Oxitocina IV. Tras 4 horas con inducción directa, comienza el trabajo del parto.

A las 17.05h se producirá el alumbramiento de un RN mujer mediante parto con ventosa Kiwi asistido por FEA de ginecología.

En el parto debe de estar presente al menos una persona entrenada en maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, ya que la reanimación de un neonato gravemente deprimido precisa a participación de al menos 2 o 3 personas: una para ventilar y si es necesario intubar y otra para monitorizar y si es preciso iniciar masaje cardiaco, y otra para preparar la medicación si fuera necesario.

En partos múltiples, debe de haber un equipo de reanimación para cada RN.

Antes de que comience el trabajo del parto debemos de comprobar el funcionamiento de la cuna de reanimación del RN (fuente de oxígeno y de aire, aspiración, pulsioxímetro, sondas, mascarilla facial...), comprobar que el carro de paradas está listo y completo, así como encender la fuente de calor y precalentar los paños/ toallas.

La RN Nace mediante ventosa y con una vuelta de cordón, sabemos que es una gestación a término, no tiene buen tono muscular, vemos que no respira; la llevamos hacia la zona de cuidados de pediatría, a la cuna de reanimación y le proporcionamos calor.

Lo colocamos, buena posición para permeabilizar la vía aérea (posición neutra), lo estimulamos, secamos, no necesitamos limpiarle secreciones, pues no tiene, solo lo haremos en caso de sospecha de obstrucción de la vía aérea por secreciones.

Han pasado 30 segundos, evaluamos de nuevo, vemos que el RN sigue en apnea y con una FC de 60 lpm aprox. Ventilamos mediante presión positiva (PPI) y tras ello vemos que la FC sigue siendo menor de 100 lpm, aunque la respiración se

ha recuperado; Iniciamos reanimación cardiaca mediante compresiones torácicas, 3:1 (dedos índice y corazón en zona media del esternón de RN) tras unos segundos de RCP el RN remonta su FC a 110 lpm y una buena respiración, el RN ha recuperado su FC y FR en un tiempo aproximado de 70 segundos.

No hemos necesitado administrar adrenalina al RN, en caso de que fuera necesario, tendríamos que tenerla preparada para su administración 1/10.000 + 9 cc suero fisiológico. Bien para administrar por vía intranasal o vía umbilical.

4 Discusión-Conclusión

Ante la situación de un RN en parada cardio-respiratoria (apnea y FC <60 lpm), como conclusión de nuestro caso clínico, tenemos la recuperación de la FC y FR del RN dentro del tiempo estimado, que es lo que perseguimos ante esta situación. En este caso, no hemos precisado la intubación del RN.

El equipo multidisciplinar de la unidad ha sido capaz de realizar las maniobras necesarias para llevar a cabo la adaptación al medio de RN en el menor tiempo posible y con el fin deseado. Para ello han realizado ventilación invasiva (PPI) y reanimación cardiaca, con un medio apropiado aportando calor al RN.

5 Bibliografía

<https://www.yumpu.com/es/document/read/15122164/reanimacion-neonatal-departamento-de-pediatria-12-de-octubre>

<http://matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/neonatal/rcp/algoritmo-de-reanimacion-neonatal-completa-en-sala-de-partos>

Curso RCP Neonatal realizado en Hospital de Jarrio (Área 1)SESPA Mayo de 2022 impartido por FEA especialistas en pediatría.

Capítulo 90

ENFERMERÍA Y EL CÁNCER DE MAMA EN EL EMBARAZO

MARTA DÍAZ SALAZAR

SAMUEL BARATAS RIVERA

ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO

JAVIER MONTERO MORENO

MARÍA JESUS MUÑOZ MARTIN

1 Introducción

El cáncer de mama durante el embarazo se define como un tumor maligno detectado durante el embarazo o en el primer año después del parto. El vínculo entre el cáncer de mama y el embarazo es raro, pero es la neoplasia maligna más común que ocurre durante el embarazo, el posparto o la lactancia. Ocurre en una de cada 3.000 a 10.000 mujeres embarazadas. La tendencia actual de las mujeres de retrasar cada vez más el parto y el estilo de vida aumenta los factores de riesgo para desarrollar ciertos tipos de cáncer. El embarazo no es un factor de riesgo para el cáncer de mama y, por lo tanto, no aumenta su susceptibilidad al cáncer, pero dificulta el diagnóstico. Durante el embarazo se producen importantes cambios fisiológicos en las mamas, aumentando su tamaño y densidad.

Estos cambios pueden dificultar la detección de pequeños bultos anormales, lo que retrasa el diagnóstico de cáncer de mama. Por esta razón, el cáncer de mama a menudo se detecta en mujeres embarazadas con embarazos avanzados, donde

los ganglios linfáticos están más afectados y son más grandes que en mujeres no embarazadas. Las mujeres embarazadas cuyo tratamiento se retrasó hasta el parto tuvieron peor supervivencia que aquellas que recibieron tratamiento inmediatamente después del diagnóstico.

2 Objetivos

- Determinar el pronóstico y diagnóstico de cáncer de mama durante la gestación.
- Describir los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos del cáncer de mama en el embarazo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo un análisis de la literatura científica en forma de revisión bibliográfica, para recopilar la información recogida sobre el cáncer de mama en el embarazo.

La localización de los estudios se realizó por medio de búsquedas electrónicas en diferentes bases de datos nacionales e internacionales del área de la salud:

PubMed, Scopus, CINAHL y Medes.

Para la realización de las búsquedas bibliográficas en las distintas bases de datos se contó la siguiente lista de descriptores estandarizados y relacionados con el tema de interés como son: Cáncer de mama, Embarazo, Maternidad, Gestación, Neoplasia de mamaria, tratamiento y diagnóstico.

Estos términos han sido utilizados individualmente y también en combinación mediante la utilización de operadores booleanos, para que la búsqueda fuera más concreta.

4 Resultados

Los ginecólogos y parteras deben realizar exámenes regulares durante el embarazo y, si se detectan cambios en el examen físico de los senos, se deben realizar pruebas de diagnóstico inmediatamente antes del parto. Según diversos estudios, el mal pronóstico del cáncer de mama durante el embarazo se asocia con un diagnóstico más tardío de la enfermedad, lo que se traduce en progresión tumoral y retrasos en el tratamiento debido a la discrepancia en la edad gestacional. El diagnóstico es el mismo que en mujeres no embarazadas, pero hay algunas peculiaridades a tener en cuenta. En cuanto a la mamografía, representa

el menor riesgo de exposición a la radiación para el feto y siempre se utiliza con la protección adecuada. Sin embargo, no debe realizarse como prueba de rutina durante el embarazo, ya que no es la prueba más efectiva debido al aumento de la densidad mamaria en el embarazo. Sin embargo, la ecografía es una prueba muy utilizada durante el embarazo porque no emite radiación. Una biopsia es el diagnóstico definitivo de una lesión y se puede realizar de forma segura durante el embarazo.

Cuando se trata de tratar el cáncer de mama en mujeres embarazadas, es similar al tratamiento de mujeres no embarazadas, que consiste en controlar el cáncer evitando que se propague. Una de las dudas que surge cuando se realiza un diagnóstico es si se debe interrumpir el embarazo de forma voluntaria. Este descanso se recomienda solo si el diagnóstico se realiza en las primeras semanas de embarazo y es muy tardío. El tratamiento puede incluir medicamentos y/o cirugía. La cirugía se considera la primera opción para los pacientes con cáncer de mama. En mujeres embarazadas, se puede realizar en cualquier trimestre del embarazo, ya que no se asocia a complicaciones. Después de eso, la radioterapia se consideró obligatoria después de cualquier cirugía conservadora, pero su uso se retrasó después del parto debido a su efecto teratogénico en el feto. La quimioterapia debe retrasarse hasta una etapa embrionaria segura y está contraindicada en el primer trimestre debido al riesgo de aborto espontáneo y anomalías fetales. Por lo tanto, el tratamiento ideal es una mastectomía radical modificada en el primer trimestre y quimioterapia en el segundo trimestre.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama en el embarazo está asociado a un mal pronóstico debido al diagnóstico tardío de la enfermedad, así como al retraso del tratamiento por incompatibilidad con la gestación. Se utilizan técnicas similares a las mujeres no embarazadas, viéndose algunas limitadas por los riesgos a los que se expone el feto.

El objetivo del tratamiento del cáncer de mama en las mujeres embarazadas es el mismo que en las mujeres no embarazadas, el control del tumor para evitar su propagación, pero teniendo en cuenta el bienestar del feto. La interrupción voluntaria del embarazo no mejora el pronóstico de la enfermedad, justificándose solo en determinados casos.

6 Bibliografía

1. Gavilán M, Gallego J. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el embarazo. *Revista Paraninfo Digital*. 2013; (19).
2. Torres F, Prada Nubia E. Cáncer de mama durante el embarazo. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2011; 26(4):285-292.
3. Carvalho AF, Lavinas MC, Barreto T, Galvão CM. El pronóstico de cáncer de mama en el embarazo: evidencias para la atención de enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2011 Dic;19(6):1453-1461.
4. Abenhaim HA, Azoulay L, Holcroft CA, Bure LA, Assayag J, Benjamin A. Incidence, risk factors, and obstetrical outcomes of women with breast cancer in pregnancy. *The Breast Journal*. 2012. 18(6):564–568.
5. Álvarez C, et al. Actualización del manejo clínico del cáncer mamario asociado al embarazo. *Revisión de la Literatura. Rev Colomb Salud Libre* 2017;(2):50-59. <http://doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.018>

Capítulo 91

CUIDADOS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA DESDE ENFERMERÍA

MARTA DÍAZ SALAZAR

SAMUEL BARATAS RIVERA

ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO

JAVIER MONTERO MORENO

MARÍA JESUS MUÑOZ MARTIN

1 Introducción

Se define anemia como la situación hematológica en la que la hemoglobina se encuentra por debajo de 13 g/dL en hombres y de 12 g/dL en mujeres. Hay situaciones fisiológicas, como es el segundo trimestre del embarazo, en el que se pueden considerar esos límites en niveles más bajos como correctos debido, en este caso, a la dilución de la sangre por aumento del volumen del plasma. Existen diferentes tipos de anemia, cuya clasificación atiende a los distintos tipos de etiología que la desencadenan.

En el caso de la anemia ferropénica se ve afectada la parte de la sideremia de la sangre, como son la ferritina (proteína que almacena el hierro), la hemosiderina (pigmento de color amarillo) y el compartimento del transporte del hierro.

Normalmente el hierro corporal total se encuentra en los varones de 80 a 180 µg/dl en hombres y de 60 a 160 µg/dl en mujeres. Los otros tres valores citados anteriormente, se encuentran en condiciones normales respectivamente en 1gr en

hombres y 0,6 en mujeres; 300 miligramos y 3 miligramos, siendo esto dos últimos iguales para ambos sexos.

En el siguiente capítulo llevaremos a cabo un abordaje de la anemia ferropénica desde su definición, hasta sus causas, así como los cuidados aplicar y su tratamiento.

2 Objetivos

- Describir qué es la anemia ferropénica, los signos y síntomas que caracterizan la enfermedad así como las causas que la desencadenan.
- Enumerar los cuidados y el tratamiento de la misma desde enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado la 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. También se han revisado webs con información actualizada, infografías y manuales.

4 Resultados

La anemia ferropénica se define como aquella que sucede en el organismo a causa de un déficit de ferritina en sangre (menos de 15 nanogramos) y por consiguiente, una disminución de la capacidad de los glóbulos rojos de esta para proceder al transporte de oxihemoglobina. Es una anemia microcítica (VCM <80).

Los síntomas más comunes de la anemia ferropénica van encaminados a compensar los déficits derivados de la disminución de ferritina en el organismo siendo los más identificativos la fatiga, la palidez y la astenia. También suelen darse otros signos como son la caída del cabello y fragilidad ungueal.

Menos frecuentes son la cefalea, los acúfenos, el vértigo, la dificultad para la concentración y la memoria, trastornos del sueño, irritabilidad y en casos más extremos disnea, palpitaciones e incluso dolor torácico anginoso, que se dan en casos de anemias más severas.

La anemia puede clasificarse según su gravedad en:

Leve: entre 10,1 y 10,9 mg dL de hemoglobina.

Moderada: entre 7,1 y 10 mg dL de hemoglobina.

Grave: menor de 7 mg dL de hemoglobina.

Para poder acceder a dicha clasificación debe realizársele al paciente una analítica sanguínea donde se solicite un hemograma además de una exploración física donde, además de valorar los síntomas como palidez o fragilidad capilar, se realizará entre otros un tacto rectal para descartar sangrados internos.

Antes de proceder a la extracción sanguínea, debemos informar al paciente de la técnica que le vamos a realizar.

La principal causa de anemia ferropénica suele ser los sangrados. Es relativamente habitual que se deba en el caso de las mujeres a reglas excesivamente abundantes y en el caso de los hombres a sangrados digestivos (más sangrados digestivos bajos por pólipos o hemorroides, que altos, siendo en este último caso la úlcera péptica la causa más común).

En función del origen y la gravedad del cuadro, los cuidados aplicar, así como el tratamiento serán diferentes.

Como enfermeras procederemos a la realización de diferentes actividades con el paciente:

En los casos de anemia leve instruirle en la relación de nutrientes que precisa para mantener una dieta equilibrada, realizando una supervisión de la misma y asegurándonos de que están presentes en ella alimentos con B12, vitamina C (la naranja: se recomienda tomarlo en ayunas y en hora diferente a que se tome el suplemento de hierro) y hierro (leguminosas, sobre todo lentejas y soja). También es importante recalcar el consumo de carnes, ya que son una fuente importante de proteínas y contribuyen a la mejora del estado basal del paciente.

En los casos de anemia moderada se explicará la pauta de toma del hierro oral, que variará en función de las necesidades del paciente. Es importante recalcarles que alimentos son compatibles y cuáles pueden interaccionar con el fármaco.

En los casos de anemia severa se procederá a la realización de venoclisis para la administración de hierro IV y/o concentrados de hematíes, debiendo en este último caso confirmar que se ha llevado a cabo la firma del consentimiento informado (por el riesgo de reacciones adversas) y del cruce de las muestras sanguíneas para evitar la hemólisis de la sangre.

Además de la administración de los fármacos y la corrección de la dieta, debemos tener en cuenta ciertos aspectos que atañen el cuidado del enfermo y que nos servirán como signos de alerta y control en la evolución del cuadro como son la toma de tensión, frecuencia cardíaca y saturación. También deberemos llevar a cabo la cuantificación del volumen, aspecto y frecuencia de los sangrados.

5 Discusión-Conclusión

El déficit de hierro en sangre produce un deterioro del estado general que en función de la gravedad de esta será de mayor o menor grado, pudiendo llegar en algunos casos a la afectación del organismo en general.

La principal causa de las anemias ferropénicas son los sangrados, por lo que además de la suplementación con hierro, el tratamiento pasa por revertir la causa que provoca el sangrado.

El control de los signos vitales por parte de enfermería, es vital para el control de la evolución del paciente, ya que si se presenta un aumento de la frecuencia cardíaca respiratoria o una bajada de tensión, estaremos ante signos claros de mala evolución.

6 Bibliografía

1. Brittenham GM. Disorders of iron homeostasis: iron deficiency and overload. In: Hoffman R, Benz EJ, Silberstein LE, et al, eds. Hematology: Basic Principles and Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 36. [Acceso 26 de Setiembre de 2021].
2. Means RT. Approach to the anemias. In: Goldman L, Schafer AI, eds. GoldmanCecil Medicine. 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 149.
3. US Department of Health and Human Services; National Heart, Lung, and Blood Institute website. Iron-deficiency anemia. www.nhlbi.nih.gov/healthtopics/iron-deficiency-anemia.

Capítulo 92

ENFERMERÍA Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CICATRIZACIÓN DE UNA HERIDA

MARTA DÍAZ SALAZAR

SAMUEL BARATAS RIVERA

ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO

JAVIER MONTERO MORENO

MARÍA JESUS MUÑOZ MARTIN

1 Introducción

Las heridas son lesiones que rompen la continuidad de la piel u otros tejidos del organismo.

Entre ellas se pueden incluir también los cortes, arañazos y picaduras en la piel. Suelen producirse como resultado de un accidente, pero las incisiones quirúrgicas, las suturas y los puntos también son causantes de heridas.

Como consecuencia de las mismas existe un riesgo de infección y la posibilidad de dañar tejidos u órganos adyacentes.

Dependiendo de su gravedad pueden requerir o no de asistencia médica, esto estará determinado por la profundidad, la extensión, la localización y los signos de infección que presente la herida.

La cicatrización es un proceso que se produce de forma biológica en el organismo del individuo, mediante el cual los tejidos vivos que han sido dañados reparan sus heridas pudiendo aparecer posteriormente, en el caso de las heridas cutáneas, una cicatriz.

Cuando una persona presenta una herida, en el proceso de reparación o cicatrización de los tejidos se llevan a cabo una serie de complejas reacciones bioquímicas encadenadas y encaminadas a reparar el daño ocasionado.

Estos procesos se producen normalmente en las siguientes fases: fase inflamatoria, fase proliferativa, y fase de remodelación.

El personal de enfermería es el profesional encargado de las curas y el seguimiento de las heridas, por lo que vamos a ver qué factores influyen en la correcta cicatrización de los tejidos.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas acerca de los factores que influyen en la cicatrización de las heridas, realizando una revisión que nos permita unificar criterios para mejorar nuestra calidad asistencial al paciente.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como decíamos el proceso de cicatrización es el conjunto de procesos que se producen tras un daño o lesión en la piel, encaminados a unir entre sí aquellos tejidos lesionados nuevamente para recuperar su unidad y función.

Las fases de cicatrización pueden solaparse entre ellas, pudiendo ocurrir en la misma herida varias de las fases al mismo tiempo.

Cualquier herida está expuesta a una serie de factores que pueden influir en mayor o menor medida en la cicatrización de la misma.

Podemos diferenciar entre factores internos y externos:

Factores internos:

- Tabaco: reduce la hemoglobina disponible en el torrente sanguíneo, lo que produce una disminución del oxígeno que circula por los tejidos del organismo. El tabaco provoca también una disminución de la síntesis de colágeno, la angiogénesis y la actividad fagocítica.

- Fármacos: los medicamentos inmunosupresores pueden retrasar el proceso de cicatrización y los antiinflamatorios pueden llegar a tapar los posibles síntomas de una infección en la herida.

Los corticoesteroides interfieren en la fagocitosis de los glóbulos blancos lo que genera una disminución de la descontaminación de la herida.

- Circulación sanguínea: una cantidad disminuida de glóbulos blancos provoca una disminución del desbridamiento en las lesiones. Cuando el aporte sanguíneo es insuficiente se produce también una curación tardía de la herida.

- Nutrición: en los casos de desnutrición la curación de la herida se ve retardada.

- Edad: a mayor edad, peor cicatrización.

- Algunas enfermedades de base como: hipertiroidismo, arterioesclerosis, insuficiencia renal crónica, síndrome de Marfan.

Factores externos:

- Temperatura: una temperatura inferior de 37 grados puede provocar vasoconstricción impidiendo la llegada de nutrientes, oxígeno y glóbulos blancos a la herida.

- Exceso de exudado: retrasa la proliferación de fibroblastos.

- Deshidratación de la herida.

- Infección de la herida: las bacterias producen una respuesta inflamatoria en el organismo que impide la cicatrización de la herida.

- Manejo y cura de la herida: es necesario elegir una técnica quirúrgica adecuada así como el correcto manejo y cura de las heridas, siguiendo los protocolos establecidos y utilizando las mayores concisiones de asepsia para evitar contaminaciones e infecciones en la herida quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal de enfermería algunas cuestiones básicas acerca de los procedimientos de cicatrización de las heridas, hemos visto que es una herida, que es el proceso de cicatrización y en que etapas se desarrolla.

Hemos visto una serie de factores externos e internos que influyen en la cicatrización de la herida y que como personal encargado de realizar el seguimiento y curación de las mismas debemos de tener en cuenta para su correcta valoración y tratamiento.

Algunas de ellas son: la edad, la infección de la herida, fármacos, patologías de base, tabaco, la nutrición del individuo, la temperatura, el exudado y el manejo y cura de las heridas por parte de los profesionales.

6 Bibliografía

1. La cicatrización- úlceras.net -disponible en <https://www.ulceras.net/monografico/130/123/cicatrizacion.html>
2. Las heridas y su cicatrización - Elsevier Vol.22 Número.5 - disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-las-heridassucicatrizacion-13047753>
3. Como sanan las heridas- Medline Plus- disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000741.htm>

Capítulo 93

ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO ANTE UN INTENTO AUTOLÍTICO DE CAUSAS MÚLTIPLES.

LAURA RAMIREZ MUÑOZ

IRENE NICOLAS RISCO

MARTA RODRIGO RODRIGO

SARA IBÁÑEZ USERO

BEATRIZ CAMACHO LAÍN

1 Introducción

El suicidio es el acto con el que una persona se quita la vida, el desenlace de los pensamientos suicidas, autolesiones e intentos autolíticos. Esta sucesión de hechos se denomina parasuicidio. Las alteraciones del comportamiento están registradas en el DSM-V como síntoma de las distintas enfermedades mentales. Sin embargo, el suicidio no es considerado como una enfermedad mental en sí, pese a ser un importante indicador de problemas a abordar (1).

Según los últimos datos del INE en 2020 se suicidaron en España 3941 personas, un gran ascenso con respecto a años previos. De esta forma, la OMS decide cali-

ficar el suicidio la epidemia del siglo XXI. De los 3941 fallecimientos, 40,8% tenían entre 40 y 59 años, el 26,9% entre 60 y 79 años y un 16,8% de 20 a 39 años. La diferencia por sexo es que la consumación del suicidio se da más en hombres, mientras que las mujeres producen más intentos autolíticos y expresan con mayor frecuencia ideas suicidas (2).

La probabilidad de suicidio en personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental es mayor que en el resto de la población, un 90% de las personas que se suicidan cumplen criterios diagnósticos de enfermedad mental en al menos sus 6 últimos años de vida. Aunque se trate de una práctica multicausal, afectan diversos factores (1):

- Trastornos de ansiedad y afectivos.
- Personalidad psicópata, carácter impulsivo, falta de control emocional.
- Abuso de sustancias.
- Problemas socioeconómicos.
- Ser víctimas de violencia, discriminación, abusos, bullying,...
- Vivir, o haberlo hecho con anterioridad, bajo conflictos bélicos.
- Clima, luz.
- Comunicación. La falta de comunicación puede hacer que se sientan más aislados y haya un mayor riesgo de ideaciones suicidas.
- Tentativas previas de suicidio, este antecedente nos asegura que esa persona lo volverá a intentar.

Como en toda enfermedad, tenemos los factores de riesgo y factores protectores (3):

- Factores personales:

Manejar la situación ante problemas.

Habilidad para relaciones sociales.

Flexibilidad cognitiva.

Tener hijos.

Hábitos de vida saludables.

Extroversión.

Mostrar actitudes y valores positivos.

Creencias religiosas.

Autoconfianza.

- Factores sociales:

Apoyo familiar y social.

Integración social.

Adoptar tradiciones y valores culturales.

Recibir tratamiento integral.

Disponer de recursos y sistemas de ayuda.

El personal sanitario de AP es el que debe tener en cuenta estos factores en su consulta diaria, pues es quien mejor conoce al paciente. Pero ante un intento autolítico es el personal de emergencias el que debe enfrentarse a ello.

2 Objetivos

- Establecer pautas de actuación para los profesionales sanitarios en el ámbito extrahospitalario ante una circunstancia de intento autolítico hasta su llegada al hospital de referencia.
- Analizar los mitos que han ido produciéndose a lo largo del historia.

3 Metodología

El siguiente trabajo es una revisión bibliográfica cuya búsqueda ha sido elaborada mediante el rastreo de contenido en los metabuscadores: Dialnet, Medline, PubMed y Google Académico. Además se han consultado las páginas web de los organismos oficiales: RedAIPIS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio), APA (American Psychological Association), FSME (Fundación Salud Mental España) y SES (Sociedad Española Suicidiología), y la primera app para prevenir el suicidio español: Prevensuic.

4 Resultados

El suicidio se consuma con mayor probabilidad en pacientes diagnosticados de trastornos psiquiátricos y en aquellos que abusan de forma aguda o crónica de sustancias. Un 90 % de las personas que se suicidan cumplen los requisitos para ser diagnosticados de enfermedad mental en, al menos, sus últimos 6 meses de vida, y un 40% de los suicidas han mostrado síntomas de uso excesivo o dependencia al alcohol (4). Dentro de los trastornos psiquiátricos el riesgo de suicidio es 20 veces mayor en las personas afectadas por depresión mayor frente a la población general, 15 veces superior tras el diagnóstico de trastorno bipolar, 9 veces superior con el diagnóstico de esquizofrenia y de 4 a 8 veces superior en el trastorno límite de la personalidad (5).

Entre los métodos que se pueden utilizar en el acto suicida destacan la ingesta de fármacos y productos tóxicos, ahorcarse o el uso de armas de fuego, dependiendo de la disponibilidad, la cultura y la gravedad (1). En la mayoría de los jóvenes

destacan el ahorcamiento, seguido de la precipitación; el tercer método difiere según sexos: en mujeres se trata del envenenamiento con fármacos, sustancias biológicas o drogas seguido del ahogamiento, y en hombres el envenenamiento va tras el autodisparo con armas de fuego (3).

Debemos de tener en cuenta los distintos métodos para actuar de una u otra forma, pero lo que siempre debemos hacer es abordar psicológicamente la situación en base a, fundamentalmente, prevenir futuros intentos. Pues como ya hemos comentado anteriormente, un factor de riesgo es una tentativa previa de suicidio y todos los suicidios son prevenibles (3).

El primer contacto con una persona que intenta suicidarse es primordial, para que no continúe con la tentativa y para su posterior seguimiento. Comunicarnos con ellos, que expresen lo que sienten y el contacto activo con el paciente son importantes. Se cree que hablar del suicidio podría provocar una imitación del acto, de hecho, es un tema tabú. Sin embargo, hablar de ello previene su consumación. Estamos por lo tanto, frente a uno de los mitos que existen. Los mitos del intento autolítico son (5):

- Hablarle de suicidio a una persona con ideación suicida podría incitarle a hacerlo.
- Las personas que revelan sus deseos de morir nunca lo harán.
- Si se quiere suicidar no expresa ese deseo.
- La mayoría de las personas no avisan, se trata de un acto impulsivo.
- Sólo se suicidan los que tienen problemas graves.

El tratamiento extrahospitalario del paciente ante un intento autolítico consiste en manejar al paciente de forma sistémica, favoreciendo la comunicación de síntomas, sentimientos y pensamientos del paciente, y sus familiares y allegados para que nos ayuden a recabar información, ayuda imprescindible en el caso de pacientes con bajo nivel de consciencia (6).

Nos acercaremos al paciente siempre que nos aseguremos de que la zona es segura para nosotros y asistiremos al paciente desde la valoración primaria XABCDE. Una vez estabilizado comenzaremos la valoración secundaria en la ambulancia de traslado al hospital. Los tipos de pacientes que podemos encontrarnos son: asfixias por ahorcamiento o estrangulación, ahogamiento, intoxicaciones, hemorragias exanguinantes por armas de fuego o instrumentos punzantes y/o cortantes, politraumatizados por precipitación (7).

Si el paciente está consciente aprovecharemos para hablar con él, incrementar el apoyo emocional, empatizar y comprender al enfermo sin criticarlo. Compartir los problemas y sentir apoyo social hace que el sentimiento de aislamiento se disuelva (6).

5 Discusión-Conclusión

La alta incidencia, prevalencia y mortalidad, además de la repercusión que produce convierten al suicidio en una de las enfermedades más importantes de salud pública. Tanto que es considerada la epidemia del s. XXI.

A pesar de que haya factores de riesgo que multipliquen las probabilidades, educar a los niños acerca de afrontar los problemas y que el éxito se consigue tras múltiples fracasos podría prevenir futuros casos de suicidio, porque valorarían esos fracasos como forma de aprendizaje y seguirían manteniendo la meta a alcanzar. La inteligencia emocional es un factor protector, evitaría múltiples suicidios buscando una solución menos drástica ante los problemas que se pueda enfrentar.

Si las ideaciones suicidas no las expresan con las personas que les rodean y la sociedad no habla de ello, hace que se sientan diferentes al resto, automarginándose. Uno de los mitos que ha convertido al suicidio en tema tabú es que hablar de ello puede hacer que se repita la conducta. Sin embargo, hablar de ello hace que las personas que lo piensen no se sientan tan aisladas, y se estaría retirando una de las causas que lo provocan. De hecho, uno de los métodos de prevención ante futuros casos consiste en acudir a charlas sobre suicidio, manifestar lo que sienten y ver que no están solos.

Esto es algo que se debe de tener en cuenta desde la atención extrahospitalaria. Además de abordar el tratamiento desde la valoración XABCDE, es importante empatizar con el enfermo y comprender cómo se siente sin criticar lo que ha hecho y ofreciéndole nuestra ayuda. Es probable que la comprensión de los pacientes por parte de los sanitarios genere mayor confianza a la hora de abordar la situación, aunque las características del aviso sigan ofreciendo un medio hostil.

6 Bibliografía

1. Aldavero Muñoz I. Neurobiología del suicidio. Cuadernos del Tomás. 2018; 10:17-47.
2. Epdata. Las cifras del suicidio en España, en datos y estadísticas. [Internet] España: Europa Press; 28 Abril 2022 [consultado 1 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/cifras-suicidio-espana-datos-estadisticas/607>
3. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y Salud. 2017; 28(6):25-31.
4. Bowden B, John A, Trefan L, Morgan J, Farewell D, Fone D. Risk of suicide following an alcohol-related emergency hospital admission: An electronic cohort

study of 2.8 million people. Health Wales NHS Trust. 2018;5:1-13.

5. Jiménez Pietropaolo J, Marín Ulloa S, Navío Acosta M, Pacheco Tabuenca T, Pérez-Iñigo Gancedo JL. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Salud Madrid. 2016; p. 1-16.

6. Guía de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2019. p. 1-381.

7. Canabal Berlanga R, Pastor Pons G, García Medina E, Fernández Gallego V, Hernández Corral J, Pacheco Rodríguez A, et al. Guía Asistencial Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. 2nd ed. Castilla La Mancha: GUETS; 2014

Capítulo 94

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA INFECCIOSA

MARÍA SOLER GARCIA

SERGIO GUTIÉRREZ GÓMEZ

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

RAQUEL CANO RUIZ

CÉSAR RUFO GARCÍA

1 Introducción

En este capítulo, consideraremos la importancia y cómo desarrollar la inflamación en el interior del ojo por parte del equipo de enfermería. Es una reacción inflamatoria grave del segmento anterior y posterior.

El globo ocular se debe a un proceso infeccioso, cualquier origen, bacterias u hongos y el resultado de la cirugía intraocular,

Lesión ocular o infección en la sangre

Actualmente, la oftalmología se ha desarrollado durante la prueba de enfermedad Y con la creciente demanda de procedimientos quirúrgicos

Mejorar la calidad de vida de la población, como la cirugía refractiva o de cataratas. Sin embargo, de este tipo de acción, así como una lesión abierta o

La infección sanguínea, tanto bacterias como hongos, puede experimentar complicaciones

La inflamación enfoqué, es una enfermedad rara, pero con las consecuencias Grave e irreversible, como la pérdida de visión. El objetivo de este estudio fue concluir que al menos la incidencia de endoftalmitis baja incidencia - no, entonces, la prevención a través

Desinfectar quirófano y personal médico, desinfectar materiales y como la preparación adecuada del paciente; Excepto

Diagnosticar temprano, ordenar acción inmediata

Cuanto menos daño, mejor. ¿Por qué es importante el tratamiento antibiótico oportuno? Previenen el rápido crecimiento de bacterias en las primeras etapas patológico

2 Objetivos

- Definir la endoftalmitis postquirúrgica infecciosa y su importancia.
- Elaborar un plan de cuidados a partir de los diagnósticos de enfermería, sus objetivos e intervenciones.

3 Metodología

Revisión y búsqueda bibliográfica de trabajos científicos realizada en el mes de octubre de 2022 en distintas bases de datos científicas como Scielo, Dialnet, y Google Scholar, así como de distintas guías de práctica clínica. Experiencia profesional.

Palabras clave: endoftalmitis infecciosa, cirugía, cataratas, urgencias de oftalmología, vitrectomía.

4 Resultados

El sistema visual humano consiste en la parte del sistema nervioso central que nos permite procesar los detalles visuales. Este sistema incluye el ojo, el nervio óptico y la parte posterior del cerebro, donde se encuentran los centros de procesamiento de imágenes. El sistema visual comienza con el ojo (el principal órgano que recibe imágenes) y se convierte mediante señales eléctricas a través del nervio óptico. Esta señal es "traducida" por el cerebro, permitiéndonos captar la

imagen y facilitar su interpretación. Es importante conocer las partes que componen el ojo para hacer frente a las emergencias oftalmológicas que puedan surgir. Hay una parte exterior, una parte intermedia y una parte interior;

En la parte exterior está la órbita del ojo (la capa protectora del ojo), la esclerótica (la capa resistente, también es la parte blanca), la conjuntiva (la membrana que protege y retiene la humedad para la esclerótica), el aparato lagrimal, que está formado por tres capas, la función es mantener húmedo el ojo y la córnea, la capa transparente cubre el iris, su función es proteger y transmitir la luz. La parte media del ojo:

- tiene una lente que permite proyectar una imagen en la retina. El cuerpo ciliar se encarga de producir vapor de agua que humedece la córnea y el cristalino.
- El iris controla la cantidad de luz y la pupila (el punto negro dentro del iris) se dilata o se contrae dependiendo de la cantidad de luz que reciba. Parte interna; Estos incluyen la retina, la mácula y el nervio óptico que transmite impulsos al cerebro.
- Dependiendo de la zona de la lesión realizará un diagnóstico y prescribirá el método de tratamiento más adecuado. Entre las enfermedades más comunes detectadas en urgencias de oftalmología, podemos distinguir:
- Traumatismos oculares: causados por factores externos y que pueden acarrear consecuencias muy graves como la pérdida de la visión. Endoftalmitis: una infección dentro del ojo que puede conducir a la ceguera.
- Quemaduras: Las quemaduras químicas son más comunes, aunque también pueden ser causadas por el calor. Los cuerpos extraños en el ojo deben eliminarse de manera efectiva y garantizar que se eliminen por completo. Los ojos están inflamados o rojos como conjuntivitis.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo y es que aunque la incidencia es baja, es importante que los trabajadores de la salud sepan este diagnóstico, así como sus complicaciones, para que entiendas lo que significa lo que vale. Por esta razón, el tratamiento temprano es esencial. Patología, así como una buena profilaxis en cirugía. Es importante que las enfermeras capaciten al personal de quirófano sobre la importancia de: prevención de la endoftalmitis mediante la limpieza, desinfección y esterilización del material quirúrgico y quirúrgico y del propio personal, salud, así como la importancia de poder usar delantales y guantes estériles para no contaminar el campo de operación.

6 Bibliografía

1. "ENDOFTALMITIS INFECCIOSA". Guías de Práctica Clínica de la SERV (Sociedad Española de Retina y vítreo). Disponible en <https://serv.es/publicaciones/guias-practica-clinica/#1553874292280-6c155c10-95b4>
2. NANDA International. "Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación"

Capítulo 95

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LEGRADO POR ASPIRACIÓN

MARÍA SOLER GARCIA

SERGIO GUTIÉRREZ GÓMEZ

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

RAQUEL CANO RUIZ

CÉSAR RUFO GARCÍA

1 Introducción

El legrado por aspiración es un procedimiento invasivo mediante el cual se introduce una cánula en la cavidad intrauterina, conectada a un aspirador que va a permitir generar vacío de forma manual con el fin de extraer contenido intrauterino producto, en la mayor parte de los casos, de la gestación. Si bien es la técnica más habitual en España para la interrupción voluntaria del embarazo en gestaciones de menos de 15 semanas, esta técnica es usada en otros muchos procedimientos como el aborto incompleto, mola hidatiforme, abortos retenidos o biopsias endometriales.

Para que sea posible el acceso al útero con dicha cánula es necesario realizar una dilatación del cuello del útero, ya sea de forma mecánica, farmacológica o combinada. Es un procedimiento quirúrgico ambulatorio muy seguro y de alta eficacia. Las complicaciones más habituales en el postoperatorio son las hemorragias uterinas, la infección, la perforación uterina y el desgarro cervical. La mayor

parte de las complicaciones podrían evitarse con la profilaxis y la estandarización de los cuidados, tanto a nivel de prevención como de gravedad de las mismas. Se podría mejorar el proceso de la interrupción de la gestación por parte de la paciente, aportando la información necesaria y si se le facilita las herramientas necesarias tanto a ella como a su entorno para un correcto autocuidado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir un plan de cuidados estandarizado, identificando los procedimientos adecuados tras la intervención para mejorar un incremento de la calidad de los cuidados y la atención durante su estancia hospitalaria.

Objetivos secundarios:

- Visualizar de forma consensuada las complicaciones más habituales y las intervenciones que se deben llevar a cabo en caso de que aparezcan.
- Conocer los cuidados de enfermería en las pacientes sometidas a un legrado por aspiración.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones centrándose en aquellos que trataban el legrado por aspiración, los cuidados de enfermería tras un aborto y complicaciones médicas tras legrado por aspiración. Se ignoraron aquellos artículos anteriores a la última década y publicados en otro idioma que no fuese el castellano.

Todo a partir de bases de datos científicas como Google Académico, Pubmed y Scielo. Por último se consultaron bases de datos públicas de Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales Español y protocolos de enfermería de distintos sistemas de salud autonómicos de España.

4 Resultados

Tras la revisión de las distintas guías de práctica clínica y planes de cuidados del legrado por aspiración, se va a llevar a cabo un resumen de los diagnósticos comunes directamente relacionados con la intervención quirúrgica y una identificación de las complicaciones más habituales, así como las intervenciones en-

fermeras adecuadas para disminuir la gravedad de las mismas y su temprana identificación.

En primer lugar está el dolor relacionado con la intervención, por parte de enfermería:

- Se debe valorar tipo, intensidad y localización de forma periódica.
- Se educará e indicará las distintas posturas que pueden favorecer la disminución del dolor.
- Se valorará la eficacia de la analgesia que se ha administrado.
- Informar de la importancia de que comuniquen la presencia de dolor.

En segundo lugar, con respecto al riesgo de retención urinaria relacionado con la intervención propiamente dicha y la anestesia, en cuanto a las actividades por parte de enfermería se encuentran:

- El control y registro de la primera micción.
- Identificar signos y síntomas relacionados con la retención urinaria como el tenesmo vesical, el globo vesical o el dolor supra púbico.
- Valorar si es necesario realizar un sondaje evacuador.

En tercer lugar la vigilancia de presencia de hemorragia. Para ello se establecen como medidas a protocolizar:

- Sistematizar la toma y el registro de constantes.
- Valorar la aparición de síntomas y signos que nos puedan indicar la presencia de un sangrado: taquicardia, hipotensión, sudoración, palidez.
- Observar la cantidad de sangrado vaginal, así como el color y el olor. Valorar con más frecuencia en las 2 primeras horas tras la intervención.
- Informar a la paciente que avise ante la presencia de sangrado excesivo o cualquier síntoma anteriormente mencionados.
- Si se sospecha de sangrado avisar al médico.

En cuarto lugar, destacar el riesgo de infección relacionado con el legrado y la presencia de catéter intravenoso por medio de:

- Identificar signos y síntomas de infección como aparición de fiebre.
- Los cuidados de la vía venosa y vigilar signos de infección.
- La administración de antibióticos según pauta.
- Educando a la paciente para que participe en los cuidados perineales.

En quinto lugar, es de extrema importancia la revisión de la medicación pautada:

- Dosis, vía de administración, frecuencia.
- Alergias medicamentosas.
- Registro y correcta preparación.
- Informar a la paciente de las medicaciones que se le van a administrar.

En sexto lugar, destacar el apoyo emocional, mediante la recomendación de:

- Exteriorizar la experiencia emocional.
- Realización de afirmaciones y acciones de apoyo.
- Favorecer la conversación.
- Proporcionar seguridad ante la ansiedad.

Por último, valoraremos si existe déficit de conocimientos sobre cuidados domiciliarios relacionados con la falta de información. En el caso de ser así explicar tanto a la paciente como a su familia los cuidados más importantes tras el proceso, siendo estos:

- Disminuir la actividad a la mínima posible durante los 2-3 días siguientes a la intervención.
- No usar tampones, copas menstruales o dispositivos intra-vaginales durante las 4-6 semanas posteriores a la intervención.
- Vigilar el sangrado, no exceder seis compresas completas al día.
- Duración de hemorragia excesiva, si hay.
- Indicar de signos y síntomas de alarma ante los que acudir al médico como: fiebre, dolor abdominal, olor fuerte, aumento de hemorragia de forma excesiva, drenaje vaginal excesivo.
- Correcta comprensión de la pauta medicación tras el alta.

En cuanto a las complicaciones más habituales en el legrado por aspiración se encuentran:

- La evacuación incompleta: se trata de la presencia de parte del contenido intrauterino no viable tras la intervención. Actualmente esta complicación aparece en un bajo porcentaje de las pacientes debido a la estandarización del legrado por aspiración mediante técnica ecoguiada.
- Hemorragia: Tanto en el post-operatorio inmediato como en el tardío. Es esencial la educación a la paciente de los signos y síntomas alarma anteriormente mencionados.
- Infecciones: tienen una baja incidencia en nuestro país por el uso de antibioterapia profiláctica y correctas medidas de higiénicas.
- Desgarro cervical: actualmente poco habitual gracias al uso de fármacos que favorecen la dilatación del cuello uterino, como el misoprostol. Cursan con dolor agudo y sangrado vaginal, se suele producir durante la dilatación mecánica intraoperatorio. Es importante en el post-operatorio inmediato identificarlo como una posible complicación y de gran importancia.
- Perforación uterina: cursa con sangrado muy intenso, con cambios horarios de compresas, fiebre, dolor de más de 48 horas de duración y en aumento, secreción vaginal con olor fuerte.

5 Discusión-Conclusión

Son de extrema importancia los cuidados enfermeros en el post-operatorio del legrado por aspiración, destacando en especial el post-operatorio inmediato, en el cual la paciente se encuentra en el despertar post anestésico, y requiere de una vigilancia más exhaustiva. Por otro lado, una correcta educación de la paciente y de su entorno va a prevenir la aparición de complicaciones y disminuir la gravedad de las mismas con una correcta y temprana identificación así como una rápida actuación.

La aplicación de unos protocolos enfermeros en la atención va a dotar a nuestros cuidados de una calidad, eficiencia y continuidad mucho mayor. Generando así una disminución de los fallos y de la variabilidad en la actuación.

6 Bibliografía

1. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza. Servicio vasco de salud. Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Guías para la práctica [Internet]. [Citado 15 Feb 2018]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/eu_def/adjuntos/cuidadosEstandarizados.pdf.
2. Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Servicio extremeño de salud. Plan de cuidados estandarizado del paciente con aborto diferido y legrados. Hospital General Ciudad Real.[Internet]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/plan-de-cuidadospacienteaborto-diferido-y-legrado.pdf>.
3. Bombin Maritchu, Mercado Javiera, Zúñiga Javiera, Encalada Diego, Ávila Joaquín. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Ene 17] ; 84(6): 460-468. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-752620190006004>

Capítulo 96

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS INTERVENCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

MARÍA SOLER GARCIA

SERGIO GUTIÉRREZ GÓMEZ

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

RAQUEL CANO RUIZ

CÉSAR RUFO GARCÍA

1 Introducción

La gonartrosis, es una enfermedad degenerativa articular cuyo diagnóstico se basa en la conjunción de manifestaciones clínicas, hallazgos exploratorios y signos radiológicos. El objetivo del tratamiento quirúrgico es sustituir con una prótesis, la rodilla, o la parte de la rodilla, que esté dañada. La prótesis total de rodilla sustituye toda la superficie de la articulación de la rodilla (ambos cóndilos femorales y la totalidad del platillo tibial).

La cirugía protésica de rodilla es la cirugía más habitual de reemplazo articular en los países avanzados, haciendo que las cifras sigan aumentando permanentemente debido al envejecimiento de la población. Siendo dicho grupo, el que se beneficie de esta cirugía donde se encuentran la mayoría de las enfermedades

articulares degenerativas que carcomen el cartílago articular, siendo la más frecuente la artrosis.

Esta intervención quirúrgica es la forma de mejorar la calidad de vida y el estado de salud general de estos pacientes, al recuperar la capacidad de actividad física perdida. En el siguiente caso clínico, se aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) a la práctica diaria en una paciente elegida por su patología, al azar, que ingresa para ser intervenida de forma programada en la planta de cirugía ortopédica y traumatología. (COT), se realiza una revisión sistemática bibliográfica y se accede a la Historia Clínica de la paciente.

2 Objetivos

- Dar a conocer el seguimiento y los cuidados precisos en un caso clínico de forma racional y sistemática.
- Establecer planes de cuidados individuales para prevenir y resolver los problemas que surjan en el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente hasta el momento del alta, y asegurar una buena adaptación en el domicilio.

3 Caso clínico

Mujer de 68 años que presenta gonartrosis avanzada de rodilla izquierda. Ingresa para una cirugía programada de Artroplastia Total de Rodilla (ATR) el día 10 de enero de 2022.

- Exploración física preoperatoria sin alteraciones patológicas. Diagnosticada previamente de: Hipertensión arterial, Hiperlipidemia, Insuficiencia venosa en extremidades inferiores (en tratamiento). No fumadora.
- Intervención: se administra anestesia raquídea, se le implanta una prótesis total de rodilla Optetrak LOGIC izquierda. Se comprueba la correcta estabilidad de la prótesis. Se coloca drenaje tipo CBC II, se cierra la herida mediante primera intención (grapas) y se coloca vendaje compresivo. La paciente sube a las 11 horas portando vendaje compresivo y drenaje tipo CBC II (420cc), sonda vesical Foley n.º 16, vía periférica n.º 18 con fluidoterapia (plasmalyte de 80 ml/h y bomba elastomérica con anestésico a 8 ml/h). Inicia ingesta oral progresiva con buena tolerancia.

EVA: 0. Respiración eupneica. Sat O₂ 95%. TA 125/87 mmHg, FC 79 lpm. T^a 36,5

170

°C.

208

Presenta buena coloración de la piel y está consciente y orientada en tiempo, espacio y persona.

Actitud de la familia:

La familia muestra interés por aprender la manera de realizar los ejercicios isotónicos para la rehabilitación. Comienza su realización en cama. La Prótesis Total de Rodilla (PTR) produce limitación del movimiento articular, déficit en la deambulación, herida quirúrgica y riesgo de infecciones, debido a dispositivos invasivos y dolor, controlado mediante medidas no farmacológicas (hielo) y farmacológicas. A su vez, existe una imposibilidad de realizar el aseo e higiene de manera autónoma. La inmovilidad, medicación anestésica y la ayuna prequirúrgica obligan a iniciar de manera progresiva tolerancia oral, y control de náuseas y/o vómitos y la necesidad de controlar el patrón de deposición diario y aplicar medidas laxantes (dieta, medicación). Existe un riesgo de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, y una necesidad de realizar medidas anticoagulación, ejercicios en cama y vigilancia de signos y síntomas de alarma. Precisa rehabilitación adecuada de la rodilla, para conseguir una flexoextensión de 120° y -5°, se inicia movilización externa pasiva (Kinetec) adaptación a la vida diaria y uso de dispositivos de apoyo en la de ambulación (muletas).

El 5º día postquirúrgico, se reevalúa con el fin de observar la evolución de la paciente. Presenta buena tolerancia a dieta basal. Diuresis y deposiciones dentro de lo normal. Retirado vendaje Compresivo y drenaje. La herida quirúrgica presenta buena evolución. Terminado tratamiento con movilización pasiva con

Kinetec una vez llegado al objetivo 100° de extensión y -5° de flexión. Rehabilitación tanto en el gimnasio como en la habitación. Tras la realización de estas actividades precisa tratamiento analgésico y con hielo local. La paciente utiliza muletas para los traslados cortos y silla de ruedas en los largos. Mejora en calidad y horas de sueño debido a su mejor estado de salud y ausencia de dispositivos invasivos.

4 Discusión-Conclusión

La paciente es dada de alta al octavo día, se le entrega el informe médico, la cita de revisión con traumatología, hoja de trazabilidad del material implantado y el informe de continuidad de cuidados de enfermería con información y enseñanza acerca del tratamiento con la heparina de bajo peso molecular, cómo tomar la analgesia pautaada, cuidados de la herida quirúrgica y consejos de seguridad en el hogar y uso de muletas.

El desarrollo de este trabajo, se realiza mediante una visión integral de los pa209

cientes, y pretende cubrir las distintas necesidades a lo largo de sus estancias en este servicio, hasta que finalmente es dado de alta.

5 Bibliografía

1. Heather Herdman, T., PhD y RN. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Elsevier. 2012-2014.
2. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera en su patogénesis (10-12).
3. Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey, J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª Ed. Barcelona: Elsevier.
4. Engesaeter, L., Lie, S., Espehaug, B., Furnes, O., Vollset, S., & Havelin, L. (2003). Antibiotic prophylaxis in total hip arthroplasty: effects of antibiotic prophylaxis systemically and in bone cement on the revision rate of 22,170 primary hip replacements followed 0-14 years in the Norwegian Arthroplasty Register. *Acta Orthopaedica Scandinavica*,

Capítulo 97

EMBARAZO ECTOPICO. CASO CLINICO

SARAI RODRIGUEZ MENENDEZ

1 Introducción

Cuando un óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad principal del útero, se produce lo que denominamos embarazo ectópico. Cuando éste ha sido fecundado y se acomoda en uno de los tubos que transportan estos desde los ovarios hasta el útero ,que se denomina Trompa de Falopio, da lugar a este tipo de embarazos que no llegan a buen término.

El embarazo ectópico, también se puede producir en otras partes del cuerpo, como los ovarios, la cavidad abdominal o la parte inferior del útero

Los embarazos ectópicos no pueden continuar con normalidad debido a que el óvulo fecundado no puede sobrevivir, y el aumento de tejido puede provocar sangrado poniendo en riesgo la vida de la gestante si es tratado a tiempo.

Los signos y síntomas se hacen cada vez más notorios a medida que el óvulo que ha sido fecundado va creciendo en el lugar inapropiado.

Un sangrado vaginal y dolor pélvico suelen ser los primeros signos que nos advierten de un posible embarazo ectópico

La existencia de una masa dolorosa durante el exámen pélvico es una evidencia, aunque en la mayoría de los casos este exámen es inespecífico.

Suele aparecer irritación peritoneal (signo de Blumberg) acompañado de un cuadro de shock, en aquellos casos que se produce una ruptura del embarazo ectópico.

2 Objetivos

Objetivo General

- Conocer la sintomatología y signos de este tipo de pacientes.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer el manejo de este tipo de pacientes en el servicio de urgencias.
- Ampliar conocimientos sobre esta patología bastante común en mujeres en edad fértil.

3 Caso clínico

Mujer de 33 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso y un leve y esporádico sangrado vaginal. En la primera valoración realizada del servicio de urgencias, por parte de enfermería, presenta palidez cutánea y sudoración, tensión arterial 100/60, frecuencia cardíaca 70, saturación de oxígeno 97%. Refiere varios días de dolor abdominal y algún sangrado sin mucha importancia.

Valorada por médico de urgencias, ante la evidencia de lo que parece un embarazo ectópico, se avisa al servicio de ginecología para su posterior exploración y diagnóstico de ese posible embarazo ectópico.

Respecto al plan de actuación, se le canaliza vía venosa para extracción de analítica y administración de analgesia si fuese pautada.

En la exploración llevada a cabo por el servicio de ginecología, se confirma por medio de ecografía y analítica específica, la existencia de el embarazo en una trompa de falopio, con lo que se ve la necesidad de acudir a quirófano.

Se comunica a los familiares que la paciente se va a preparar para ir a quirófano, ya que hay que resolver el problema con celeridad para no poner en peligro la vida de la paciente. Se realizan los trámites pertinentes a tal efecto.

Un embarazo ectópico en algunas ocasiones, puede causar que las trompas de Falopio se abran repentinamente. Si no se trata, la trompa desgarrada puede ocasionar un sangrado que pone en riesgo la vida, de ahí la necesidad imperiosa de acudir a quirófano a la mayor brevedad.

A veces, los embarazos ectópicos que ocurren muy al principio del embarazo se pueden tratar con una inyección de metotrexato, que detiene el crecimiento del embrión. El tejido del embrión suele ser absorbido por el cuerpo de la mujer.

Pero, si el embarazo está más avanzado, lo más probable es que la mujer se deba someter a una operación donde le extraerán el embarazo anormal.

4 Discusión-Conclusión

Se pueden seguir unas pautas para intentar disminuir el riesgo de un embarazo ectópico, pero no se puede evitar.

Algunas que pueden ayudar a no padecer este tipo de embarazos podrían ser las enunciadas a continuación entre otras muchas: la utilización de preservativo cuando se tiene relaciones sexuales previene las infecciones de transmisión sexual y puede reducir el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, también el reducir el número de parejas sexuales puede evitar cualquier tipo de infección,

Un embarazo ectópico se produce cuando un óvulo fecundado queda atrapado mientras se dirige al útero, debido a que las trompas de Falopio están dañadas por inflamación o malformación.

Los desequilibrios hormonales o el desarrollo anormal del óvulo fecundado también pueden intervenir, aunque las cifras se han estabilizado en los últimos años.

5 Bibliografía

1. Williams. Obstetricia 4º Edición. Pag 700-1 Ed. Masson
2. Yankowitz J et al. Cervical Ectopic Pregnancy: Review of the literature and Report of a caso treated by Single - Dose Methotrexate Therapy. Obst Gyn Survey 1990;
3. Bayati J, García J, Dorsey J, Padilla. Combined intrauterine and cervical pregnancy from in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril 1989; 51: 725-7.
4. Weyerman PC, Arno TM. Cervical pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. Am J. Obstet Gynecol 1989,
5. Bernstein et al. Conservative management of cervical pregnancy. Obstet Gynecol .

Capítulo 98

EL VALOR DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

MARÍA MÉNDEZ QUIÑONES

CARLA SUAREZ MONTOTO

1 Introducción

El término parada cardiorrespiratoria parece estar presente de manera constante en la sociedad, entendiéndose por ello un cese brusco y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

Se estima que en España ocurren en torno a 52.300 paradas anuales, de las cuales 22.300 ocurren en el ámbito hospitalario, y 30.000 a nivel comunitario. Investigaciones recientes recogen que por cada minuto que pasa desde el inicio de un paro cardiorrespiratorio, las posibilidades de supervivencia disminuyen un 10 %, de modo que, pasados los 10 primeros minutos, los intentos de reanimación no suelen ser efectivos.

Importantes organismos como La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, insisten en la necesidad de formar a la ciudadanía para poder dar una respuesta óptima y eficaz ante una parada cardiorrespiratoria, presentándose esta como una medida indiscutible para aumentar la supervivencia, y afirmándose que, con una formación activa de la sociedad desde edades escolares, se podrían evitar más de 100.000 muertes en Europa cada año.

En definitiva, el personal sanitario, y con ello las enfermeras, tienen un papel muy relevante en la educación de la sociedad, mostrándose estas como gestores

de salud que no solo deben saber reaccionar de un modo óptimo ante un paro cardiorrespiratorio, sino que también deben tener una preocupación activa en lo que a la formación y capacitación de la ciudadanía respecta.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar el valor de la educación sanitaria en la reanimación cardiopulmonar.

Objetivos secundarios:

- Describir los beneficios de formar a la ciudadanía en reanimación cardiopulmonar.
- Describir las tendencias actuales en la enseñanza de reanimación cardiopulmonar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura en diversas bases de datos, destacándose, Pubmed, Lilacs, Scielo y Elsevier. Así como, en buscadores como Google Académico, y en entidades oficiales como es la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).

Se seleccionaron documentos publicados en los últimos 5 años, escritos tanto en inglés como en español. Se admitieron tanto artículos originales, como revisiones sistemáticas, comenzándose inicialmente con una búsqueda general, libre y anárquica en relación a la cuestión a abordar, y continuándose con búsqueda exhaustiva y rigurosa, que respondiese a los presentes objetivos.

4 Resultados

Parece un hecho indiscutible que el abordaje, y con ello la capacidad de reaccionar de un modo óptimo ante una parada cardiorrespiratorio (PCR), constituyen uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta la sociedad en la actualidad.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una emergencia tiempo-dependiente, por ello, en la resucitación con éxito de las víctimas es crucial la capacidad de reacción de los testigos, siendo en una gran parte de las ocasiones los propios familiares del afectado.

Los datos reportan que en la mayoría de comunidades el tiempo de llegada del personal sanitario es de mínimo 5-8 minutos, siendo este tiempo crucial en las posibilidades de supervivencia.

Se ha demostrado que el reconocimiento precoz de la situación, la rápida activación del servicio de emergencias médicas, y la pronta iniciación de la reanimación cardiopulmonar (RCP) por parte de los testigos puede incluso llegar a duplicar las posibilidades de supervivencia, disminuyendo así mismo, las posteriores secuelas.

Aprender a realizar compresiones torácicas para suplir la función del corazón parado, y conocer el sencillo manejo de los desfibriladores semiautomáticos (DEA), aumenta un 20% las posibilidades de supervivencia. Siendo esta una tarea fácil para personas de cualquier edad, habiéndose demostrado que incluso los niños a partir de los 8 años son capaces de realizar una RCP básica.

Las enfermeras tienen un papel esencial en lo que a la formación de la ciudadanía respecta, mostrándose estas como agentes de salud que son capaces de llevar a cabo una educación sanitaria de calidad.

La capacitación de la ciudadanía, no solo puede darse a través de sesiones formativas con maniquíes e instructores, sino que teniéndose en cuenta la era en la que se está viviendo, existe una gran parte de la comunidad sanitaria que apuesta por la promoción de formaciones online, a través de videoinstrucción, que sean capaces de acercarse a la población más joven y en ocasiones más difícil de captar, destacándose en todo momento, el verdadero valor de la educación sanitaria en reanimación cardiopulmonar.

5 Discusión-Conclusión

La educación sanitaria en reanimación cardiopulmonar tiene un valor incalculable, ayudando a garantizar el bien más preciado para cualquier ser humano, la propia vida.

La formación de la ciudadanía debe plantearse como una necesidad actual, incidiéndose en la idea de que una actuación rápida ante una parada cardiorrespiratoria no solo aumenta las posibilidades de supervivencia, sino que también reduce las futuras secuelas.

En definitiva, la educación sanitaria en reanimación cardiopulmonar no solo es algo que deba asociarse al personal sanitario, sino que también debe estar integrada dentro de los conocimientos de la ciudadanía, ya que desgraciadamente cada año miles de personas sufren una parada cardiorrespiratoria, y no siempre

se encuentran en un recinto en el cual se pueda proporcionar una asistencia sanitaria inmediata.

6 Bibliografía

1. Cebrián, C. (2022a, enero 24). Educar en RCP a la población escolar es garantizar una mayor supervivencia a la parada cardíaca en el futuro en España. Dres. Jorge y Bañeras. iSanidad. Recuperado 12 de octubre de 2022, de: <https://isanidad.com/206173/educar-en-rcp-a-la-poblacion-escolar-es-garantizar-una-mayor-supervivencia-a-la-parada-cardiaca-en-el-futuro-en-espana-dres-jorge-y-baneras/>.
2. Ávila Cabreja, José Alejandro, Fonseca Marrero, Carlos Alejandro, Fernández Massip, Haydée, & Sosa González, Ismael. (2021). Efectividad de una demostración clínica simulada para elevar los conocimientos sobre RCP-B en el adulto. *Educación Médica Superior*, 35(1), e2016. Epub 01 de abril de 2021. Recuperado en 12 de octubre de 2022, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412021000100008&lng=es&tlng=es.
3. Cordeiro, J. C., Deus, M. O. D., Pinheiro, S. S., Sousa, L. A. P. D. & Oliveira, M. C. S. L. D. (2022). Teaching cardiopulmonary resuscitation to young people: what are the benefits and methodologies used?. *Revista Médica de Minas Gerais*, 32. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1391408?lang=es>.
4. La formación en RCP a la ciudadanía, vital para aumentar la supervivencia. (s. f.). Interempresas. Recuperado 12 de octubre de 2022, de: <https://www.interempresas.net/Farmacia/Articulos/227750-La-formacion-en-RCP-a-la-ciudadania-vital-para-aumentar-la-supervivencia.html>.
5. Semicyuc, A. (s. f.). La formación a la población en RCP y el manejo de desfibriladores públicos aumenta un 20% la supervivencia al infarto. Semicyuc. Recuperado 12 de octubre de 2022, de: <https://semicyuc.org/2019/10/la-formacion-a-la-poblacion-en-rcp-y-el-manejo-de-desfibriladores-publicos-aumenta-un-20-la-supervivencia-al-infarto/>.
6. Jiménez-Franco, Luis Enrique, Blanco-Pérez, Rocío, & Blanco-Morejón, Aitana. (2022). Tendencias actuales en la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica. *Educación Médica Superior*, 36(3), e3144. Epub 22 de agosto de 2022. Recuperado en 12 de octubre de 2022, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412022000300004&lng=es&tlng=es.
7. Heredia, M. C. J. (2019, 1 junio). Intervenciones educativas sobre RCP y primeros auxilios en las escuelas. NPunto. Recuperado 12 de octubre de 2022, de: <https://www.npunto.es/revista/15/intervenciones-educativas-sobre->

rcp-y-primeros-auxilios-en-las-escuelas.

Capítulo 99

CUIDADOS PALIATIVOS: PERFUSIONES DE SEDOANALGESIA A TRAVÉS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL.

DESIREE FERNANDEZ CUESTA

ANDREA CUEVAS PÉREZ

1 Introducción

Según la OMS, el cuidado paliativo es “la prevención y alivio del sufrimiento a través de la detección temprana y el tratamiento del dolor, además de otros problemas que pueden ser físicos, psicológicos o espirituales”. Hoy en día, más de 40 millones de personas en todo el mundo necesitan cuidados paliativos, cifra que crece debido el envejecimiento y el aumento de las enfermedades terminales (1).

Un enfermo terminal precisa diversos cuidados y apoyo farmacológico para establecer un buen control del dolor.

La farmacología juega un papel muy importante en el alivio de la sintomatología a través de una combinación de fármacos empleados en perfusión continua de pseudoanalgesia, con rescates intermitentes administrados a través de bolos. Para ello es necesario un material e instrumentos adecuados además de la elección de una vía de administración(2).

A la hora de proporcionar los cuidados paliativos la vía subcutánea presenta numerosas ventajas frente al resto de vías parenteral y oral. Posee cualidades excelentes en cuanto al comienzo de acción, eficacia, acceso, complejidad, comodidad, seguridad y autonomía.

En base a esto es necesario un entrenamiento y conocimiento por parte del personal sanitario encargado de proporcionar atención bio-psico social y el tratamiento específico a este tipo de enfermos.

2 Objetivos

- Estudiar el procedimiento y manejo de la vía subcutánea en el paciente paliativo.
- Conocer los diferentes fármacos administrados para el control del dolor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente documento se ha llevado una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una investigación consultando manuales y artículos en las principales bases de datos del tipo: Pubmed y Scielo. Seleccionando para la búsqueda aquellos artículos en Español y publicados en los últimos 10 años (2012).

4 Resultados

La administración de medicación por la vía subcutánea consiste en la inyección de un determinado fármaco en el tejido conjuntivo laxo y el tejido adiposo situado debajo de la piel.

El material necesario para su realización consta de una aguja de metal, generalmente una palomilla de un calibre pequeño del nº 23 a 25 G, apósito transparente, guantes, antiséptico (povidona iodada, clorexidina), gasas, cinta adhesiva, infusor, medicación, suero fisiológico (SF) y jeringas.

Previo a su colocación es muy importante explicar la técnica y el procedimiento al paciente así como realizar el lavado de manos higiénico y colocación de guantes. Es un procedimiento sencillo que consta de varios pasos (1,3) :

1. Inspeccionar y seleccionar la zona de punción (en función del tipo de paciente y empleo de la vía).
2. Desinfectar con antiséptico elegido.
3. Purgar la alargadera y catéter con suero fisiológico.

4. Realizar un pellizco en la piel con el dedo índice y pulgar e introducir la aguja en un ángulo de 45° con el bisel hacia arriba. Una vez punccionado girar el bisel.
5. Comprobar que la vía es permeable con 2 ml de SF. Descartar que la aguja se encuentre en un vaso sanguíneo.
6. Fijar con el apósito transparente para valorar la zona de punción, utilizar si es necesario cinta adhesiva para evitar retiradas accidentales.

Una vez colocada la palomilla la vía esta lista para ser utilizada. La medicación se puede administrar de forma continua mediante sistemas de infusión, en forma de bolos o infusión intermitente.

- La infusión en bolo puede ser puntual ante una exacerbación de un síntoma o periódica según la pauta médica, permite un volumen pequeño de 2 – 3ml para asegurar la absorción.
- La infusión continua consta de un sistema de perfusión conectado a un dispositivo de infusión subcutánea (infusor) que libera el fármaco de forma continua. Posee ventajas ya que mantiene un efecto constante, una concentración uniforme, mayores volúmenes y evita constantes manipulaciones. Puede combinarse fácilmente con la administración de bolos. Existen varios tipos: mecánicos, elastómeros o electrónicos.

Todos ellos facilitan que el paciente pueda ser tratado en el domicilio evitando la hospitalización, mejorando por ello el confort y calidad en la última etapa de la vida.

Es cargado farmacológicamente y programado por el personal entrenado (enfermero o médico) manteniendo así una concentración y volumen constante.

En cuanto a los fármacos utilizados para la administración subcutánea son los hidrosolubles, ya que presentan un bajo poder irritante y un menor riesgo de acumulación. Destacan por su poder sedante y analgésico la morfina, tramadol, haloperidol, midazolam...

- Morfina: Analgésico opioide de primera línea utilizado en el dolor moderado o severo, también en aquellos casos de disnea. La dosis 5 – 10 mg c /4horas. Velocidad de infusión 3-5ml/h.
- Tramadol: Analgésico opioide. Para el dolor moderado. Suele ir asociado con Metoclopramida para evitar las nauseas.

La dosis de 100 mg c/6horas.

- Haloperidol: Neuroléptico. Para tratar el delirium. Dosis: 1-2 mg c/ 8horas.
- Midazolam: Sedante + benzodiacepina. Para tratar la ansiedad, espasmos musculares, mioclonias, convulsiones, sedación paliativa y agitación.

Ante un paciente paliativo existen la posibilidad de mezclar algunos de estos

fármacos analgésicos en infusión continua los más empleados serían Morfina + Midazolam asociados a Butilescopolamina (antiespasmódico) + Levomepromazina (neuroleptico sedante), para tratar los síntomas de agonía, dolor intenso o de últimos días. La dosis y velocidad de infusión de estos medicamentos debe ser indicada por un médico.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado paliativo tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales y sus familias cuando están enfrentando situaciones de riesgo de vida.

El uso de dispositivos de infusión automáticos y programables facilita en gran medida el tratamiento de este tipo de pacientes, alcanzando un nivel plasmático permanente y favoreciendo el control de síntomas desagradables en la etapa final de la vida. Con la aparición de estos dispositivos se consigue el tratamiento del paciente paliativo en el domicilio además de la implicación familiar.

La vía subcutánea es la vía de elección ante el paciente tratado de enfermedad terminal, su fácil acceso, comodidad y seguridad permiten la administración de fármacos tanto en infusión continua como intermitente.

6 Bibliografía

1. Guía de recomendaciones prácticas – uso de la vía subcutánea. Oct 2021. Web: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/67-guias-clinicas/1580-uso-de-la-via-subcutanea-de-la-practica-centrada-en-la-enfermedad-a-la-atencion-centrada-en-el-paciente>
2. Rial Carrillo Inés, Martínez-Santos Alba-Elena, Rodríguez-González Raquel. Características del empleo de la vía subcutánea para la administración de medicamentos en pacientes en cuidados paliativos. Index Enferm [Internet]. 2020. Web: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100009.
3. G.M Aguiluz Cornejo, MN Marroquín Flores, J.S. Martínez Portillo y J.M López sacra. Guía de uso del catéter subcutáneo en cuidados paliativos. 2015 Web: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2018/2/Guia_de_uso_del_Cateter_Subcutaneo_en_Cuidados%20Paliativos.pdf

Capítulo 100

VIA SUBCUTANEA: EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN EL USO DEL CATETER SUBCUTÁNEO EN PACIENTES PALIATIVOS

DESIREE FERNANDEZ CUESTA

ANDREA CUEVAS PÉREZ

1 Introducción

El total de las personas que necesitan cuidados paliativos anualmente en de 300 millones (3 % de la población a nivel mundial). Más del 80 % de pacientes con enfermedad avanzada presentan dificultad para la administración de fármacos por vía oral (1).

La vía subcutánea es la alternativa más eficaz a la vía oral e intravenosa en cuidados paliativos dado que permite por sus cualidades la administración de fármacos de forma sencilla. Se trata de una vía cómoda, segura, práctica, con pocos efectos secundarios, de fácil manejo, no agresiva y económica. Además de su fácil instalación y mantenimiento, este tipo de vía es de fácil manejo por parte de personal no sanitario permitiendo así la colaboración de la familia del enfermo (2).

El personal de enfermería tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, debe conocer el manejo, la técnica de colocación y el empleo de esta vía para proporcionar una atención de calidad e integral al enfermo. Además debe facilitar la educación e instrucción para el uso de la vía, permitiendo así integrar a la familia en los cuidados y atención necesarios en la última fase de la vida.

La administración de fármacos o hidratación a través de la vía subcutánea puede ser mediante una infusión intermitente o en perfusión continua.

2 Objetivos

- Conocer las indicaciones y contraindicaciones del uso de la vía subcutánea por el personal de enfermería.
- Descubrir los beneficios de la vía subcutánea en pacientes paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente documento se ha llevado una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una investigación consultando manuales y artículos en las principales bases de datos del tipo: Pubmed y Scielo. Seleccionando para la búsqueda aquellos artículos en Español y publicados en los últimos 10 años (2012).

4 Resultados

La vía subcutánea es una vía parenteral disponible para la administración de medicamentos. Permite la introducción de medicamentos (farmacoterapia) o de fluidos (fluidoterapia) en el tejido celular subcutáneo. Para ello se utiliza un catéter pericraneal o del tipo “mariposa” de bajo calibre (1)

En el tejido celular subcutáneo existen numerosos vasos sanguíneos que permiten la difusión rápida de estos medicamentos. Esta vía es más rápida que la vía oral puesto que no existe metabolismo hepático. Su biodisponibilidad es similar al resto de alternativas y vías parenterales sin embargo posee un efecto más tardío frente a la administración intravenosa y similar a la intramuscular (2).

Es la vía más adecuada para el tratamiento del dolor en aquellos casos donde existe dificultad para emplear la vía oral (alteración gástrica o neurológica) o cuando tampoco es posible o de empleo dificultoso otro tipo de vías (ej la endovenosa). Del mismo modo destaca su uso en el ámbito de los cuidados paliativos ya que permite la sedación paliativa y la hidratación (1).

Del mismo modo es importante conocer las propiedades, concentraciones y volumen del fármaco a administrar. Su uso está limitado a 2 ml en bolos y 1500 ml en infusión de 8 horas, y contraindicado en aquellos casos de edema generalizado, shock periférico, coagulopatías importantes, infecciones repetidas en el

punto de inserción y en alteraciones locales del tipo celulitis, zonas endurecidas o ulceradas (2) .

La técnica empleada es muy sencilla tanto por su colocación, como por el mantenimiento y uso de la misma. Por ello presenta numerosas ventajas en tratamiento paliativos (2):

- Es poco agresiva, poco dolorosa, de fácil uso y acceso.
- De pocos efectos secundarios y complicaciones.
- No requiere hospitalización, es cómoda y se puede utilizar a nivel extrahospitalario y domiciliario.
- Permite la administrar combinaciones de fármacos mediante infusores.
- Menor riesgo de infección que la vía intravenosa e intramuscular.
- Evita punciones reiteradas.
- Obtiene niveles plasmáticos del fármaco comparable a la vía intravenosa por lo tanto proporciona un buen control del dolor.
- Puede durar de 7 a 12 días por lo que su frecuencia de cambio es menor que la vía endovenosa.
- De fácil punción y colocación, con varias zonas disponibles a diferencia de los accesos venosos. Buena fijación en la piel lo que permite la movilización del paciente.

Existen 5 zonas de punción:

1. Zona infraclavicular.
2. Tercio medio de la cara externa del brazo.
3. Cara anterior de abdomen.
4. Tercio medio de la cara externa del muslo.
5. Región escapular.

5 Discusión-Conclusión

La vía subcutánea es una de las vías de administración más utilizadas en nuestros días junto con otras vías parenterales (intramuscular e intravenosa). Posee numerosas ventajas que hacen que el uso de esta vía sea cada vez más común en servicios de atención a paliativos. Permite la administración de fármacos, sedación e hipodermoclastia con facilidad y seguridad evitando posibles complicaciones en el cuidado y atención del paciente que sufre una enfermedad terminal.

Así mismo es muy importante el manejo y conocimiento del uso de la misma, por lo que el personal de enfermería debe estar entrenado para garantizar unos cuidados integrales y de calidad.

6 Bibliografía

1. Rial Carrillo Inés, Martínez-Santos Alba-Elena, Rodríguez-González Raquel. Características del empleo de la vía subcutánea para la administración de medicamentos en pacientes en cuidados paliativos. Index Enferm [Internet]. 2020. Web: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100009.
2. Soriano Fernández Humberto, Rodenas García Lourdes, Moreno Escribano Dolores, Roldán Castillo Belén, Castaño Moreno Encarna, Palazón García Elena. Utilización de la Vía Subcutánea en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2019 Oct. Web: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000300008.

Capítulo 101

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

DESIREE FERNANDEZ CUESTA

ANDREA CUEVAS PÉREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define Urgencia como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”(1).

Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad y Política Social Español considera una emergencia como “aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano”(1)

Actualmente, un 50% de las emergencias prehospitalarias atendidas se deben principalmente a traumatismos múltiples (caídas, accidentes de tráfico...). Seguido de patologías cardíacas (arritmias, síndrome coronario agudo) 30%, accidente cerebro vascular (ACV), Ictus y convulsiones 20% (1).

Los traumatismos implican un problema de salud además de gran repercusión socio-económica a nivel mundial, siendo la principal causa de muerte dentro de

las primeras cuatro décadas de vida. Precisan asistencia sanitaria inmediata en el lugar donde ocurre el suceso (2).

La valoración inicial es crucial para estimar la gravedad de las lesiones, del mismo modo una organización en los servicios, sistematizada y transversal entre el nivel de atención extrahospitalario y hospitalario, mejora considerablemente las repercusiones del trauma (2).

Podemos clasificar al paciente politrauma dentro de 3 categorías: Leve (lesiones superficiales, contusas sin heridas ni fracturas), moderado (con lesiones o heridas que generan incapacidad funcional, fracturas o fisuras simples) y grave (lesiones traumáticas que necesitan ser tratadas de inmediato pues suponen un elevado riesgo de lesión irreversible o incluso muerte)(2,3).

2 Objetivos

- Conocer la valoración inicial ante un paciente politraumatizado.
- Describir la secuencia de procedimientos y cuidados de enfermería en la evaluación inicial y soporte vital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente documento se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una investigación consultando manuales y artículos en las principales bases de datos del tipo: Pubmed y Scielo. Seleccionando para la búsqueda aquellos artículos en Español y publicados en los últimos 10 años (2012).

4 Resultados

En todos los traumas graves seguir el esquema representado y recomendado por la asociación ITLS, en el que se describe un procedimiento de atención estándar para la asistencia del politrauma, mejora los tiempos de atención, permite llevar un orden en base a la prioridad y evita en todo momento que lesiones (independiente de la gravedad) pasen desapercibidas.

Dicho procedimiento se trata de una evaluación global de lesiones y estado fisiológico del paciente que consta de tres fases prioritarias: Valoración inicial, reanimación y valoración secundaria (2).

Del mismo modo, la valoración inicial se desarrolla a través del algoritmo ABCDE: A (Vía aérea y control de la columna cervical), B (respiración), C (Control de hemorragias y soporte circulatorio), D (Déficit Neurológico), E (Exposición del paciente) (2,3).

La evaluación se realiza inmediatamente después del triaje y en un tiempo inferior a 10 minutos, se debe comenzar cuanto antes con esta evaluación a no ser que suponga un peligro para el equipo ante una escena insegura, el paciente esté atrapado u otra circunstancia. Del mismo modo, esta valoración se realiza antes que cualquier inmovilización y movilización, así pues garantiza un traslado seguro permitiendo la reevaluación continua, aportando datos comparativos, aunque en ocasiones de situación crítica puede ser completada en la unidad móvil.

Durante la valoración inicial se incluyen diversas técnicas y procedimientos realizados por el personal de enfermería que se detallan a continuación con el fin establecer la labor que realizan en cada nivel de la secuencia del ABCD(2,3):

Fase A:

- Valorar una respiración ineficaz o alteración en el intercambio gaseoso, además de la posible obstrucción de la vía aérea.

- Intervenciones:

Permeabilidad de la vía aérea: Apertura de la vía aérea mediante una técnica segura como la elevación del mentón o la subluxación mandibular.

Resolver posible obstrucción de la vía aérea, en caso de cuerpo extraño retirada manual o utilizando instrumental para permitir ventilación.

Aspiración mediante una sonda para evitar que la presencia de secreciones, sangre o vómito produzcan la obstrucción, previniendo también una broncoaspiración.

Inmovilización manual o mediante collarín cervical para evitar lesiones en la columna o a nivel medular.

Mantenimiento de la VA con instrumentos del tipo cánula de Guedel o mascarilla laríngea. Asistir al médico en el caso de que sea necesario un manejo avanzado o definitivo de la vía aérea: intubación endotraqueal.

Monitorizar función respiratoria, la saturación de O₂ para evaluarla y mantenerla en una cifra mayor o igual a 90 %, además de valorar la necesidad de oxigenación a concentraciones altas mediante dispositivos.

FASE B:

- Valorar la ventilación del paciente a través de la palpación e inspección además de la visualización de movimientos inspiratorios.

- Intervenciones:

Si no existe respiración tras la apertura de la vía aérea en un paciente inconsciente comenzar con la RCP.

Detectar y tratar complicaciones respiratorias como el neumotórax a tensión, hemotórax masivo. Asistir al médico en la preparación y tratamiento de las mismas drenaje con aguja o tubo (toracocentesis).

Fase C:

- Valorar posibles complicaciones y el estado circulatorio: pulsos, nivel de consciencia, coloración de la piel en busca de signos que indiquen hipovolemia.

- Intervenciones:

Monitorizar tensión arterial y frecuencia cardíaca.

Detectar y trata hemorragias e hipovolemia, en el caso de que sean externas aplicar presión directa sobre el foco sangrante.

Detectar posibles complicaciones como taponamiento cardíaco o shock hipovolémico o cardiogénico. Tras una hemorragia tener en cuenta que existe un riesgo de disminución del gasto cardíaco.

Canalización de 2 vías venosas periféricas de gran calibre 14 o 16 para que permita el paso de grandes volúmenes a un caudal rápido.

Comenzar con la administración y reposición de volumen con cristaloides.

Extracción de muestras de sanguíneas para su análisis.

Fase D:

- Evaluación neurológica.

- Intervenciones:

Valorar el nivel de consciencia mediante la escala de coma de Glasgow.

Evaluar respuesta pupilar a la luz.

5 Discusión-Conclusión

La primera atención del politrauma ha de ser precoz además de rápida y protocolarizada, valorando aspectos a nivel hemodinámico, respiratorio, circulatorio y neurológico, además de actuar ante otras patologías que puedan comprometer gravemente la vida del paciente.

El enfermero/a se encuentra dentro del equipo sanitario integral, por ello debe ser capaz de desarrollar un trabajo coordinado y optimizar los esfuerzos con el resto del equipo. La atención establecida por las enfermeras al paciente politraumatizado es primordial e imprescindible en la atención inicial; proporcionando cuidados y tratamientos precoces, detectando lesiones que requieran asistencia inmediata, valorando constantes vitales, el nivel de conciencia y la exploración neurológica.

ica, aumentando así la calidad asistencial y las probabilidades de supervivencia ante un herido de estas características.

6 Bibliografía

1. Alberdi F, García I, Atutxa L, Zabarte M. Epidemiología del trauma grave. Med Intensiva [Internet]. 1 de diciembre de 2014 [citado 2 de abril de 2021];38 (9):580-8. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-epidemiologia-del-trauma-grave-articulo-S0210569114001806>.
2. Abad Esteban F, Abejón Martin R, Amigo Culebras A, Álvarez Tapia N, Anguita Leblic I, De Andrés Sánchez J et al. El paciente politraumatizado. Modulo 4. Manual procedimientos SUMMA 112.pdf [Internet].Madrid (España). 2012 [citado 8 de abril de 2021].p 349 – 657. Disponible en: <https://www.urgenciasyemergen.com/libros-y-manuales>.
3. Bibiano Guillen C. Nuevo Manual Urgencias 3a ed. [Internet]. Urgencias y Emergencias. 2018 [citado 16 de abril de 2021].P 251 – 317. Disponible en: <https://www.urgenciasyemergen.com/nuevo-manual-urgencias-3a-ed-bibiano/>.

Capítulo 102

PACIENTE CON ICTUS: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SILVIA SOLER NOVILLO

CORAL GARCÍA GUIJARRO

MARÍA PALOMA SAIZ JAREÑO

ALBA GUIJARRO ARAQUE

LAURA DOLORES GUIJARRO ARAQUE

1 Introducción

Se define como ictus a un cuadro de presentación brusca que se presenta por la alteración de la circulación cerebral.

Se distinguen dos tipos:

- Isquémico: producido por la obstrucción de un vaso sanguíneo cerebral. o Accidente isquémico transitorio (AIT): los síntomas desaparecen en menos de unas horas. o Infarto cerebral: la sintomatología se prolonga más de 24 horas.
- Hemorrágico: se produce por la rotura de un vaso sanguíneo en el parénquima cerebral (h. intraparenquimatoso) y/o en el espacio subaracnoideo (h. subaracnoidea).

Los pacientes que sufren este tipo de ICTUS suelen morir en las primeras horas. Si no es así, se suelen recuperar mejor que los que sufren ictus isquémicos.

Los síntomas dependen de la zona cerebral afectada. En líneas generales los síntomas serán:

- Afectación del hemisferio derecho: hemiplejia izquierda y depresión.
- Afectación del hemisferio izquierdo: hemiplejia derecha y afectación del habla.
- Afectación del cerebelo: mareos.
- Afectación del tallo: disfagia.

El tratamiento del ictus varía en función de si su origen es isquémico o hemorrágico, pero en cualquier caso debe iniciarse lo antes posible. En algunos casos puede ser necesario un procedimiento quirúrgico para retirar el coágulo o reducir la presión intracraneal que puede causar una hemorragia. En el caso de los pacientes isquémicos, deberán seguir durante el resto de su vida un tratamiento con anticoagulantes, para evitar que se produzca un nuevo ictus. Este tratamiento preventivo también se impone a los pacientes en situación de riesgo cerebrovascular y cardiovascular.

Finalmente, dependiendo de cuales sean las secuelas del ictus, deberá seguir un tratamiento de rehabilitación con fisioterapia para recuperar en lo posible la movilidad de las zonas afectadas por la parálisis, o logopedia, para recuperar la habilidad del hablar y el lenguaje.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Brindar al paciente unos cuidados basados en evidencia científica y de forma óptima con el fin de una pronta y correcta recuperación del estado provocado por el Ictus.

Objetivos secundarios:

- Conocer su situación según los patrones funcionales de Maryory Gordon.
- Elaborar un correcto plan de cuidados siguiendo el método del Proceso Enfermero, teniendo en cuenta sus 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

3 Caso clínico

Para el desarrollo de este plan de cuidados, se emplea el Proceso Enfermero, que consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Junto a ellos se emplean los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC.

El proceso enfermero es una forma dinámica y estructurada de brindar una serie de cuidados enfermeros, y además impulsa a las enfermeras a plantearse continuamente que es lo que hacen y como pueden mejorarlo. (1)

La valoración recoge y analiza información acerca de estado de salud, con el objetivo de identificar funcionamientos anormales o factores de riesgo que puedan desencadenar algún problema de salud. Para llevar a cabo la valoración se ha empleado el método de patrones funcionales de Maryory Gordon.

A partir de la valoración se analizan los datos recogidos y se identifican los problemas de salud tanto reales como potenciales y es cuando comienza la siguiente fase, el Diagnóstico.

En el diagnóstico es cuando se identifican los diagnósticos enfermeros, siguiendo la Taxonomía NANDA.

Una vez identificados los diagnósticos, se lleva a cabo la planificación de los resultados para llegar a la resolución de los problemas. Se determinará qué resultados y objetivos se pretenden conseguir y que intervenciones enfermeras se llevaran a cabo para prevenir o tratar los problemas de salud y conseguir los objetivos previstos.

En la planificación se emplea el método NOC. Para saber hasta qué punto hemos conseguido los resultados esperados, se emplean unos criterios, que son los indicadores. Estos indicadores nos permiten valorar los cambios que le ocurren al paciente y conocer los efectos de las intervenciones realizadas.

A continuación, viene la Ejecución, que consiste en la puesta en práctica del plan. En esta fase se llevan a cabo las intervenciones enfermeras, que están compuestas de un número elevado de actividades. Se emplea la taxonomía NIC.

Finalmente se realizará la Evaluación, que como indica su propio nombre evaluará el estado de salud y la capacidad funcional de la persona al final de las intervenciones para determinar en qué grado se han conseguido los objetivos esperados; es decir, si la persona está preparada para cuidar de sí mismo; o si por el contrario es necesario realizar nuevas intervenciones.

Plan de cuidados individualizado:

Datos del paciente:

Paciente, varón de 92 años, que acude a urgencias el día 20/08 por cuadro brusco de pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo y desviación ocular a la derecha con náuseas y vómitos.

Presenta dependencia parcial para las ABVD, vive en un primero con su mujer y una cuidadora.

Tiene dos hijos.

Presenta dificultad a la hora de la deglución por lo que se le coloca una sonda Nasogástrica.

Tras quitarse dicha sonda varias veces durante la hospitalización, se intenta iniciar tolerancia y no resulta posible.

Se realiza videodeglución con diagnóstico de disfagia a sólidos y líquidos.

Camina con ayuda de bastón.

Tiene dificultades a la hora del aseo y del autocuidado, que lo realiza con ayuda de su cuidadora.

Es continente y realiza deposición y micción en WC.

Deterioro cognitivo leve sin criterios de enfermedad de Alzheimer.

No refiere caídas ni accidentes. Tampoco problemas para dormir.

No usa prótesis dental ni auditiva. Tampoco gafas.

Datos al ingreso:

- Se coloca SNG a causa de disfagia.
- No presenta incontinencia fecal, pero realiza diuresis en pañal.
- Portador de vía venosa periférica en miembro superior izquierdo.
- Frecuencia cardíaca: 96 lpm.
- Afebril.
- Tensión arterial: 160-80.
- Saturación de oxígeno al 93% sin gafas nasales.
- Temperatura: 36.8.
- Buen estado general. Piel hidratada e integra.
- Taquipnea (21 rpm).
- Escala de Dowton: Mide el riesgo de caídas. Puntuación: 3.
- Escala de Norton: Mide el riesgo de sufrir una UPP. Puntuación: 13.
- Se encuentra consciente y parcialmente orientado.
- Dolor EVA: mide la intensidad del dolor que sufre el paciente. Puntuación: 0.
- Escala Glasgow: mide el nivel de alerta/consciencia. Puntuación: 14.
- Índice de Barthel: mide el nivel funcional para actividades cotidianas. Puntuación: 55 (Dependencia severa).
- Hábitos tóxicos: Exfumador.
- Calendario de vacunación al día.
- Escala Canadiense: mide aspectos cognitivos y motores. Puntuación: 5.

Antecedentes personales:

- Dislipemia.
- Hipertensión arterial.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- FA crónica con respuesta ventricular conservada.
- Fractura de tibia y peroné.
- Exfumador.
- Hematoma subdural en 2009 drenado quirúrgicamente.

Medicación previa:

- Ácido acetilsalicílico (antiagregante) Adiro 100mg (0-1-0).
- Para trata la FA: Digoxina 0.25 mg ½ pastilla (1-0-0).
- Protector gástrico: Omeprazol 20 mg (1-0-0).

Medicación pautaada:

- Protector gástrico: Omeprazol 20 mg (1-0-0 por SNG).
- Ácido acetilsalicílico (antiagregante) Adiro 100 mg (0-1-0 por SNG).
- Enoxaparina sódica (anticoagulante) Clexane 40 mg (12 horas por vía SC).
- Para tratar la FA: Digoxina 0.25 mg ½ (1-0-0 por SNG).
- Atorvastatina (para la DL) Cardyl 20 mg (0-0-1 por SNG).
- Paracetamol 1000 mg (1-1-1 por SNG).
- Medicamento neuroléptico para tratar trastornos maniacos y depresivos: Quetiapina 25 mg (12 horas por SNG).

Valoración por patrones funcionales por Maryory Gordon:

1. Patrón 1: percepción-manejo de la salud:

- Portador de vía venosa en miembro superior izquierdo.
- Se encuentra tranquilo y parcialmente orientado.
- No refiere caídas ni accidentes.
- Camina con ayuda de bastón y realiza sus ABVD con ayuda de su cuidadora.
- Vive en un primero con su mujer y su cuidadora.
- No alergias medicamentosas ni alimenticias conocidas.
- Por dificultades en la deglución se le coloca una sonda nasogástrica.
- Hábito toxico: exfumador.
- Buen estado general.
- Escala de Downton: Mide el riesgo de caídas. Puntuación: 5.
- Patrón alterado.

Diagnósticos:

Riesgo de infección (00004):

- Definición: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

- Factores de riesgo:

Procedimientos invasivos.

Obesidad.

- Criterio de resultados, NOC:

Severidad de la infección (0703): gravedad de los signos y síntomas de la infección.

- Intervenciones (NIC):

Control de infecciones (6540): minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

Limpiar adecuadamente el ambiente después de cada uso por parte de los pacientes.

Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo.

Vigilancia de la piel (3590): recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.

- Criterio de resultados, NOC:

Control del riesgo: proceso infeccioso (1924): acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección.

- Intervenciones NIC:

Manejo ambiental (6480): Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades:

Crear un ambiente seguro para el paciente.

Identificar las necesidades de seguridad del paciente.

Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.

Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras, mantas sueltas).

2. Patrón 2: nutricional-metabólico:

- Portador de SNG.

- Piel integra e hidratada.

- Temperatura: 36.8.

- Talla: 1.76. Peso 71. IMC: 22,92kg/m² =Normopeso.

- Escala de Norton: Mide el riesgo de sufrir una UPP. Puntuación: 13.

- No tiene prótesis dental.

- Patrón alterado.

Diagnósticos:

Riesgo de aspiración (00039):

- Definición: vulnerable a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que pueden comprometer la salud.

- Factores de riesgo:

Aumento del residuo gástrico.

Deterioro de la deglución.

Disminución del nivel de consciencia.

Disminución del reflejo nauseoso.

- Criterio de resultados, NOC:

Autocuidados: Comer (0303): acciones personales para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin dispositivos de ayuda.

Deterioro de la mucosa oral (00045):

- Definición: Lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe.

- Factores relacionados:

Conocimiento insuficiente sobre la higiene oral.

Depresión.

Deshidratación.

Dieta absoluta > 24 horas.

Disminución de la salivación.

- Características definitorias:

Descamación.

Deterioro de la deglución.

Exposición a patógenos.

Halitosis.

Dificultad para hablar.

Disminución del sentido del gusto.

- Criterio de resultados, NOC:

Integridad tisular y membranas mucosas (1101): Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

- Intervenciones NIC:

Administración de medicación: enteral (2301): administración de medicamentos a través de una sonda introducida en el sistema gastrointestinal.

Actividades:

Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

Anotar los antecedentes médicos y alergias del paciente.

Preparar la medicación (p.ej., triturada o mezclada con líquidos, según corresponda).

Informar al paciente de las acciones esperadas y de los posibles efectos adversos.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047):

- Definición: Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud

- Factores de riesgo:

Humedad.

Factores mecánicos.

Inmovilización física.

Agentes farmacológicos.

Inmunodeficiencia.

- Criterio de resultados, NOC:

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (11101): Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

- Intervenciones NIC:

Manejo de presiones (3500): minimizar la presión sobre las partes corporales.

Actividades:

Vestir al paciente con prendas no ajustadas.

Colocar al paciente sobre un colchón/ cama terapéutica.

3. Patrón 3: eliminación:

- Continente.

- Patrón no alterado.

Diagnósticos:

Riesgo de estreñimiento (00015):

- Definición: vulnerable a sufrir una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud.

- Factores de riesgo:

Deterioro neurológico.

Ingesta de líquidos insuficiente.

Higiene oral inadecuada.

Ingesta de fibra insuficiente.

- Criterio de resultados, NOC:

Eliminación intestinal (0501): formación y evacuación de las heces.

- Intervenciones NIC:

Entrenamiento intestinal (0440): Ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados.

Actividades:

Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas.

Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal.

4. Patrón 4: actividad-ejercicio:

- FC: 87 Ipm /TA: 160-80.

- Taquipnea (21 rpm).

- Camina con ayuda de bastón.
- Sat. O2: 92 %.
- Índice de Barthel: mide la capacidad de realizar las actividades diarias. Puntuación: 55 (dependencia severa).
- Realiza las ABVD con ayuda de su cuidadora.
- Patrón alterado.

Diagnósticos:

Deterioro de la movilidad física (00085):

- Definición: Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades
- Factores relacionados:
Agentes farmacológicos.
Alteración de la integridad ósea.
Deterioro musculoesquelético.
Deterioro neuromuscular.

- Características definitorias:

Alteración de la marcha.

Dificultad para girarse.

Disminución de la amplitud de movimientos. inestabilidad postural.

- Criterio de resultados, NOC:

Movilidad (0208): Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

5. Patrón 5: sueño-descanso:

- No refiere problemas para dormir.
- Patrón no alterado.

6. Patrón 6: cognitivo-perceptual:

- Consciente y parcialmente orientado.
- Escala Canadiense: mide aspectos cognitivos y motores. Puntuación: 5.
- Escala Glasgow: mide el nivel de alerta/consciencia del individuo. Puntuación: 14.
- Escala del dolor EVA: mide la intensidad del dolor. Puntuación: 0.
- Patrón alterado.

Diagnósticos:

Disconfort (00214):

- Definición: percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.
- Factores relacionados:
Control insuficiente sobre el entorno y la situación.

Estímulos ambientales nocivos.

- Características definitorias:

Inquietud.

Incapacidad para relajarse.

Irritabilidad.

- Criterio de resultados, NOC:

Estado de comodidad (2008): Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo.

- Intervenciones NIC:

Apoyo espiritual (5420): Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.

Actividades:

Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.

Animar al individuo con dignidad y respeto.

7. Patrón 7: autopercepción-autoconcepto:

- Se encuentra tranquilo y parcialmente orientado.

- Patrón no alterado.

8. Patrón 8: rol-relaciones:

- Tiene dos hijos. Vive con su mujer y su cuidadora.

- Patrón no alterado.

9. Patrón 9: sexualidad-reproducción:

- Tiene dos hijos.

- Patrón no alterado.

10. Patrón 10: adaptación, tolerancia al estrés:

- Hay días que se encuentra más agitado y desorientado.

- Patrón alterado

11. Patrón 11: valores, creencias:

- Patrón no alterado.

4 Discusión-Conclusión

Evaluación:

Ha conseguido obtener la puntuación diana en la mayoría de los indicadores que han sido utilizados para hacer referencia a ciertas partes de los patrones funcionales que estaban alteradas.

Algunos otros indicadores, pese a utilizar un plan de cuidados previo establecido, no han obtenido la puntuación diana, ya sea por la mala colaboración del paciente, porque no haya sido efectivo, su edad, u otras circunstancias.

A pesar de ello, el paciente se encuentra en un estado aceptable de forma global. Es muy importante realizar una continuidad con los cuidados tras alta hospitalaria para una óptima recuperación de esta grave enfermedad.

- Autocuidados: comer (0303): acciones personales para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin dispositivos de ayuda.

Pese a la disfagia producida por el ictus, se probó tolerancia una semana después y pudo volver a comer con normalidad. El problema por el que no ha llegado a la puntuación diana ha sido que el MSD presenta paresia.

- Movilidad (0208): capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

- Autocuidados: vestir (0302): Acciones personales para vestirse independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

No ha cumplido la puntuación diana por la misma razón, la paresia en el MSD.

5 Bibliografía

1. Coral María Mato Rodríguez. Plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de la amputación de miembros inferiores. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 7 (1): 335-379, 2015 ISSN: 1989-5305.
2. Wilson, L. J. T., Harendran, A., Grant, M., Baird, T., Schultz, U. G. R., Muir, K. W., Bone, I. (2002). Improving the assessment of outcomes in stroke: Use of a structured interview to assign grades on the Modified Rankin Scale. Stroke, 33, 2243-2246. Grupo Neuro-Ictus. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
3. Downton. Escala de Riesgo de caídas. 1993. Protocolo general de caídas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Septiembre 2005. Disponible en: [<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true>].
4. Doreen Norton. Valoración del riesgo de úlceras por decúbito – Escala de Norton http://www.ome.es/media/docs/novedad_test_norton.pdf. ed. Fundación para el desarrollo de la enfermería. 1962.

- 5 Bryan Jennett y Graham Teasdale, Escala de Glasgow. The Lancet, en el artículo titulado Assessment of coma and impaired consciousness. 1974. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100005
6. Barrero Solís, Claudia Lorena; García Arrioja, Servando; Ojeda Manzano, Alejandro (1-2 enero-junio, julio-diciembre 2005). «Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación». Plasticidad y Restauración Neurológica 4: 81-85.
7. Robert Coté. The Canadian Neurological Scale. Stroke-Vol 17, No 4, 1986. Dr.Vladimir C.Hachinski, Clinical Neurological Sciences. University Hospital, 339. Windermere Road, London, Ontario, Canada N6A 5 A 5.
8. Lizbeth Antolinez, Length: Publishing platform for digital magazines, interactive publications and online catalogs. Convert documents to beautiful publications and share them worldwide. Title: Escala visual análoga 9 pages, Published: 2014-03-25.
9. Adolphe Quetelet. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos, 854. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, 1995.

Capítulo 103

VALORACIÓN SECUNDARIA EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ÁNGEL MANUEL MARTÍN ARCOS

GUADALUPE RAMOS COLLADO

SILVIA CARRERO MALDONADO

1 Introducción

Se define como paciente politraumatizado al enfermo que sufre una lesión traumática, en la que una de esas lesiones puede suponer un riesgo vital. Este tipo de accidentes constituyen una de las principales causas de muerte en las cuatro primeras décadas de vida. El paciente politraumatizado puede haber sufrido distintos tipos de accidentes: tráfico, caída accidental, atropello, accidente laboral, etc. Según la gravedad de las lesiones, la muerte en el politraumatizado puede desarrollarse en distintos picos: el primer pico, la muerte se produce en los primeros minutos del accidente; el segundo pico, que se produce en las primeras horas y ocurre por inestabilidad hemodinámica; el tercer pico, que se produce a los días o semanas después del trauma, debido a infección generalizada o fallo multiorgánico.

Para tratar al paciente politraumatizado, se requiere una rápida valoración de las lesiones y poner en marcha el soporte vital necesario. Las funciones vitales deben ser evaluadas de forma rápida para llevar a cabo la resucitación de éstas, seguido de un examen secundario y el inicio del tratamiento adecuado y definitivo. El examen inicial consiste en el ABC, donde se llevará a cabo el control de la vía

aérea y de la columna cervical (A), la evaluación de la respiración (B), la circulación con control de la hemorragia (C), la vigilancia del estado neurológico (D) y la exposición y entorno del traumatizado (E). Una vez estabilizado el paciente y controlada la situación, se procede a la valoración secundaria, de manera más detallada pero que debe repetirse frecuentemente junto a la valoración inicial para descubrir cualquier deterioro del estado del paciente y establecer el tratamiento adecuado.

2 Objetivos

En esta revisión bibliográfica se pretende analizar la literatura científica, con el fin de valorar la evidencia existente sobre la aplicación de técnicas en la valoración secundaria en un paciente politraumatizado.

3 Metodología

A través de bases de datos, páginas web con artículos académicos y revistas se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica relacionada con la valoración secundaria en pacientes politraumatizados. Se han escogido como criterios de inclusión todo tipo de artículos a texto completo, sin restricción de idioma y que sean los más recientes.

4 Resultados

Para poder desarrollar una valoración secundaria detallada correctamente, se ha descrito un caso real de un electricista de 48 años que sufre un accidente mientras se encontraba reparando una lavadora. Cuando llegan los servicios de emergencias, el paciente se encuentra separado dos metros de la lavadora, inconsciente, sin respiración y sin pulso y presenta sudoración. La monitorización cardiaca muestra una fibrilación ventricular. Se comienza con una valoración inicial (ABC). Tras observar que el paciente vuelve a un ritmo sinusal normal, se procede a una reevaluación rápida de ABCD para comprobar que no existe compromiso de las funciones vitales. En la vía aérea, encontramos que la vía es permeable tras la intubación orotraqueal. En la ventilación, se emplea de nuevo la inspección, palpación, auscultación y percusión (PAPI) del tórax, encontrando murmullo vesicular normal en ambos lados. Tiene buen pulso periférico bilateral y simétrico. Tras esta reevaluación del ABCD, comenzaremos con un exa-

men físico completo, de cabeza a pies, en el que encontramos quemaduras en vibrisas nasales, quemaduras de segundo grado en brazo derecho, tórax y pierna derecha y luxación posterior de hombro izquierdo. Al ser una quemadura de tipo eléctrico, el equipo sanitario debe tomar las precauciones necesarias para no ser afectado, del mismo modo que al paciente se le retirará del lugar del accidente. Valoramos el área quemada mediante la Regla de los 9 de Wallace. Observando la zona y extensión de las quemaduras (tórax, brazo derecho y pierna derecha) el paciente presenta aproximadamente un 22% de superficie afectada. Se procederá a la canalización de dos vías periféricas de grueso calibre para controlar el dolor, consiguiendo un grado de analgesia adecuado, y por si precisa fluidoterapia ante el riesgo de insuficiencia renal a causa de la mioglobinuria generada.

En el tratamiento local de las quemaduras, procederemos a retirar las ropas con cuidado, en caso de que la ropa esté adherida a la quemadura no se retirará y llevaremos a cabo una limpieza exhaustiva con agua y jabón suave. Solo después de realizar esto se podrá valorar correctamente la profundidad de la quemadura. También se procederá a la apertura de las flictenas, limpieza con suero fisiológico, buen secado de la lesión y aplicación local de sulfadiacina argéntica al 1%, que tiene acción exfoliante y su aplicación no es dolorosa. Además, se aplicará tul-graso limpio, que son gasas impregnadas de sustancias suavizantes e hidratantes para mantener húmeda la herida e impedir que el resto del apósito se adhiera a la herida y un vendaje ligero. Para el tratamiento de la luxación, tras su inmovilización, se aplicará hielo o paños fríos en el lugar de la luxación y observaremos si presenta hematoma o inflamación. Una vez en el medio hospitalario, dependiendo de la intensidad del dolor y de la inflamación pueden ser necesarios la utilización de analgésicos o relajantes musculares. Continuamos inspeccionando al paciente en dirección caudal. No encontramos presencia de hematomas, fracturas y quemaduras en las extremidades inferiores, ni en la espalda. El traslado al hospital debe ser lo más precoz posible y es fundamental volver a evaluar el estado de consciencia, el pulso, TA y la permeabilidad de la vía aérea.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental la actualización de la evidencia científica en la actuación y valoración del paciente politraumatizado y tener elaborados protocolos claros para que la evaluación que se lleve a cabo en el momento de la asistencia sea integral y efectiva, proporcionando un ahorro en el tiempo a la hora de realizar las pruebas necesarias que son imposibles de llevar a cabo extrahospitalariamente. También es importante la formación del profesional sanitario que va a realizar la valo-

ración tanto inicial como secundaria, sabiendo cómo actuar en cada situación, la técnica precisa en ese momento, conocer la medicación que se va a administrar, etc. Todos estos aspectos implicarán una mejora en la atención del paciente grave y aumentarán las posibilidades de supervivencia.

6 Bibliografía

1. Carla Yunuén Barbosa-García. Evaluación, abordaje y manejo inicial del paciente con quemaduras graves. Anestesia en traumatología. 2009. Vol. 32. Supl. 1, pp S108-S112.
2. A.M. Garrido Calvo, P.J. Pinos Laborda, S. Medrano Sanz, M.J. Bruscas Alijalde, M.J. Moreno Mirallas, I. Gil Romea. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza (España). Emergencias. <http://www.emergencias.es.org/>
3. R. Gallardo González¹, J. G. Ruiz Pamos², R. M. Torres Palomares³, J. Díaz Oller⁴. Estado actual del manejo urgente de las quemaduras (II). Conducta a seguir ante un paciente quemado. 2001. Emergencias 13:188-196.

Capítulo 104

ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PEDRO RODRIGO VACAS

CONSUELO ALMUDENA MORENO VALVERDE

MARIA ESPADAS NÚÑEZ DE ARENAS

MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RIVERO

IRENE DEL BURGO MARTÍNEZ

1 Introducción

La apendicitis es la inflamación y posterior infección del apéndice intestinal, un órgano hueco que se encuentra en el ciego, al inicio del intestino grueso, en la zona inferior derecha del abdomen, y que tiene forma de lombriz rosada cuando no está inflamado.

Constituye la segunda causa de cirugía abdominal de emergencia y ocurre con más frecuencia en personas con edades entre 10 y 30 años, aunque pueden presentarse a cualquier edad. En los casos de apendicitis es importante consultar lo más pronto posible ante la presencia de los síntomas característicos de la enfermedad, para permitir de esta manera, un diagnóstico rápido y tratamiento que prevenga complicaciones posteriores.

2 Objetivos

- Reconocer los signos y síntomas de la apendicitis para reconocerla dentro de las amplias patologías que cursan con dolor abdominal agudo.
- Dar a conocer los cuidados de enfermería que debemos llevar a cabo en los pacientes con apendicitis.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos llevado a cabo una búsqueda de información en bases de datos científicas (Google academy, Pubmed, Medine) así como en libros de enfermería (DAE).

En cuanto a palabras clave hemos utilizado: apendicitis aguda, dolor abdominal, síntomas, apéndice cecal, tratamiento, cuidados enfermeros.

4 Resultados

Entre los signos y síntomas de apendicitis más comunes que pueden aparecer destacan los siguientes:

- Dolor abdominal: Inicialmente en epigastrio y, en pocas horas, se desplaza a la fosa ilíaca derecha. Es un dolor continuo y progresivo.
- Rigidez de la pared del abdomen.
- Mareos, vómitos y pérdida del apetito.
- Fiebre.
- Diarrea o estreñimiento.
- Distensión abdominal.
- Leucocitos.

En cuanto al diagnóstico de la apendicitis se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementando con exámenes complementarios y diagnóstico. Dentro de la exploración física, el estado general del paciente suele ser bueno, aunque en apendicitis de etapas avanzadas suele deteriorarse. La temperatura es alrededor de 37,5 y 38 °C.

En la exploración abdominal hay signos que pueden ayudar al diagnóstico:

- Dolor en el punto de McBurney: se marca una línea desde el ombligo hasta la punta del hueso pélvico derecho anterior. El punto es la unión de los dos tercios más cercanos al ombligo con el tercio externo.

- Signo de Blumberg: al presionar una zona del abdomen alejada del apéndice se produce dolor en éste de forma refleja. Indica irritación peritoneal y sucede en otras enfermedades.

- Dolor abdominal a la extensión del muslo: esta maniobra sólo es útil cuando el apéndice tiene una localización retrocecal, es decir, está colocado detrás del colon y, por tanto, la palpación del abdomen no es tan efectiva.

En los exámenes complementarios el principal es el Análisis de laboratorio: En el análisis de sangre, la apendicitis suele cursar con un recuento de leucocitos aumentado (o leucocitosis moderada), con aumento de neutrófilos, aunque solo se ha observado en fases avanzadas de apendicitis.

Finalmente nos quedaría el diagnóstico por imágenes para completar el proceso del diagnóstico.

- Radiología: la radiología del tórax es indispensable, porque permite descartar otras afecciones como las enfermedades cardiopulmonares. La radiología de abdomen suele ser normal, o puede verse una dilatación de asas del intestino debido a la paralización de los movimientos peristálticos. Excepcionalmente, puede apreciarse un fecalito calcificado en la fosa ilíaca derecha.

- Ecografía: es muy útil para el diagnóstico y para descartar otras enfermedades. En caso de apendicitis, la ecografía puede ver el apéndice inflamado o líquido libre por el abdomen. Sin embargo, en algunas ocasiones no se encuentra ningún hallazgo anormal a pesar de que sí que hay una apendicitis.

- Tomografía axial computadorizada (TAC): el TAC es un método diagnóstico muy fiable en el diagnóstico de una apendicitis y cada vez se usa más en casos de duda. También permite descartar otras patologías.

El tratamiento de la apendicitis aguda es siempre quirúrgico (apendicectomía) y debe ser precoz con objeto de evitar la transformación en una peritonitis que es un cuadro mucho más grave y en el que se asocian mayores complicaciones. La apendicectomía consiste en la extracción del apéndice cecal a través de una pequeña incisión en la región inferior derecha del abdomen. Después de una intervención generalmente no complicada, la persona puede comer en las siguientes 24 a 36 horas y retornar a las actividades diarias en menos de dos semanas. Si el paciente presenta peritonitis, la herida quirúrgica debe ser más larga y localizada en la mitad del abdomen, que permita la limpieza de la cavidad abdominal.

En cuanto a los cuidados de enfermería al paciente con apendicitis destacamos:

1. Control de las constantes vitales.
2. Colocación de un catéter venoso periférico.
3. Extracción de sangre para analítica, hemograma completo (comprobar la posible leucocitosis), electrolitos y hematiemetría.

4. Introducción de sonda nasogástrica y posiblemente comenzar la aspiración, por orden médica.
5. Colocación del paciente en posición Fowler para disminuir el dolor y que tenga la mayor comodidad posible.
6. Muchas ocasiones no se administran analgésicos o se reduce su administración para evitar la enmascaración de los síntomas de perforación.
7. El paciente permanecerá en ayuno.
8. Si se confirma el diagnóstico de apendicitis, el paciente será sometido a una intervención quirúrgica (apendicectomía).
9. Preparar al paciente para la intervención según protocolo.
10. Administrar antibioterapia profiláctica según órdenes médicas.
11. Reducir la ansiedad del paciente y familiares, aclarándole las posibles dudas que tenga e Informándole del proceso de la intervención y postoperatorio.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer la patología para poder realizar un correcto diagnóstico y aplicar el tratamiento más adecuado en cada caso.

La revisión y actualización sobre el manejo permitirá aplicar el mejor protocolo diagnóstico y terapéutico.

La actualización de los profesionales sanitarios es fundamental para conseguir los mejores resultados y reducir la morbilidad.

6 Bibliografía

1. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art21.pdf>.
2. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2009/ju094g.pdf>.
3. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152012000100010&script=sci_arttext.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000256.htm>.

Capítulo 105

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO TORÁCICO

CARLA SUAREZ MONTOTO

MARÍA MÉNDEZ QUIÑONES

1 Introducción

Se reconoce el traumatismo torácico a todo traumatismo que lesiona o altera a algunas de las estructuras del tórax siendo las más importantes la caja torácica, los pulmones, el corazón, los grandes vasos intratorácicos y el resto de estructuras mediastínicas. Los traumatismos torácicos pueden ser abiertos, cerrados o mixtos, ya que pueden producirse por incisión, por contusión o incluso por ambas.

Dentro de las principales causas de traumatismo torácico las de mayor gravedad y que ocurren de forma más frecuente son los accidentes de tráfico (70-90%) , seguidos de accidentes laborales, intentos de suicidio, accidentes dentro del ámbito deportivo y agresiones. En la vida cotidiana la mayor parte de los traumatismos torácicos que ocurren son cerrados.

La patología derivada del traumatismo torácico es muy variada, pudiendo llegar a afectar a diferentes estructuras de la caja torácica y revestir diferentes grados de gravedad. En más de la mitad de los casos hay fracturas costales y en un alto porcentaje se asocian con contusión pulmonar u otras patologías como neumotórax, hemoneumotórax, fractura clavicular, fracturas esternales, contusión o rotura

diafragmática. Existen otras menos frecuentes aunque son consideradas de gran importancia como podrían ser la laceración hepática o traumatismos esplénicos. Un elevado porcentaje de los traumatismos torácicos graves presentan otras lesiones severas, tratándose de esta manera de pacientes politraumatizados.

2 Objetivos

- Identificar las principales complicaciones que se asocian al traumatismo torácico.
- Conocer las intervenciones de enfermería más importantes que se deben llevar a cabo en pacientes con traumatismo torácico.
- Diferenciar los diferentes tratamientos posibles respecto al traumatismo torácico.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud como Pubmed, Lilacs o Cuiden. Así mismo también se han consultado motores de búsqueda como Web of Science.

4 Resultados

Una vez habiendo sido definido el traumatismo torácico y sus principales complicaciones, es importante conocer aquellas lesiones más importantes y su afectación con respecto al compromiso vital del paciente.

El más conocido es el neumotórax a tensión que se define por entrada de aire en la cavidad pleural, desde el exterior (neumotórax abierto, en los traumatismos penetrantes) o desde el interior en el neumotórax a tensión la cantidad de aire es importante, generalmente en relación a mecanismos valvulares se produce desplazamiento de las estructuras mediastínicas hacia el lado contralateral, con compromiso de ambos pulmones y del retorno venoso (insuficiencia respiratoria aguda y Shock). En caso de que el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable se debe proceder a el tratamiento directo que consiste en la inserción un catéter del nº 14 en el 5º espacio intercostal en la línea media axilar del lado afecto para descomprimir la cavidad pleural, se observará salida de aire por el mismo y

se confirmará con una radiografía de tórax. Una vez confirmado el diagnóstico, se colocará un tubo de tórax en el 4°-5° espacio intercostal, línea axilar media.

Otra de las complicaciones con compromiso vital es el neumotórax abierto que se define como una lesión abierta en tórax que pondrá en comunicación la pleura con el exterior. Su tratamiento consiste en cerrar el orificio de entrada con un apósito cerrado por 3 de sus 4 bordes, de forma que permita la salida del aire desde la cavidad pleural pero no su entrada. Posteriormente se colocará un tubo de drenaje en un lugar diferente al de la herida. En general, requiere revisión y reparación quirúrgica de la herida torácica.

La última de las tres complicaciones reconocidas como más importantes es hemotórax masivo que se caracteriza por la acumulación rápida de sangre en el espacio pleural de más de 1500 ml, siendo más frecuente en los traumatismos abiertos. Esta lesión compromete de forma vital el estado del paciente por ello se debe proceder como tratamiento a la reposición de volumen (cristaloides, coloides o sangre) y drenaje torácico en el 4°-5° espacio intercostal en línea media axilar. La toracotomía está indicada si se drenan 1500 ml de sangre en los primeros momentos, especialmente si el paciente está inestable, o si el ritmo de drenaje es de 200-400 ml/h en las primeras cuatro horas.

Las profesionales de enfermería deben estar formadas en el tratamiento y abordaje de traumatismo torácico ya que los cuidados que llevan a cabo son importantes a la hora del desenlace del paciente. Entre las principales medidas llevadas a cabo por las enfermeras destacan: monitorización signos vitales, manejo de la vía aérea, manejo de ventilación mecánica, manejo del shock cardiaco, administración de analgésicos, aspiración de las vías aéreas, terapia y punción intravenosa entre otras.

5 Discusión-Conclusión

El abordaje y tratamiento de pacientes con traumatismo torácico es un hecho que ocurre con relativa frecuencia en las unidades de urgencias y servicios de vigilancia intensiva debido a la gravedad del evento. Conocer las principales complicaciones, manejo de los pacientes y medios de atención tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria es de vital importancia para enfermería, por ello es importante formar a estas profesionales en el terreno independientemente que sean especialistas o generalistas. Esta formación no debe acotarse solo a las enfermeras sino que debe extenderse a todo el equipo multidisciplinar, que abarca desde médicos hasta auxiliares de enfermería o celadores.

6 Bibliografía

Diaz villar A. Traumatismo toracico. Libro electrónico de Temas de Urgencia.Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra.

ATLS: Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos 8ª Edición. Colegio Americano de Cirujanos;2008.

PHTLS: Prehospital Trauma Life Support 7th Edition. Elsevier; 2011.

Quesada A, Rabanal JM. Actualización en el trauma grave. Traumatismos torácicos. Ergon 2006; 211-5.

Protocolo de traumatismos torácicos.Osakidetza.2009. Hospital de Donostia.

Depósito Legal: SS-865-2009.

Capítulo 106

MANEJO POR PARTE DE ENFERMERÍA DE LOS DISPOSITIVOS MÁS UTILIZADOS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

YOLANDA PADILLA GARCÍA

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

SARA GARCÍA FELIPE

PATRICIA CALVO GUZMÁN

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

1 Introducción

En una situación de urgencia o emergencia es de vital importancia establecer un acceso vascular para el tratamiento del paciente crítico. En muchas ocasiones, la vía periférica resulta difícil o imposible de canalizar, sobre todo en medio extra-hospitalario, retrasando la instauración del tratamiento que puede resultar vital para el paciente. Es en estos casos donde cobra importancia la vía intraósea.

Los primeros estudios sobre la IO datan de 1922, donde Drinker y Doan la definen como una “vena no colapsable” y se comienza a utilizar para transfusiones sanguíneas. Años más tarde, hacia los años 40, se empieza a utilizar para administración de fármacos y fluidos. Ha ido evolucionando hasta la actualidad, estando

recomendada por la AHA (American Heart Association), por los protocolos de ATLS (Advanced Trauma Life Support), por la PALS (Pediatric Advanced Life Support) y por la ERC (European Resuscitation Council) como segunda opción tras la vía venosa periférica en casos de riesgo vital.

Su utilización se basa en el hecho de que los fármacos y fluidos administrados por vía IO pasan a la circulación general a una velocidad similar a como lo harían por cualquier vena periférica, con la particularidad de que no se colapsa ni en situación de PCR (parado cardio-respiratoria). Hay que tener en cuenta que es una vía de urgencia de carácter temporal, por lo que no debe estar insertada más de 24 horas. Esto hace que la vía IO tenga muy pocas complicaciones. Además, no la podemos colocar en un hueso fracturado, en el que se haya intentado colocar una IO previamente y en las extremidades inferiores en pacientes con un traumatismo abdominal grave.

2 Objetivos

- Describir las zonas anatómicas de inserción más habituales de la vía intraósea.
- Conocer el manejo de los dispositivos intraóseos más utilizados en urgencias extrahospitalarias.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre el tema. Para ello, se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos científicas: Dialnet, Scielo y en el buscador Google Académico. Las palabras claves utilizadas han sido: “vía intraósea”, “dispositivos intraóseos”, “paciente crítico”, “emergencias” y “enfermería extrahospitalaria”. La totalidad de artículos han sido en español, con acceso al texto completo y publicados entre 2009-2022. Del total de publicaciones se seleccionan 15.

4 Resultados

Lugares de punción.

- En neonatos y niños menores de 6 años:

Tibia proximal: 1-3 cm por debajo de la tuberosidad tibial, en la cara anterointerna de la línea media (el más habitual).

Fémur distal: 2-3 cm por encima del cóndilo externo.

Tibia distal: en el maléolo interno como externo.

Otros lugares alternativos: cresta ilíaca, cara posterior de la metáfisis del radio, cara anterior de la cabeza humeral y epífisis proximal de húmero.

- En niños mayores de 6 años y adultos:

Tibia proximal.

Tibia distal: 1-2 cm por encima del maléolo interno. También puede utilizarse el maléolo externo (el más frecuente).

Otras localizaciones menos frecuentes: cresta ilíaca, calcáneo, metáfisis distal del radio, cabeza humeral, radio y cúbito distal.

Técnica de los dispositivos intraóseos más utilizados en urgencias extrahospitallarias.

Atendiendo al tipo de colocación, podemos distinguir 3 grupos de dispositivos:

- Dispositivos manuales: son los de menor coste económico, aunque los más complicados de utilizar. Dentro de este grupo, existen diferentes modelos. Uno de los más utilizados en la urgencia extrahospitalaria es la aguja tipo COOK. Se sujeta con la palma de la mano dominante y entre los dedos y se avanza presionando en el punto elegido con un movimiento giratorio hasta superar la resistencia del periostio. La aguja tiene una marca que sugiere profundidad.

- Dispositivos de colocación mediante disparo (no esternal): dentro de este grupo, el BIG (Bone Injection Gun) es el más representativo. Es de un solo uso, rápido y con menos complicaciones que otros dispositivos. Presenta una técnica sencilla. Hay que regular el dispositivo según profundidad, retirar el seguro y disparar con el sentido de la flecha hacia el punto de punción. Existen 2 modelos: para adultos (azul) y pediátrico hasta 12 años (rojo).

- Taladro: EZ-IO: este dispositivo es el más actual. Es un taladro al que se conecta una aguja-broca. El taladro tiene un elevado coste, aunque es reutilizable. Tiene una mínima dificultad en su aplicación con una alta tasa de éxito de inserción.

Para su manejo se procede a elegir el tamaño de la aguja-broca (rosa: pediatría, azul: adultos y amarillo: obesos) e insertarlo con el taladro activándolo mediante el gatillo.

Independientemente del dispositivo que se vaya a utilizar, hay que tener en cuenta varias cuestiones importantes en relación con una vía intraósea. Una de ellas es que, si el paciente está consciente, se anestesia localmente el sitio elegido previa inserción. Para asegurar la llegada de la medicación a la circulación sistémica hay que administrar seguido, por lo menos, 5 ml de suero fisiológico. Además, el dolor asociado a la infusión se puede tratar con la administración de lidocaína.

Y, por último, para evitar la lentitud de entrada de la fluidoterapia, se coloca un

esfigmomanómetro alrededor del suero.

5 Discusión-Conclusión

La vía intraósea es la segunda opción tras la vía periférica en situaciones de riesgo vital. Se puede implantar en cualquier hueso que contenga médula ósea, aunque los más asequibles al estar la piel adherida al periostio y sin presencia de grasa intermedia, y, por ende, los más utilizados, son la meseta tibial (en menores de 6 años) y la tibia distal (en mayores de 6 años). Además, al ser los dispositivos sencillos en su manejo, la vía intraósea se convierte en una vía rápida, fácil, eficaz y con escasas complicaciones. Es por todo esto que la enfermería extrahospitalaria, fundamentalmente, debería tener acceso a dichos materiales y estar adecuadamente entrenada sobre la técnica con diferentes dispositivos.

6 Bibliografía

1. López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ, Osuna Expósito RM. Guía de actuación enfermera en inserción de vía intraósea en el paciente crítico. *HYGIA*. 2017; 94:27-29.
2. García Santa Basilia N, Cepeda Díez JM. Vía intraósea en enfermería de emergencias. *Revista Enfermería CyL*. 2009;1:48-56.
3. Arraiza Gulina N, Laparte Campo I, Celaya Calvo I. La vía intraósea en el paciente politraumatizado. *PULSO*. 2019;98:26-29.
4. Villena Esteo O. La vía intraósea en situaciones de emergencia: análisis en el medio extrahospitalario. *Emergencias*. 2012; 24:44-46.
5. Onrubia Calvo S, Carpio Coloma A, Hidalgo Murillo A, Lago Díaz N, Muñoz Kaltzakorta G, Periañez Serna I. Vía intraósea, alternativa a la vía periférica. *Núbera Científica*. 2012; 1(6): 24-29.
6. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D, Tello Pérez S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. *Enfermería Global*. 2011; 24:171-179.
7. Rodríguez Fernández M, Barrera Moreno C, Pérez Alcolado B, Palomino Santos EI. Vía intraósea, ¿Qué sabemos de ella? *Enfermería Ciudad Real*, diciembre 2016. (Acceso 5 agosto de 2019). Disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/via-intraosea-que-sabemos-de-ella-579.htm>

Capítulo 107

PREPARACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE ENCAMADO QUE SE VA A SOMETER A UNA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

YOLANDA PADILLA GARCÍA

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

SARA GARCÍA FELIPE

PATRICIA CALVO GUZMÁN

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

1 Introducción

La importancia de que la persona que realice el trabajo en endoscopias se encuentre especializado y formado para esta labor es imprescindible. Puesto que son técnicas y pruebas diagnósticas complejas.

Cuando hablamos de endoscopia nos estamos refiriendo a una técnica diagnóstica, la cual permite explorar cavidades y conductos internos del cuerpo mediante la introducción de una sonda flexible con una pequeña cámara y una luz en su extremo, a través de un orificio natural o un pequeño corte. La endoscopia se

puede utilizar para diagnosticar enfermedades o de forma terapéutica, y permite realizar técnicas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía.

En nuestro trabajo hablamos de CPRE que es la prueba de colangiopancreatografía, la cual es una técnica que se combina con radiología y endoscopia.

La mayoría de los pacientes que se someten a esta prueba padecen una patología biliar. Esto quiere decir que muchos tienen incluso las vías biliares obstruidas y mediante esta prueba se le realiza no solo la observación, sino el implante incluso de algún stent para evitar que se vuelva a obstruir y se cierre esa vía biliar.

Son pacientes que acuden ambulatoriamente si no tienen ningún problema de salud o patología grave o en caso de que este tenga algún problema o que pueda preverse una complicación, se realizara el ingreso hospitalario para la preparación de esta prueba.

2 Objetivos

- Determinar qué tipo de cuidados de enfermería va a necesitar un paciente ante la realización endoscópica de una CPRE.
- Describir posibles complicaciones tras realizar una CPRE.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban los cuidados necesarios para realizar una correcta preparación para la CPRE. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras clave: biliar, endoscopia, formación y dieta.

4 Resultados

En nuestra revisión hemos podido documentar que tipo de preparación y cuidados puede ofrecer enfermería anteriores a la realización de una CPRE.

- En el momento que el facultativo pauta realización de CPRE, enfermería se dedicara a explicar el procedimiento al paciente.
- El primer cuidado que enfermería va a realizar con este paciente es el de entregarle un día en la que se documentara con palabras que este pueda entender.

- En esta guía tendrá el concepto de la prueba que se le va a realizar, y por supuesto la preparación anterior. En primer momento el paciente tendrá que estar los tres primeros días en dieta sin residuos y a continuación líquida para el día de la prueba estar en absoluta. En el momento que llegue a realizar la prueba, enfermería canalizará una vía periférica y le colocará la sedación adecuada pautada por el médico de endoscopia.
- Se monitorizará en todo momento al paciente para controlar las constantes vitales.
- Al finalizar la prueba, el paciente tendrá que estar a reposo y seguirá monitorizado. No se podrá ir a casa hasta desbloqueo motor de las extremidades y recuperación de la consciencia.
- Las complicaciones que pueden llegar a aparecer son perforación porque la técnica es invasiva e incluso recorre las vías biliares, con lo cual en algunas ocasiones mediante la técnica se realiza la extracción de una biopsia o se coloca un stent, en este procedimiento es donde puede llegar a ocurrir.
- Otra posible complicación puede ser la de pancreatitis porque realmente están realizando la técnica en los conductos biliares y en todo el sistema porta.
- En caso de complicación durante el procedimiento se le realizará un ingreso hospitalario para paliar o realizar la curación de este efecto secundario.

5 Discusión-Conclusión

La CPRE es una técnica agresiva, invasiva que necesita una preparación estricta, como se ha podido observar, con lo cual es muy importante la técnica, el conocimiento y por supuesto los cuidados anteriores y posteriores a esta.

Enfermería ocupa un lugar en su realización muy importante, ya que es quien estará más pendiente de los signos vitales y continuamente observan al paciente y de esta forma se anticipará a cualquier problema o complicación que pueda surgir durante el procedimiento.

Como se ha podido comprobar el entendimiento de qué tipo de preparación realizará el paciente en su domicilio en caso de que esta sea ambulatoria, es imprescindible.

6 Bibliografía

1. Frías F, Sarabia A, Lorenzo S, Pérez-Miranda M. Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE). Revista [Internet]]; 1-22.

2. Picazos A, Elorri A, Hurtado C. Papel de Enfermería en la endoscopia terapéutica. *Enferm Endosc Dig* [Internet]. 2016; 3 (2): 38-44.
3. Rivas N, De la Torre E, Pascual MM, García MJ, Martín MT, Molinero I. Función asistencial de la enfermera/o durante la realización de CPRE: Control.
4. De la sedación profunda. *Enfermería Endoscópica Digestiva* [Internet]. 2016; 3 (1) :3-10.

Capítulo 108

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUE PRESENTAN UNA DISTROFIA MUSCULAR

YOLANDA PADILLA GARCÍA

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

SARA GARCÍA FELIPE

PATRICIA CALVO GUZMÁN

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

1 Introducción

La enfermería es el profesional que administra cuidados básicos según la patología del paciente. Para ello siempre debe de leer lo importante o más básico del diagnóstico del paciente en su historia clínica para poder llevar a cabo estos cuidados.

Cuando se habla de enfermedades neuromusculares, ya estamos dando por verdadero que su patología va a necesitar cuidados en cuanto a la autonomía, movilidad, etc.

Su etiología generalmente se centra en que puede, ser degenerativa, genética, inmunomediada, metabólica, carencial, infecciosa o tóxica. Comparten una serie de características generales que hacen que la orientación clínica, sus necesidades

asistenciales y las técnicas utilizadas para su diagnóstico sean comunes a todas ellas.

La distrofia muscular se puede definir como un grupo de enfermedades que provocan debilidad progresiva y pérdida de la masa muscular. En la distrofia muscular, genes anormales (mutaciones) interfieren en la producción de proteínas necesarias para formar músculos saludables. Existen muchos tipos de distrofia muscular. Generalmente, los signos o síntomas comienzan en la infancia, por lo que es muy importante realizar las valoraciones infantiles tanto con el facultativo como con enfermería para poder valorar si el niño está en el percentil normal o existe algún síntoma o signo de alarma. Para poder realizar las actuaciones pertinentes.

2 Objetivos

Describir los cuidados básicos o necesarios para la calidad de vida del paciente que está diagnosticado con la patología de distrofia muscular.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban que cuidados serán los adecuados para poder ayudar al paciente que tiene distrofia muscular. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library. Palabras clave: enfermería, distrofia, neurología y cuidados.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos que nos indican cuáles son los cuidados principales, fundamentales, básicos de enfermería ante un paciente con una distrofia muscular.
- Lo primero se realizará una valoración de enfermería en la que incluirá, datos como nivel de conocimientos referentes a este tipo de patología, tanto el paciente como el cuidador principal si existe, qué descanso o sueño tiene, estado nutricional, hidratación, síntomas que pueda estar padeciendo, disfagia, odinofagia, pérdida de fuerza, deterioro cognitivo, etc.
- El cuidado básico de educación sanitaria por parte de la enfermería es algo importante, ya que el paciente ante una deficiencia de conocimientos o su familiar

no sabrá reaccionar ante urgencias en el estado del paciente, etc. Se enseñará al paciente a convivir con su patología, a nivel psicológico y emocional.

- Se debe de comentar que en esta patología las caídas pueden ser muy frecuentes ante la debilidad generalizada o pérdida de fuerza muscular. Con lo cual sería adecuado adaptar el domicilio con la retirada de algunos obstáculos, alfombras, mesas, etc.; que puedan generar más fácilmente las caídas del paciente.
- Otro cuidado básico y elemental que debe realizar enfermería con estos pacientes es la comprobación de la saturación y respiración correcta, ya que en la debilidad progresiva puede afectar los músculos asociados con la respiración. Las personas con distrofia muscular, con el tiempo, pueden necesitar usar un dispositivo de asistencia respiratoria (respirador), en principio por la noche, pero posiblemente también durante el día.
- También en el ámbito de la alimentación evitar alimentos que puedan llegar a proporcionar una broncoaspiración debido a la disfagia producida por la debilidad de los músculos faríngeos.
- Estas personas deben ser controladas durante toda su vida debida a su degeneración diaria de su anatomía. Controles respiratorios, ejercicios físicos para evitar un síndrome de desuso.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar que la patología de distrofia muscular es algo que debe llevar un control estricto en el que sobre todo respiratorio. Con ello evitaríamos, como se ha comentado en nuestros resultados posibles bronco aspirativos a nivel incluso neumonía.

Es un tema complicado que para el paciente y su familia cuesta asimilar debido a que su calidad de vida está supeditada siempre a un cuidador, o un familiar.

Se ha empleado un lenguaje básico, comprensible, debido a que cualquier profesional sanitario pueda llegar a ver u observar cuáles son los principales cuidados de enfermería a pacientes con la patología de distrofia muscular.

6 Bibliografía

1. Plan de atención para las personas con enfermedades neuromusculares en Aragón. Servicio Aragonés de Salud (SALUD) 2020.
2. Rodríguez de Rivera F.J. Oreja Guevara C. Sanz Gallego I. San José Valiente B.

Santiago Recuerda A. Gómez Mendieta MA. Arpa J. Díez Tejedor E. Evolución de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica atendidos en una unidad multidisciplinar. Sociedad española de Neurología. 2011;8(26) 455-460

Capítulo 109

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

ISABEL HERRAEZ CASTILLO

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

LIDIA LUCAS ESCOBAR

1 Introducción

Con frecuencia los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias tienen que hacer frente al uso de medidas agresivas, entre ellas, el manejo de la vía aérea. Cada vez que uno se enfrenta a un paciente en paro respiratorio o con grave dificultad respiratoria, el objetivo principal será asegurar la permeabilidad de la vía aérea para conseguir el correcto funcionamiento de los mecanismos de oxigenación y evitar así las graves consecuencias que se puedan derivar de ello. La respuesta primaria a estas situaciones no es únicamente la intubación oro-traqueal, pero dada su importancia en estas situaciones desarrollaremos esta técnica a lo largo del capítulo.

La intubación oro-traqueal es el procedimiento mediante el cual, con la ayuda de un laringoscopio (instrumento tubular rígido que se utiliza para visualizar la laringe y facilitar así la maniobra de intubación), se coloca un tubo en la vía aérea para asegurar la correcta ventilación y oxigenación del paciente a través de ventilación artificial.

Las situaciones en las que suele ser necesaria la intubación oro-traqueal son aquellas que provocan alguna alteración en la función respiratoria, esta técnica está indicada en situaciones tales como:

- Parada cardiorrespiratoria.
- Protección de la vía aérea.
- Situaciones en las que el nivel de consciencia sea bajo (según la escala de Glasgow será necesaria la intubación en aquellos pacientes con puntuación inferior a 8 puntos).
- Paciente con insuficiencia respiratoria aguda grave.
- Obstrucción de la vía aérea superior (cuerpo, extraño, traumatismos, secreciones, etc.).
- Riesgo de aspiración en pacientes inconscientes.
- Situaciones que precisen anestesia general.
- Imposibilidad de asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias por otros medios.

2 Objetivos

El objetivo de la realización de este capítulo es conocer la importancia de la intubación orotraqueal en situaciones de emergencia, así como conocer las situaciones en las que estaría indicada, su finalidad y desarrollar el procedimiento que se ha de llevar a cabo en el desempeño de esta técnica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante un análisis de contenido de la literatura, así como la búsqueda de artículos académicos en las principales bases de datos de páginas especializadas como Scielo, Pubmed o Medline. Las palabras clave empleadas en esta búsqueda han sido: intubación orotraqueal, emergencia, parada respiratoria, insuficiencia respiratoria aguda.

4 Resultados

En la mayoría de las situaciones la necesidad de intubar o no a un paciente en una situación de emergencia suele darse de manera repentina por lo que tendremos que tener todo el material y medicación necesaria previamente preparado para poder ser utilizado en cualquier momento, dado que en este tipo de situaciones cualquier pérdida de tiempo puede conllevar consecuencias fatales. Llamaremos a este proceso secuencia de intubación rápida, esta secuencia está formada por

los siguientes pasos: preparación, pre oxigenación, protección y posicionamiento, premedicación y procedimiento de intubación.

La preparación implicará tener disponible todo el equipo necesario así como los fármacos que se emplearán en el desarrollo de la técnica. El material necesario será: paño estéril, laringoscopio, tubos orotraqueales de diferentes tamaños, guía maleable, pinza de Magil, jeringas de 5 y 10ml, toma de oxígeno, Ambú y mascarilla facial, aspirador conectado con sonda Yankauer, fonendoscopio, vendas y esparadrapo para la fijación del tubo y tener a mano siempre el carro de paradas. Los fármacos empleados en la intubación del paciente seguirán la siguiente secuencia: analgésicos (fentanilo, cloruro mórfico), inductores/hipnóticos (midazolam, propofol) y relajantes musculares (succinilcolina, rocuronio).

Una vez tenemos todo preparado pasaremos a la pre oxigenación del paciente, procedimiento por el que se busca alcanzar, de forma rápida, altas concentraciones de oxígeno en el paciente para afrontar el tiempo de apnea que tiene lugar durante el proceso de intubación.

Seguidamente pasaremos al correcto posicionamiento del paciente, de esta forma colocaremos al paciente en decúbito supino con el cuello en hiperextensión y el profesional que llevará a cabo la técnica de intubación se colocará a la cabeza del paciente. Aprovecharemos esta ocasión para retirar, si los hubiese, cualquier tipo de prótesis dental o cuerpo extraño que tuviese el paciente.

Llegamos así a la fase de premedicación con la que se pretende evitar o atenuar las posibles complicaciones hemodinámicas, respiratorias o metabólicas que puedan suceder durante el desarrollo de la técnica y comprometer la vida del paciente. Es durante esta fase en la que administraremos los fármacos antes mencionados en el siguiente orden: analgésicos, inductores del sueño/hipnóticos y relajantes musculares.

Finalmente llevaremos a cabo la técnica de intubación orotraqueal:

- Extender un paño estéril y colocar todo el material sobre él.
- Comprobar el correcto funcionamiento del laringoscopio (palas y luz) y el correcto estado del balón de neumotaponamiento del tubo orotraqueal (se hinchará con una jeringa de 10ml y comprobaremos que no haya roturas que puedan ocasionar la fuga de aire).
- Con el paciente ya correctamente colocado, abrir la boca y aspirar secreciones si fuese necesario.
- Coger el laringoscopio ya montado con la mano no dominante y colocarlo de tal manera que nos permita la correcta visualización de la epiglotis, haciendo tracción hacia arriba adelante hasta ver las cuerdas vocales.
- Introducir el fiador maleable dentro del tubo sin sobrepasar el extremo distal de

éste para mayor control del recorrido del tubo.

- Coger el tubo con la mano dominante e introducir entre las cuerdas vocales hasta que el balón del neumotaponamiento las sobrepase, retirar el fiador e inflar el balón del neumotaponamiento con 8-10ml de aire.
- Conectar el tubo al medio de ventilación artificial elegido (ambú o respirador mecánico) y comprobar la correcta colocación del tubo y por tanto la correcta oxigenación del paciente.
- Fijar el tubo orotraqueal al paciente con la ayuda de esparadrapo y vendas, evitando la presión excesiva y la protección de las comisuras labiales.

5 Discusión-Conclusión

Para el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea hay diferentes técnicas, como la maniobra de extender la cabeza y elevar el mentón, maniobra de tracción mandibular o la colocación de una cánula orofaríngea; menos agresivas e invasivas con las que conseguir una vía aérea permeable. Sin embargo las situaciones en las que es necesaria una intubación orotraqueal se dan con mucha frecuencia. La intubación orotraqueal se realiza, entre otros, en los servicios de urgencias y en las situaciones de urgencias extra hospitalarias. A pesar de ser una situación de emergencia el desempeño de esta práctica debe ser ordenada, y es por ello que todos los profesionales que se enfrenten a estas situaciones deben conocer los beneficios de aplicar esta técnica y los problemas que puede ocasionar, así como las dificultades a las que se puede enfrentar en el desarrollo de la técnica; de ahí la importancia de su desarrollo.

6 Bibliografía

1. M.I. Ostabal Artigas. La intubación endotraqueal. Med Integral. 2002; 39 (8): 335-342.
2. Manuel Ige Afuso/Jenner Chumacero Ortiz. Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. Acta Med Per. 2010; 27 (4): 270-280.
3. Patricia Pérez Perilla/Atilio Moreno Carrillo/Fritz E. Gempeler Rueda. Guía para la secuencia de inducción e intubación rápida en el servicio de emergencias. Univ Med. 2013; 54(2): 175-198.

Capítulo 110

VÍA INTRAÓSEA EN URGENCIAS

MARINA RICO MEDINA

ALBA AGUIRRE RODRÍGUEZ-MADRIDEJOS

1 Introducción

En situaciones de urgencia y emergencia, sobre todo en extrahospitalaria, es imprescindible de disponer de un acceso venoso por el cual administrar tratamiento a nuestro paciente, si bien, esto a veces no es posible ya sea porque la vía venosa periférica sea inaccesible o por la pérdida de tiempo que esto supondría. Debido a esto toma partida por parte del personal de enfermería el conocimiento sobre el acceso vascular intraóseo y tanto así su adiestramiento en la técnica.

La vía intraósea es un acceso de interés y del que está aumentando su utilización en nuestro tiempo, por lo que se está motivando la aparición de nuevos estudios e instrumentos para la canalización de este tipo de catéter.

Gracias a la capacidad de drenaje del sistema venoso de la médula ósea conseguimos la infusión intraósea. Esto se debe a que en el interior de los huesos largos de nuestro cuerpo encontramos una red de capilares los cuales drenan todo su contenido a un gran seno venoso central. Este seno tiene la peculiaridad de que no se colapsa ni en situaciones de shock ni parada cardiorrespiratoria por lo que es una excelente alternativa para la administración de fármacos y líquidos a la circulación general. Además, se considera una vía de acceso seguro y rápido

2 Objetivos

Dar a conocer el uso de acceso intraóseo en enfermería

Examinar tanto las indicaciones como las diferentes contraindicaciones de su uso
Referir los distintos cuidados de enfermería necesarios.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica narrativa sobre la vía intraósea y su uso por parte del personal de enfermería.

Para su elaboración se ha realizado una búsqueda sistematizada de información a través de la biblioteca de la Universidad de Castilla- La Mancha, diferentes bases de datos multidisciplinarias y específicas de ciencias de la salud, buscadores académicos y prensa especializada.

4 Resultados

La falta de un acceso vascular inmediato en situaciones de urgencia vital aumenta el riesgo de morbi-mortalidad del paciente. Conseguir una vía vascular en ciertos escenarios puede ser limitado o puede retrasar de manera notable el tratamiento. Entre las diferentes opciones posibles al acceso periférico venoso nos encontramos, entre otras, la vía venosa central, la endotraqueal o la intraósea. La vía venosa central debe realizarse por personal muy entrenado en la técnica, se necesita de comprobación radiográfica y tiene numerosas complicaciones graves. La vía endotraqueal anteriormente bastante utilizada, necesita una dosis del fármaco a administrar más altas que al usar la vía venosa.

Por lo que nos queda la vía intraósea que en estos casos se considera un acceso vascular de urgencia eficaz para la administración de fármacos y líquidos, segura y de rápida inserción.

Nuestro cuerpo está formado numerosos huesos y de los cuales atendiendo a su forma podemos clasificarlos en largos, cortos, planos e irregulares. En nuestro caso nos interesan los huesos largos (tibia, fémur, húmero) y más concretamente una parte dentro de ellos que se denomina cavidad medular, donde encontramos la médula ósea amarilla y unos capilares que van a ser los responsables de drenar todo su contenido al seno venoso central y de este al torrente sanguíneo del organismo. Esta vía tiene la superioridad de que no se colapsa en situaciones de shock o de parada cardiorrespiratoria por lo que se convierte en una vía de gran utilidad en situaciones de emergencia.

Las indicaciones de las guías para la canalización de una vía intraósea son: niños menores de 6 años, tres intentos fallidos de vía venosa en adultos, shock,

parada cardiorrespiratoria, personas atrapadas, alteración del nivel de consciencia, grandes quemados, hemorragias masivas, politraumas, pacientes con compromiso respiratorio... En resumen, pacientes con patología crítica que necesiten un acceso vascular y el acceso venoso sea imposible o su canalización demore demasiado su tratamiento.

Por el contrario, existen contraindicaciones absolutas como inserción en hueso con fractura o traumatismo grave, o hueso donde se ha hecho anteriormente un intento de punción. De las contraindicaciones relativas destacamos la osteoporosis, celulitis, tumores óseos o quemaduras en el sitio de aplicación.

Tras realizar la técnica y una vez tengamos nuestro catéter intraóseo bien colocado los cuidados que enfermería debería realizar son:

- Inmovilizar correctamente el miembro que porte el catéter.
- Preservar permeable la vía con infusiones lentas de suero fisiológico.
- Limpiar con boro de suero fisiológico el catéter tras cada administración de medicación.
- Registrar en la historia clínica tanto la fecha, la hora y el lugar de inserción.
- Desinfectar la zona de punción.
- Evidenciar los pulsos distales y aspecto de la extremidad.
- La vía intraósea puede estar insertada un máximo de 24 horas por lo que pasadas estas la retiraremos girando lentamente en sentido de las agujas del reloj mientras aplicamos tracción en el catéter.

5 Discusión-Conclusión

La vía intraósea es la mejor elección en situaciones de extrema urgencia, sobre todo en extrahospitalaria. Está indicado, entre otros, en pacientes pediátricos o pacientes críticos en los que es imposible canalizar una vía venosa o su intento de canalización retrasara notablemente el inicio del tratamiento. Se trata de una alternativa rápida, segura y eficaz en estos casos.

Este tipo de vía actúa debido a la vellosidad de los capilares que los huesos tienen en su médula ósea llevando así todo su contenido a la circulación sanguínea del organismo.

Existen contraindicaciones para su uso como es la fractura o traumatismo severo del hueso de elección o el reiterado intento de inserción en el mismo hueso.

Enfermería tiene un papel importante en este tipo de técnica, no solo para su implantación, sino también con sus posteriores cuidados, necesarios para preservar esa vía intraósea.

6 Bibliografía

1. Sherrat R. Nice guidance on giving intravenous fluids. Nurs Times. 2014; 110 (6): 12-13
2. Miguez A, Muñoz D, Tello S. Una alternativa poco habitual: la intraósea. Enfermería Global. 2011;24:171-179
3. Dubick MA, Holcomb JB. A review of intraosseous vascular access: Current status and military application. Mil Med 2000;165:552-8.

Capítulo 111

ABORDAJE DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUEMADO

CAROLINA CERRATO RODRÍGUEZ

FLORENTINA SUITA FERNÁNDEZ

ANA DÁVILA GUERRERO

GLORIA MÉNDEZ COLLADO

1 Introducción

La piel es el órgano más grande que posee el ser humano. Está formada por tres capas distintas y tiene por función proteger al interior del organismo de las radiaciones ultravioletas, los agentes químicos y físicos, así como prevenir la deshidratación y la pérdida de electrolitos. Otras de sus funciones son la termorregulación, la sudoración, la excreción, la sensación y la función inmunológica.

Cuando se produce una quemadura, la piel sufre un proceso de destrucción dañando parcial o totalmente todas las capas de la piel. Según sea la profundidad y la extensión de la quemadura, ésta tendrá una clasificación u otra.

Las quemaduras son un problema de salud a nivel mundial, teniendo una prevalencia superior en países en vías de desarrollo y sucediendo con mayor incidencia en el ambiente doméstico.

El abordaje de Enfermería al paciente quemado se basará en realizar una minuciosa valoración inicial junto con una reanimación eficaz y el inicio de ventilación mecánica si el paciente así lo necesita. Posteriormente, se procederá a realizar una

reposición volumétrica adecuada, además de prevenir la hipotermia, administrar tratamiento farmacológico para el dolor y realizar las curas tópicas.

Por todo ello, enfermería juega un papel primordial en el abordaje de este tipo de pacientes, contribuyendo con sus intervenciones a que el paciente recupere pronto su nivel de salud y evitando que se acontezcan posibles complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo propuesto para este capítulo ha sido:

- Analizar qué es una quemadura.
- Establecer el abordaje de enfermería del paciente quemado.

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 abordaje de las quemaduras precisa un cuidado específico que siga un protocolo de actuación y una coordinación entre los distintos profesionales y niveles asistenciales, consiguiendo así que el paciente reciba un adecuado tratamiento y el ciclo de continuidad de cuidados pueda mantenerse.

Para realizar un correcto abordaje de Enfermería al paciente quemado se debe realizar una minuciosa valoración inicial, comenzando por la secuencia ABCDE, prestando especial atención a la vía aérea (A), la respiración (B), la circulación (c), el estado neurológico (D), y la exposición de las lesiones (E). Una vez realizada la valoración y comprobar que todo está bajo control y el paciente se encuentra fuera de peligro, se procederá a lavar la quemadura, así como a retirar toda la ropa y complementos, determinando la profundidad de la lesión que ha ocasionado la quemadura.

Una vez terminado el proceso de valoración inicial, se procederá a la reposición volumétrica pertinente, evitando con esta medida el riesgo de shock hipovolémico y distributivo. Cuando se trata de grandes quemados, el suero a utilizar

será el fisiológico o la solución Ringer Lactato, administrando la mitad de las necesidades que necesita el paciente en las primeras 8 horas tras la quemadura, mientras la otra mitad se administrará en las siguientes 16 horas.

Si se precisa, colocar una sonda urinaria, realizando un combur test en los casos de quemaduras eléctricas para descartar una alcalosis renal.

Colocar una sonda nasogástrica en pacientes que superen el 20% de la superficie corporal quemada.

Mantener al paciente en dieta absoluta y administrar vacunación antitetánica.

Todos estos cuidados deben ser prestados por Enfermería de manera inmediata e ir añadiendo de forma progresiva todos aquellos que vayan surgiendo según se vayan desarrollando las necesidades del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras son una patología muy frecuente en los servicios de urgencias, teniendo una mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo y suelen suceder con mayor frecuencia en el ámbito doméstico.

Enfermería será el profesional encargado de realizar el abordaje del paciente quemado, prestando todos los cuidados necesarios para asegurar que la vida del quemado no corra peligro, haciendo especial hincapié en asegurar la vía aérea y controlar el dolor.

Para ello, enfermería debe contar con los conocimientos oportunos para hacer frente a esta situación contribuyendo con sus cuidados a la pronta recuperación del paciente y a evitar la aparición de posibles complicaciones.

6 Bibliografía

1. Chabrera Sanz, C., & Pùente, L. (2005). Búsqueda Bibliográfica: Cuidados de Enfermería a pacientes quemados. IX Encuentro de Investigación en Enfermería, 261.
2. Tapia, F. L. (2008). Cuidados enfermeros en la unidad de quemados. Editorial Vértice.
3. Domínguez Pérez, C. (2019). Atención de urgencia y cuidados de enfermería en un paciente quemado.
4. Vázquez Outeiriño, M., & Fernández de Prado, P. (2020). Cuidados de enfermería en la unidad de quemados críticos.

Capítulo 112

LA ENFERMERÍA EN EL BANCO DE SANGRE

JAVIER LAPARRA GONZÁLEZ

JOSÉ MARÍA LÓPEZ GONZÁLEZ

LAURA CASTRO OLIVARES

MARIA TERESA VICO SÁNCHEZ

JORGE VICO SÁNCHEZ

1 Introducción

Hoy día hay una controversia respecto a la empleabilidad de personal de Enfermería o Técnicos Superiores en laboratorio en el servicio de Banco de Sangre. A lo largo de este artículo se desglosarán las distintas funciones de estas dos categorías sanitarias y finalmente daremos nuestra opinión del tema y su razonamiento.

Para ello se explicará primeramente las diferentes estructuras del Banco de Sangre, con sus diferentes modalidades y sus relaciones existentes entre ellas. Nosotros por nuestra parte nos centraremos en aquellas estructuras donde reside la actual fuente de controversia entre ambos colectivos. Y es en el servicio de transfusiones, donde se realizan las pruebas de compatibilidad. Hoy día hay sentencias firmes por las cuales le dan la razón a los Técnicos de Laboratorio, y es que se puede hacer de ambos modos, es decir con personal de Enfermería y

de Técnicos. Pero creemos que lo mejor para el paciente y la credibilidad nuestra sería hacerlo de la forma más segura posible.

El cuerpo de Técnicos alega que esas funciones son propias suyas, además que en nuestros planes de estudio no se contemplan esas técnicas ni procedimientos, ni siquiera se ven los conocimientos necesarios, mientras que en el suyo sí lo hacen.

2 Objetivos

El Banco de sangre es un servicio muy desconocido para el personal de Enfermería, pues no suele emplear a muchos profesionales y por ello hay un desconocimiento grande en cuanto a nuestras funciones en dicho servicio. Por ello uno de nuestros objetivos es explicar cuáles son las funciones del personal de Enfermería dentro del Banco de Sangre.

Explicar la problemática actual en dicho servicio a la hora de emplear una categoría profesional y otra, y el por qué.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el tema en las diferentes fuentes, tales como; Medlin, Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus y RECYT. Además se aprovecha la experiencia profesional de los autores para dar su opinión fundamentada en su trabajo realizado en dichos servicios.

4 Resultados

El Banco de Sangre es una estructura en la cual se encarga de seleccionar y recibir a los donantes, al igual que se encarga de procesar, almacenar y distribuir los componentes sanguíneos y sus derivados, para lo cual suele abarcar un laboratorio propio para dicho procesado.

Dentro del Banco de Sangre se diferencia varios tipos:

1. El centro de transfusión: encargado de la extracción y verificación de los hemocomponentes, su tratamiento, almacenamiento y distribución.
2. El servicio de transfusión: es una unidad dentro de un centro hospitalario, que se encuentra vinculada a un centro de transfusión, del cual recibe los hemocomponentes. Allí se almacenan y se realizan las pruebas de compatibilidad antes de ser transfundidas a los pacientes.

3. La unidad de extracción: es una unidad asistencias vinculada a un centro de transfusión, donde se envían los diferentes componentes una vez que se ha realizado la extracción.

La extracción de los componentes hematológicos lo realiza el personal de Enfermería y en presencia de un Facultativo. Una vez que se han extraído los hemocomponentes se tienen que tratar, que esta función recae exclusivamente en el personal de Técnicos de Laboratorio.

La problemática viene en los servicios de transfusión y más concretamente en la realización de las pruebas de compatibilidad. Los Técnicos de Laboratorio alegan que esas técnicas, donde se utilizan pipetas y tubos de ensayo, son propias de su cuerpo profesional y no de Enfermería. Lo cierto es que llevan razón, en ningún plan de estudios del Grado de Enfermería se ve esas técnicas.

Pero las técnicas a realizar hoy en día se han simplificado enormemente pues hay tarjetas que facilitan mucho el proceso. Esto hace que cualquier persona que no haya sido instruida en estas técnicas pueda llevar a cabo las pruebas de compatibilidad sin mayor dificultad.

Aunque el mayor argumento que vemos los autores y esto es opinión nuestra, es que se ha demostrado que un proceso cuantas más manos intervienen, más fácil es que se produzcan errores. Y eso se traduce en muchos fallos los cuales dan reacciones más o menos graves a los pacientes, y que bajo nuestra opinión se podrían evitar.

A modo de ejemplo, una prueba de compatibilidad pasaría por las siguientes personas;

- En el caso de que el Servicio de Transfusión estuviera a cargo por personal Técnico de Laboratorio:

1. Personal de Enfermería del Servicio donde se extrae la sangre del paciente para su posterior realización de la prueba de compatibilidad.

2. Persona encargada de su transporte desde el Servicio de origen al Servicio de Trasmisión.

3. Técnico de Laboratorio del Servicio de Transfusión.

4. Persona encargada del transporte del componente hematológico desde el Servicio de Transfusión al Servicio donde esté ubicado el receptor de la donación.

5. Personal de Enfermería del Servicio donde esté ubicado el receptor, el cual será el responsable de transfundir dicho componente.

- En el caso en el que el Servicio de Transfusión estuviera a cargo por personal de Enfermería.

1. Personal de Enfermería del Servicio donde se extrae la sangre del paciente para su posterior realización de la prueba de compatibilidad.

2. Persona encargada de su transporte desde el Servicio de origen al Servicio de Transfusión.

3. Personal de Enfermería del Servicio de Transfusión. Una vez completada las pruebas de compatibilidad, este mismo personal será el encargado de transportar el componente hematológico al lugar donde se encuentre el paciente y transfundirlo. Además de esta forma se realizan pruebas de identificación del paciente que de la otra forma no se están haciendo, como por ejemplo la determinación del Grupo y RH a los pies de la cama.

Como se puede observar en el caso de estar a cargo el Servicio de Transfusión por parte de Personal de Enfermería, hay menos “cambios de manos”, y aunque se siguen produciendo errores, estos son mucho menores que en el caso de que hubiera Técnicos de Laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de lo anteriormente expuesto, hoy día se está abogando más por la sustitución del Personal de Enfermería por Técnicos de Laboratorio. Al principio todos los Servicios de Transfusión estaban a cargo de Personal de Enfermería, hoy día apenas quedan ya unos pocos que siguen manteniendo plantillas de Enfermería y son puestos de trabajo que se están perdiendo por parte de la Enfermería.

Se prima más el factor económico que la seguridad en este aspecto, pues mantener una plantilla de personal de Técnicos de Laboratorio es más económico que si fuera de Enfermería. A costa de sobrecargar al personal de Enfermería de otros Servicios y a un aumento del riesgo por parte de los pacientes.

6 Bibliografía

Jara Rosas, V. A. (2019). Características que influyen en la empleabilidad de los egresados de la carrera Técnico Superior en Laboratorio Clínico y Banco de Sangre de Duoc UC en el año 2018.

Rodríguez-Soler, J. (2019). INTRODUCCIÓN AL BANCO DE SANGRE EN UN CICLO FORMATIVO DE GRADO SUPERIOR.

García, B., Rubio, F. y Crespo, M. R. (2018). Técnicas de análisis hematológico. Madrid, España. Paraninfo.

Capítulo 113

TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

JAVIER LAPARRA GONZÁLEZ

LAURA CASTRO OLIVARES

JOSÉ MARÍA LÓPEZ GONZÁLEZ

MARIA TERESA VICO SÁNCHEZ

JORGE VICO SÁNCHEZ

1 Introducción

A nivel hospitalario se ha experimentado un aumento de las necesidades de transfusión, debido entre otras circunstancias al incremento de los requerimientos por la gran cantidad de intervenciones quirúrgicas y a los pacientes con anemia, bien sea aguda o crónica. Este suceso ha determinado que las direcciones de los hospitales que tengan cierta envergadura opten por tener una plantilla fija en el Banco de Sangre que no salgan de dicho servicio para transfundir, y en su defecto son el personal de Enfermería de los diversos servicios los que se encargan de transfundir los distintos hemocomponentes.

Debido a esto se ha hecho patente un desconocimiento de las condiciones especiales de dichas transfusiones por parte del personal. Haciendo que aumente la probabilidad de que aparezcan situaciones no deseadas, donde se produzcan errores y por consiguiente poner en riesgo al paciente. De paso aprovechamos para defender el papel de la Enfermería en este puesto y que sea la misma persona que

realiza las pruebas de compatibilidad, la que ponga los diferentes componentes para evitar que se produzcan más fallos. De esta manera a la vez que se reduzcan las reacciones transfusionales ocasionadas por fallos humanos, que dichas reacciones si las hubiera se pudieran detectar más precozmente, para poner el tratamiento pertinente de forma más rápida y reduciendo consigo las complicaciones.

2 Objetivos

- Dar a conocer las características especiales que conlleva la transfusión de este tipo de componentes, con respecto a la medicación que se suele administrar de forma habitual en los distintos servicios.
- Evitar que se produzcan errores que conlleven reacciones transfusionales o complicaciones de distinta gravedad.

3 Metodología

Para esto se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura actual con respecto a este tema. Se incluyen bases de búsqueda tales como Pubmed, Medline, y Scielo, entre otras. Para acotar la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave: Transfusión, Banco de Sangre, Hemocomponentes.

4 Resultados

Se demuestra que la mayoría de las reacciones transfusionales se producen por un error en la identificación del paciente a transfundir. Por ello los diferentes centros sanitarios han desarrollado distintos métodos de identificación de los pacientes, aunque la mayoría utilizan el método de pulseras identificativas. Además los centros desarrollan sus propios protocolos de actuación en los cuales incluyen las pulseras identificativas entre otros métodos. Estos protocolos están basados en la literatura actual más relevante, por ello no difieren mucho unos de otros. Tras haber identificado correctamente el paciente a transfundir, se realiza una toma de las constantes vitales, las cuales incluyen principalmente la toma de la tensión arterial y la temperatura axilar. En cuanto a esto hay cierta variedad en cuanto a marcar el límite que indique la contraindicación de transfundir, pero cabe señalar que la indicación última la tiene el facultativo responsable del paciente.

En cuanto a los sistemas de transfusión hay unanimidad en la utilización de sistemas de infusión con filtro. La utilización de bombas de infusión no está extendido, de hecho se aconseja la no utilización para no dañar los hematíes de los concentrados de hematíes, en su lugar se utilizan sistemas de dosificación que regulen el ritmo de infusión.

En cuanto a los ritmos de infusión hay cierta variabilidad siendo estos los más aceptados;

- Concentrados de hematíes: de 1,5 – 3 horas, siendo el ritmo medio de infusión de 3 – 5 mL/kg/hora.
- Plasma fresco: de 30 – 45 minutos, si el volumen no excede de 5 – 10 mL/kg.
- Concentrado de plaquetas: 15 – 20 minutos, no es habitual fraccionar el componente, siendo necesario cuando excede los 10 mL/kg.

Estos ritmos deben tenerse en cuenta para no sobrecargar de líquidos a los pacientes, sobre todo cuando nos encontramos con pacientes con patologías cardíacas, renales,... En situaciones de urgencia estos tiempos de infusión se pueden acortar, pero siempre por indicación médica.

Los ritmos que se han comentado anteriormente se deben disminuir en los primeros 10 – 15 minutos de la transfusión, después se tiene que administrar a la velocidad que se ha expuesto. Esto se hace así porque la mayoría de las reacciones transfusionales aparecen en los primeros 15 minutos. El ritmo de infusión durante esos primeros minutos no hay un acuerdo ampliamente aceptado, simplemente el objetivo de reducir el ritmo es para que la reacción si la hubiera sea la mínima posible.

5 Discusión-Conclusión

En España la transfusión de hemocomponentes es muy segura, siendo las reacciones transfusionales escasas y en su mayoría de intensidad leve. Desde que se realizan las serologías a los donantes de componentes la incidencia de infecciones por transfusiones de hemocomponentes se ha reducido considerablemente.

Si se procede con las medidas de asepsia necesarias, las infecciones en el punto de inserción de los catéteres son similares a cuando se administran otras sustancias. Importante que cuando finalice la infusión del componente, lavar la vía con suero fisiológico para evitar taponamientos de la luz del catéter que conlleven la inutilización de esta y posterior sustitución.

6 Bibliografía

Arias Quispe, M. J. Conocimientos del profesional de enfermería en el procedimiento de administración de hemocomponentes en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Municipal La Merced en el tercer trimestre de la gestión 2019 (Doctoral dissertation).

Martínez, M. I. S., León, L. S., & Segura, A. F. Eventos adversos y cumplimiento de la política transfusional restrictiva del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: 2018-2021.

Fernández Muñoz, H. (2018). Obtención y uso de concentrados de plaquetas: perspectiva actual. Proyecto de investigación:.

Gattino, S. P., Rocchetti, N., Karantzias, J., Bagilet, D., Settecasse, C., & Quaglino, M. (2022). La transfusión de concentrados de hematíes en pacientes críticos de una uci polivalente de argentina. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 39.

ALVAREZ SANCHEZ, J. H. O. H. A. N. (2021). EFECTOS DE LA TRANSFUSION DE ERITROCITOS EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO Y ANEMIA.

Capítulo 114

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

FLORENTINA SUITA FERNÁNDEZ

ANA DÁVILA GUERRERO

GLORIA MÉNDEZ COLLADO

CAROLINA CERRATO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Se habla de paciente politraumatizado cuando la persona presenta lesiones en varios órganos y sistemas, las cuales afectan al estado general y a las funciones vitales, poniendo en peligro su vida y requiriendo de una actuación de urgencia. Para poder realizar una rápida y adecuada actuación en el paciente politraumatizado es imprescindible realizar una valoración de los signos vitales y parámetros como relleno capilar, pupilas, piel, etc.

La labor de Enfermería es imprescindible y fundamental para realizar el abordaje inicial al politraumatizado, donde el tratamiento y los cuidados deben ser precoces.

El reconocimiento primario y secundario llevado a cabo de manera sistemática, constante y protocolizada, evita que se produzcan errores y a que se omitan procedimientos en la valoración, en el tratamiento y en los cuidados.

Al aumentar la calidad asistencial se aumenta la tasa de éxito, disminuyendo el nivel de morbilidad en los primeros momentos. Por eso, Enfermería debe

aportar unos cuidados de calidad que contribuyan a asegurar en primera instancia la vía aérea y el control respiratorio y circulatorio.

Para todo este proceso, enfermería debe contar con los conocimientos y formación adecuados para poder actuar de forma rápida y precisa garantizando la vida y seguridad del paciente, así como reduciendo o evitando posibles complicaciones.

2 Objetivos

Los objetivos propuestos han sido:

- Analizar la importancia de los cuidados de Enfermería en el paciente politraumatizado.
- Establecer los cuidados que Enfermería debe ofrecer a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la metodología se empleó una búsqueda sistemática en la bibliografía publicada en diversas bases de datos científicas como Medline y Cuiden, así como en el buscador Google Académico. Para acotar la búsqueda se utilizaron diferentes palabras clave acorde con la temática llevada a estudio.

Las referencias que se llevaron a revisión quedan reflejadas en la bibliografía de este capítulo.

4 Resultados

Enfermería debe saber y tener muy presente que al atender a un paciente politraumatizado lo primero que debe hacer es valorar y tratar las urgencias vitales. Para ello hay que asegurar la vía aérea y mantener un control respiratorio y circulatorio. Posteriormente se procede a colocar un collarín cervical y a administrar oxigenoterapia. Si fuese necesario, se iniciará la maniobra de reanimación cardiopulmonar y se realizará la desfibrilación. Es fundamental realizar una valoración de las pupilas para establecer su tamaño y saber cómo reacciona a la luz, así como conocer el tiempo de relleno capilar, valorar el estado de la piel, el nivel de conciencia y conocer todos los valores correspondientes a tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, etc.

Una vez realizado todos estos cuidados, se procede a canalizar uno o dos accesos venosos periféricos, a ser posibles de calibre grueso, y a extraer una muestra de

sangre. Si no fuera posible el acceso venoso, valorar en el acceso venoso central. En el caso de la existencia de hemorragias, controlarlas.

Al paciente politraumatizado se le ha de desnudar por completo, teniendo en cuenta que en estos pacientes es muy frecuente la hipotermia.

En el segundo proceso de la valoración y cuidados al paciente politraumatizado, Enfermería debe realizando una valoración desde la cabeza hasta los pies. Esta valoración secundaria no puede llevarse a cabo si no se ha realizado todos los pasos anteriores correspondientes a la valoración inicial y no se han resultado los problemas vitales. En esta valoración se debe recaudar información sobre la historia clínica del paciente, conociendo patologías previas, medicación habitual, intervenciones quirúrgicas, entre otros. Una vez conocida esta información, se procederá a realizar una inspección y valoración minuciosa del cuerpo del paciente comenzando por la cabeza y pasando por cuello, zona cervical, espalda, tronco, abdomen, pelvis, periné, recto, piernas y pies.

Una vez realizada esta valoración y para que Enfermería pueda dar respuestas a las necesidades que presente el paciente politraumatizado, se establecerá una serie de pautas a modo de proceso atención de Enfermería para planificar y realizar los cuidados encaminados al bienestar del paciente, siguiendo el orden de las etapas de valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

5 Discusión-Conclusión

El paciente politraumatizado es un paciente que requiere de una atención de urgencia por la gravedad que supone para su vida.

Los cuidados de Enfermería en este tipo de pacientes son imprescindibles y fundamentales para asegurar el bienestar físico del paciente, realizando previamente para que puedan llevarse a cabo un proceso de valoración inicial que asegure la vía aérea y garantice las constantes vitales.

Por ello, la actuación de Enfermería es muy necesaria en la atención inicial de este tipo de pacientes, teniendo que contar este profesional con la formación adecuada y oportuna para abordar de manera integral al politraumatizado.

6 Bibliografía

1. Avila, D. M. (2002). Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. *Revista de Enfermería*, (15), 31-34.

2. Melgarejo Ávila, D. (2002). Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado.
3. Flores Mauricio, M. (2022). Cuidados de enfermería al paciente politraumatizado atendido en el área de emergencia.

Capítulo 115

CANALIZACIÓN DE CATÉTER MIDLINE

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANTONIO MONTOYA MOLINA

JUANA MARÍA CASTELLANO BUENO

SARA ZAMORA RODRÍGUEZ

ANA ROBLES CAMPILLO

1 Introducción

El catéter de línea media es un catéter venoso indicado en pacientes cuya terapia se espera que dure más de 6-7 días pero que no precisan de un catéter venoso central ni medición de presiones venosas centrales. También está indicado en pacientes con difícil acceso venoso.

Dicho catéter es un catéter venoso corto de unos 4-30 cm, que se inserta periféricamente en venas de mayor diámetro y con técnica seldinger o microseldinger. Suele estar hecho de poliuretano, alcanzando así una mayor duración en la vena, sin riesgo de lesionarla ni de deterioro por parte de los fármacos.

Su inserción se realiza en el brazo, por encima de la fosa antecubital (venas basilíca o cefálica), llegando la punta hasta la vena axilar; al no llegar a la vena cava superior no se convierte en un acceso venoso central pero tampoco se queda en una localización periférica. Esto permite la administración de fármacos vesi-

cantes o hiperosmolares evitando el riesgo de felbitis, edemas, extravasación, funcionamiento inadecuado del catéter, infecciones, etc.

El catéter midline trae además un prolongador, haciendo que la manipulación de este sea más lejana al punto de punción una vez se ha insertado, reduciéndose así los riesgos de infección por manipulación inadecuada del catéter.

Por otro lado, también cuentan con la ventaja de poder ser insertados con ayuda de ecografía vascular, lo que permite acceder a venas de mayor calibre, más profundas y poder ver su recorrido y las posibles obstrucciones o trombos que pueda tener dicho vaso sanguíneo.

En diferentes servicios como las UCIs, unidades de sangrantes, hematología, oncología, etc. es la enfermería la encargada de la canalización de estos catéteres y tiene un importante papel también en la elección del catéter adecuado para el paciente.

2 Objetivos

- Conocer la técnica y diferentes pasos en la inserción de un catéter de línea media.
- Evitar riesgos y complicaciones de dicha técnica.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una metodología de revisión bibliográfica, obteniéndose la información a través de diferentes fuentes académicas, incluyéndose revistas especializadas, artículos científicos y webs especializadas con información actual o en su defecto de publicación de los últimos 10 años.

4 Resultados

Para la inserción de un catéter midline debemos preparar el material y seleccionar la vena a canalizar, ya sea con ayuda de ecografía o de manera más superficial. Las venas de elección son la basilíca y la cefálica. Igualmente, también se podría insertar en vena braquial.

Una vez seleccionada la vena debemos preparar el material.

- Cateter midline.
- Empapador.

- Sistema de fijación a piel (apósito, sistema statlock/puntos de seda, venda tubular...).
- Mascarilla.
- Gorro.
- Bata estéril.
- Guantes estériles.
- Campos estériles.
- Compresor.
- Jeringas.
- Agujas.
- Bisturí.
- Antiséptico para la piel (clorhexidina alcohólica).
- Suero fisiológico.
- anestésico tópico (EMLA) o local (lidocaína 1 %...).

Informamos al paciente del procedimiento y comenzamos a preparar la técnica. Colocamos al paciente en supino con el brazo en ángulo recto; lavamos el miembro y desinfectamos la zona. Procedemos con el lavado de manos y preparación estéril (colocación de gorro, mascarilla, bata y guantes estériles). Preparamos campo estéril y colocamos el compresor.

Una vez preparado el campo estéril y todo el material la colocación se puede hacer por técnica seldinger o microseldinger (la diferencia es el uso de dilatador o introductor pelable).

Limpiamos y desinfectamos el lugar de punción. Aplicamos anestésico local (op-tativo). Pinchamos la vena con la aguja, cuando salga sangre se inserta la guía y se retira la aguja; se realiza pequeña incisión con un bisturí y se inserta el dilatador o introductor pelable a través de la guía.

En caso de usar dilatador (técnica seldinger pura), lo retiramos manteniendo la guía, enhebramos el catéter en la guía e introducimos hasta el final, manteniendo visible en todo momento la guía. Una vez insertado completamente el catéter, retiramos la guía y fijamos el catéter.

En caso de usar introductor pelable (técnica microseldinger), una vez insertado este, retiramos el dilatador y la guía e introducimos el catéter a través del introductor hasta el final. Pelamos el introductor retirándolo lentamente y fijamos el catéter.

Conectamos el catéter a nuestra llave de 3 pasos o bioconector, hacemos lavado del catéter con Suero fisiológico mediante técnica push-stop-push y presión positiva. Sellamos el catéter con suero fisiológico, citrato o heparina sódica; fijamos el catéter (puntos subcutáneos o sistema adhesivo statlock), colocamos apósito

estéril transparente y vendaje tubular compresivo.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de la elección y colocación de los catéteres midline por parte de enfermería es crucial en unidades donde los pacientes tengan difíciles accesos venosos o precisen de medicaciones vesicantes como son las unidades de cuidados intensivos, sangrantes, oncohematología, etc.

Conocer la correcta colocación de dicho catéter y evitar complicaciones derivadas de una mala elección de este. Saber elegir la vena de acceso, ayudándose o no de herramientas como la ecografía vascular y la técnica de canalización correcta es esencial a la hora de mantener un buen acceso venoso una vez instaurada la terapia.

La técnica debe ser lo más aséptica posible, evitando así posibles complicaciones.

6 Bibliografía

1. Pittiruti y Scoppettuolo, Manual GAVeCeLT sobre PICC y midline, edición Edra – 2016.
2. Grupo GAVeCeLT, web DAV Expert, 2016.
3. Recomendaciones del CDC – 2011.

Capítulo 116

INTERVENCIONES PARA REDUCIR LOS ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

BEATRIZ LÓPEZ DOMINGO

BEATRIZ MANZANERO CALVO

1 Introducción

Los medicamentos son la tecnología sanitaria más utilizada en todo el mundo. El control de los posibles efectos adversos derivados de los errores en su administración es crucial para mejorar de manera exponencial la seguridad de los tratamientos.

La responsabilidad a la hora de proceder en la administración recae en gran parte sobre la enfermería. A pesar de la frecuencia con la que realizan este tipo de intervención, se siguen produciendo errores en su ejecución que pueden resultar fatales para el paciente. (1)

Los errores en la administración de medicación han sido definidos como los eventos involucrados en la desviación de la prescripción del facultativo (Gunningberg et al, 2014), la desviación de las políticas de administración, práctica o procedimiento del medicamento (Drach- Zahavy and Pud, 2010).

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP, 2015), define estos errores como un incidente prevenible que puede derivar en un uso inapropiado de la medicación, pudiendo derivar en el deterioro de la salud del paciente, mientras la medicación está bajo el control del profesional, consumidor o paciente. (2)

El origen de estos errores, en gran medida es humano, por lo que el conocimiento de sus causas, y qué medidas debemos tomar para evitarlos nos ayudará a fomentar la prevención..

Los datos estadísticos acerca de la información de estos errores son escasos, habiendo informes concretos de hospitales y datos generales muy difusos. Esto puede ser debido a las dificultades que se presentan a la hora de reportarlos.

La gran mayoría de los estudios refieren que un desarrollo mayor de esta materia podría suponer un incremento en la calidad de los cuidados y con ello la prevención de los problemas derivados de los errores en la administración de medicación..

La elección de este tema está basada en la importancia que presentan los errores de administración de medicación en el tratamiento de los pacientes y teniendo como figura principal en la administración de los mismos al personal de enfermería.

Dentro del abanico de intervenciones que hemos hallado, queremos centrarnos en aquellas en las que el farmacéutico no esté presente, debido al alto número de artículos que se basan en este tema, por ello consideramos dar un enfoque distinto a esta revisión y centrarnos en otras intervenciones menos conocidas, que pueden ser de igual utilidad.

Con esta revisión sistemática queremos contribuir a aportar intervenciones útiles, fácilmente realizables y costo-efectivas, que nos ayuden a manejar el gran problema que supone en el campo de la atención al paciente los errores en la administración de medicación.

2 Objetivos

Pregunta PICOS:

- P: Errores en la medicación
- I: Cualquier intervención encaminada a reducir errores en la medicación que no incluya la participación de un farmacéutico.
- C: Cualquier intervención de comparación
- O: Disminución de los errores en la medicación
- S: ECAS

En el desarrollo de esta revisión sistemática nos planteamos tres objetivos principales a cumplir, siendo el primero de ellos valorar el grado de evidencia sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir los errores en la administración de medicación, concretamente en las que no se contemple la figura del

farmacéutico. El segundo objetivo que nos planteamos es identificar las principales intervenciones con evidencia que reducen los errores en la administración de medicación, sin incluir todas aquellas en las cuales aparezca la figura del farmacéutico. Por último, el tercer objetivo que pretendemos valorar es comparar la eficacia de las dos intervenciones más estudiadas hasta la fecha mediante estudios con evidencia científica y poder establecer que intervención es la más efectiva.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión sistemática, hemos seleccionado ensayos controlados aleatorizados (ECA) dirigidos a reducir los errores en la administración de medicación con intervenciones que no incluyan la participación de la figura del farmacéutico en el proceso de preparación o administración de los fármacos. Además, se han incluido todas aquellas revisiones sistemáticas y metaanálisis actualizadas en los últimos cinco años cuyo tema principal sea la reducción de los errores en la administración de medicación. Por último, incorporaremos a esta revisión sistemática otros tipos de estudios publicados cuyo tema central gire en torno a la prevención de los errores en la administración de medicación, como pueden ser estudios de cohortes prospectivos, estudios observacionales o estudios comparativos transversales, en caso de que estuvieran realizados anteriormente.

Por otra parte, se han seleccionado todos los estudios publicados a nivel mundial, sin existir ninguna limitación por idioma. El perfil o patología base del paciente no ha supuesto una limitación a la hora de excluir los estudios, puesto que el objetivo de esta revisión es localizar la efectividad de las intervenciones encaminadas a reducir los errores en la administración de medicación sin importar las características del paciente, de forma que estas intervenciones pueden generalizarse a toda la población.

Respecto a los criterios de exclusión de esta revisión sistemática se han tenido en cuenta factores como el año de publicación de los estudios, incorporándose a esta revisión los estudios publicados desde 2013 hasta junio de 2022 y excluyendo todos los estudios publicados anteriormente. Debido a que en la actualidad la intervención más estudiada es la participación del farmacéutico durante el proceso de preparación y administración de la medicación, por ello, se ha considerado la exclusión de todos los artículos que incluyan esta figura para centrar la revisión en el resto de intervenciones. Se han excluido todos aquellos artículos publicados en bases de datos científicas que requieran suscripción económica.

3.2. FUENTES DE INFORMACIÓN.

La búsqueda de estudios se realizó en diferentes bases de datos con evidencia científica como SCOPUS, MEDLINE, Web of Science (WOS), COCHRANE y SCIELO. La búsqueda en estas bases de datos se realizará hasta junio de 2022, de forma que a fecha de publicación de la revisión sistemática se goce con el mayor número de estudios revisados y con la mayor actualización del tema posible.

3.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.

La búsqueda se desarrollará durante los meses de abril, mayo y junio de 2022, realizándose una exhaustiva búsqueda en las bases de datos anteriormente nombradas e introduciendo una cadena de búsqueda revisada por un tercer revisor externo de forma que con la colaboración de los autores y él se escogieron los términos más adecuados y acordes con el tema de la revisión sistemática.

Para la elección de los estudios se introdujo la cadena de búsqueda y se filtraron los resultados, excluyendo las publicaciones anteriores a 2013, por otra parte, y en concordancia al tema de la revisión, por título del estudio se excluyeron todos aquellos que incorporan la figura del farmacéutico dentro del proceso de preparación y administración de medicación. Además, en ninguna de las bases de datos consultadas se filtraron los resultados por idioma.

3.4. SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS.

Todos los estudios fueron seleccionados por los autores de la revisión conjuntamente, teniendo siempre la opción en caso de desacuerdo la opinión de un experto para resolver las dudas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se empleará un formulario de extracción de datos cuya efectividad ya haya sido probada con anterioridad en al menos diez de los artículos seleccionados al azar dentro de los estudios totales incluidos en la revisión sistemática, realizándose todas las modificaciones necesarias para lograr la mayor efectividad posible.

En el anexo 1 se presenta el formulario de extracción de datos en el cual se consideran datos de cada uno de los estudios como metodología empleada, tamaño de la muestra, autor, fecha de publicación o principales resultados entre otros.

4.1. EVALUACIÓN METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES. DETECCIÓN DE POSIBLES SESGOS.

Se realizará una evaluación metodológica de cada uno de los estudios utilizados en esta revisión sistemática con el objetivo de comprobar la evidencia científica de cada uno de los estudios escogidos y así, garantizar que todos los datos que compongan esta revisión tengan evidencia científica. Debido a que no todos los conocimientos provenientes de los artículos publicados tienen el mismo impacto o valor sobre la toma de decisiones en salud (4), nos vemos obligados a catalogar cada uno de los artículos escogidos publicados según su nivel de evidencia, para

ello hemos escogidos varias escalas aprobadas por la comunidad científica para evaluar la evidencia científica de cada artículo publicado.

En el caso de los estudios experimentales entre los que incluimos los ensayos controlados aleatorizados, ensayos no controlados y ensayos controlados no aleatorizados, utilizaremos la escala PEDro, la cual tenemos la opción de utilizar su versión en idioma español. Consta de 11 ítems con respuestas cerradas con si/no, con ello pretende evaluar la validez interna y la presentación del análisis estadístico. Respecto a los estudios observacionales, observacionales de caso-control y descriptivos, existen tres escalas diferentes pero que siguen la misma linealidad ya que todas están desarrolladas producto de la colaboración de las universidades de Newcastle, Australia, Ottawa y Canadá(5), la Escala de Newcastle-Ottawa para estudios de cohortes, Escala de Newcastle-Ottawa para estudios de caso-control y la Escala de Newcastle- Ottawa para estudios descriptivos. Estas tres escalas tienen en común que se dividen en tres categorías con variabilidad del número de ítems según el tipo de estudio que evalúe, categoría de selección, de comparabilidad y exposición. Cada ítem de la categoría se puntúa con una estrella si lo cumple o con ninguna en caso contrario, de forma que al final se realice el sumatorio de las estrellas y a mayor número de estrella, mayor evidencia de los estudios.

Otro tipo de publicaciones que también incluiremos en esta revisión sistemática serán otras revisiones sistemáticas, por lo que necesitaremos una escala para evaluar la evidencia científica de este tipo de artículos, para ello se utilizará la escala AMSTAR, compuesta por 11 ítems con respuestas cerradas como si / no / no hay respuesta / no es aplicable. De esta forma se asegurará el mayor grado posible de evidencia científica en el desarrollo de esta revisión sistemática.

La detección de posibles sesgos se realizará tras analizar con cada escala anteriormente citada los artículos escogidos, de forma que a menor puntuación obtenida, mayor será el riesgo de sesgo.

4.2. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y VALORACION DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA. La clasificación Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) tiene como objetivo evaluar el nivel de evidencia científica de las revisiones sistemáticas de forma cuantitativa. Se compone de niveles de evidencia y grados de recomendación según la selección de los estudios incorporados a la revisión. (6)

Esta revisión sistemática está compuesta principalmente por ensayos controlados aleatorizados, un cuasi experimento y tres revisiones sistemáticas y metaanálisis, por lo que, según los criterios de la escala SIGN podemos establecer un nivel de evidencia 1+

4 Resultados

Las principales revistas en las cuales se han publicado los estudios de los que se compone esta revisión sistemática se muestran en el siguiente gráfico extraído de la base de datos de SCOPUS.

A continuación, se muestra un diagrama de barras con los datos correspondientes a las publicaciones diferenciadas por los países de publicación, siendo Estados Unidos el que más publicaciones posee.

Búsqueda de la literatura

En esta revisión sistemática se incluyeron 8 Ensayos Controlados Aleatorizados y un experimento cuasi experimental con un total de 670 participantes entre profesionales sanitarios y pacientes(7,9–14,19,20). Por otra parte, se han incluido tres revisiones sistemáticas y metaanálisis relacionadas con intervenciones para reducir los errores en la administración de medicación que no incluyan la figura del farmacéutico(16–18).

Características de los estudios incluidos

De los estudios analizados se obtuvieron las siguientes intervenciones:

- Educación dirigida al paciente para controlar el número de fármacos y la forma de administración, con el objetivo de reducir los errores en la administración de medicación como consecuencia de la autodispensación.(7)
- Educación dirigida a la formación del paciente y del profesional con el objetivo de conocer su estado de satisfacción con el tratamiento y revisar la medicación de forma conjunta, se ha observado que hay una relación entre el descontento del paciente con los errores en la administración de medicación. (10)
- Educación al profesional relacionado con la incorporación de nuevas tecnologías que faciliten el cálculo de dosis y la comprobación de medicaciones acertadas. (12,13,20).
- Incorporación de un manual en la práctica clínica que facilita el cálculo de dosis con el peso en pacientes pediátricos(11).
- Incorporación de un programa de 5 puntos que se basa principalmente en la adquisición de los siguientes objetivos(14): o Mejorar la conciencia y las habilidades relacionadas con la seguridad de los medicamentos. o Fortalecer los sistemas y criterios de gestión de los medicamentos. o Mejorar la administración de fármacos clave. o Unificar las intervenciones de los enfermeros en la administración de medicamentos. o Asegurar la administración de medicamentos.

- Educación destinada al personal de enfermería mediante PPT (9)
- Establecimiento de códigos de colores para facilitar la elección de los fármacos en situaciones de alto nivel de estrés (19)

Efecto de las intervenciones

- Educación tanto a pacientes como a profesionales: Los estudios apoyan que la formación tanto al paciente en el sentido de conocer su tratamiento y la forma de administración de este reduce significativamente la ocurrencia de errores de medicación. Además, la revisión del tratamiento medicamentoso junto con el facultativo, se ha demostrado que reduce significativamente la aparición de errores de medicación ya que el paciente se encuentra más satisfecho y todo esto se relaciona directamente con la adherencia terapéutica y la disminución de los errores de dosis de fármacos y la adecuación apropiada del tratamiento a la patología. (10)
- La introducción de nuevas tecnologías como ayuda a la gestión del tratamiento en el domicilio se ha demostrado que aumenta la adherencia del paciente con el tratamiento a la vez de reducir los errores en la administración de medicación. El programa Alice consiste en una aplicación para Tablet o iPad que actúa como pastillero electrónico, estableciendo el horario de administración de tratamiento, la dosis y la medicación exacta. En un estudio controlado aleatorizado se observó una reducción significativa de los errores en la administración de medicación. (7)
- La educación al profesional acerca de reacciones adversas medicamentosas asociadas a los errores en la administración de medicación, unida al aumento de conocimientos generales sobre los fármacos, reducen significativamente los errores relacionados con la administración de medicación como demuestran dos de los ensayos controlados aleatorizados escogidos en esta revisión. (9,14)
- Educación al profesional para la incorporación de dispositivos tecnológicos que faciliten la administración de medicación, actuando como barrera previa a la administración del fármaco o facilitando el cálculo de dosis relacionadas con el peso y la dosis. Los ensayos controlados aleatorizados demuestran en 3 de ellos una reducción significativa del porcentaje de errores (9,12,13). Mientras que uno de los Ensayos controlados aleatorizados indica que no existen diferencias significativas en la aplicación de un programa e-learning comparando grupo control (docencia en aulas) y grupo experimental (educación e-learning), aunque si se observó una diferencia significativa en el aprendizaje de ambos grupos. (8)
- La aplicación de jeringuillas con códigos de colores para diferenciar el tipo de medicación y la dosis en situaciones críticas ha sido demostrada su eficacia en un ensayo controlado aleatorio, disminuyendo la ocurrencia de errores en el momento de la preparación y por consiguiente en la administración. (19)

- Resultado de las revisiones sistemáticas y metaanálisis estudiados
- Según la revisión sistemática y metaanálisis realizada por David C Radley et al, de los nueve estudios que incorporó a su revisión, en ocho de ellos se observó una disminución significativa en la frecuencia de los errores de medicación tras la implementación de CPOE. Los errores se redujeron alrededor de un 12,5%, lo que puede equivaler a unos 17,4 millones menos de errores de medicación durante un año. (16)
- Sarah Berdot et al realizó una revisión sistemática y metaanálisis sin encontrar una intervención que pudiera reducir los errores en la administración de medicación, aunque si recalca que se implementen intervenciones relacionadas con la educación del personal sanitario en la práctica clínica. (17)
- Por último, Maria Härkäne et al, en su revisión sistemática y metaanálisis concluyo que las intervenciones educativas dirigidas al personal sanitario tienen mayor índice de disminución de errores en la administración de medicación, por lo que apoya su aplicabilidad a la práctica clínica. (18)
- Como conclusión de las revisiones sistemáticas y metaanálisis podemos establecer que una de ellas apoyo la introducción de intervenciones tecnológicas al proveer los medicamentos, mientras que las otras dos no apoyaron las intervenciones o no identificaron un resultado clínicamente diferencial.(16–18)

Calidad metodológica de los estudios

La puntuación de la calidad metodológica osciló entre 6 y 10 con una media de 9.8 en la escala PEDro y una media de 7.33 en la escala AMSTAR. Los principales sesgos que se pueden generalizar por su aparición en el grosor de los estudios escogidos son el tamaño de muestra limitado, que no se ha tenido en cuenta el conocimiento previo de los profesionales en relación al entrenamiento para la administración de medicación y la dificultad al realizar el recuento de los errores en la aplicación de las intervenciones en la práctica clínica, debido a los prejuicios que tiene el personal sanitario sobre informar de los errores en la administración de la medicación.

5. DISCUSIÓN

5.1. COMENTARIOS GENERALES.

Esta revisión muestra que aquellas intervenciones basadas en la educación, introducción de nuevas tecnologías, uso de guías clínicas y utilización de métodos de identificación de fármacos dirigidas a la prevención de errores en la administración de medicación pueden ser efectivas para reducir la tasa de estos errores. Las intervenciones que han demostrado más evidencia, y por lo tanto, ser las más adecuadas son la educación dirigida al paciente para mejorar su adherencia

al tratamiento y su reconciliación con el mismo; la educación dirigida a las enfermeras para aumentar su conocimiento acerca de la utilización de fármacos y sus efectos adversos; y la introducción de nuevas tecnologías.

El análisis de los datos no demuestra que una intervención pueda reducir más significativamente que otra los errores en la administración de medicación, ya que en ninguno de los ensayos controlados aleatorizados se realiza una comparación de dos intervenciones o más. Valorándose la efectividad de las intervenciones de manera individual, ya sea la educación o la implementación de dispositivos electrónicos que faciliten el cálculo de dosis o ejerzan como barrera ante la administración de un fármaco erróneo. Uno de estos ensayos controlados aleatorizados (9) sí compara la educación a personal sanitario entre el método convencional de aula y el método E-Learning, aunque este estudio no demuestra una diferencia significativa entre grupo control y grupo experimental, pero sí muestra una diferencia de todos los participantes entre la prueba pre-test y post-test.

Dentro de los estudios que evalúan las intervenciones educativas, encontramos que cuentan con una buena evidencia que respalda su efectividad. En estos estudios (10,12) los grupos experimentales mejoran significativamente sus conocimientos acerca de la administración y efectos adversos de los medicamentos con respecto al grupo control.

La incorporación de una guía clínica que facilita el cálculo de dosis relacionadas con el peso del paciente, se relaciona con una mejora en la reducción de los errores de la administración de medicación (11).

Por otro lado, tres estudios evalúan la evidencia de las intervenciones que integran la implementación con sistemas electrónicos (7-8,13).

Por último, un estudio (16) hace referencia a métodos de codificación de los fármacos como una intervención que ayuda a reducir la prevalencia en los errores de administración de medicación y a disminuir el tiempo de entrega en los medicamentos.

Esta revisión aporta un listado de las intervenciones más eficaces que no incluyen la figura del farmacéutico reportadas en los últimos 5 años, siendo las más nombradas las intervenciones educativas dirigidas tanto al paciente como al profesional y las intervenciones que incluyen la implementación de un dispositivo electrónico que sirva de barrera ante la administración de medicación y que facilitan el cálculo de dosis adecuadas.

Creemos que este estudio puede abrir nuevas líneas de investigación al mostrar los estudios con menos evidencia y menos desarrollados publicados hasta la fecha.

5.2. LIMITACIONES DE LA REVISIÓN.

Esta revisión consiste en una aproximación a la valoración de la efectividad de las intervenciones basadas en la aplicación de programas de formación a enfermeras o personal sanitario sobre la administración de medicación, incluyendo también la formación del propio paciente acerca de la administración de los fármacos adecuados a su tratamiento. Por otra parte, se ha realizado una comparación entre las intervenciones más estudiadas y con mayor nivel de evidencia dirigido a la reducción significativa de los errores en la administración de medicación. Dentro de las limitaciones que se han presentado en la realización de esta revisión sistemática se encuentran:

- La heterogeneidad de las intervenciones detectadas tras la búsqueda bibliográfica debe de ser tratada con precaución, ya que no tenemos evidencia de efectividad de dos intervenciones completamente iguales que apoyen la reducción de los errores de administración de medicación, de forma que ha resultado imposible poder comparar dos ensayos controlados aleatorizados iguales y tan solo contamos con estudios controlados aleatorizados con resultados que apoyan la evidencia.
- El tamaño de la muestra de varios de los estudios escogidos es muy bajo, lo cual podría limitar el resultado sesgando los datos que demuestran la evidencia relacionada con la reducción de los errores.
- En ninguno de los estudios se contempla la posible adquisición de conocimientos durante el periodo de tiempo estudiado por parte del personal sanitario, pudiendo ser sesgados los datos correspondientes a la reducción de la frecuencia de aparición de los errores y asociándose erróneamente las mejoras de los datos.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones para la reducción de errores en la administración de medicación que incluyen tanto educación a pacientes como a profesionales de enfermería, introducción de nuevas tecnologías como aplicaciones móviles o dispositivos tecnológicos, introducción de manuales clínicos o aplicación de diferentes códigos para la identificación de los fármacos disminuyen significativamente los errores. Dentro de estas revisiones, encontramos que las intervenciones más estudiadas han sido la educación orientada al paciente y a la enfermería, así como la incorporación de métodos tecnológicos.

Estas intervenciones han sido las más estudiadas y las que han demostrado tener más evidencia científica, logrando la disminución de estos errores.

La buena evidencia de los estudios que cumplimentan esta revisión sistemática nos indica que se puede lograr una disminución importante de los errores si se

llevaran a cabo estas intervenciones. Este estudio pretende dar un toque diferente en el terreno de la investigación, debido a que se han descartado los temas más investigados para poder profundizar en aquellos menos conocidos.

Es imprescindible llevar estas intervenciones a la práctica clínica para conseguir la disminución de estos errores. Es necesario seguir investigando acerca de los métodos de trabajo relacionados con este tipo de problemas, para lograr nuevas líneas de prevención en esta materia.

6 Bibliografía

meta-analysis of educational interventions designed to improve medication administration skills and safety of registered nurses. *Nurse Educ Today*. 2016;41:36-43.

2. Berdot S, Roudot M, Schramm C, Katsahian S, Durieux P, Sabatier B. Interventions to reduce nurses' medication administration errors in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 1 de enero de 2016;53:342-50.

3. Biblioteca > Scopus | Universidad de Granada [Internet]. [citado 26 de abril de 2017]. Disponible en: http://biblioteca.ugr.es/pages/biblioteca_electronica/bases_datos/scopus

4. art17.pdf [Internet]. [citado 29 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v61n6/art17.pdf>

5. Ottawa Instituto de Investigación del Hospital [Internet]. [citado 29 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

6. Manterola D C, Zavando M D. Cómo interpretar los «Niveles de Evidencia» en los diferentes escenarios clínicos. *Rev Chil Cir*. diciembre de 2009;61(6):582-95.

7. Joaquín Mira J, Navarro I, Botella F, Borrás F, Nuno-Solinis R, Orozco D, et al. A Spanish Pillbox App for Elderly Patients Taking Multiple Medications: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. abril de 2014;16(4):117-30.

8. Simonsen BO, Daehlin GK, Johansson I, Farup PG. Improvement of drug dose calculations by classroom teaching or e-learning: A randomised controlled trial in nurses. *BMJ Open*. 2014;4(10).

9. Lu M-C, Yu S, Chen I-J, Wang K-WK, Wu H-F, Tang F-I. Nurses' knowledge of high-alert medications: A randomized controlled trial. *Nurse Educ Today*. enero

de 2013;33(1):24-30.

10. Angel Perula de Torres L, Pulido Ortega L, Perula de Torres C, Gonzalez Lama J, Olaya Caro I, Ruiz Moral R. Efficacy of motivational interviewing for reducing medication errors in chronic patients over 65 years with polypharmacy: Results of a cluster randomized trial. *Med Clin (Barc)*. 21 de octubre de 2014;143(8):341-8.
11. Larose G, Levy A, Bailey B, Cummins-McManus B, Lebel D, Gravel J. Decreasing Prescribing Errors During Pediatric Emergencies: A Randomized Simulation Trial. *Pediatrics*. marzo de 2017;139(3):e20163200.
12. Siebert JN, Ehrler F, Combescure C, LaCroix L, Haddad K, Sanchez O, et al. A mobile device app to reduce time to drug delivery and medication errors during simulated pediatric cardiopulmonary resuscitation: A randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2017;19(2).
13. Khan SA, Khan S, Kothandan H. Simulator evaluation of a prototype device to reduce medication errors in anaesthesia. *Anaesthesia*. octubre de 2016;71(10):1186-90.
14. Xu C, Li G, Ye N, Lu Y. An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. *J Nurs Manag*. abril de 2014;22(3):286-94.
15. Weingart SN, Carbo A, Tess A, Chiappetta L, Tutkus S, Morway L, et al. Using a Patient Internet Portal to Prevent Adverse Drug Events: A Randomized, Controlled Trial. *J Patient Saf*. septiembre de 2013;9(3):169-75.
16. Radley DC, Wasserman MR, Olsho LEW, Shoemaker SJ, Spranca MD, Bradshaw B. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *J Am Med Inform Assoc*. 2013;20(3):470-6.
17. Berdot S, Roudot M, Schramm C, Katsahian S, Durieux P, Sabatier B. Interventions to reduce nurses' medication administration errors in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2016;53:342-50.
18. Harkanen M, Voutilainen A, Turunen E, Vehvilainen-Julkunen K. Systematic review and meta-analysis of educational interventions designed to improve medication administration skills and safety of registered nurses. *Nurse Educ Today*. junio de 2016;41:36-43.
19. Moreira ME, Hernandez C, Stevens AD, Jones S, Sande M, Blumen JR, et al. Color-coded prefilled medication syringes decrease time to delivery and dosing

error in simulated emergency department pediatric resuscitations. *Ann Emerg Med.* 2015;66(2):97-106.e3.

20. Simonsen BO, Daehlin GK, Johansson I, Farup PG. Improvement of drug dose calculations by classroom teaching or e-learning: a randomised controlled trial in nurses. *Bmj Open.* 2014;4(10):e006025.

21. PEDro_scale_spanish.pdf [Internet]. [citado 29 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/PEDro_scale_spanish.pdf

22. nosgen.pdf [Internet]. [citado 29 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf

23. Revisiones Sistematicas.pdf [Internet]. [citado 29 de abril de 2017]. Disponible en: https://campusvirtual.uclm.es/pluginfile.php/1573644/mod_resource/content/1/Revisiones%20Sistematicas.pdf

Capítulo 117

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A VMNI

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANTONIO MONTOYA MOLINA

JUANA MARÍA CASTELLANO BUENO

SARA ZAMORA RODRÍGUEZ

ANA ROBLES CAMPILLO

1 Introducción

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una terapia que se utiliza en situaciones de insuficiencia respiratoria con gran cantidad de trabajo respiratorio y disnea. Esta permite aumentar la ventilación alveolar sin precisar de la instauración de una vía respiratoria artificial o invasiva (Tubo endotraqueal). Utiliza una interfase en vez de un tubo endotraqueal para corregir el intercambio gaseoso adecuado, así como el descanso de la musculatura respiratoria del paciente.

Esta técnica está indicada en la insuficiencia respiratoria grave y/o hipoxémica y en pacientes con fracaso tras ser extubados; y contraindicada en pacientes que no toleren la interfase, neumotórax, bajo nivel de conciencia, traumatismo facial, patrón respiratorio inestable, cardiopatía isquémica, hipertensión craneal, hemorragias digestivas y en pacientes con arritmias ventriculares.

Las ventajas que presenta frente a la intubación son el poder aplicarse intermitentemente, facilidad de instauración y retirada, confort del paciente, menor necesidad de sedoanalgesia y relajación, no precisa colocar SNG, reduce la resistencia de la vía aérea, evita las complicaciones del TET, reduce la atrofia muscular respiratoria, puede instaurarse precozmente y reduce los tiempos de estancia hospitalaria.

Sus inconvenientes son principalmente la necesidad de invertir más tiempo por parte del personal médico y de enfermería; distensión gástrica, intolerancia a las interfases, fugas por mal sellado, irritación de conjuntivas (sobre todo ocular), sequedad en vías aéreas, lesiones cutáneas en zonas de presión de la interfase, dificultad para la aspiración de secreciones, riesgo de broncoaspiración en caso de vómito y la necesaria colaboración del paciente.

Esta terapia precisa de unos cuidados de enfermería meticulosos y que garanticen el éxito de esta; además en las primeras horas de instauración, la vigilancia y cuidados por parte de enfermería son mayores e imprescindibles para asegurar el correcto funcionamiento de la terapia respiratoria. Lo que expone una importante necesidad de formar adecuadamente al personal de enfermería en los cuidados de VMNI.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería para el correcto funcionamiento y efectividad de la VMNI.
- Evitar las posibles complicaciones que puedan darse en esta terapia.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una metodología de revisión bibliográfica, obteniéndose la información a través de diferentes fuentes académicas, incluyéndose revistas especializadas, artículos científicos y webs especializadas con información actual o en su defecto de publicación de los últimos 10 años.

4 Resultados

Debido a la dificultad de la técnica y a la carga de trabajo que conlleva para enfermería es importante conocer los cuidados que esta deben de propiciar.

De manera previa a la colocación de la VMNI el paciente debe ser preparado y seleccionado adecuadamente:

- Debe estar consciente y colaborador, hemodinámicamente estable y sin presencia de traumas faciales.
- Informar al paciente, principalmente para reducir la ansiedad y enseñarle a respirar sincronizado con el ventilador.
- Posición semisentada.
- Satisfacer las necesidades básicas previo a la colocación de la VMNI.
- Hidratación de mucosas y conjuntivas.
- Prevención de UPP con apósitos y almohadillados en zonas de apoyo de la interfase.

Una vez seleccionado y preparado el paciente se debe preparar el material. Lo primero será elegir la mejor interfase (nasal o facial) que se adapte a las condiciones del paciente. Posteriormente se debe seleccionar el programa inicial y los parámetros ventilatorios a prescribir para el paciente.

- Verificar correcto funcionamiento.
- Verificar equipo de apoyo (oxígeno, aspirador, Guedel, monitor, etc.).
- Uso de agua estéril para la humidificación.
- Seleccionar el modo ventilatorio que mejor se adapte al paciente (confort, sincronía y buen ajuste de la interfase).

Una vez colocada la interfase y comenzada la terapia se realizarán los siguientes cuidados:

- Tranquilizar y Promover confort del paciente.
- Monitorización clínica (conciencia y mecánica ventilatoria).
- Monitorización de constantes vitales (tensión arterial, frecuencias cardíaca y respiratoria, satO₂, ECG, diuresis, gases arteriales a las 2h y cada 4-6h de terapia)
- Analgesia.
- Agrupar cuidados de alimentación, hidratación y diuresis.
- Fomentar descanso nocturno.
- Evaluar efectividad del tratamiento cada cierto tiempo.
- Ajustar parámetros ventilatorios en base a la respuesta del paciente, anotar hora y cambios realizados.
- Comprobar material para evitar fallos y fugas.
- Vigilar parámetros del respirador (Volúmenes inspirado y espirado, volumen minuto, frecuencia respiratoria, presiones pico y peep).
- Administración de medicación según pauta médica.
- Interpretar las alarmas.
- Prevenir complicaciones (conjuntivitis, UPP).

- Si buena tolerancia, hacer descansos de 5-15 minutos cada 3-6 horas.

5 Discusión-Conclusión

La VMNI es una terapia que ofrece gran cantidad de ventajas en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, pero que precisa de gran cantidad de cuidados y vigilancia por parte del personal de enfermería.

Conocer los cuidados, funcionamiento y monitorización de esta terapia es esencial en servicios como los de UCI o urgencias.

Entre los cuidados estarán propiciar el confort del paciente, elegir la interfase adecuada, uso de fármacos analgésicos, monitorización de constantes vitales, monitorización clínica de mecánica ventilatoria, realización de gasometrías arteriales y venosas, informar al paciente y prevenir posibles complicaciones como las UPP, hipoxias por fuga, conjuntivitis, aspiraciones, etc.

6 Bibliografía

1. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Ventilación no invasiva. <http://tratado.uninet.edu/c0205i.html>.
2. Avilés-Serrano M, Gómez-Higuera J. Ventilación mecánica no invasiva. <http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/cordoba/corduba/pc/textos/36.pdf>.
3. Cuidados de enfermería al paciente sometido a ventilación mecánica <http://www.terra.es/personal2/mamoiz/cuido.htm>.

Capítulo 118

CANALIZACIÓN DE ACCESO INTRAÓSEO

BEATRIZ LÓPEZ DOMINGO

BEATRIZ MANZANERO CALVO

1 Introducción

La emergencia sanitaria es una situación crítica, en la cual la vida del paciente se encuentra en peligro evidente y es necesaria una actuación inmediata (1). La Organización Mundial de la Salud define urgencia como “La aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”(2).

La asistencia prehospitalaria al trauma grave es fundamental, ya que más del 50% de los fallecimientos suceden durante la primera hora, por lo que los equipos de emergencias son protagonistas. Por ello, el abordaje del trauma requiere de una sólida formación, trabajo en equipo e impecable coordinación (3).

Ante un paciente crítico establecer un adecuado acceso vascular es crucial para poder comenzar con una terapia de infusión y farmacocinética (4,5).

Los primeros datos sobre el manejo y la inserción del acceso intraóseo (AI) se remontan a 1922 por Drinker y Doan que definen al AI como “una vena no colapsable” (6). Los estudios sobre esta técnica se aplicaron durante las dos décadas siguientes (6,7). En 1934 Josefson administró por primera vez derivados sanguíneos por un AI colocado en el esternón (8).

No es hasta 2005 cuando vuelve a resurgir la investigación del AI y su implementación en la práctica clínica, tanto en niños como en adultos. Actualmente,

el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) y la Sociedad Alemana de Anestesiología y Medicina de Cuidados Intensivos recomienda la implantación del AI tras tres intentos fallidos de canalización de AVP o que el paciente requiera comenzar la infusión de volumen o fármacos en menos de 90-120 segundos (9).

Actualmente se sabe que el AI es un método rápido, seguro y eficaz en la administración de fármacos, infusiones y hemoderivados en situaciones de emergencia. Numerosos estudios han demostrado los beneficios del AI respecto al AVP, o incluso del Acceso Venoso Central (AVC), debido a la rapidez en su aplicación (menos de un minuto) y con una alta tasa de éxito primario en su colocación (entorno al 98%) (4). Además, su aplicación respecto al coste económico se considera bajo, lo cual es otro beneficio para su aplicación estandarizada en la práctica clínica (10).

Durante el transcurso de la historia, se han comunicado múltiples zonas para el AI, incluso llegando a infundirse líquidos en huesos esponjosos sin llegar a acceder a la cavidad medular (11).

El AI se puede colocar en cualquier hueso que contenga médula roja ósea, aunque el uso de la meseta tibial y la tibia distal es preferido ya que son puntos con referencias anatómicas fiables y evidentes, cuya corteza es relativamente delgada y se encuentran alejados de la zona de realización de compresiones en caso de PCR (12).

Por otro lado, la colocación del AI en el húmero proximal, aunque no es la zona más usada, tiene como ventaja que la tasa de flujo a infundir es de 5 l/hora, la medicación llega al corazón en 3 segundos, el dolor durante la inserción e infusión es menor que en otras zonas de punción, por lo que se requiere de menor cantidad de analgesia para su implantación y manejo (12). Asimismo, se desaconseja el uso del AI en caso de fracturas óseas en el lugar de punción o proximalmente, lesión vascular proximal al lugar de punción, síndrome compartimental en la extremidad a perforar, infecciones agudas en el lugar de punción, derivación intracardiaca derecha-izquierda, en el caso AI en niños, evitar puncionar en la placa epifisaria (13) o si el paciente tiene Antecedentes de cirugía (prótesis) o quemaduras profundas y con tejido necrótico que puede afectar al hueso (12).

Para realizar la canalización de un AI se requiere de una aguja Intraósea y dispositivo de punción intraósea, solución antiséptica, lidocaína al 1% o 2%, gasas, paños y guantes estériles, jeringas de 5 y 10 ml, pinzas de Kocher, solución de lavado, como SSF 0.9% o Agua estéril, SSF heparinizado, sistema de perfusión, llave de tres pasos y esparadrapo, apósito o venda de sujeción (12,14).

En la actualidad se disponen de tres tipos de dispositivos diferentes variando la forma de su canalización (14).

Para realizar la canalización del AI es necesario posicionar al paciente en función de la zona seleccionada y desinfectarla (12), en la medida de lo posible, se realizará siguiendo una técnica estéril (14). A continuación, se selecciona el lugar de punción, apoyando la extremidad sobre una superficie dura y lisa, con una ligera rotación externa (14). Se limpiará la zona de punción con solución antiséptica (Betadine o clorhexidina) (12). En caso de que el paciente se encuentre consciente, anestesiarse localmente la zona (12). En caso de utilizar un dispositivo de colocación manual, se colocará la aguja en perpendicular al punto de punción, y se ejercerá presión en la empuñadura hasta sentir una resistencia que señala que la punta está en el periostio, continuar ejerciendo presión y realizando movimientos de rotación hasta notar una disminución de la resistencia (14). En caso de utilizar un sistema de disparo, seleccionar la profundidad necesaria, colocar la pistola de forma perpendicular y disparar, por último, retirar la pistola con precaución (14). Por último, si utilizamos un dispositivo EZ-iO, se colocará la aguja en el impulsor del taladro, una vez así, se colocará el taladro de forma perpendicular, se ejercerá presión mientras que se acciona el taladro hasta notar una pérdida de resistencia, extraer el taladro y dejar sólo la aguja (14).

Una vez canalizado y permeable el AI, es recomendable que su uso no exceda las 24 horas y 72 horas en caso de utilizar un dispositivo EZ – iO , no tapar la zona de punción y comprobar con frecuencia la permeabilidad del acceso (14) y los pulsos distales (12). Retirar el AI cuando no sea necesario con movimientos giratorios en el sentido de las agujas del reloj, colocando un apósito estéril y se ejerciendo presión como mínimo 5 minutos (12).

Respecto a la infusión de medicamentos, se puede administrar por AI cualquier fármaco o solución que puede ser administrado por vía intravenosa (IV) en la misma dosis y cantidad (14). Se ha demostrado que los niveles séricos y la eficacia son similares y equivalentes a los obtenidos por medio de AVP o AVC, tanto en niños como en adultos (14).

Se ha demostrado que el AI es una buena alternativa respecto al AVP y central, en pacientes con Parada Cardiorrespiratoria (PCR) ya que no requiere pausa en las compresiones torácicas, es significativamente más rápido y garantiza la administración de líquidos intravenosos de forma segura y similar al AVP (15).

2 Objetivos

En el desarrollo de esta revisión narrativa que plantean dos objetivos generales a alcanzar al final del estudio:

- Conocer y describir la técnica de canalización del acceso intraóseo en el ámbito

de las urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

- Identificar y determinar la forma más adecuada de punción de este tipo de dispositivo y la localización anatómica más aconsejable.

Además, también se pretenden cumplir los siguientes tres objetivos específicos:

- Comparar la eficacia de la canalización de la vía intraósea en el paciente adulto respecto, a la tradicional canalización periférica venosa en situaciones de emergencia.
- Conocer los beneficios y las contraindicaciones de la utilización de este tipo de acceso en el paciente adulto.
- Conocer la formación de los profesionales sobre este tipo de dispositivo y si esta formación influye en la canalización del AI.

3 Metodología

La búsqueda de estudios se realizó en diferentes bases de datos bibliográficas con evidencia científica como SCOPUS, Web of Science (WOS), COCHRANE, SCIELO y en otros buscadores de internet como es Google Académico. Se utilizó combinaciones de las siguientes palabras clave para realizar una búsqueda más completa: Intraosseous, Vascular Access, Intraosseous devices, Intraosseous infusion, Intraosseous Access, Intraosseous puncture, Prehospital emergencies, Insertion technique, Bone marrow, Critical care, Emergencies. Acceso intraóseo, inserción Intraósea, Accesos vasculares emergencias, Ventajas acceso intraóseo, complicaciones Acceso Intraóseo, Técnica inserción Intraósea, Dispositivos intraóseos.

La búsqueda de información se llevó a cabo durante los meses de abril a julio de 2022 en las bases de datos y buscadores anteriormente nombrados. Se utilizó la siguiente cadena de búsqueda para tener mayor afinidad a aquellos artículos más acordes al tema elegido (Anexo 2. Tabla 2 Cadena de búsqueda).

Para la elección de los estudios se introdujo la cadena de búsqueda en las bases de datos ya nombradas y se siguieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Ensayos Controlados Aleatorizados, Revisiones sistemáticas y narrativas relacionadas con la aplicación de los dispositivos de canalización ósea.
- Artículos relacionados con el tema central de esta revisión, sin realizar distinción entre niños y adultos.
- Artículos publicados en inglés, español o alemán.

Criterios de Exclusión:

- Publicaciones anteriores a 2007
- Artículos que utilicen la inserción intraósea en el tratamiento hospitalario de determinadas patologías.
- Estudios cuya población sean animales o cadáveres

Para la selección de los estudios, se introdujo la cadena de búsqueda en las bases de datos y buscadores y se incorporaron los filtros, de forma que ya se realizó una primera criba de estudios. Posteriormente, se seleccionaron los artículos que por título se encontraban más en consonancia con el tema de esta revisión, excluyéndose todos aquellos que abordaran el AI como alternativa en el tratamiento de patologías, o que lo utilizaran en animales o en simulaciones. A continuación, se realizó una lectura del resumen de los artículos elegidos por nombre, descartando de esta forma todos aquellos que su tema no estuviera en concordancia con esta revisión narrativa. Por último, tras una lectura del artículo en su totalidad se seleccionaron los estudios que compondrán esta revisión.

4 Resultados

Los resultados fueron distribuidos en cuatro apartados diferentes, por un lado, para las publicaciones cuyo tema principal se centra en los beneficios del AI respecto a otros accesos vasculares. Por otra parte, el segundo apartado reúne las publicaciones seleccionadas que informan sobre las complicaciones asociadas a la canalización del AI. A continuación, el tercer apartado se centra en englobar los artículos incluidos en la revisión que relacionan la formación de los profesionales de la salud sobre la canalización y el manejo del AI con la tasa de éxito en la canalización del AI. Por último, el cuarto apartado agrupa las publicaciones incluidas que comparan diferentes dispositivos de canalización de AI, desde el tiempo en la canalización, hasta la tasa de éxito en el primer intento.

RESULTADOS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DEL USO DE UN AI
Respecto a la tasa de éxito en la canalización del AI, el tiempo empleado en su canalización es inferior a otros tipos de accesos vasculares. Nassar y Kerber desarrollaron una revisión sistemática (RS) estimando que el tiempo promedio en canalizar un AVP es de 3.6 y 5.8 minutos con un 43% de éxito, en caso de colocar un Acceso Venoso Central (ACV), se superan los 10 minutos con una tasa de éxito del 60 %(16). El AI tiene una tasa de éxito superior al 80% y el tiempo en colocarla se estima entre 20 segundos y 2 minutos(16). Por lo general, la tibia es el sitio de elección puesto que no interfiere con las compresiones, su tasa de inserción es muy elevada y el tiempo en colocarla es corto(16).

Por otra parte, Clemency et al., realizaron una revisión estructurada y retrospectiva de los registros médicos de emergencias de tres agencias de Nueva York de pacientes con PCR (17). Se registraron 1310 sujetos que recibieron tratamiento con epinefrina por VP o por AI (17). En el 60.2% de los sujetos se intentó el VP con una tasa de éxito de 81.6%, mientras que el AI se intentó en 39.9% con una tasa de éxitos de primer intento de 94.8% (17). Por lo general, el AI se colocó en la tibia (17). De igual forma, Greensteins et al, realizaron una RS, identificando 2.106 intentos de AI en la tibia o el húmero de los cuales 192 no tuvieron éxito, por lo que la tasa de éxito general fue del 91%(18). Cinco inserciones se asociaron con complicaciones graves (18).

De modo similar, Lee et al., realizaron un estudio prospectivo en ocho hospitales de Estados Unidos en 2012 (19). Se utilizó el AI como acceso primario en 31 pacientes de 79 en PCR y acceso secundario en caso de primer fallo en la colocación del catéter de AVC (19). La tasa de éxito en la colocación fue de 90.3% con un tiempo medio de 1.2 minutos, respecto a 10.7 minutos del AVC (19). Respecto a las complicaciones, se identificaron 3 relacionadas con AI y 22 relacionadas con el AVC (19).

Asimismo, Myers, Russi y Arteaga en un estudio retrospectivo establecieron que la tasa de éxito de canalización de AI en el primer intento fue del 80.6% de los pacientes con un dispositivo manual y de 83.9% con un dispositivo semiautomático (20). De la misma forma, Gazin et al, tras realizar un estudio observacional prospectivo con una muestra de 4.666 pacientes, de los cuales 30 requirieron un AI con el dispositivo EZ-iO en situación de PCR y 9 con actividad cardíaca espontánea (21). La tasa de éxito en primer intento de canalización fue de 84% y la tasa de éxito global fue de 97% (21). Solo se documentó una complicación local que fue una inflamación local transitoria (21).

Paxton et al., evaluaron la colocación de AI en el húmero proximal respecto a la canalización del AVP o AVC durante la reanimación en la sala de emergencias (22). La colocación del AI fue mucho más rápida en comparación con los métodos convencionales (3.6 minutos respecto a 15.6 del AVC) (22). Dentro de las complicaciones que se identificaron en la colocación del AI se encuentra el error en la colocación, un flujo deficiente o el desplazamiento del catéter, además de que su colocación es mucho más dolorosa que los métodos convencionales (22).

Asimismo, Leidel et al., en su estudio observacional prospectivo establecieron que la tasa de éxito de canalización en el primer intento fue superior en el AI respecto al AVC, mientras que el tiempo en la canalización fue menor y el índice de fallos fue menor respecto al ACV (23).

Por otro lado, Reades et al., en su estudio observacional compararon la tasa de

aciertos de la colocación de AI en tibia y húmero en pacientes con PCR obteniendo como resultado una tasa de éxito en la canalización en el primer intento en la tibia (24). De igual forma, Oksan y Ayfer realizaron un estudio observacional de 25 pacientes con un AI en Turquía. Todos los accesos se localizaron en la tibia proximal, con una tasa de éxito en primer intento de 80% y una media de duración de 4 horas (25). La complicación más común fue la extravasación (25). El 96% de los profesionales que realizaron la técnica, había recibido formación con anterioridad (25).

Por lo que se refiere a la farmacocinética, Von Hoff et al., compararon la administración de Sulfato de morfina en AVP y AI mediante un estudio prospectivo, aleatorizado y cruzado (26). Cada sujeto tenía canalizado un AI y AVP (26). Se administró de forma aleatoria a los sujetos un bolo de 5mg de sulfato mórfico por AI o IV y en 24 horas se realizó una extracción de sangre (26). No se observó diferencias estadísticamente significativas entre la administración por AI e IV. Por lo que este estudio apoya la evidencia anterior sobre la bioequivalencia entre administración IV e y mediante AI de sulfato de morfina en adultos (26).

En cuanto al motivo de la canalización del AI, Johnson et al., a partir de un estudio retrospectivo establecieron que en el 69% de los casos se canalizó el AI por dificultad en el AVP y en el 20.6% por necesidad de intubación rápida (27). La extravasación fue la complicación más común experimentada en el 7.4% de los casos (27).

COMPLICACIONES DEL AI

Overbey y Kon informaron de un caso de abrasión dérmica tras el uso del dispositivo EZ-iO en una paciente de 7 meses que experimentó un "episodio de asfixia", que desembocó en apnea y cianosis, llegando al servicio de urgencias en estado de shock (28). Tras varios intentos fallidos de AVP, se obtuvo AI usando el EZ-IO (28). A su ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos y la canalización de un AVP, se extrajo el dispositivo observándose daños en la piel con "forma de objetivo de ojo de buey rojo" (28). Se estima que con un entrenamiento en el manejo de AI este posible efecto adverso se evite (28). Oesterli et al, presentaron también el caso de una niña recién nacida en la cual se colocó un AI en la tibia y aunque se siguieron las recomendaciones estándar el desenlace fue la amputación transtibial como consecuencia de una necrosis, la cual se sospecha que fue producida por la extravasación y administración de calcio por el AI (29). Respecto a los adultos, Henson, Payan y Terk informaron sobre el caso de un varón que meses posteriores a la canalización e infusión mediante AI presenta dolor en la tibia (30). La resonancia magnética confirma el diagnóstico de osteomielitis aguda debido a una complicación inusual de la infusión por AI (30).

De igual forma, Müller et al., informaron sobre la consecuencia de colocar erróneamente un AI a un paciente crítico, lo cual condujo a un desplazamiento del dispositivo lo cual provocó que la infusión de fármacos no fuera posible (31). Por ello, los autores remarcan la importancia de la formación al profesional sanitario en la colocación del AI (31).

Por el contrario, Lewis y Wright desarrollaron un análisis retrospectivo del uso de dispositivos durante 7 años en Afganistán con una muestra de 830 pacientes y 1014 AI (32). La tasa de complicaciones menores fue de 1.38% siendo la más común el error en la colocación del AI (32).

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL AI

En relación con la formación y la actitud de los profesionales en el manejo del AI, Engels et al realizaron un estudio transversal en Canada, Australia y Nueva Zelanda establecieron que el 79% de los encuestados se sentía muy cómodo en la colocación del AI en la tibia proximal y que los casos en los cuales usaban el AI era en PCR de forma traumática, paciente hipotenso o tras dos intentos fallidos de VP (33). En Francia, Abbal et al., realizaron un estudio observacional, transversal y descriptivo en el cual el 68% de los encuestados afirmaba haber usado el kit de AI en caso de PCR en PCR (34). Además, se observó un aumento en el uso del dispositivo para AI en relación con el aumento de la experiencia (34). En general, los participantes afirmaron haber recibido formación en el uso del AI y el 90% considera que la formación es necesaria (34). En Dinamarca, Molin et al., desarrollaron un estudio transversal evaluaron el uso del AI en los departamentos de emergencia daneses (35). En el 74% se informó de la disponibilidad de dispositivos para la canalización de AI, aunque en el 47% de los departamentos, no se había facilitado formación sobre el uso del dispositivo para AI y en el 42% no se disponía de un protocolo o directrices para su uso (35).

Respecto a los beneficios asociados a la formación del profesional sanitario, Byars et al., realizaron un estudio prospectivo sobre el dispositivo FAST-1 colocado en la zona esternal (36). Se dotó a los profesionales de formación durante una sesión educativa obligatoria y posteriormente se recopilaron datos durante un año (36). Con un total de 41 intentos de inserción, 30 (73%) se colocaron con éxito con un tiempo medio de 67 segundos (36). Dentro de las principales dificultades en la canalización del AI, los profesionales informaron sobre la dificultad en colocar el apósito tras la canalización, el fallo al extraer la aguja del dispositivo, estando este ya insertado en el paciente y una velocidad de infusión lenta (36). Además, los profesionales se percataron de un leve sangrado alrededor de la punción en dos ocasiones (36).

Por último, Sommer et al., llevaron a cabo un estudio comparativo observacional

de datos de la década de los 90 y de 2000 a 2009 (37). El 19% se utilizó un AI, observándose un aumento en el uso del AI de la década de los 90 con relación a los datos más recientes (37).

COMPARACIÓN DE DISPOSITIVOS

Respecto a qué dispositivo escoger o cuales son los beneficios de un dispositivo frente a otro, Helm et al., llevaron a cabo una revisión sistemática estableciendo que todos los dispositivos para AI cumplen con los requisitos para la canalización de un AI, aunque no existe un dispositivo ideal (13). El dispositivo EZ-iO se ha demostrado que se puede utilizar sin limitación en el peso y edad del paciente, la tasa de éxito es alta y las complicaciones asociadas son bajas, por lo que, los autores afirman que es un dispositivo adecuado en términos universales de aplicación (13).

Por otro lado, Vassallo, Horne y Smith compararon los dispositivos EZ-iO y FAST1 en un estudio observacional prospectivo en el departamento de Emergencia de Afganistán (38). Con una muestra de 117 pacientes y 195 intentos de canalización, de los cuales 149 fueron con EZ-iO y 46 con FAST1 (38). Se obtuvo una tasa de éxito de 84,7% y que el índice de fallos aumentaba en la canalización en el húmero (38).

De igual forma, Dermir et al., compararon dos dispositivos IO con relación a su seguridad y a su manejo mediante un estudio prospectivo, aleatorio y clínico(39). El AI se realizó a 26 pacientes con el dispositivo BIG y 26 con el dispositivo EZ-iO (39). Las tasas de éxito de canalización en el primer intento fueron de BIG (92.3%) y EZ-iO (84.6%), además el tiempo en la canalización fue superior en el EZ-iO que en el BIG(39). Ninguno de los dos sistemas se asoció con complicaciones (39). Por lo que se puede establecer que ambos sistemas son fiables y seguros (39).

Asimismo, Leidel et al., llevaron a cabo un estudio prospectivo aleatorizado para comparar el dispositivo IO EZ-iO y el dispositivo BIG en pacientes con PCR (40). La muestra fue de 40 pacientes, se realizó la canalización en 20 pacientes con el dispositivo BIG y en 20 con el EZ-iO (40). La tasa de éxito en el primer intento fue del 80% en el BIG y del 90% en el EZ-iO (40). Respecto al tiempo, el dispositivo BIG se canalizó en una media de 2.2 minutos, mientras que el EZ-iO en 1.8 minutos (40). En ninguno de los casos, se informaron de complicaciones asociados al AI (40). Aunque existen diferencias entre ambos dispositivos, estas no son significativas (40).

En la línea de estudios anteriores, Hartholt et al., realizaron un ensayo prospectivo de ciego simple para comparar el tipo de aguja preferible para AI en los servicios médicos de emergencias en helicóptero (41). Los profesionales de enfermería de estos servicios recibieron formación sobre el uso de los dispositivos

para AI (41). Los dispositivos utilizados en niños fueron el Jamshidi 15G o el BIG 18G, y los utilizados en adultos fueron el Jamshidi 15G, el BIG 18G o el FAST1 (41). La muestra total fue de 75 adultos y 22 pacientes pediátricos (41). El tiempo medio de inserción varió de 38 segundos para el Jamshidi 15G a 49 segundos para el BIG 15G y 62 segundos para el FAST1 (41). La tasa de éxito, complicaciones y facilidad de uso se estimaron similares en los tres dispositivos (41).

Por último, Jansen, Leimkuhler y Mertzluft evaluaron la colocación del AI mediante un estudio retrospectivo con tomografía axial computarizada (42). De 13 AI estudiados, todos se colocaron con el dispositivo EZ-iO y todas las inserciones fueron correctas, aunque el lugar de punción se desvió en la mayoría de los casos de las recomendaciones establecidas (42). El error más común en los 13 casos fue el exceso de introducción de la aguja (42). Por lo que se demuestra que son comunes las desviaciones en el posicionamiento del AI (42).

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de los estudios analizados en esta revisión narrativa coinciden con la literatura anterior publicada. En relación con los beneficios del uso del AI, Navarro Suay et al., coincide con nuestros resultados en que el AI es un acceso alternativo al AVP, en su estudio descriptivo con una muestra de 25 pacientes, igual que en estudios anteriores, el lugar escogido para realizar la punción fue la tibia y no se presentaron complicaciones asociadas al AI, aunque sí informaron los pacientes de dolor (43). Asimismo, y siguiendo la línea de los resultados de esta revisión, Dolister et al., también confirma que el AI es una buena alternativa al AVC ya que requiere de menos tiempo en su inserción, menor coste económico y las complicaciones asociadas a la canalización son menores (44). De igual forma, Jonathan, A y Anson, MD concluyeron tras realizar una RS que el AI es una buena alternativa ya que la eficacia de la inserción combinada con un tasa baja de complicaciones asociadas hace que este acceso sea fundamental en pacientes críticos (45). Los resultados respecto a los beneficios del AI presentados en esta revisión son confirmados también por Seigler et al., en 1989, informando igualmente sobre la rapidez de canalización y las escasas complicaciones asociadas (46). Por último, desde la Asociación de Nacional de médicos EMS de Estados Unidos y las nuevas pautas de reanimación de la American Heart Association establecen que el AI debe ser la primera alternativa ante un AVP difícil por la rapidez en su canalización y la tasa de éxito en su implantación (47).

Con relación a las complicaciones, esta revisión informa sobre casos puntuales de complicaciones asociadas al AI, aunque su tasa es muy baja, lo cual es confir-

mado igualmente por la literatura anterior publicada y las publicaciones de complicaciones, por lo general son estudios de caso, como el de Douglas et al., que, aunque reconoce que el AI es un método muy eficiente para la administración de fluidos, sangre y medicación, documentaron el caso de un niño cuyo AI pudo haberle provocado una fractura en la tibia (48). Por el contrario, Hallas et al., informaron de las complicaciones de su estudio, siendo la dificultad en insertar la aguja intraósea y la aspiración de la médula las más frecuentes (10.3% y 12.3% respectivamente) y el síndrome compartimental y la osteomielitis las menos frecuentes (0.6% y 0.4%), concluyendo que las complicaciones percibidas fueron más frecuentes de lo que generalmente se informa en los estudios modelos (49). Como consecuente, aunque los estudios informen de las complicaciones del AI, es generalizada su recomendación.

Respecto a la formación de los profesionales en el uso del AI, Hallas et al., establecieron que las razones que el personal no realizó una canalización de AI fue la falta de material (48.3%) y la falta de conocimiento sobre el procedimiento (32.6%), por lo que los autores recomiendan la capacitación de los profesionales en su uso (50), apoyando estos resultados, Cheung et al., observaron que la falta de confianza de los médicos relacionada con las indicaciones del AI fue una barrera para su uso (51). Buss et al., observaron en 1993 que sólo el 26% del personal encuestado sobre conocimientos en la resucitación del paciente pediátrico consideró el AI como medio para obtener un acceso vascular en situaciones críticas (52). Por último, Durojaiye, confirma que el entrenamiento previo en reanimación pediátrica y con ello en la canalización del AI mejora significativamente los conocimientos de los profesionales (53).

En relación con los diferentes dispositivos, los resultados de esta revisión indican que todos los dispositivos son apropiados para el establecimiento de un AI y que ninguno de ellos es ideal, aunque el dispositivo EZ-iO es de los más utilizados confirmando estos resultados, Schalk confirma que este dispositivo es eficiente para la canalización de AI (21), asimismo, Monge Morales, informa que aunque los resultados varíen en función del dispositivo utilizado, el EZ-iO tiene una tasa de éxito de 80.6% y el 100% en un tiempo de inserción entre 1 y 3 minutos (54). Investigaciones futuras se deben centrar en conocer los beneficios correspondientes a la formación de los profesionales en la canalización, cuidados y complicaciones asociadas al AI.

El Acceso intraóseo es una alternativa eficaz para lograr un acceso vascular de forma rápida y segura, gracias a la facilidad en la localización de la zona anatómica más propicia para su inserción. La tasa de éxito en primer intento

es muy elevada y las complicaciones asociadas son mínimas. Esta revisión muestra que el tiempo en la canalización del AI es menor que en el AVP con éxito y que el AVC. Los lugares más utilizados son la tibia y la cabeza del húmero. En relación con los dispositivos, esta revisión confirma que todos los dispositivos son efectivos, aunque los más utilizados son el EZ-iO y el BIG.

Aunque en la última década, el uso del AI se ha generalizado tanto en el ambiente extrahospitalario, como en el hospitalario, es fundamental que los profesionales conozcan el uso y manejo de este tipo de acceso ya que sus beneficios son ampliamente demostrados.

Las principales barreras identificadas para el uso del AI son la falta de formación de los profesionales y la falta de disponibilidad del material necesario. Por lo que se considera fundamental la formación y entrenamiento de los profesionales en la canalización del AI.

6 Bibliografía

1. Qué es una urgencia y una emergencia - Página 2 [Internet]. [citado 17 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/centros-y-servicios/urgencias/77-urgencias-y-emergencias?start=1>
2. Emergencias/Urgencias [Internet]. [citado 19 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.emawwe.com/espana/libros/emergencias_urgencias
3. Los_SEM_en_Espana.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf
4. Helm M, Weißleder A, Bernhard M, Hossfeld B, Lampl L, Kulla M. C-Intraossäre Punktion. Notf Rettungsmedizin. 1 de marzo de 2017;20(2):117-26.
5. Onrubia Calvo S, Carpio Coloma A, Lago Díaz N, Hidalgo Murillo A, Muñoz Kaltzakorta G, Periañez Sernaa I. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria: Nuberos Científica: Vía intraósea, alternativa a la vía periférica [Internet]. [citado 17 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/1/3>
6. Jiménez MSC. Fundamentos básicos de anestesia y reanimación en medicina de urgencias, emergencias y catástrofes 3. Arán Ediciones; 2007. 578 p.
7. Plancade D, Rüttimeann M, Wagnon G, Landy C, Schaeffer E, Gagnon N, et al. La perfusion intraosseuse chez l'adulte. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 de mayo de 2013;32(5):347-54.
8. Jiménez Jurado FJ. E07. COMUNICACION JIMENEZ JURADO.pdf [Internet]. [citado 17 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.exposanidad.es/Congreso/Documentos/Premios%20Web/PREMIO%20COMUNICACION/>

ENFERMERIA/E.%20COMUNICACIONES.%20PDF/E07.%20COMUNICACION%20JIMENEZ%20JURADO.pdf

9. Jansen G, Leimkühler K, Mertzlufft F. Intramedulläre Lage von präklinisch angelegten intraossären Zugängen bei polytraumatisierten Patienten. *Anaesthesist*. 1 de marzo de 2017;66(3):168-76.

10. Helm M, Schlechtriemen T, Haunstein B, Gäbler M, Lampl L, Braun J. Intraosseous infusion in the German Air Rescue Service. Guideline recommendations versus mission reality. *Anaesthesist*. 2013;62(12):981-7.

11. Olivé JM, Bou RN. La vía intraósea en situaciones de emergencia: Revisión bibliográfica. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2006;18(6):344-53.

12. Melgajero Avila, D. Garcia Montes, M. Gonzalez Pelegrín, B. RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA intraosea.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/RECOMENDACION%20CIENTIFICA%20intraosea.pdf>

13. Helm M, Weißleder A, Bernhard M, Hossfeld B, Lampl L, Kulla M. C-Intraosseous access: A review of currently available systems. *Notf Rettungsmedizin*. Library Review, Vol. 57 Issue: 8, pp.570-575.

14. Manrique Martínez JI, Pons Morales S, Casal Agudo C, García Aracil N, Castejón de la Encina ME. Accesos intraóseos: revisión y manejo. Manrique Martínez Juan Ignacio Pons Morales Sara Casal Agudo Carmen García Aracil Noelia Castejón Encina Ma Elena 2013 Accesos Intraóseos Revisión Manejo *An Pediatría Contin* 11 3 167 173 [Internet]. 2013 [citado 14 de junio de 2018]; Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/58337>

15. Reiter DA, Strother CG, Weingart SD. The quality of cardiopulmonary resuscitation using supraglottic airways and intraosseous devices: A simulation trial. *Resuscitation*. 2013;84(1):93-7.

16. Nassar BS, Kerber R. Improving CPR Performance. *Chest*. 2017;152(5):1061-9.

17. Clemency B, Tanaka K, May P, Innes J, Zagroba S, Blaszk J, et al. Intravenous vs. intraosseous access and return of spontaneous circulation during out of hospital cardiac arrest. *Am J Emerg Med*. 2017;35(2):222-6.

18. Greenstein YY, Koenig SJ, Mayo PH, Narasimhan M. A Serious Adult Intraosseous Catheter Complication and Review of the Literature. *Crit Care Med*. 2016;44(9):e904-9.

19. Lee PMJ, Lee C, Rattner P, Wu X, Gershengorn H, Acquah S. Intraosseous Versus Central Venous Catheter Utilization and Performance during Inpatient Medical Emergencies. *Crit Care Med*. 2015;43(6):1233-8.

20. Myers LA, Russi CS, Arteaga GM. Semiautomatic intraosseous devices in pediatric prehospital care. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 31 de mayo de 2018].

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21815731>

21. Gazin N, Auger H, Jabre P, Jaulin C, Lecarpentier E, Bertrand C, et al. Efficacy and safety of the EZ-IOTM intraosseous device: Out-of-hospital implementation of a management algorithm for difficult vascular access. *Resuscitation*. enero de 2011;82(1):126-9.
22. Paxton JH, Knuth TE, Klausner HA. Proximal humerus intraosseous infusion: a preferred emergency venous access. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19741408>
23. Leidel BA, Kirchhoff C, Bogner V, Braunstein V, Biberthaler P, Kanz K-G. Comparison of intraosseous versus central venous vascular access in adults under resuscitation in the emergency department with inaccessible peripheral veins. *Resuscitation*. 2012;83(1):40-5.
24. Reades R, Studnek JR, Garrett JS, Vandeventer S, Blackwell T. Comparison of first-attempt success between tibial and humeral intraosseous insertions during out-of-hospital cardiac arrest. *Prehosp Emerg Care*. 2011;15(2):278-81.
25. Oksan D, Ayfer K. Powered intraosseous device (EZ-IO) for critically ill patients. *Indian Pediatr*. 2013;50(7):689-91.
26. Von H, Kuhn JG, Burris I, Miller LJ. Does intraosseous equal intravenous? A pharmacokinetic study. *Am J Emerg Med*. 2008;26(1):31-8.
27. Johnson M, Inaba K, Byerly S, Falsgraf E, Lam L, Benjamin E, et al. Intraosseous infusion as a bridge to definitive access. *Am Surg*. 2016;82(10):876-80.
28. Overbey JK, Kon AA. Dermal Abrasion Experienced as an Adverse Effect of the EZ-IO®. *J Emerg Med*. 2016;50(1):e7-10.
29. Oesterlie GE, Petersen KK, Knudsen L, Henriksen TB. Crural amputation of a newborn as a consequence of intraosseous needle insertion and calcium infusion. *Pediatr Emerg Care*. 2014;30(6):413-4.
30. Henson NL, Payan JM, Terk MR. Tibial subacute osteomyelitis with intraosseous abscess: an unusual complication of intraosseous infusion. *Skeletal Radiol*. febrero de 2011;40(2):239-42.
31. Müller DP, Bogner V, Stegmaier J, Leidel BA. Failure of intraosseous vascular access: The need for appropriate training for successful application of intraosseous infusion in adults. *Notf Rettungsmedizin*. 2009;12(6):457-60.
32. Lewis P, Wright C. Saving the critically injured trauma patient: A retrospective analysis of 1000 uses of intraosseous access. *Emerg Med J*. 2015;32(6):463-7.
33. Engels PT, Erdogan M, Widder SL, Butler MB, Kureshi N, Martin K, et al. Use of intraosseous devices in trauma: A survey of trauma practitioners in Canada, Australia and New Zealand. *Can J Surg*. 2016;59(6):374-82.
34. Abbal B, Perbet S, Pereira B, Colomb S, Ehrmann S, Bazin J-E, et al. Use of the

intraosseous access in adult patients in France in 2012. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2014;33(4):221-6.

35. Molin R, Hallas P, Brabrand M, Schmidt TA. Current use of intraosseous infusion in Danish emergency departments: a cross-sectional study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 1 de julio de 2010;18:37.

36. Byars DV, Tsuchitani SN, Erwin E, Anglemeyer B, Eastman J. Evaluation of Success Rate and Access Time for an Adult Sternal Intraosseous Device Deployed in the Prehospital Setting. *Prehospital Disaster Med.* abril de 2011;26(02):127-9.

37. Sommer A, Weiss M, Deanovic D, Dave M, Neuhaus D. [Intraosseous infusion in the pediatric emergency medical service. Analysis of emergency medical missions 1990-2009]. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21184043>

38. Vassallo J, Horne S, Smith JE. Intraosseous access in the military operational setting. *J R Nav Med Serv.* 2014;100(1):34-7.

39. Demir OF, Aydin K, Akay H, Erbil B, Karcioğlu O, Gulalp B. Comparison of two intraosseous devices in adult patients in the emergency setting: A pilot study. *Eur J Emerg Med.* 2016;23(2):137-42.

40. Leidel BA, Kirchhoff C, Braunstein V, Bogner V, Biberthaler P, Kanz K-G. Comparison of two intraosseous access devices in adult patients under resuscitation in the emergency department: A prospective, randomized study. *Resuscitation.* 2010;81(8):994-9.

41. Hartholt KA, Van L, Thies WC, Patka P, Schipper IB. Intraosseous devices: A randomized controlled trial comparing three intraosseous devices. *Prehosp Emerg Care.* 2010;14(1):6-13.

42. Jansen G, Leimkühler K, Mertzluft F. Intramedullary placement of intraosseous cannulas inserted in the preclinical treatment of polytrauma patients: A retrospective, computed tomography-assisted evaluation. *Anaesthesist.* 2017;66(3):168-76.

43. Navarro Suay R, Bartolomé Cela E, Hernández Abadía de Barbará A, Tamburri Bariain R, Rodríguez Moro C, Olivera García J. El acceso intraóseo para fluidoterapia en situación de combate. Experiencia de la sanidad militar española en Afganistán. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 1 de enero de 2011;58(2):85-90.

44. Dolister M, Miller S, Borron S, Truemper E, Shah M, Landford MR, Philbeck TE. Intraosseous vascular access is safe, effective and costs less than central venous catheters for patients in the hospital setting | JVA [Internet]. [citado 10 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.vascular-access.info/article/intraosseous-vascular-access-is-safe--effective-and-costs-less-than-central-venous-catheters-for-patients-in-the-hospital-setting>

45. Anson JA. Vascular Access in Resuscitation Is There a Role for the Intraosseous Route? *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol*. 1 de abril de 2014;120(4):1015-31.
46. Seigler RS, Tecklenburg FW, Shealy R. Prehospital Intraosseous Infusion by Emergency Medical Services Personnel: A Prospective Study. *Pediatrics*. 1 de julio de 1989;84(1):173-7.
47. Fowler R, Gallagher JV, Isaacs SM, Ossman E, Pepe P, Wayne M. The Role of Intraosseous Vascular Access in the Out-of-Hospital Environment (Resource Document to NAEMSP Position Statement). *Prehosp Emerg Care*. 1 de enero de 2007;11(1):63-6.
48. Bowley DMG, Loveland J, Pitcher GJ. Tibial Fracture as a Complication of Intraosseous Infusion During Pediatric Resuscitation. *J Trauma Acute Care Surg*. octubre de 2003;55(4):786.
49. Hallas P, Brabrand M, Folkestad L. Complication with Intraosseous Access: Scandinavian Users' Experience. *West J Emerg Med*. septiembre de 2013;14(5):440-3.
50. Hallas P, Brabrand M, Folkestad L. Reasons for not using intraosseous access in critical illness. *Emerg Med J*. 1 de enero de 2010;emj.2010.094011.
51. Cheung WJ, Rosenberg H, Vaillancourt C. Barriers and Facilitators to Intraosseous Access in Adult Resuscitations When Peripheral Intravenous Access Is Not Achievable. *Acad Emerg Med*. 21(3):250-6.
52. Buss PW, McCabe M, Evans RJ, Davies A, Jenkins H. A survey of basic resuscitation knowledge among resident paediatricians. *Arch Dis Child*. 1 de enero de 1993;68(1):75-8.
53. Durojaiye L, O'Meara M. Improvement in resuscitation knowledge after a one-day paediatric life-support course. *J Paediatr Child Health*. 38(3):241-5.
54. Monge Morales C. La vía intraósea, ¿una alternativa efectiva de acceso vascular durante el manejo del paciente crítico adulto en situaciones de emergencia?. 18 de septiembre de 2017 [citado 10 de junio de 2018]; Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/22545>

Capítulo 119

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ALFONSO MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍN-LORENTE

ANTONIO MONTOYA MOLINA

JUANA MARÍA CASTELLANO BUENO

SARA ZAMORA RODRÍGUEZ

ANA ROBLES CAMPILLO

1 Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA) es un término que engloba diferentes patologías en las que un individuo presenta una obstrucción o disminución del flujo de sangre al corazón. Esta patología abarca desde la angina estable e inestable, el infarto agudo de miocardio con o sin elevación del ST hasta la isquemia miocárdica. Por ello y por su alta morbimortalidad, es considerada una urgencia médica.

El síntoma principal es el dolor torácico opresivo de localización retroesternal que se irradia al hombro y brazo izquierdos. Sin embargo, se encuentran multitud de formas de presentación y puede diferir mucho de ser solo dolor torácico. Los diferentes síntomas son: dolor o molestias en pecho, brazos, hombro, mandíbula o

espalda; y pueden ir acompañado de disnea, náuseas, vómitos, mareos, desmayos, sudores fríos y palidez.

Para el diagnóstico se tendrá en cuenta la clínica y principalmente la electrocardiografía y un análisis de sangre. Además, se pueden hacer otras pruebas como son la ecocardiograma, TAC, angiografía coronaria, perfusión miocárdica o pruebas de esfuerzo.

Los principales factores de riesgo son dieta inadecuada, obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, inactividad física o sedentarismo, diabetes, consumo de alcohol, tabaquismo y estrés; por ello es de vital importancia el papel de la prevención, asumiendo enfermería un importante papel.

El SCA tiene un alto impacto en los servicios de urgencias hospitalarias, originando un alto coste económico en España; tanto en su tratamiento como en las secuelas y recuperación del SCA. Debido a esto, es de suma importancia que enfermería esté formada y capacitada para su correcto manejo, así como dar unos cuidados de calidad.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería que se realizarán al paciente con Síndrome Coronario Agudo en los servicios de urgencias hospitalarios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una metodología de revisión bibliográfica, obteniéndose la información a través de diferentes fuentes académicas, incluyéndose revistas especializadas, artículos científicos y webs especializadas con información actual o en su defecto de publicación de los últimos 5 años.

4 Resultados

La alta morbilidad y mortalidad del SCA, siendo este causante de más de 50.000 y 290.000 muertes en España y a nivel mundial respectivamente; y por el elevado coste sanitario que conlleva es muy importante la prevención y educación en salud a la población.

La enfermería debe estar atenta a las diferentes fases del paciente con SCA.

Lo primero es definir que el paciente presenta un SCA frente a otras patologías como pueden ser angina estable (cede con el reposo), neumonía, dolor torácico de

tipo traumático, etc. que deberá hacerse con la clínica y pruebas complementarias anteriormente citadas.

- Considerar ingreso en unidad correspondiente (cardiología, intensivos, observación de urgencias, etc).
- Mantener en reposo al paciente y a ser posible con el cabecero elevado.
- Monitorización (ECG, Pulsioximetría y Presión Arterial No Invasiva).
- Oxigenoterapia para mantener SatO₂ en torno a 95 %.
- Canalizar acceso venoso.
- Analgesia para el dolor.
- Vigilar tratamiento prescrito por especialista (antiagregación con AAS, ticagrelor, clopidogrel y heparina de bajo peso molecular).
- Tranquilizar al paciente, explicarle los procedimientos y evitar que haga esfuerzos.
- En caso de ser candidato a ICP, rasurar zonas de acceso, informar al paciente y preparar para el cateterismo.
- En caso de no ser candidato de ICP y proceder con fibrinólisis, administrar el fibrinolítico y vigilar signos de sangrado o reacciones al fibrinolítico.
- Controles analíticos y de ECG de 12 derivaciones cada 3 horas hasta confirmar o descartar diagnóstico.
- Vigilar signos de inestabilidad hemodinámica, tales como aumento de la frecuencia cardíaca, hipo o hipertensión arterial, sudoración profusa, dolor torácico, disnea, taquipnea.
- Confort del paciente.
- Analgesia adecuada al dolor del paciente usando ascensor terapéutico (antiinflamatorios no esteroideos-AINES-; opioides menores tales como tramadol o petidina; opioides mayores tales como morfina, fentanilo....) Considerar uso de nitroglicerina sublingual o en perfusión intravenosa.
- Traslado a unidad correspondiente según evolución.

5 Discusión-Conclusión

El SCA es una patología con una elevada morbi-mortalidad, que además precisa de un alto nivel de cuidados, los cuales deben de ser muy meticulosos, constantes y efectivos evitando así posibles complicaciones o evoluciones negativas de la patología.

Enfermería deberá estar vigilante de los síntomas del SCA así como de signos de alarma como pueden ser la diaforesis, disnea, el cortejo vegetativo o la pérdida abrupta de la consciencia.

Entre los cuidados estarán la monitorización y vigilancia del enfermo, la comodidad, reposo y tranquilidad de este, explicarle los procedimientos, canalización de acceso venoso, tratamiento farmacológico, oxigenoterapia, realización de analíticas seriadas cada cierto tiempo y preparación y traslado a la unidad correspondiente que continúe y/o finalice el tratamiento iniciado en el servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. Toledo, D., & Padrón, M. V. G. (2016). Síndrome coronario agudo. Acute Myocardial Infarction. an Update of the Clinical Practice, , 25-35.
2. Altamirano, B. D., Ortega, M. G., Arias, A. G. S., González, G. G., Serrano, E. B., & González, C. C. S. (2016). Intervención de enfermería a paciente con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal. Revista Mexicana De Enfermería Cardiológica, 24, 17-23.
3. Martinez Merlo Jorge Andres, Lastre Amell Gloria Elena, Cassiani Caroli. Cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA). Ene. [Internet]. 2019; 13(2): 1329. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200009&lng=es.
4. Rincón F. Cuidado de Enfermería al paciente con infarto agudo del miocardio. Revista de Actualizaciones en Enfermería [internet] 2015.
5. Protocolo área de Gestión Clínica del corazón. Hospital Universitario de Asturias . Marzo 2021.

Capítulo 120

HIPERTENSIÓN EN URGENCIAS MANEJO DE UN CASO CLÍNICO

MARÍA JOSÉ ROMERO LÓPEZ

SILVIA CASTILLO CASTILLO

1 Introducción

La Hipertensión arterial es un trastorno el cual pueden desencadenar otras enfermedades más graves.

Por ejemplo cardiopatías a nivel mundial. Se estiman que de 1280 millones de personas poseen este trastorno, aunque el 46% de estos, no son conscientes de ello. La enfermedad solo la tienen controlada el 21%

La presión arterial en este caso la alta (Hipertensión) es un trastorno donde los vasos sanguíneos tenían de manera persistente una tensión elevada.

La alta prevalencia de la HTA en la población general y lo importante que es su detección temprana y su tratamiento, sobre todo llegar a lograr un adecuado control de la HTA.

En los últimos años se han producido importantes avances sobre este tema y además se han publicado muchos ensayos clínicos. También ha quedado demostrado que los beneficios del tratamiento anti hipertensivo se observan en la población octogenaria.

Se han realizado varios estudios donde se ha encontrado la relación entre el estrés, la comida rápida y la alimentación con un alto nivel de sal, influyen en el debut de una hipertensión en población de edades comprendidas entre 30-40 años. De manera similar, se han realizado cribados de individuos que no realizan ejercicio físico y hay una alta incidencia de HTA y obesidad.

2 Objetivos

Aumentar los conocimientos de la población sobre la HTA y como prevenirla.
Resaltar la importancia de la derivación urgente por parte de atención primaria a atención especializada de estos casos debido a los tiempos de espera.
Dar a conocer los distintos métodos de tratamiento de la HTA.

3 Caso clínico

Paciente varón de 45 años con antecedentes de hipertensión arterial, depresión e hipercolesterolemia, que acude por cefalea holocraneal asociada a cifras de 170/90. No náuseas ni vómitos. No alteraciones visuales. No alergias medicamentosas conocidas. Refiere estar pasando por un período de estrés (está en proceso de separación y su exmujer no le deja ver a sus 3 hijos, de los cuales, él se ha implicado en su cuidado y educación en todo momento, llevándolos al colegio, a actividades extraescolares, disfrutando con ellos de sus tiempos de ocio y a sus revisiones médicas). Me comenta que lleva mucho tiempo comiendo muy mal y sin realizar nada de ejercicio físico, que ha aumentado 10 kilos en 3 meses. Además lleva 3 meses sin dormir bien y sin concentrarse en su trabajo. Paralelamente coincide este período con ingesta de alcohol cuando llega a su domicilio. Nos indica que ha cambiado en varias ocasiones de tratamiento hipertensivo porque tenía muchísimos efectos secundarios como cefaleas, náuseas llegando a vomitar, en más de una ocasión, mareos e hipotensión, coincidiendo con algunas actividades físicas que consistieran en estar agachado durante un corto período y levantarse de manera brusca.

En su domicilio tomó un comprimido de metamizol y medio comprimido de su tratamiento anti hipertensivo (Enalapril 10 mgr) . Refiere leve mejoría de la cefalea. A su llegada se le realiza medición de constantes vitales a las 22h tiene una tensión arterial de 160/98 mmHg, también se mide pulsioximetría con un valor de 99%

Se administra según pauta médica un alprazolam sublingual

A la media hora se realiza una nueva medición con una tensión de 130/80 mmHg La paciente refiere que ha desaparecido la cefalea y se procede al alta por parte del médico. Se recomienda acudir al centro de salud para su control de tensión y valorar necesidad de interconsulta a salud mental.

4 Discusión-Conclusión

Desde las autoridades se recomienda hacer cribados sobre la población, realizándolos a diferentes grupos de edades y haciendo diferencia entre pacientes sin patologías previas y pacientes pluripatológicos. Y teniendo en cuenta la incidencia de HTA en ambos grupos. Además de valorar la incidencia que puede tener la relación entre comida “rápida” y alimentos con alto en sal. La falta de ejercicio, el estrés, el insomnio, el consumo de alcohol tienen relación directa con la repercusión y relación que esta puede tener sobre la HTA.

Los efectos secundarios de algunos tratamientos hipertensivos como mareos, náuseas, taquicardias e hipotensión han influido en el abandono de algunos pacientes de los mismos.

5 Bibliografía

1.P.K. Whelton, R.M. Carey, W.S. Aronow, et al. 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology /American Heart Association J Am Coll Cardiol., (2017)

2.E. Menéndez, E. Delgado, F. Fernández-Vega, et al. Prevalence, Diagnosis, Treatment, and Control of Hypertension in Spain. Results of the Di@bet.es Study.

Rev Esp Cardiol., 69 (2016) 572-578

3.G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, et al.

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).

J Hypertens., 31 (2013), pp. 1281-1357

4.J.T. Wright Jr., J.D. Williamson, P.K. Whelton, et al.

Task Force Members. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. SPRINT Research Group.

N Engl J Med., 373 (2015), pp. 2103-2116

5.W.C. Cushman, G.W. Evans, R.P. Byington, ACCORD Study Group, et al.

Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus.

N Engl J Med., 362 (2010), pp. 1575-1585

6.M. Brunström, B. Carlberg.

Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis.

JAMA Intern Med., 178 (2018), pp. 28-36

7.M. Brunström, B. Carlberg.Effect of antihypertensive treatment at different blood pressure levels in patients with diabetes mellitus: systematic review and meta-analyses.

BMJ., 352 (2016), pp. i717

Medline

8.C. Rosendorff, H.R. Black, C.P. Cannon, et al.

Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention.

Circulation., 115 (2007), pp. 2761-2788

9.G. Mancia, G. De Backer, A. Dominiczak, et al.

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).

J Hypertens., 25 (2007), pp. 1105-1187

10.G. Mancia, S. Laurent, E. Agabiti-Rosei, et al.

Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document.

J Hypertens., 27 (2009)

Capítulo 121

CASO CLÍNICO: ACCIDENTE TRÁFICO MÚLTIPLES VÍCTIMAS

JORGE VICO SÁNCHEZ

LAURA CASTRO OLIVARES

JOSÉ MARÍA LÓPEZ GONZÁLEZ

MARIA TERESA VICO SÁNCHEZ

JAVIER LAPARRA GONZÁLEZ

1 Introducción

El soporte vital incluye varias técnicas que se realizan en situaciones críticas de emergencia para mantener con vida a un paciente después de una lesión grave o un mal funcionamiento que daña uno de sus órganos vitales, lo que puede resultar en una emergencia extrema, como un paro cardíaco. En este caso, debe comenzar con un examen físico rápido, usando el sistema ABDCE: compromiso respiratorio, circulatorio, físico o neurológico, así como la exposición del paciente a temperaturas/heridas... Se realizarán actuaciones primeramente para mantener vía aérea y soporte circulatorio de las víctimas y cualquier cosa que amenace a ambos aparatos.

Para emergencias que ocurren fuera del hospital, se iniciará una evaluación en el sitio lo antes posible, tratando de anticipar lo que nos podríamos encontrar y considerar qué materiales podrían necesitarse y si es necesario solicitar recursos adicionales, como más unidades o activar protocolos de catástrofes

En 2021 se produjeron 921 siniestros mortales, en los que fallecieron 1.004 personas y otras 3.728 resultaron heridas graves, lo que supone 97 fallecidos menos (- 9%) que el año 2019 (año de referencia) y el segundo mejor año de la serie histórica, solo por detrás de 2020, en el que fallecieron 870 personas, pero se trata de una estadística distorsionada por la pandemia.

2 Objetivos

Enfatizar la importancia del triaje, la prontitud en la toma de decisiones y la acción rápida en las emergencias extrahospitalarias.

3 Caso clínico

En junio de 2021, el Centro de Coordinación de Emergencias de Castilla-La Mancha recibió una llamada para activar la UVI móvil tras un accidente con multitud de víctimas en la autopista

La carretera estaba bloqueado por la Guardia civil cuando llegó la unidad de soporte vital avanzado. Era de noche. Se había producido una colisión en cadena con 6 coches involucrados, dejando varios pacientes para valoración. Casi todos habían sido triados como “verdes”, pero había dos de ellos que tenían complicaciones y habían sido triados como “amarillos”.

**Información de los pacientes:*

La paciente X, una mujer joven de 26 años sin antecedentes de interés, era la conductora de uno de los primeros vehículos en chocar. Los bomberos la rescataron del auto, quejándose de dolor en el pecho.

El paciente Y era un hombre de 50 años sin antecedentes de intereses personales que iba de copiloto en otro vehículo siniestrado. También fue rescatado por los bomberos y se quejaba de dolor en la pelvis.

**Anamnesis y hallazgos clínicos:*

Al inicio, la paciente X presentaba un Glasgow de 15, estaba consciente, orientada y bien perfundida. La auscultación cardíaca era normal. A la exploración física de tórax se apreciaba asimetría torácica, deformidad del tórax anterior derecho, con presencia de movimientos “anormales” e hipoventilación a la auscultación a pesar de una SatO2 inicialmente buena (95% basal). El abdomen era blando y comprimible. Buena perfusión distal de EEII.

El paciente Y estaba consciente pero letárgico. Estaba hipotenso (PA 80/40) y taquicárdico. La auscultación pulmonar fue normal. El abdomen estaba blando y depresible y no parecía mostrar evidencia de líquido libre que sugiriera irritación peritoneal. La exploración física muestrba inestabilidad en pelvis derecha. Buena perfusión distal de EEEI

***Evaluación diagnóstica:**

Mientras se estaba atendiendo al paciente Y, la paciente X se inestabiliza hemodinámicamente con hipotensión (PA 73/41 mmHg), congestión venosa yugular, desplazamiento traqueal y saturación de oxígeno por debajo del 90%, lo que deriva en sospecha de neumotórax a tensión por traumatismo contra el volante y se decide realizar una toracocentesis de emergencia

Dada la inestabilidad hemodinámica y pélvica del paciente Y, se sospecha de posible fractura pélvica inestable con posible afectación de grandes vasos por lesión contra el salpicadero.

***Intervención terapéutica:**

A la paciente X se le canalizó vía venosa periférica n°10 en miembro superior derecho y se administró seguidamente Fentanest® 3mL (50 mcg/mL). Al mismo tiempo se realizó punción torácica con un catéter periférico N°14 entre el 2° y 3er espacio intercostal izquierdo. Se observó burbujeo y se colocó una válvula de drenaje de Heimlich..

Al paciente Y se le insertaron dos vías periféricas n°18 en MSI y otra n°16 en MSD para el reemplazo de líquidos (dos infusiones de solución de Ringer lactato de 500 ml) y se fijó la pelvis con un cinturón pélvico, siendo trasladada hasta la ambulancia en una camilla de cuchara para no promover un posible sangrado con los movimientos.

***Seguimiento y resultados:**

Ambos pacientes debían de ser trasladados al hospital de referencia y se decidió activar otra unidad móvil de cuidados intensivos hasta el lugar del accidente y así trasladar a cada paciente con un equipo en un SVA.

La paciente X se derivó al servicio de UCI don de le practicaron una toracocentesis entre el 4° y el 5° espacios intercostales izquierdos. El pulmón izquierdo se expandió por completo a los pocos días y la paciente fue dada de alta con diagnóstico de neumotórax postraumático.

El paciente Y fue trasladado a la UCI de politraumatizados. Una vez allí, se le realizó una tomografía computarizada de tórax y abdomen que mostró fracturas pélvicas inestables pero sin afectación de vasos importantes. Fue intervenido quirúrgicamente por el servicio de Traumatología.

4 Discusión-Conclusión

Este caso clínico corresponde a uno de los principios básicos de la Sanidad de Urgencias y Emergencias: “El tiempo es vida”. Lo que nos diferencia de otros servicios es la velocidad con la que tomamos decisiones para nuestros pacientes sin comprometer ni disminuir la calidad de la atención. También destaca la importancia de comprender completamente a todo el equipo involucrado en este tipo de eventos. Una buena compenetración entre todos los servicios movilizados en una emergencia extrahospitalaria es fundamental para dispensar una buena atención. Condiciones como la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, los ictus y los accidentes de tráfico o la atención de pacientes politraumatizados suelen influir en la mejora continua de los equipos de soporte vital avanzado.

5 Bibliografía

Hastings D, Romero-Hicks E. Destrezas en la Evaluación del Paciente de Trauma. En: John Campbell, MD, FACEP. International Trauma Life Support para Proveedores de los Servicios de Emergencias Médicas. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 49-62.

Dirección General de Tráfico (DGT). Enero de 2020. [Acceso 27 de Noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.dgt.es/es/prensa/notas-deprensa/2020/2019_finaliza_con_1098_fallecidos_el_minimo_historico_de_victimas_mortales_en_carretera.shtml.

Campbell JE, Stevens JT, Charpentier L. Evaluación y Manejo Inicial del Paciente de Trauma. En: John Campbell, MD, FACEP. International Trauma Life Support para Proveedores de los Servicios de Emergencias Médicas. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 27-45.

Capítulo 122

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE ENFERMOS DE SALUD MENTAL

BELÉN ESTESO RETAMOSA

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

MARTA ESCRIBANO RUEDA

LAURA FLORES DECHADO

1 Introducción

Las distintas funciones que se realizan en los hospitales en muchos casos deben de ir adaptadas al tipo de paciente que se va a tratar. En la sanidad pública donde se trata con personas, no es solamente el tipo de atención sanitaria que se le ha de dar a los pacientes, sino que el trato humano también cobra una especial importancia. Esto ocurre sobre todo en espacios de extrema delicadeza como pueden ser los sitios dónde se encuentran los enfermos de salud mental. Estos espacios tienen una atención delicada en cuanto a los cuidados sanitarios ya que el personal de enfermería tiene que encargarse de darle el tratamiento a los enfermos y que estos lo tomen de manera correcta. Hay que tener en cuenta que también deben de tener una atención delicada por el propio comportamiento de los enfermos, ya que es frecuente que los pacientes pierdan la calma por cualquier situación. Es por ello que hemos considerado que siendo el personal de enfermería uno de los sanitarios que más en relación se encuentra con los pacientes,

el mismo debe de atender a los aspectos que van más allá de lo sanitario, o sea la atención a las dificultades que pueden presentar.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en dos para el siguiente trabajo: Analizar cuáles son las características más importantes de los pacientes de salud mental.

Valorar el papel que desempeña en relación con el paciente de salud mental el personal de enfermería.

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 documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

Este apartado de resultados nos va a servir para analizar por un lado a grandes rasgos las características de los pacientes que tienen enfermedad mental. Por otro lado también nos va a servir para exponer la situación del personal de enfermería respecto a dichos pacientes. Los pacientes de salud mental tienen distintos perfiles de actuación en función de la enfermedad que tengan y de su propia personalidad. No obstante, hay varias cuestiones que se suelen repetir en muchos de los pacientes de salud mental. Es por ello que el personal de enfermería debe de saber cuáles son ya que él mismo se relaciona de manera frecuente con dicho paciente. Una de las características es que de manera frecuente suelen entrar en confrontación entre los distintos pacientes perdiendo los nervios y la calma. Otra de las situaciones que se suelen dar es que en muchos casos no quieren tomar la medicación. Hay que tener en cuenta que esta tarea es exclusiva del personal de enfermería y que a veces se torna en complicada. El personal de enfermería debe de utilizar la palabra y la empatía para hacerle llegar al paciente que debe de tomarse la medicación de la manera que le ha prescrito el médico. La situación del personal de enfermería frente a los pacientes con enfermedad mental debe

de ser de comprensión, pero a la vez de cautela respecto a sus funciones para las que está destinado y a la vez tener en cuenta que es un perfil de paciente que en muchos casos puede ser conflictivo. Es por tanto relevante la labor en las funciones del personal de enfermería pero también la capacidad que tenga el mismo de llegar al paciente de manera calmada.

5 Discusión-Conclusión

La primera conclusión que mencionamos en este apartado es que el paciente de salud mental presenta unas características determinadas en relación con el resto de los pacientes del hospital. La importancia de dichas características radica en que el paciente de salud mental puede tornarse en conflictivo con mayor frecuencia que otro perfil de enfermo. Por tanto, el personal de enfermería debe tener en cuenta dichas características de este personal y actuar en función a las necesidades del paciente que suelen estar relacionadas con la necesidad de empatía por parte del enfermo y de transmitirle calma para que los enfermeros puedan cumplir su labor sin dificultad.

6 Bibliografía

American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Capítulo 123

FACTORES DE RIESGO Y SU PREVENCIÓN EN EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

BEATRIZ MORENO MONTILLA

1 Introducción

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) consiste en la muerte repentina de un bebé con edad inferior a un año, sin presentar síntomas previos ni la evidencia de ninguna patología anterior, después de un examen posterior al fallecimiento tampoco se encuentra la causa determinante que haya producido la muerte. Es necesario un buen diagnóstico diferencial para poder determinar que la posible causa de la muerte infantil no sea problemas como enfermedades infecciosas, congénitas entre otros. Cuando se excluyen las demás posibles causas del fallecimiento del recién nacido queda únicamente el síndrome de muerte súbita del lactante

No existen las suficientes evidencias necesarias para poder explicar la etiología, aunque es muy posible que muchos factores interrelacionados, tanto fisiológicos (genéticos, trastornos del sistema inmune, trastornos infecciosos...) o incluso problemas ambientales, puedan llegar a incrementar el riesgo de que se produzca una situación de síndrome de muerte súbita del lactante. Existen diversos estudios en la actualidad los cuales han podido observar que uno de los periodos de mayor sensibilidad o riesgo de que sucede la muerte súbita del niño es durante el segundo y cuarto mes que tenga de vida. El SMSL es la principal causa de muerte postparto en los primeros meses de vida de lactantes en países desarrollados.

2 Objetivos

Mostrar los distintos factores de riesgo que presenta el síndrome de muerte súbita del lactante y la importancia de la prevención.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca de los factores de riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes referentes al tema a tratar como por ejemplo: páginas web, revistas y bases de datos como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

A continuación se muestran los distintos factores de riesgo que se asocian al síndrome de muerte súbita del lactante:

Factores de riesgo para el niño:

Nacer de manera prematura y con poca masa corporal, pesando por debajo de los 2500g

Exposición de la madre a drogas, alcohol o incluso tabaquismo

Antecedentes de otros hijos que también hayan fallecido por causas similares.

Factores de riesgo para la madre:

Control inadecuado en el proceso de embarazo sin un buen seguimiento médico

Bajo nivel económico y educativo por parte de la familia

No obtener los nutrientes necesarios de la leche materna debido al no amamantamiento por parte de la madre. Esta demostrado que lactancia materna ayuda al organismo prematuro del bebé a desarrollar su sistema inmune.

Madre en edad adolescente y que de a luz a varios hijos en el mismo parto

Riesgos ambientales:

Mala postura en la cuna, la posición de decúbito prono ha sido encontrado como el mayor factor de riesgo sobre el que se puede actuar, posturas de decúbito supino o incluso lateral son más recomendadas, también es positivo hacer cambios posturales para prevenir el riesgo de aparición de plagiocefalia.

Dormir en superficie blanda, el bebé deberá contar con colchas, mantas y almohada, no obstante es recomendable dormir sobre una superficie que tenga algo de firmeza y siempre intentando evitar el sobrecalentamiento del niño. Es muy importante evitar el arropamiento excesivo que pueda provocar que se tape la cabeza del bebé.

Fumar delante del bebé, está demostrado que el tabaquismo indirecto también afecta negativamente a su salud.

Dormir en la misma cama que el recién nacido es un tema controvertido, tiene la parte positiva de que se puede llegar a reaccionar antes si ocurre algún problema, aún así no es recomendado si los padres consumidores de tabaco, drogas o medicamentos antidepresivos o hipnóticos.

Es importante la participación de los profesionales de la salud en la atención en pediatría actuando de forma preventiva y educadora para poder enseñar a los padres todos los factores de riesgo posibles de SMSL y como poder evitarlos.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de muerte súbita del lactante sigue teniendo un origen prácticamente desconocido, no obstante al poder identificar todos los factores de riesgo que pueden producirlo y actuar de manera preventiva en ellos ha ayudado a reducir los casos de muerte súbita en los países más desarrollados. En la actualidad, a pesar de conocer los factores de riesgo sigue siendo un problema con cierta incidencia en la vida de los niños menores a un año de edad, precisamente por eso es necesario que se sigan con los procesos en investigación sanitaria y también es muy importante que el personal relacionado con pediatría tenga los conocimientos necesarios para poder formar y ayudar a la familia del bebé a reducir lo máximo posible los factores de riesgo.

6 Bibliografía

García García FE. Síndrome de muerte súbita del lactante. [Internet]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v80n2/ped09208.pdf>

Programa de Salud Infantil y Adolescente. [Internet]. Actividades de promoción de salud y consejos preventivos. Prevención del Síndrome de muerte súbita del lactante. Disponible en: <https://si.easp.es/psiaa/>

wp-content/uploads/2014 /07/sindrome_muerte_subita _lactante.pdf

Capítulo 124

LA RELACIÓN DE LOS ENFERMEROS CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR: SUS VENTAJAS E INCOVENIENTES

BELÉN ESTESO RETAMOSA

LAURA FLORES DECHADO

MARTA ESCRIBANO RUEDA

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

1 Introducción

Para la sanidad pública los profesionales que trabajan en conjunto se convierten en un instrumento importante de gestión de las tareas. Los distintos trabajadores de la salud, en la mayoría de los casos, ejecutan su labor en equipo. Esto se produce porque esos conocimientos se agrupan por especialidades de categorías y a la hora de trasladar las funciones son más efectivas y las mismas se realizan por medio de un equipo en el que comparten responsabilidades. Por otro, lado los grupos o equipos multidisciplinares tiene una serie de ventajas relevantes aunque también presentan algunas dificultades, ambas características las vamos a visualizar en este trabajo de investigación. Mencionar también en este apartado de introducción que no todos los espacios de trabajo necesitan tener un equipo multidisciplinar pero que en muchos de ellos la sanidad pública está enfocada para

que se apoyen en las distintas categorías profesionales y que puedan realizar una colaboración en conjunto. Dichos profesionales de la salud persigue un fin común que es el bienestar del paciente, así como su mejora respecto a sus condiciones de salud. Es necesario que el personal que trabaja en la sanidad sepa qué ventajas tiene un equipo multidisciplinar pero también qué inconvenientes puede presentar. El conocimiento de todo ello les ayudará a mejorar como equipo.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en dos para el siguiente trabajo: Analizar la importancia de un equipo multidisciplinar así como las ventajas e inconvenientes que pudieran presentar.

Relacionar al equipo multidisciplinar y su cometido con el personal de enfermería.

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 documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

Como hemos mencionado en el apartado de introducción, la sanidad pública se organiza en muchos de los casos a través de las distintas categorías profesionales que tiene trabajando en ella el equipo multidisciplinar. Hay muchas actividades que los profesionales pueden realizar de manera autónoma pero hay otras que necesitan la opinión de otro profesional en su categoría y especialidad. Es por lo que se constituye un equipo de trabajo con distintas disciplinas. El trabajo en este aspecto viene siendo una labor que requiere un esfuerzo y dedicación ya que en muchos de los casos los pacientes que vienen, tienen un nivel de complejidad alto y sería imposible que un solo tipo de profesional pudiera recoger todos los aspectos que necesita ese paciente. Los equipos de trabajo los pueden constituir distintas categorías entre las que está el personal de enfermería. Es muy frecuente que estén varios especialistas que cubren todas las áreas afectadas y

hay otros como los enfermeros en los que hay varios de ellos apoyando al equipo de trabajo. Uno de los ejemplos más claro que podemos poner son los equipos de atención primaria donde cubren un abanico amplio de recursos que ofrecen al paciente. Con todo ello tenemos un marco de ventajas relevante para exponer el funcionamiento de manera positiva del equipo multidisciplinar. Los enfermeros en esta situación forman parte de dicho equipo conformando así ese cuerpo de trabajo necesario para atender al paciente. No obstante, hay una serie de desventajas que podemos marcar y en la que están relacionados los enfermeros. Una de ellas puede ser que en los equipos de trabajo puede haber confrontaciones entre los distintos profesionales, es por ello que los enfermeros trabajando en dichos equipos deben de tener en cuenta la parte de comunicación para paliar en la medida de lo posible las confusiones que se puedan dar. Otras situaciones que se pueden dar y qué significan las desventajas en el grupo, es que él mismo es muy susceptible si se producen situaciones como la descoordinación del grupo o que alguno de los miembros sea conflictivo.

5 Discusión-Conclusión

De las conclusiones que extraemos van relacionadas con los objetivos iniciales que nos hemos marcado. Determinamos que el equipo de multidisciplinar es importante para la sanidad pública ya que la misma necesita el trabajo en conjunto de sus distintos profesionales. Por otro lado, concluimos que el equipo multidisciplinar presenta ventajas y desventajas a la hora de trabajar en conjunto. Por último determinamos que el personal de enfermería es importante en estos equipos disciplinares ya que su trabajo complementa a los restantes profesionales, así como que deben de conocer las ventajas y las desventajas que tienen dichos equipos para poder encontrar la mejora de los mismos.

6 Bibliografía

Morillo Rodríguez, Fernández Ayuso et al. Enfermería clínica I y II: Cuidados críticos y especialidades. Elsevier 2016.

Capítulo 125

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

MARTA BLANCO POY

MARTA CABALLERO MOLERO

ROCIO LOMAS MENDAZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

Se define la enfermedad de Crohn como un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal destructiva y progresiva que puede afectar a cualquier tramo del tracto digestivo desde la boca hasta el ano. La enfermedad afecta a todo el grosor de la pared del intestino, de forma discontinua, incluso a varios segmentos distantes entre sí pudiendo haber áreas de intestino preservadas y zonas afectadas.

La enfermedad debe su nombre a Burrill Bernard Crohn, quien en 1932, junto con otros dos compañeros del Hospital Monte Sinaí, en Nueva York, describió una serie de pacientes con inflamación del íleon terminal del intestino delgado, este es el área más afectada por la enfermedad.

Los síntomas más frecuentes son diarrea, pérdida de peso, dolor abdominal, rectorragias y déficit nutricional. También puede cursar con manifestaciones ex-

traintestinales como artropatías, lesiones cutáneas, inflamación ocular, litiasis renal o alteraciones hepáticas o biliares.

Por desgracia no se ha descubierto ningún medicamento ni procedimiento quirúrgico que pueda curar dicha enfermedad. Las opciones de tratamiento tienen la intención de reducir los síntomas y mantener la remisión y sobre todo de prevenir las recaídas.

La edad de presentación de la enfermedad de Crohn está comprendida entre los 15 y 35 años de edad. Algunos estudios han encontrado un segundo pico de diagnóstico en torno a los 60 años.

2 Objetivos

Determinar las intervenciones de enfermería que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Crohn.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, así como Google con palabras clave como "enfermedad de Crohn y enfermería".

4 Resultados

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica que alterna periodos de brotes y periodos de remisión los cuales no se pueden predecir y dependen de cada paciente. Para saber en qué situación o grado se encuentra la enfermedad el médico realizará una serie de exploraciones como son la colonoscopia, la Resonancia Magnética, Cápsula Endoscópica, etc., para poder visualizar la parte del intestino que está dañado, la localización de las lesiones y la existencia de complicaciones.

Para los pacientes con enfermedad de Crohn es importante conocer estos 3 pasos que son con los que enfermería va a ayudar:

- Promoción de la salud: la educación para la salud indica que hay que modificar los estilos de vida, estos Incluyen las recomendaciones dietéticas y el asesoramiento nutricional, la eliminación de los factores de riesgo que puedan pro-

ducir un aumento de la enfermedad como ciertos alimentos y algunos medicamentos como el tabaco, el estrés y evitar infecciones.

- Manejo de la sintomatología: algunos pacientes con diarrea se les debe recomendar un buen aporte hidroelectrolítico para prevenir la deshidratación, comer en cantidades pequeñas y con mayor frecuencia, evaluar la turgencia de la piel y humedad de las mucosas, recomendar que se pesen diariamente, asegurar una buena protección de la piel y enseñar a observar las heces para evaluar la presencia de sangre.

- Apoyo al paciente y a la familia: es muy importante educar a los pacientes sobre su enfermedad para desarrollar y promover habilidades de autogestión para hacer frente a su enfermedad. Estos pacientes deben de tener apoyo psicológico y emocional, sobre todo en la toma de decisiones para poder así de este modo aumentar su bienestar y calidad de vida.

A lo largo de la enfermedad se debe establecer una relación estrecha entre el personal de enfermería y los pacientes, para que estos promuevan la creación de un proceso de ayuda, educación sanitaria y seguimiento satisfactorios, que ayude al paciente a adaptarse a su nueva situación, a sus necesidades en sus actividades cotidianas.

Las prioridades del personal de enfermería hacia el paciente son mejorar el grado de aceptación de la enfermedad, la satisfacción por la atención recibida y la sensación de control sobre su enfermedad, en cada una de sus fases.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida se ve influenciada por esta enfermedad pero es muy diferente de un paciente a otro. Para mejorar la calidad de vida del paciente es fundamental realizar un adecuado seguimiento por su especialista en enfermedad inflamatoria intestinal en colaboración con otros especialistas como cirujanos, reumatólogos, dermatólogos y oftalmólogos para el control de la enfermedad.

Enfermería puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Crohn mediante una atención holística, la educación sanitaria, la modificación de estilos de vida, la gestión de la sintomatología y proporcionando apoyo físico, psíquico y emocional al paciente y a la familia. El objetivo final de los cuidados de enfermería se centra en restablecer la calidad de vida de las personas afectada.

6 Bibliografía

1. Peña Ramírez, A. García Paredes, J. Mendoza Hernández, J. Enfermedad de Crohn. De los signos y síntomas al diagnóstico y tratamiento de la patología digestiva. España. Sociedad Española de la Patología Digestiva. 2009; 557-72.
2. Sebastián JJ, Bañares R, Velo JC, Clemente G, Cos E. Estudio epidemiológico sobre la enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid...Rev Esp Enf Ap Digest, 76 (1989), pp. 31-32.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400018.

Capítulo 126

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON NEUMOTÓRAX. CÓMO MANEJAR DRENAJES PLEURALES

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

MARTA BLANCO POY

MARTA CABALLERO MOLERO

ROCIO LOMAS MENDAIZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

Se denomina neumotórax espontáneo a la acumulación de aire o gas en el espacio pleural que rodea a los pulmones sin relación a trauma torácico, ventilación mecánica, cateterización cardíaca o cirugía cardíaca.

Esta entrada de aire al espacio pleural, provoca un colapso pulmonar que genera dificultad respiratoria, hipoventilación alveolar e hipoxia, pudiendo llegar a producir una parada cardiorrespiratoria secundaria a una insuficiencia respiratoria importante originada por un shock obstructivo.

La función básica del sistema respiratorio es suministrar el oxígeno necesario para la producción de la energía que requiere el organismo, para cumplir esta función, el aparato respiratorio necesitará:

- Una bomba mecánica para la movilización del aire: la caja torácica con sus músculos respiratorios.
- Un sistema de conducción del aire: constituido por una serie de tubos ramificados y flexibles que conformarán la vía aérea.
- Un lugar, al final de la vía aérea, donde la sangre entre en íntimo contacto con el aire inspirado para que se realice el intercambio gaseoso, que serán las unidades de intercambio gaseoso, formadas por los sacos alveolares y los capilares pulmonares.

Su diagnóstico extrahospitalario se establece basándose ante una serie de síntomas y signos que lo caracterizan, como pueden ser dolor retroesternal irradiado al cuello y espalda.

2 Objetivos

Describir los distintos tipos de neumotórax.

Identificar cuáles son los cuidados de enfermería que se deben realizar a los pacientes con neumotórax.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica con la búsqueda de bases de datos electrónicas: Google Académico, Pubmed, Scielo. Con palabras claves como "neumotórax y personal de enfermería y principales cuidados".

4 Resultados

Se define neumotórax como la presencia de aire en la cavidad pleural, debido a una lesión en el parénquima pulmonar, que conlleva al colapso del pulmón. En un neumotórax, los ruidos respiratorios pueden estar ausentes o disminuidos a la auscultación.

Existen varios tipos de neumotórax, entre ellos destacamos:

- Neumotórax espontáneos: Los espontáneos primarios se dan en pacientes sin antecedentes pulmonares, y una vez que el pulmón se reexpande, no presenta ninguna alteración. Los espontáneos secundarios se producen cuando el neumotórax sufre una complicación por una enfermedad existente a nivel del parénquima pulmonar.

- Neumotórax a tensión: se trata de una complicación extremadamente grave que se puede presentar si la fisura pulmonar adopta la disposición de una válvula unidireccional, esta permite la entrada de aire a la pleura pero no su salida.
- Neumotórax traumático: los traumáticos pueden ser cerrados, el neumotórax se puede deber a un aumento brusco de la presión en el parénquima pulmonar o como complicación de fracturas costales.
- Neumotórax iatrogénicos: se relacionan con la canalización de vías venosas centrales o toracocentesis.
- Neumotórax catamenial. Es poco frecuente. Suele darse en mujeres mayores de 25 años, durante las primeras 48 horas de la menstruación.

El equipo de enfermería debe de tener especial atención con estos pacientes debido a sus complicaciones. Entre sus funciones destacamos:

- Evaluación de las constantes vitales y función respiratoria del paciente.
 - Comprobar y mantener el correcto funcionamiento del drenaje torácico.
 - El dispositivo de recogida debe mantenerse por debajo de la altura del tórax del paciente.
 - Valorar y registrar la cantidad de drenado y sus características.
 - Garantizar una manipulación segura del tubo de tórax.
 - El tubo de tórax debe pinzarse antes de ser retirado. Se retirará el tubo en la fase de espiración, impidiendo la entrada de aire en el espacio pleural.
- Es muy importante que el enfermero conozca este método para poder proporcionar a su paciente los mejores cuidados y aprovechar todos sus beneficios. Los cuidados por parte de enfermería conseguirán:
- Reducción de la infección, en el punto de inserción, y en la pleura o pulmón.
 - Reducción de los riesgos inherentes a este drenaje.
 - Mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
 - Reducción de las complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que llevar a cabo la práctica de primeros auxilios es vital para poder salvar la vida de muchos pacientes, ya que Hay multitud de complicaciones posibles en los neumotórax espontáneos, pero sin lugar a duda la más grave es el neumotórax a tensión, que se corresponde con una emergencia a la que hay que ponerle fin inmediatamente si no se quiere llegar a una parada total del corazón.

Existen multitud de tratamientos para cada tipo de neumotórax y cada tipo de paciente; sin embargo, el método más eficaz es el drenaje pleural. Los pacientes con esta afección ,algunos pueden llegar a tener efectos secundarios de por vida.

6 Bibliografía

1. Servicio de salud de Castilla La Mancha. Protocolo de cuidados de Enfermería al paciente portador de drenaje pleural. SESCOAM [Internet]. 2016 [citado 4 agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c72fe0b78ffbd9be2bb9cd178bb880f7.pdf>
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeriaen-paciente-con-neumotorax-espontaneo/>

Capítulo 127

ENFERMERÍA: TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y EL USO DE APÓSITOS

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

MARTA BLANCO POY

MARTA CABALLERO MOLERO

ROCIO LOMAS MENDAZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

1 Introducción

La piel es el órgano de mayor extensión del cuerpo humano. Posee varias funciones entre las que se encuentran:

- Protección frente a las agresiones externas, ya sean físicas, químicas o biológicas.
- Interviene en la termorregulación y la sensibilidad.
- Función de defensa y antimicrobiana.
- Interviene en el metabolismo de la vitamina D.
- Interviene en el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico.

Una úlcera por presión es aquella lesión de la piel que se produce al ejercerse una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando una interrupción del

riego sanguíneo en ese trozo de piel, a consecuencia se produce una degeneración rápida de los tejidos.

Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y además hay que continuar con las medidas preventivas establecidas para impedir que aparezcan nuevas úlceras por presión. Es muy importante tener en cuenta que la prevención no solo se debe realizar a nivel hospitalario, sino también en el propio domicilio del paciente.

El tratamiento de estas úlceras lleva unos gastos de enfermería que son quienes realizan las curas y también al sistema de salud cuando en ocasiones son necesarios los ingresos hospitalarios. Así como gastos de medicaciones como antibióticos y atenciones médicas.

2 Objetivos

Indicar las funciones de enfermería y el tipo de apósitos que se emplean en el tratamiento de las úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Las funciones del personal de enfermería sobre las úlceras por presión son:

- Valoración el riesgo de la úlcera: se realiza mediante la escala nova 5 que valora 5 aspectos generales del paciente: el estado mental, la incontinencia, la movilidad, el estado nutricional y la actividad que desarrolla el individuo.
- La prevención: se debe realizar la higiene diaria con agua y jabón neutros, eliminando pomadas y polvos, observando la integridad de la piel diariamente, aclarar y secar bien la piel, aplicar vaselina en zonas potencialmente húmedas, lubricar la piel con aceite de almendras o ácidos grasos, mantener la ropa de la cama limpia, colocar almohadas para reducir la presión, vigilar sondas y vías centrales y sobre todo realizar cambios posturales cada 2-3 horas.

- Valoración de la lesión: Debemos localizar la lesión y clasificarla, visualizar el tipo de tejido predominante en la lesión, ver si hay dolor y si existen signos de infección.
- Tratamiento de las úlceras: Realizar los cambios posturales cada 2-3 horas, mantener la zona seca, realizar las curas con un campo estéril y guantes estériles, usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza, no limpiar la herida con anti-séptico local, proteger la zona de alrededor con preparado a base de zinc y usar un apósito que sobrepase las dimensiones de la úlcera unos 2.5-4 cm.

Un apósito es un producto, de diversos materiales, que se aplica sobre la herida para protegerla, absorber el exudado y sobre todo favorece la cicatrización de la lesión. Los apósitos se pueden clasificar según su localización en:

- Primarios, que son aquellos que están en contacto íntimamente con el lecho de la herida.
- Secundarios, ayudan a absorber el exudado y adhieren el apósito primario a la herida.

5 Discusión-Conclusión

Las personas vulnerables a las úlceras por presión son aquellas que padecen una baja movilidad a causa de algún tipo de enfermedad inmovilizante.

Tanto enfermería como los auxiliares de enfermería deben de conocer qué son las úlceras por presión, por qué se producen y cómo deben tratarse y curarse las lesiones según su gravedad. También deben saber qué tipo de apósitos o técnicas son las más indicadas en cada caso. Además, tienen que conocer las medidas preventivas, para evitar la aparición de úlceras por presión.

Por todas estas circunstancias los profesionales deben conocer y manejar de forma adecuada los diferentes apósitos que el mercado ofrece, adaptándose a las características del paciente y de la lesión que sufra.

6 Bibliografía

1. Vademecum de productos para el cuidado y prevención de las heridas. Andrés Roldan y cls. Edita ULCERAS.NET <https://gneaupp.info/cuidados-de-enfermeriaen-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presionprevencion-tratamiento-13059416>

Capítulo 128

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSTPARTO

SILVIA NIEVA FERNÁNDEZ

ALBERTO CRUZ CAÑIZARES

JAVIER SEBASTIÁN MARTÍN RAMOS

NIEVES TENA DEL POZO

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

1 Introducción

La Depresión Postparto (DPP) es un trastorno del ánimo que puede desarrollar la mujer durante el puerperio. Esto es debido a que el nacimiento de un nuevo miembro de la familia lleva consigo múltiples cambios en la vida de todos sus componentes.

La DPP no se debe confundir con la tristeza postparto o "baby blues", trastorno anímico más frecuente en mujeres que acaban de dar a luz, el cual afecta a un porcentaje mucho más alto de mujeres (en torno al 30 - 75 % de las puérperas) y se caracteriza por una clínica leve que comprende labilidad emocional, trastornos del apetito o irritabilidad, empezando los primeros días después del nacimiento del bebé y no durando más de dos semanas. En cambio, la DPP afecta a un número más reducido de personas (10 - 15 % de las puérperas) y comprende los síntomas de la tristeza postparto, pero además se suman sentimientos de culpabilidad, sensación de fracaso o trastornos cognitivos como déficits de memoria o de atención.

Además, la DPP se alarga mucho más en el tiempo, empezando entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses, pudiendo prolongarse en el tiempo indefinidamente (3, 4).

Para abordar con eficacia esta situación, los miembros de la familia, pero sobre todo la madre, deben desarrollar nuevas habilidades y roles para hacer frente a nuevas responsabilidades.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel de enfermería en la DPP
- Descubrir qué intervenciones diagnósticas y terapéuticas puede llevar a cabo la enfermera ante un caso de DPP.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha recurrido a la búsqueda de artículos en las bases de datos Google Académico y Dialnet, en las que se utilizaron los términos de referencia “depresión postparto”, “puérpera”, “tristeza postparto”, “intervención” y “enfermería” así como los booleanos “AND” y “OR”. Además, también se consultó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM 5).

4 Resultados

A la hora de diagnosticar una DPP es importante saber identificar los factores etimológicos que afectan al inicio de dicho trastorno. Entre estos factores destacarían: antecedentes personales y/o familiares de ansiedad y depresión, falta de apoyo social, eventos vitales traumáticos y/o estresantes, tipo de pareja y de relación (agudizándose si presencia de malos tratos) o estatus social y económico. Por tanto, la enfermera debe prestar atención a la historia clínica y a la situación actual de la paciente, y advertir la presencia de estos indicadores que podrían predecir una DPP. Se puede afirmar, por ende, que la DPP tiene un origen multifactorial.

El uso de manuales diagnósticos de referencia en psicopatología también puede ser de utilidad para señalar la presencia de una DPP. En concreto, el DSM 5 conceptualiza este trastorno bajo el nombre “Trastorno depresivo no especificado con inicio en el periparto”. Este manual ya apunta que la DPP podría iniciar antes

del nacimiento del bebé, durante el embarazo, o en las semanas que siguen al alumbramiento.

Finalmente, también sería importante que la profesional sanitaria realizara una entrevista semiestructurada a la paciente donde se indague sobre las expectativas reales o irreales de la maternidad, si existen o no sentimientos de incapacidad, baja autoestima o falta de confianza en sí misma (2).

Como intervenciones de enfermería, los autores señalan una serie de recursos que puede ofrecer la profesional a la paciente y que servirían como mecanismos de protección frente a la DPP. Entre ellos, destacarían (4):

- Seguimiento telefónico.
- Visitas domiciliarias, si precisa.
- Educación para la salud.

Es precisamente este último punto, educación para la salud, el recurso primordial que debe explotar la enfermera para dar unas directrices útiles y para recomendar una serie de hábitos que la mujer podría instaurar en su día a día y que, del mismo modo que los recursos apenas mencionados, actuarían como mecanismos de protección frente a la DPP (1, 4). Algunos consejos sanitarios de utilidad son:

- Realizar ejercicio físico.
- Llevar a cabo la lactancia materna.
- Procurar un buen descanso.
- Realizar el contacto piel con piel.
- Tomar la medicación prescrita.
- Recurrir a psicoterapia y a terapias de tercera generación como el Mindfulness.
- Recurrir a la red social y familiar.

De hecho, los autores destacan la importancia de la prevención y la educación sanitaria como las bases de una buena intervención enfermera en la DPP (1, 3).

5 Discusión-Conclusión

La DPP es una de las complicaciones más comunes en el puerperio, que como se ha visto puede llegar a afectar hasta el 15 - 20 % de mujeres a nivel mundial, siendo más vulnerables las mujeres con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Por ello, es importante una evaluación integral de los factores de riesgo y de la realización de un correcto diagnóstico diferencial, donde la psicoterapia se tome como pilar principal para todos los niveles de severidad.

Algunas recomendaciones que sería conveniente tener en cuenta para prevenir o minimizar las consecuencias de la Depresión Postparto son:

- Diagnóstico precoz.

- Examen psicológico en puérperas.
- Fomentar consulta postparto.

6 Bibliografía

1. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review. *Enferm. Cuid.* 2022;5(3):19-29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>.
2. Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5 (2): 355 - 368.
3. Kennedy, H. P.; Beck, C. T.; Driscoll, J. W. (2003). Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto. *Matronas Profesión*, 4 (13): 4 -18.
4. Mora Delgado, M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII*, (620): 511 – 514.
5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington,

Capítulo 129

PROCEDIMIENTO DE LOS ENFERMEROS EN LA APLICACIÓN DE LA CREMA ANESTÉSICA TÓPICA

SILVIA NIEVA FERNÁNDEZ

ALBERTO CRUZ CAÑIZARES

JAVIER SEBASTIÁN MARTÍN RAMOS

NIEVES TENA DEL POZO

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

1 Introducción

Según la Asociación Internacional para el Estudio de Dolor (IASP son sus siglas en inglés) se define dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma. Como personal de enfermería una de las funciones principales es aliviar ese dolor para fomentar el confort del paciente y por eso es muy importante la prevención y la anticipación al dolor en procedimientos que prevemos que serán dolorosos para el paciente como por ejemplo ante punciones, cura de heridas o cirugías menores, forman parte de nuestro trabajo diario. En este caso hablaremos de la crema anestésica tópica que se usa para disminuir la sensibilidad normal de la piel, es segura y es empleada como anestésico local por su eficacia.

Sus funciones principales son evitar el dolor aplicando la crema anestésica en procedimientos dolorosos. Además, podríamos decir que, al aplicar este anestésico local, fomentamos a reducir la ansiedad que puede producir en el paciente la realización de la técnica que, este conscientemente sabe que va a provocarle dolor. También debemos tener en cuenta que para la aplicación de la crema anestésica es necesario que la piel del paciente se encuentre intacta.

2 Objetivos

Conocer y explicar cómo personal sanitario graduado universitario en enfermería las zonas donde se deberá aplicar (según la localización de la intervención quirúrgica) la crema anestésica tópica y el protocolo que realizará este personal para aplicarla dicha crema anestésica tópica.

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 zona de aplicación de la crema anestésica la determinará la enfermera y se realizará mediante el siguiente protocolo:

1. Realizaremos el lavado de manos.
2. Colocación de guantes no estériles.
3. Se informará al paciente del procedimiento que vamos a realizar.
4. Buscaremos la zona de punción o incisión y seleccionaremos la zona de aplicación de la crema.
5. Aplicaremos una capa gruesa de crema, aproximadamente 1gr/10cm², con un grosor de 2 mm:
 - En caso de punciones venosas o arteriales, se buscarán 2 o 3 accesos y los cubriremos con la crema.
 - Para la eliminación del tejido muerto en úlceras, se cubrirá toda la superficie y se desechará la crema restante.

- Para las punciones lumbares, acomodaremos a nuestro paciente en decúbito lateral y le aplicamos la crema anestésica a nivel lumbar. La superficie a cubrir no debe exceder nunca la del apósito oclusivo que será colocado posteriormente.
- 6. Tomaremos uno de los apósitos oclusivos y retirando la pieza central recortada dejando solo el marco de papel.
- 7. Cubriremos la crema anestésica con el apósito o vendaje compresivo de manera que se forme una capa gruesa de crema debajo. Evitaremos que esta se extienda presionando cuidadosamente los extremos y evitando la posible pérdida de crema.
- 8. El tiempo de aplicación recomendado es de 60 minutos. La crema resulta eficaz a partir de 45 y 60 minutos de oclusión, consiguiendo una eficacia máxima entre 90 y 120 minutos. Siempre debemos tener en cuenta que la oclusión no debe ser superior a cuatro horas. El efecto analgésico se mantiene o incluso puede incrementar después de 30-60 minutos aún después de retirar la crema, permaneciendo su efecto hasta 4 horas.
- 9. Antes de realizar el procedimiento por el cual ha sido indicada la aplicación de este anestésico local, debemos retirar la crema y limpiar la zona.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, hemos aprendido en este capítulo como personal sanitario graduado universitario en enfermería y hemos visto en los anteriores apartados del presente capítulo (resultados e introducción) cuál es el protocolo a seguir en la aplicación de crema anestésica tópica, cuál, es la definición de dolor según la IASP y además sabemos que como personal de enfermería una de nuestras principales funciones es aliviar el dolor en los pacientes para fomentar su bienestar y confort, hemos conocido cuáles son los casos en los que se aplica la crema anestésica tópica como anestésico local, eligiendo la zona de aplicación de la misma y además teniendo en cuenta que la piel debe estar intacta y además, hemos especificado cuál es el protocolo que debemos seguir en la aplicación de la crema anestésica.

6 Bibliografía

1. Curso básico sobre el dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico - Juan del Arco (enero de 2015) <https://www.elsevier.es/esrevista-farmacia-profesional-3-articulo-cursobasico-sobre-dolor-temaX0213932415727485>.

2. Ensayo clínico sobre la efectividad de la aplicación de crema de lidocaína y prilocaína, previo a la punción lumbar frente a placebo para reducir el dolor en adultos - Unidad de Hospitalización de Neurología, Hospital Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España (enero-junio 2017) <https://www.elsevier.es/es/revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-ensayoclinico-sobre-efectividad-aplicacion-S2013524617300065>.

Capítulo 130

RECOMENDACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO

SILVIA NIEVA FERNÁNDEZ

ALBERTO CRUZ CAÑIZARES

JAVIER SEBASTIÁN MARTÍN RAMOS

NIEVES TENA DEL POZO

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

1 Introducción

Cada día son más pacientes los que comienzan un tratamiento antitrombótico. Este tratamiento es esencial para prevenir las complicaciones trombóticas de distintos trastornos cardiovasculares como la fibrilación auricular (FA), la cardiopatía isquémica y el ictus.

Los anticoagulantes son fármacos que modifican la coagulación de la sangre, retardando su coagulación y evitando la formación de coágulos dentro de los vasos sanguíneos, previniendo una trombosis o embolia. Los anticoagulantes que más se utilizan son los orales.

Es importante contar de protocolos de actuación de enfermería para el cuidado de este tipo de pacientes, donde se identifiquen las diversas terapias anticoagulantes, las diferentes técnicas de administración y sus interacciones. Además, el paciente

debe disponer de una serie de recomendaciones generales, las cuales aportará por el personal de enfermería.

Es importante que la comunicación de enfermería con el paciente y/o familia facilite la transmisión de educación sanitaria en este tema, contribuyendo así a aumentar la calidad de vida en ellos y evitando posibles complicaciones.

La labor que desempeña el personal de enfermería en el seguimiento del paciente anticoagulado repercute de forma directa a reducir las complicaciones que se asocian al tratamiento, aumentando con ello el nivel de salud y una óptima calidad de vida.

2 Objetivos

El principal objetivo que persigue este presente capítulo es establecer las recomendaciones generales de enfermería en el paciente anticoagulado para que pueda llevar una adecuada calidad de vida.

3 Metodología

Revisión sistemática en diferentes bases de datos científicas como: Medline, Scielo, Cuiden y Elsevier.

Se utilizaron palabras clave como: enfermería, paciente anticoagulado, recomendaciones generales, cuidados, complicaciones, anticoagulante oral. Los operadores Booleanos utilizados fueron “AND” y “ORD”.

Los criterios de inclusión fueron:

- Publicaciones a texto completo y de acceso totalmente gratuito.
- Publicaciones en inglés, español y portugués.
- Publicaciones previamente revisadas.

Los criterios de exclusión fueron:

- Publicaciones que no estuvieran publicadas a texto completo y con acceso de pago.
- Publicaciones que no estuvieran en inglés, español y portugués.
- Publicaciones que no estuvieran previamente revisadas.

De los numerosos resultados obtenidos, se seleccionaron 37 artículos para proceder a una lectura rápida de los mismos, seleccionando 21 para realizar una lectura más minuciosa. Tras esa lectura, finalmente se llevaron a estudio y se incluyeron 7 referencias bibliográficas.

4 Resultados

Hoy en día son muchos los pacientes que siguen un tratamiento anticoagulante. El personal de enfermería tiene que contar con una adecuada formación sobre este tipo de tratamiento, así como estar en conocimiento sobre los distintos tipos de anticoagulantes existentes, además de conocer los diferentes síntomas que se pueden manifestar en el paciente anticoagulado, reconociéndolos inmediatamente y sabiendo actuar sobre ellos.

Enfermería brindará educación sanitaria al anticoagulado, reforzando así las conductas saludables, resolviendo dudas y evitando la aparición de complicaciones. Algunas medidas importantes donde enfermería hará hincapié y dará una serie de recomendaciones son:

1. Medicación:

- Indicar al paciente que tome su dosis de anticoagulación una vez al día, a ser posible a la misma hora, siendo preferible la hora de la merienda, ya que los controles de coagulación se realizan por la mañana y hace posible incorporar cambios de tratamiento en el mismo día.
- Indicar al paciente que si olvida tomar una dosis la tome lo antes posible. Nunca debe doblar la dosis al día siguiente. Comunicar el olvido a enfermería.
- Advertir al paciente que solo tome fármacos bajo prescripción médica, recordando siempre al facultativo su condición de paciente anticoagulado.
- Indicar al paciente que comunique a enfermería si el facultativo ha añadido o retirado alguna medicación de su tratamiento.
- La inyección intramuscular queda prohibida, siendo posibles las intravenosas y subcutáneas.

2. Dieta:

Lo ideal es que el paciente mantenga una dieta equilibrada, que no realice cambios bruscos en ella y que mantenga una ingesta de vitamina K similar semanalmente. El paciente debe moderar el consumo de alimentos ricos en vitamina K, como brócoli, espinacas, col, coliflor, perejil, acelgas, etc.; y alimentos como hígado de cerdo, aceite de soja, garbanzos, ternera o cordero, entre otros. La variación de estos alimentos aumenta o disminuye de manera significativa la vitamina K en el organismo, alterando el tiempo de coagulación.

3. Higiene:

- Cuidados de la piel: ducha diaria observando la existencia de hematomas. Tener una adecuada hidratación de la piel para que esta sea más flexible, evitando con ello que se rompa fácilmente.
- Para que las encías no sangren, Usar un cepillo dental de cerdas suaves.

- Afeitarse con maquinilla eléctrica.

4. Otros:

- No practicar deportes violentos.
- Si se sospecha de embarazo, comunicarlo inmediatamente al facultativo o a enfermería.
- Recaltar que el tabaco disminuye el efecto de la medicación.
- En caso de una cirugía, contactar con el médico para que indique la pauta a seguir.
- Evitar estar sentado mucho tiempo.
- Evitar el estreñimiento.
- Indicar al paciente que ante una herida pequeña es normal sangrar más.

5. Signos de alarma:

- Indicar al paciente que acuda a urgencias si presenta dolor de cabeza intenso y/o brusco, hay alteraciones en el habla o la visión, hay vómitos, mareos, diarrea, ictericia, palidez, etc.
- Es fundamental que el anticoagulado no tenga tos, ya que este esfuerzo desencadena hemorragia y/o hematomas.
- Si el paciente tiene un proceso de vómitos y diarreas de varios días, se debe realizar un control del tratamiento por si hubiera que modificar la dosis.
- Si el paciente tiene estreñimiento crónico, tratarlo adecuadamente, puesto que la maniobra de Valsalva genera hemorragias graves. Recomendar una dieta rica en fibra y un consumo abundante de frutas y verduras.
- Ante heridas con traumatismo abierto, presionar prolongadamente sobre la zona sangrante.

5 Discusión-Conclusión

El manejo del paciente anticoagulado es muy habitual dentro de las funciones de enfermería, ya que el envejecimiento progresivo de la población favorece que aparezcan enfermedades tromboembólicas.

Enfermería, especialmente la desempeña su labor en atención primaria, desempeña un papel fundamental en el control y manejo de estos pacientes.

Enfermería proporcionará unas recomendaciones generales, además de una atención y valoración personal e individualizada, siempre atendiendo a los diagnósticos enfermeros detectados, entre los que se encuentran el mantenimiento de niveles adecuados de coagulación y la inexistencia de sangrado y complicaciones como diarrea y estreñimiento crónico, entre otros.

Es fundamental que el profesional de enfermería cuente con una adecuada formación en este tema para poder realizar unos cuidados integrales y aportar unas recomendaciones generales a los pacientes que mantienen un tratamiento anticoagulante.

6 Bibliografía

1. Sampedro, M. A. Z., Fuente, S. G., & Gil, A. J. (2008). Manejo del paciente anticoagulado en atención primaria. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, (34), 5.
2. Fernández, A. S., García, P. J. G., & Parra, M. T. O. (2016). Actuación enfermera en atención primaria, ante pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales. Intervención en contextos clínicos y de la salud, 55.
3. Fernández Tirado, L. G. (2021). Cumplimiento de las intervenciones del profesional de enfermería en el manejo de pacientes anticoagulados, Servicio de Medicina Interna, Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, segundo semestre, 2020(Doctoral dissertation).
4. Martínez Gutiérrez, S. (2014). Generalidades del tratamiento anticoagulante oral y educación para la salud al paciente anticoagulado en Atención Primaria.
5. Vivas, D., Ferreiro, J. L., Cordero, A., Tello-Montoliu, A., Roldán, I., ConsuegraSánchez, L., ... & Marín, F. (2022). Tendencias actuales en el tratamiento antitrombótico. REC: CardioClinics, 57(2), 123-129.

Capítulo 131

CLÍNICA E INTERVENCIONES EN GLOMERULONEFRITIS AGUDA POR ENFERMERÍA

GEMA NATACHA SÁNCHEZ SALAZAR

MARTA LOPEZ-OCÓN DORADO

OLGA PARDO PONCE

IRENE VALERA FERNANDEZ

BERTA HOLGUÍN MUÑOZ

1 Introducción

Emprendemos exponiendo el término y designación de la glomerulonefritis aguda (GNA), el cual se concreta como una lesión inflamatoria no supurativa de predominio glomerular, antecedida por una infección por lo general estreptocócica, que se especifica y particulariza por proteinuria, hematuria macroscópica o/y microscópica, trastornos y alteraciones funcionales como logran ser oliguria, disminución del filtrado glomerular, edemas e hipertensión arterial y que ostenta una tendencia espontánea a la recuperación.

La GNA postestreptocócica logra presentarse de modo esporádico o epidémico. La incidencia está en torno al 18 %, sin embargo, la incidencia en cifras exactas de la afectación renal es muy difícil de hallar estas cifras exactas a la hora de poder

evaluar, ya que un porcentaje de afectados se hallan asintomáticos y solo logra detectarse mediante y a través de un análisis de orina.

Es más predominante en la población infantil, con una prevalencia, incidencia máxima entre los 4 y los 7 años, aunque logra acontecer a cualquier edad.

Las formas de origen faringo amigdalares son unas 2 veces más frecuentes y habituales en los enfermos varones, mientras que las anteceditas de infección cutánea no revelan preferencia de sexo.

Casi todas las GNA postestreptocócica descienden de una infección faringoamigdalares o cutánea. El germen responsable y culpable es el estreptococo del grupo A de Lancefield o streptococcus pyogenes.

Las infecciones faringoamigdalares prioras a la GNA acontecen con mayor frecuencia en las estaciones de invierno y de primavera mientras que las GNA coligadas a una infección cutánea son más frecuentes y recurrentes en verano y prevalecen en regiones tropicales y subtropicales.

La GNA representa una patología renal por un depósito de inmunocomplejos circulantes concernientes con una infección previa por estreptococos.

2 Objetivos

- Describir por enfermería, la clínica originada por las glomerulopatías.
- Enumerar las diversas pruebas complementarias, precisas para el diagnóstico de las glomerulopatías .

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos de las principales bases de datos, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El modo más común de la inauguración de la GNA radica en la aparición de: edema facial y hematuria macroscópica cortejado en general de oliguria, la exploración física revela al mismo tiempo hipertensión arterial en la mitad de los sucesos.

- La hematuria macroscópica es muy habitual y frecuente y su tiempo en cuanto a duración, es totalmente imprevisible. La orina logra ser de tono encaminado a rojizo, pero con mayor asiduidad el color podría ser muy oscuro debido a la liberación de hemoglobina y a su transformación en hematina con la acidez urinaria habitual.
- El edema citado es uno de los síntomas más constantes, no obstante, su intensidad es muy diversa de un enfermo a otro, y tiende a surgir donde la presión hística es mucho más menguada, como el tejido periorbital. El edema facial es más exponencial, acusado y evidente por la mañana mientras que a lo largo del día los edemas extienden a acumularse mucho más en las extremidades inferiores. El edema es una consecuencia de un declive de sodio en el riñón, y si es muy intensa esta logra hacer que se manifieste la ascitis, edema generalizado e inclusive derrame pleural.
- Alrededor de la mitad de los sucesos que precisan de hospitalización surgen signos de insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, cardiomegalia, disnea, estertores, distensión yugular, hepatomegalia, etc.
- La proteinuria es prácticamente perpetua (< 3 g/día).
- Sedimento urinario: está dotado de copiosos hematíes, así como de cilindros hemáticos.

El hallazgo de cilindros hemáticos es muy característico y esto llega a confirmar el renal de la hematuria.

Diagnóstico.

Cuando se dispone de una biopsia renal, logra efectuarse un diagnóstico de sospecha si se congregan las siguientes condiciones:

- Ausencia anterior de patología renal previa.
- Cuadro clínico de síndrome nefrítico agudo, distinguido por la manifestación muy brusca de oliguria, hematuria, edemas, proteinuria, uremia e hipertensión arterial.
- Infección cutánea priora o faringo amigdalar.
- Ausencia de otras patologías capaces de simular idéntico cuadro clínico.

A pesar de esto, el diagnóstico de una GNA postestreptocócica solamente se logra establecerse su diagnóstico cuando se disponga de una biopsia renal demostrativa de glomerulonefritis.

5 Discusión-Conclusión

Se llegó a la conclusión a partir de las evidencias clínicas que se investigaron que, en la mayoría de los sucesos la evolución inmediata fue suficiente favorable,

la diuresis se ve aumentada al cabo de pocos días y con ello desaparecieron, la hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca. Pronto se comprobó un incremento del filtrado glomerular y una normalidad de la creatinina en plasma.

La mejoría biológica y clínica fue evidente cerca del final de la tercera semana, pero la proteinuria y alteraciones del seguimiento logran persistir aún durante meses e incluso más de un año.

El tratamiento de la GNA es sintomático, los enfermos se les pauta y recomienda guardar reposo en cama durante la fase aguda de la patología, pero no así, en la fase de convalecencia.

En la mayoría de los enfermos está indicada la restricción de Na⁺ y líquidos en la alimentación y dieta para evitar edemas e insuficiencias cardíacas. En tales sucesos es muy recomendable el empleo de diuréticos como la furosemda.

6 Bibliografía

1. Castro Adolfo León, Huertas José Fernando, Hurtado Jean Sebastián. Glomerulonefritis aguda con énfasis en compromiso rápidamente progresiva. colombino Medicina. [Internet]. 2011 [citado el 20 de septiembre de 2022]; 42(4): 536-548. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000400016&lng=en.
2. Mazini Biviana, Perdomo Virginia, Montano Alicia, Nicoletti Sofía, Rebori Anabella. Glomerulonefritis difusa aguda postestreptocócica-psoriasis guttata: A propósito de un suceso clínico. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2015 Mar [citado 2022 Sep 20] ; 86(1): 35-39. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492015000100007&lng=es.
3. Mercado-Valdivia Verónica, Camarero-Temiño Vanesa, Izquierdo-Ortiz M. Jesús, Hijazi-Prieto Badawi, Sáez-Calero Isabel, Santos-Barajas Javier et al . Adulto senil y glomerulonefritis aguda posinfecciosa. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2012 [citado 2022 Sep 20]; 32(5): 689-690. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700026&lng=es. <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11581>.

Capítulo 132

ABORDAJE DEL INSOMNIO POR ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

GEMA NATACHA SÁNCHEZ SALAZAR

MARTA LOPEZ-OCÓN DORADO

OLGA PARDO PONCE

IRENE VALERA FERNANDEZ

BERTA HOLGUÍN MUÑOZ

1 Introducción

Los trastornos y alteraciones del sueño son en la actualidad y en este momento un problema suficientemente recurrente y habitual en la sociedad de la cual formamos parte y por lo tanto es una problemática muy asistida en las consultas de atención primaria. Hay trastornos y alteraciones de insomnio, de hipersomnia o de narcolepsia, entre otros trastornos, asimismo nos hallamos con los involucrados con la respiración, como logra ser la apnea obstructiva del sueño, de parasomnias como son el sonambulismo o padecimiento de terrores nocturnos, sufrir de pesadillas, o los afectados con síndrome de extremidades inquietas, exponer que existen los trastornos del sueño que son inducidos por la administración de sustancias o medicamentos. De todos y cada uno de ellos y según cada una de las revisiones bibliográficas revisadas, se destaca que el insomnio es sin lugar

a dudas la alteración y el trastorno del sueño que más visitas demanda en las consultas de Atención Primaria.

A quien más afecta este trastorno es a los sujetos femeninos y a la población anciana.

Aunque no por lo expuesto quiere decir que los varones no lo sufran, con el paso de las revisiones en nuestro estudio nos damos cuenta de que cada vez, asimismo, sube exponencialmente la cifra en varones, un poco menos acuciantes en la población adolescente e infantil, pero con más recurrencia que en épocas anteriores.

Este índice, en alza de los cambios elevados en los últimos sujetos poblacionales citados, se sospecha que se debe al cambio de vida en la sociedad actual, como el uso de las tecnologías en los adolescentes y el salir más de fiesta, o en la población adulta de mayores cambios o problemas en su estatus económico y social con la consecuencia de la aparición del estrés, ansiedad o trastornos psicológicos como la depresión, debido a ello.

2 Objetivos

Describir y reflexionar a través de este estudio la exponencial demanda asistencial a consecuencia de la dificultad de la población en conciliar el sueño.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda exhaustiva y sistemática de libros, casos clínicos y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen distintos modos de presentación del insomnio, que tendrán la misma pautas y asistencias no farmacológicas, aunque asimismo ostentarán diferente modo farmacológico.

Según su naturaleza, el insomnio se logra catalogar:

- Insomnio establecido como de conciliación: existe en esta dificultad para la apertura del sueño.

- Insomnio de mantenimiento: Se referirá y establece como diversos despertares rompiendo el proceso de dormir.

- Insomnio del despertar precoz: aquí el individuo no descansa al despertarse con anterioridad a lo esperado, no logrando dormir las horas necesarias.

Según su duración se catalogará en:

- Insomnio transitorio si solo se ocasiona y sucede puntualmente unos días.

- Insomnio de corta duración si este en su duración en cuanto a la afectación del enfermo solo les dura menos de 3 semanas.

- Insomnio crónico si no logra reponerse del citado insomnio llegando a codificarse.

El diagnóstico continuamente es clínico.

El enfermo logra referir un proceso insidioso para conciliar, conservar o mantener el sueño o logra referir sueño de muy mala calidad que le profesa un gran malestar e interfiere con su manejo tanto social como laboralmente.

Logra formular la ansiedad anteriormente y a lo largo del sueño, con la consecuencia de sufrir de somnolencia diurna, cambios y alteraciones en el humor, así como irritabilidad, debido a ello ostenta, falta de concentración y de memoria.

Es primordial en la evaluación que se le efectúa primariamente descartar patologías subyacentes a ciertos elementos: Elementos del medio ambiente y de su entorno como puede ser los ruidos, la luz, o la temperatura, entre otros, expones asimismo los trastornos orgánicos como podrían ser los dolores crónicos, disnea paroxística nocturna, asma, poliuria debida a por diabetes, trastornos y alteraciones psiquiátricas u ocasionado por la administración de tratamientos farmacológicos; teofilina, betabloqueantes, broncodilatadores.

Se le estudia en estos casos con la ejecución de la prueba mediante la politomografía, esto es, el registro poligráfico a lo largo del sueño. Con ella se podrán observar las diferentes etapas que el individuo pasa al estar dormido.

El facultativo de atención primaria, dependiendo del resultado de la politomografía, indicará al enfermo inicialmente una secuencia de conductas y hábitos en general como son: efectuar actividad física ligera a lo largo del día, no obstante le expondrá que nunca precedentemente al irse a dormir, evitar en toda ocasión si es posible, cenas copiosas, bebidas incitantes a partir de la media tarde.

En lo que más se incidirá y se le subrayara al paciente que sufre de insomnio es que intente planificar y establecer un orden en los horarios, ya que será muy beneficioso a la hora que el organismo se habitúe unas pautas establecidas.

5 Discusión-Conclusión

Dada la alta incidencia de insomnio y las demandas más solicitados entre los motivos de consulta en Atención primaria, el facultativo de familia estará formado e instruido a la par que preparado para establecer un conveniente abordaje de este problema. Va a ser indispensable al inicio hacer una intensiva anamnesis e idónea categorización del tipo de insomnio que ostenta cada enfermo.

Dependiendo de eso se efectuará o no un conveniente procedimiento.

Se buscarán siempre los resultados más beneficiosos en relación a la resolución del problema del insomnio, pero teniendo siempre en cuenta la edad que el paciente tiene, así como de sus hábitos de vida y si va a poder, en dependencia de su estilo y ritmo de vida, cumplir con las pautas dadas respecto a la higiene del sueño que siempre serán las primeras en establecerse y que de no funcionar estas ya se decantaría convenientemente al paciente y a la situación o edad, entre otros muchos aspectos, las soluciones farmacológicas.

6 Bibliografía

1. Sarrais F., de Castro Manglano P.. El insomnio. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 2022 Sep 21] ; 30(Suppl 1): 121-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011&lng=es.
2. Martínez Hernández Olivia, Montalván Martínez Olivia, Betancourt Izquierdo Yandy. Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Sep 21] ; 41(2): 483-495. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200483&lng=es.
3. Benavides-Endara Patricio, Ramos-Galarza Carlos. Fundamentos Neurobiológicos Del Sueño. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Sep 21] ; 28(3): 73-80. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000300073&lng=es.
4. Pardo Crego Clara, González Peña Carmen María. Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2022 Sep 21] ; 28(3): 121-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300121&lng=es.

Capítulo 133

REVISIÓN EN EL SÍNDROME DE BURNOUT, AGOTAMIENTO PROFESIONAL POR ENFERMERÍA

GEMA NATACHA SÁNCHEZ SALAZAR

MARTA LOPEZ-OCÓN DORADO

OLGA PARDO PONCE

IRENE VALERA FERNANDEZ

BERTA HOLGUÍN MUÑOZ

1 Introducción

El síndrome de agotamiento profesional o burnout o “síndrome del Herbert J. Freudenberg en 1973. Su versión al castellano representa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, exhausto”. Se observó, en evidencia que después de un cierto trascurso de tiempo se ocasionaban unos cambios, en él trabajador y en otros profesionales como psicólogos, consejeros, asistentes sociales, Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, enfermeros, dentistas, facultativos y un largo etc., en los cuales estos profesionales perdían mucho y veían menoscabado su idealismo y asimismo de su simpatía hacia los pacientes. Estos cambios se observaron preponderantemente en los profesionales de servicios o de ayuda cuya diligencia va enderezada a otras personas.

Este citado investigador refiere este síndrome como una conjunción de síntomas físicos, psicológicos y a su vez sociales, que se despliegan en la actividad laboral como derivación de una demanda exponencial y excesiva de energía. La asiduidad de esta circunstancia, cada vez más paulatina, en los trabajadores de los servicios dedicados a la esfera de la salud, forjó que en los años ochenta se desplegaran múltiples y diversos estudios sobre el tema del desgaste profesional.

Uno de los primordiales investigadores ha sido C. Maslach (1976), quien lo dio a conocer en el congreso de la Asociación de Psicología Americana, y quien impulsó un instrumento y pautas de valoración como el Maslach Burnout Inventory que mide y estudia tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

En este congreso se concretó al desgaste profesional o burnout como “una refutación al estrés laboral crónico compuesto por las actitudes y los sentimientos negativos hacia los individuos con los que se trabaja y hacia el propio rol y desempeño profesional, así como la vivencia y percepción de hallarse emocionalmente agotado.” El síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional germina ante una respuesta continuada y mantenida al estrés laboral y en demasiadas ocasiones llega a perturbar a la salud física y mental, así como las relaciones sociales de los trabajadores que lo soportan. Se observó en los profesionales afectados un innegable cansancio tanto físico como emocional, tensión constante, ansiedad y restricción en las relaciones personales en la esfera laboral con una mengua y menoscabo de la eficacia y la eficiencia, absentismo y devaluación de la calidad asistencial cuando se trata de personal sanitario. Muchos de los síntomas tocan a categorías psicopatológicas claras, como la depresión, ansiedad, las perturbaciones adaptativas o de personalidad.

Esta réplica negativa acontece exponencialmente con más intensidad y asiduidad en los trabajadores de la esfera de salud por la relación profesional paciente y por la correlación entre el profesional-organización. Pero, además, convenimos completar esta descripción haciendo crónica asimismo al contexto económico, social y laboral en el cual germina.

2 Objetivos

- Hacer una revisión bibliográfica para asimilar los orígenes del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores de la salud.
- Valorar su dependencia con los elementos personales y ambientales.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda exhaustiva y sistemática de libros, casos clínicos y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Este síndrome de desgaste profesional o burnout es un patrón muy específico de estrés laboral, soportado por aquellos trabajadores, que, en su voluntad por poder adaptarse y responder a un exceso en cuanto a las demandas y presiones laborales, se esfuerzan exponencialmente de modo intenso y mantenido en el tiempo, con una gran sobre exigencia y tensión que ocasionan importantes trances de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio.

El síndrome del desgaste profesional es estimado como un sumario multicausal y muy enredado, para el cual se pueden identificar varias y desemejantes casuísticas, entre las cuales podemos subrayar la sobrecarga de trabajo, el menoscabo de la estimulación, pobre o carencia total en orientación profesional y aislamiento, pobres circunstancias económicas, etc., pero, sobre todo el conocido estrés.

Este síndrome es un proceso demasiado insidioso, no es de aparición brusca ni imprevista, sino que germina de forma lenta, paulatina, incluso con un acrecentamiento de la severidad. Puede ser un proceso considerado cíclico, es decir que un sujeto puede experimentar varias veces y en diferentes instantes de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Los tres mecanismos que primariamente se manifiestan y ostentan en este síndrome de desgaste son: el cansancio o agotamiento emocionales, la despersonalización y la desidia de la construcción personal. El cansancio emocional germina a consecuencia del fracaso frente a la tentativa de poder modificar las situaciones estresantes, y se caracteriza y particulariza por la pérdida continuada de energía, el desgaste, la gran fatiga, etc. La despersonalización es el núcleo y eje del burnout, es la derivación del fracaso de la fase anterior y de la defensa erigida y autoimpuesta por el trabajador para protegerse frente a los sentimientos de impotencia y desaliento personal. La tercera fase es el abandono de la realización y construcción personal, que germina cuando el trabajo ya para el sujeto pierde el valor que antes tenía para él.

Se pueden describir hasta cuatro niveles clínicos de burnout: el nivel leve sería la manifestación de quejas, cansancio, problemas y desidia para levantarse por la mañana, etc.), un nivel moderado estaríamos hablando de aislamiento, negativismo, desconfianza, entre otras), el tercer nivel es ya un nivel grave (enlentecimiento, torpeza, automedicación, ausentismo, o inclusive abuso de alcohol o drogas, etc.), y ya a un nivel más excesivo nos hallamos con diversos cuadros psiquiátricos, colapso, suicidio, entre otros.

De esta sintomatología se consiguen diferenciar varios contribuyentes: sintomatología física, sintomatologías laborales. Los signos físicos hacen reseña al padecimiento de cefaleas, fatiga, agotamiento, insomnio, perturbaciones, trastornos y alteraciones gastrointestinales, dolores generalizados, etc. Los signos psíquicos se corresponden con una falla o ausencia total de entusiasmo e interés, problemas para concentrarse, presencia de irritabilidad, impaciencia, notar depresión, frustración, etc. Y finalmente las sintomatologías laborales como la de sobre involucración, no compartir ni a su vez delegar trabajo, ausentismo laboral, etc.

Los principales dispositivos o elementos, que en nuestro trabajo hemos enjuiciado como posibles orígenes de aparición del citado síndrome de desgaste profesional son: elementos ambientales, elementos sociales, una inconveniente o baja formación profesional, unos componentes personales, todos estos componentes colaboran, tanto de modo directo como indirecto, aunque ninguno es el origen único, sino que es un coligado de elementos los que benefician la aparición del burnout en el profesional de la esfera en salud.

Entre los componentes personales premórbidos que acrecientan la susceptibilidad propia, podemos encontrar la edad (que se concierne con la experiencia), el sexo (las mujeres consiguen sobrellevar mejor los ambientes conflictivos en el trabajo), las inestables circunstancias familiares (la armonía y la estabilidad familiar conservan el equilibrio que se va a requerir para enfrentarse a estos escenarios conflictivos, insidiosos y difíciles), la personalidad ya que existen las que son considerablemente competitivas, impacientes, muy exigentes, estos suelen ser temperamentos que ayudan negativamente a la aparición del burnout.

La inadecuada formación profesional es una gran responsable en la aparición del citado síndrome del desgaste profesional. Una abundancia de información en conocimientos teóricos, y un exiguo o nulo entrenamiento en actividades prácticas, falta en referencia al aprendizaje de las técnicas de autocontrol emocional, escasa o nula información sobre el funcionamiento y organización de los servicios en los que se va a desenvolver el trabajo, etc., todos estos elementos son muy negativos y favorecen e inducen a la presentación del síndrome en el profesional sanitario.

Otros elementos muy negativos son los elementos laborales o profesionales, con unas condiciones deficitarias en todo lo que refiere al medio físico, al entorno humano, distribución laboral, bajos honorarios, sobrecarga de trabajo, etc. Las relaciones disarmónicas con los compañeros y/o con los superiores, excesiva presión y control, etc. son elementos facilitadores y favorecedores de la aparición del burnout.

Los elementos sociales como la premisa y competitividad de ser un profesional de prestigio cuesten lo que cuesten, para obtener una alta consideración tanto social y familiar y así a su vez un elevado estatus económico, etc. son asimismo muy negativos. Elementos ambientales como los cambios reveladores de la vida como muerte de allegados o familiares, nupcias, un divorcio, etc. son poderosamente influyentes en el sufrimiento de una crisis con la del burnout.

Muchos estudios se inclinaron en buscar una prevención del síndrome de burnout, y en nuestra revisión bibliográfica hemos identificado los siguientes argumentos.

Se pueden abordar desde una triple apariencia. Primariamente, desde el trabajo personal: deberemos tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas y la realidad que se nos asigna, también deberemos igualar los objetivos de una organización sin desistir a lo más valioso de nuestra profesión: los valores humanos.

Otra vista es el equipo humano, los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el burnout, porque en múltiples ocasiones son los primeros en darse cuenta antes que el mismo interesado. Y finalmente deberemos tener en cuenta la distribución del trabajo en la que debemos valorar y manejar tres conceptos clave como son la formación, la organización y el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales dedicados a la salud sufren un alto nivel de desgaste profesional.

Las principales procedencias de este desgaste suelen ser causas incumbidas a la organización laboral y a la relación con sus compañeros.

El síndrome del desgaste profesional es estimado como un proceso multicausal y muy complejo, para el cual se pueden identificar varias y desiguales causas, entre las cuales podemos subrayar la sobrecarga de trabajo, la falta de estimulación, necesitada orientación profesional y aislamiento, necesitadas condiciones económicas, etc., pero, sobre todo estrés.

Entre los profesionales sanitarios se han encontrado con altos índices de desgaste en los profesionales. Se les asocia un elevado nivel de cansancio emocional, a partir del cual nace un creciente consumo de tranquilizantes o antidepresivos, mientras que el optimismo y la satisfacción personal, exponen una asociación inversa. Puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en la esfera de la salud, si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, asimismo enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas circunstancias que generasen emociones negativas encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares o amigos, etc.) que tratan diariamente para poder enfrentar de forma efectiva el agotamiento profesional tanto físico como psíquico.

Los años de profesión, el optimismo, valorar como útil el trabajo, y percibir que se es valorado por los demás se asocian inversamente con un alto nivel de despersonalización.

La baja realización y construcción personal, inversamente con el optimismo, la valoración de utilidad en el trabajo y el equipo de trabajo.

Nuestra conclusión es que sería respetable optimizar el clima de trabajo e incrementar el optimismo y la autoestima individual, para reducir el desgaste profesional entre los trabajadores de la salud.

6 Bibliografía

1. Aguado Martín, J.I., Bátiz Cano, A., y Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en el personal sanitario hospitalario; estado actual. *Med Segur Trab*, 59(231), 259-275.
2. Albadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Calle, M.E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 505-516.
3. Atance Martínez, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud pública*, 71, 293-303.
4. Caro Hernández, M. (2006). Reseña de "el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol.22, n°1, 123-125.
5. Cebriá Andreu, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria*, 31(9), 564-574.
6. Corredor Pulido, M.E., y Monroy Fonseca, J.P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Revista hacia la promoción de la salud*, vol. 14, n°1, 109-123.
7. Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)*,

119(13), 495-496.

8. García Izquierdo, M., Saéz Navarro, M.C., y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Vol.16, nº2, 215-228.

9. Gaynés, E., Giménez, M., y Portell, M. (2004). El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. *Arch Prev Riesgos Labor*, 7(3), 101-108.

10. Giraldo Giraldo, Y., López Gómez, B., Arango David, L., Goez Henao, F., y Silva,

E. (2013). Estrés laboral en auxiliares de enfermería. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*.vol.45, nº 1, 23-31.

Capítulo 134

LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MIRIAM CEPEDA PLAZA

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

VIRGINIA PINEDO RUBIO

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad metabólica que ataca sin importar el sexo, la edad o posición socioeconómica y que es considerada una epidemia. La llaman como enfermedad crónica no transmisible y contribuye a gran parte de las causas de muerte, discapacidad y costos sanitarios que repercuten en la sociedad, la economía y la política.

La obesidad es un exceso de grasa en el cuerpo, que se manifiesta por un exceso de grasa corporal superior al considerado normal.

Uno de los factores que interviene en esta situación son los estilos de vida poco saludables, relacionados con hábitos alimenticios y falta de ejercicio.

No importa el motivo por el que se llegue a ese punto, lo importante para el personal de enfermería tiene que darles a estos pacientes la seguridad y las herramientas necesarias para superar esta enfermedad.

Si bien la obesidad puede iniciarse por factores metabólicos y clínicos, también debemos considerar los factores psicológicos que pueden conllevar. La baja autoestima, miedo, depresión, episodios traumáticos durante la niñez o adolescencia, son solo algunos de los motivos por los que la obesidad puede comenzar. La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a toda la población en general.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es exponer los tipos de obesidad y factores relacionados, así las funciones del personal 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

Según la distribución de grasa y donde se encuentra hay 3 tipos de obesidades que son:

- Obesidad generalizada o mixta: en ésta la acumulación de grasa se distribuye de manera uniforme en el cuerpo. Aunque se puede presentar en adultos, se ve más frecuente en niños.
- Obesidad androide: se encuentra predominantemente en la parte superior y en la ventral del tronco. Está relacionada con una mayor acumulación de los ácidos grasos libres en el hígado, lo que disminuye la sensibilidad hepática a la insulina y aumenta la aparición de síndrome metabólico.
- Obesidad ginecoide: la acumulación de grasa se encuentra principalmente en caderas y en los muslos y están a nivel subcutáneo.

En la obesidad existen diversos factores que influyen como son:

- El ambiente: este influye sobre el estilo y la calidad de vida de los individuos por la disposición de alimentos y nutrientes de ambientes saludables para llevar a cabo la actividad física y la convivencia social.

- La dificultad para preparar y consumir los alimentos en tres tiempos desayuno, comida y merienda, han dado como resultado la transición nutricional, y está a su vez al incremento de obesidad en la población.

Existen tres tipos de procedimientos para el paciente bariátrico que son:

- Bypass gástrico: el bypass gástrico es una operación común para la pérdida de peso en pacientes con obesidad severa.

- Mini bypass: se ha desarrollado esta técnica quirúrgica conocida como bypass gástrico de anastomosis única o mini bypass gástrico.

-Gastrectomía en manga: es un método restrictivo para tratar la obesidad mórbida, introducido inicialmente como primer paso para la derivación biliopancreática con switch duodenal, con el fin de reducir el peso inicial y el riesgo de mortalidad en la cirugía final.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad es un problema frecuente en la actualidad que ataca tanto a niños y jóvenes como adultos, sin discriminar. La mala alimentación, el estilo de vida sedentario o los problemas genéticos que predisponen a una persona a la obesidad, son las causas más frecuentes para que haga su aparición.

El personal de enfermería ante un paciente bariátrico debe hacer lo posible en tratar a los pacientes con respecto ya que el principal medio que puede poner es la dieta.

Por lo general, el paciente obeso que acude cirugía bariátrica ya ha pasado por un buen número de tipos de dieta que le ha mandado tanto el personal de enfermería como el médico y llega con la falsa idea de que la operación es el final del camino.

6 Bibliografía

1. Weaver J, Guía práctica de la medicina de la obesidad, España, Elsevier, 2019. www.google.es.

Capítulo 135

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LA ENFERMEDAD CELIACA

MIRIAM CEPEDA PLAZA

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

VIRGINIA PINEDO RUBIO

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

1 Introducción

Según datos del Ministerio de Sanidad de España, la prevalencia actual de la enfermedad oscila entre 2 por ciento en la población infantil y 10 por ciento en la población adulta, afectando a todos los grupos de edad.

La enfermedad celiaca es una enfermedad multisistémica y su base es la inmunológica. Es causada por la ingesta del gluten y las proteínas afines, y afecta a individuos genéticamente susceptibles.

Debido al alto número de casos, se hace necesario plantear que desde los servicios de salud se realice un seguimiento multidisciplinar y con periódica de los propios pacientes, para valorar la evolución de la enfermedad, el mantenimiento de los síntomas, el cumplimiento de la dieta y sobre todo la aparición de las posibles complicaciones.

El profesional de enfermería es fundamental en dicho seguimiento. Trabaja con el médico, que después de realizar el diagnóstico puede derivarle al paciente a su consulta.

La consulta de enfermería de atención primaria cuenta además con la ventaja de que conoce a los pacientes de su cupo y sabe cuáles son las herramientas más adecuadas para cada caso desde el conocimiento de la situación familiar del paciente y la confianza del trato mas cercano que la atención primaria propicia.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es favorecer el abordaje de la enfermedad celiaca desde la consulta de enfermería en atención primaria y conocer aquellos aspectos que pueden mejorar el seguimiento clínico de los pacientes celíacos.

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

Desde la consulta de enfermería se podrían llevar a cabo labores como:

- Dar a conocer datos sobre la etiología de la enfermedad, sintomatología y sus consecuencias que puede generar en el propio paciente, así como los cambios que se deben realizar para poder mejorar el estado de salud tras el diagnóstico.
- Ofrecer formación para la identificación de alimentos de consumo permitido y dar opciones para conseguir que el paciente no tenga ninguna carencia nutritiva.
- Facilitar apoyo emocional para sobrellevar los cambios que puedan darse en el propio paciente.
- Dar información sobre asociaciones de celíacos que apoyen a pacientes y familiares.

Pero una vez hecho el diagnóstico, es importante tener en cuenta que la enfermedad celiaca repercute en la vida del paciente a múltiples niveles como el físico,

el emocional, el social y el económico, por lo que el seguimiento desde la consulta de enfermería de atención primaria es clave en todos estos aspectos:

- El paciente puede presentar a nivel físico diversa sintomatología que incide en una peor calidad de vida si no sigue el tratamiento adecuado.
- Contar con un adecuado soporte social es clave a la hora de sobrellevar mejor los cambios que se produzca a raíz del diagnóstico.
- Emocionalmente la enfermedad supone para el paciente estrés y un bajo estado de ánimo.
- La celiaquía es una enfermedad crónica, en la que el paciente tendrá que adaptarse a los cambios en su alimentación y a algunas limitaciones a la hora de encontrar alimentos permitidos, tanto en supermercados como en la hostelería.
- A nivel económico es posible que muchos de los alimentos que son sin gluten se presenten en el mercado con un precio más elevado que el resto, por lo que el desembolso del paciente puede ser mayor, y para muchas familias este aspecto puede suponer un problema añadido.

5 Discusión-Conclusión

Podría ser interesante la creación de un plan de cuidados adaptado a estos pacientes, con unos objetivos, intervenciones y actividades adecuadas, que puedan guiar al profesional de enfermería a realizar su labor.

Debido al crecimiento que ha sufrido el número de casos por enfermedad celiaca, se hace necesaria la intervención por parte de los profesionales de la salud como enfermería, en cuanto a la educación y bienestar de los pacientes diagnosticados de celiaquía, que pueden ver limitado algún aspecto de su vida y que con la información adecuada, pueden convertirse en pacientes muy activos y empoderados que manejen su enfermedad con éxito.

6 Bibliografía

1. Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE). [Sede Web]. Madrid: Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE); 2016 [citado Septiembre 2020]. Disponible en: <http://www.celiacos.org/>.

Capítulo 136

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA EN LOS HOSPITALES

MIRIAM CEPEDA PLAZA

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

JOAQUÍN GONZÁLEZ ROMERA

VIRGINIA PINEDO RUBIO

ANGELES BLÁZQUEZ PÉREZ

1 Introducción

La cistotomía suprapúbica es una derivación de la orina que va desde la vejiga hacia la pared del abdomen llamado hipogastrio, mediante una sonda o catéter de silicona pura y que se conecta está a una bolsa recolectora.

El personal de enfermería tras una correcta higiene de manos y la colocación de guantes estériles, colaborará en la técnica preparando el material, preparando al paciente y sobretodo ayudando al facultativo que realiza el procedimiento.

Sus indicaciones son para:

- Retención aguda de orina en hiperplasia prostática.
- Reflujo vesicoureteral.
- Estenosis uretral con imposibilidad de colocar un catéter uretral ni dilataciones.
- Incontinencia que es persistente.

- Vejiga neurógena.
- Pacientes con lesiones vesicales traumáticas y trauma uretral que requieran derivación urinaria de forma permanente.
- Pacientes con cateterización uretral prolongada o incluso a solicitud del paciente o familiares con lesiones neurológicas.
- Como derivación urinaria en pacientes con lesiones neurológicas centrales graves e incapacitantes como esclerosis múltiple, retardo mental, secuelas de trauma craneoencefálico grave, con lesión axonal difusa.

A pesar de la aparente sencillez del sondaje vesical, en muchos casos se hace imposible su aplicación ni aun con la ayuda de dilatadores uretrales.

El conocimiento de los protocolos por el personal sanitario, en técnicas complejas y con posibles complicaciones, llevará a una mayor cultura de seguridad en pacientes y profesionales.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es dar a conocer las indicaciones, contraindicaciones, y posibles complicaciones de la cistotomía suprapúbica.

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

La técnica para la inserción del catéter es:

- Confirmar con palpación que la vejiga está distendida.
- Rasurar, aplicar el antiséptico homologado preparar y cubrir con campos la zona suprapúbica.
- Utilizar guantes para preparar el campo estéril.
- Infiltrar la anestesia local.
- Volver a comprobar la posición del catéter mediante aspiración.
- Incisión cutánea.
- Introducir el trócar en la vejiga.

- Cateterizar la vejiga.
- Suturar el catéter a la piel.
- Conectar el catéter al sistema colector de orina.
- Colocar el apósito estéril.

Para realizar la técnica es necesario la preparación del paciente, para ello hay que:

- Comprobar la identidad del paciente, así como antecedentes personales y alergias.
- Informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar y solicitar la colaboración de este en éste.
- Proporcionar la intimidad.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Recortar el vello suprapúbico, si precisa.
- Comprobar el estado, funcionamiento y caducidad del material a utilizar, si es necesario.

Para realizar la técnica el personal de enfermería necesita este material:

- Set drenaje suprapúbico.
- 1 guía urológica.
- 1 bolsa de orina.
- 1 kit sutura.
- Gasas y compresas.
- Guantes estériles.
- Campo estéril fenestrado.
- Campo estéril sin funestar.
- Yodo unidosis.
- Jeringa 5cc
- Jeringa 10cc.
- 1 seda 0/0
- Gel estéril para el ecógrafo.
- Suero fisiológico 10cc.
- Mepivacaína o lidocaína 2 %.
- Aguja de carga.
- Aguja subcutánea.
- 1 apósito grande / mefix.
- Bolsa estéril para usar el ecógrafo.

El personal de enfermería tras una correcta higiene de manos y la colocación de guantes estériles, colaborará en la técnica preparando el material, preparando al paciente y sobretodo ayudando al facultativo que realiza el procedimiento, por

tanto la cistotomía suprapúbica es una derivación de la orina que va desde la vejiga hacia la pared del abdomen llamado hipogastrio.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de los protocolos por el personal sanitario, en técnicas complejas y con posibles complicaciones, llevará a una mayor cultura de seguridad en pacientes y profesionales.

Tiene una incidencia menor de lesiones uretrales, menor frecuencia de bacteriuria y sepsis urinaria secundaria e infecciones ascendentes. Además de prevenir la necrosis penéana secundaria a presión, así como reducir la interferencia con la actividad sexual del paciente, tener una forma segura de derivación urinaria y una alta aceptación por parte de los pacientes.

A pesar de la aparente sencillez del sondaje vesical, en muchos casos se hace imposible su aplicación ni aun con la ayuda de dilatadores uretrales.

6 Bibliografía

1. Lawrentschuk N, Lee D, Marriot P, Russell JM. Suprapubic stab cystostomy: a safer technique. *Urology*2004; 64(1):187-8 www.scielo.org

Capítulo 137

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA

FLORENTINA SUITA FERNÁNDEZ

ANA DÁVILA GUERRERO

GLORIA MÉNDEZ COLLADO

CAROLINA CERRATO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La intoxicación etílica es el conjunto de síntomas que se producen por la ingesta excesiva de alcohol (etanol) en un período de tiempo corto, la cual supera la tolerancia de la persona. Estos síntomas irán en función de la fase o gravedad del cuadro.

Al inicio del consumo de alcohol aparece desinhibición, euforia y descoordinación ligera de movimientos. Si el consumo va en aumento se desencadena la siguiente fase donde el mareo, desinhibición emocional, ataxia, nistagmo y alteración en la coordinación están presentes. Cuando se siguen desarrollando las siguientes fases aparece la excitación psicomotora, agresividad, hiporreflexia, disartria y ataxia. A partir de esta fase, toda la clínica se acentúa y aparece letargia, náuseas y pupilas midriáticas, de no actuar a tiempo, aparece la última fase que puede llevar al estupor, el coma o incluso la muerte.

La cantidad de alcohol en sangre se expresa en gramos de etanol por cada dl de sangre y depende de diferentes factores como: cantidad de alcohol consumida,

cantidad de alcohol que pasa a la sangre, interacción con otras sustancias, grado de tolerancia de la persona, sexo y edad.

Esta situación se ha convertido en un motivo habitual de atención en los servicios de urgencias y por ello Enfermería debe estar en conocimiento sobre el manejo de este tipo de intoxicaciones, así como conocer cuál es su tratamiento y posibles complicaciones.

2 Objetivos

- Establecer la actuación de Enfermería ante una intoxicación etílica.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos como Elsevier, Pubmed, Medline y Cuiden, así como consultar distintos protocolos y guías clínicas de actuación.

Las palabras clave utilizadas han sido: enfermería, intoxicación etílica, actuación, urgencia, cuidados.

De los numerosos resultados obtenidos, finalmente se llevaron a estudio todos aquellos que se ajustaban a las palabras clave y los criterios de inclusión establecidos.

4 Resultados

La prioridad fundamental ante una intoxicación etílica aguda grave en un paciente con bajo nivel de conciencia es mantener las constantes vitales y valorar la depresión respiratoria, valorando la presencia de arritmias cardíacas y controlando la presión arterial.

Enfermería cuando recibe a un paciente con este cuadro de intoxicación debe realizar una valoración inicial con una toma completa de constantes vitales. Además, será fundamental e imprescindible realizar una valoración del estado neurológico a través de la escala de Glasgow.

Al mismo tiempo, hay que posicionar al paciente en posición lateral de seguridad para prevenir la broncoaspiración por vómito a atragantamiento por caída de la lengua. Se procederá a canalizar un acceso venoso periférico del mayor calibre posible para iniciar la perfusión de sueroterapia y administración de fármacos para revertir el cuadro, los cuales son prescritos por el médico pero grosso modo

suelen incluir Tiamina (vitamina B1) por vía intramuscular, Piridoxina (vitamina B6) por vía intravenosa, Metoclopramida si hay presencia de náuseas o vómitos y Glucosmon si hay presencia de hipoglucemia.

La reevaluación de estos pacientes es una cuestión fundamental, debiendo ser realizada constantemente y sospechar siempre la posibilidad de la existencia de intoxicación cruzada con otras drogas, caso en el que se valorará la opción de administrar antidotos o carbón activado, así como la existencia de un traumatismo craneoencefálico previo, para el que se tomarán medidas oportunas de control, diagnóstico y evolución.

Enfermería debe tener en cuenta que es imprescindible emplear un lenguaje simple, directo y concreto con estos pacientes.

Enfermería debe contar con la formación adecuada para atender este tipo de intoxicaciones por ser muy comunes y habituales en los servicios de urgencias, donde puede presentarse en cualquier tipo de persona y de edades muy dispares.

5 Discusión-Conclusión

En la práctica diaria de Enfermería es común encontrarse ante situaciones de intoxicaciones, siendo la causa etílica la gran parte de todas ellas. Es fundamental que Enfermería conozca sus características definitorias para que ayuden a crear un diagnóstico certero hasta que los resultados de laboratorio confirmen que los niveles de alcohol en sangre en el paciente son elevados.

El manejo por parte de Enfermería ante este tipo de intoxicación no se limita solamente a administrar el tratamiento médico prescrito, sino que se debe mantener una valoración permanente del paciente, conociendo y estando alerta de las posibles complicaciones que pueden derivarse de este cuadro, sabiendo actuar de forma rápida y oportuna en caso de que aparezcan.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Jimeno, S., & Tylko de Caria, P. (2019). Abordaje enfermero de la intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias (Bachelor's thesis).
2. Ugaz Gómez, R. M. (2020). Intervenciones de enfermería en pacientes con intoxicación aguda en el Servicio de Emergencia.
3. Sánchez-Solís, A., & San Jorge, X. D. (2017). Experiencias del personal de enfermería con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol. *Enfermería universitaria*, 14(1), 19-27.
4. González Chaperó, P. (2017). Intoxicación etílica aguda en población joven.

Capítulo 138

EL ENFERMERO Y EL RIESGO RELACIONADO CON EL QUIRÓFANO

BELÉN ESTESO RETAMOSA

ENRIQUE MARTINEZ GOMEZ

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

MARTA ESCRIBANO RUEDA

LAURA FLORES DECHADO

1 Introducción

El personal de enfermería es un tipo de trabajador de la salud que está apoyando directamente al personal médico. Es por ello que además de las tareas que ha de desempeñar de su profesión tienen otras que se les asigna en el momento determinado que el médico le indique. Cuando el personal de enfermería está destinado en el espacio de quirófano existen unas reglas básicas acerca de los riesgos que conlleva el paciente en el quirófano y que deben tener en cuenta. Los enfermeros deben de conocer qué riesgos son ya que si el personal médico en un momento dado necesita que los enfermeros intervengan, deben de saber cómo actuar. Durante la cirugía se siguen una serie de reglas que los enfermeros deben de conocer igualmente ya que de sus funciones bien realizadas en este espacio depende la labor de los médicos que realizan la operación. Es por ello que los enfermeros tienen una gran responsabilidad en cuanto a lo que funciones o tareas se refiere en el espacio de quirófano. A continuación en el apartado de

resultado vamos a exponer distintos riesgos que están relacionados con las operaciones quirúrgicas o con los riesgos imprevistos que pueden aparecer dentro del quirófano.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo los hemos resumido en dos para el siguiente trabajo: Exponer que tipo de riesgo se pueden producir en el área de quirófano. Analizar la importancia de que el personal de enfermería conozca los distintos riesgos relacionados con el quirófano.

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 documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades.

4 Resultados

Este apartado de resultados nos va a servir para mencionar los distintos riesgos que se pueden producir dentro de un quirófano. También visualizaremos cómo es el papel de los enfermeros en dicho espacio y en relación con los riesgos que acabamos de mencionar. El primero de ellos es el riesgo de infección que está relacionado con la intervención. Es por ello que el personal de enfermería debe de conocer que durante la cirugía debe de seguirse un protocolo determinado para mantener el campo estéril con un margen de seguridad bien estructurado ya que sin ello el paciente podía tener un alto riesgo de infección. El personal de enfermería al igual que otro tipo de profesionales de la salud cobra una gran relevancia en esta tarea ya que de él depende el estado de salud y las repercusiones que pueda tener el paciente. Otro de los riesgos que se puede producir en este espacio está relacionado con el uso del material eléctrico ya que los peligros eléctricos son frecuentes, como por ejemplo el más habitual son las quemaduras. Existe el riesgo de que se produzcan quemaduras en el uso del equipo quirúrgico. Es por ello que el enfermero debe de tener especial cuidado en esta tarea cuando utiliza dicho material. Otro de los riesgos importantes está relacionado

con la posición del paciente. Para ello los enfermeros deben de prestar atención a cuando el paciente lo movilicen a la mesa de cirugía, o durante la intervención y después de ella. Deben de comprobar que la colocación del paciente es la adecuada y comprobar periódicamente la posición. Otro de los riesgos posibles y habitual es el del riesgo de alteración de la temperatura corporal que está relacionada con las condiciones quirúrgicas. Para ello los enfermeros deberán de saber que hay recursos como mantas calientes o térmicas, así como aumentar la temperatura ambiente. Todas estas reglas nos dan los el protocolo que debe de seguir el personal de enfermería relacionado con los riesgos del quirófano.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de conclusiones queremos decir que el problema que se puede dar en el área de quirófano sigue un protocolo relacionado con los distintos tipos de riesgo que se pueden dar. Concluimos que el personal de enfermería debe de saber qué tipo de riesgo se pueden dar en el quirófano y qué medidas tomar al respecto. Con ello determinamos que el personal de enfermería cumple unas labores importantes al respecto de esta cuestión ya que los mismos son los encargados de ayudar al personal médico a paliar en la medida de lo posible, los riesgos que se puedan producir en el quirófano

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.

Capítulo 139

MANEJO DE LAS URGENCIAS ONCOLÓGICAS CARDIOVASCULARES MÁS FRECUENTES

PAULA CIENFUEGOS GONZÁLEZ

MARÍA ISABEL CASTRO RUBIO

1 Introducción

Las urgencias oncológicas son situaciones que implican un riesgo para la vida o causan deterioro agudo del estado de salud de los pacientes oncológicos y están directa o indirectamente relacionadas con la enfermedad y/o su tratamiento.

Son complicaciones que llevan a los pacientes a una situación de mayor riesgo tanto de morbilidad, como de secuelas o muerte, y pueden ser la primera manifestación de un tumor cuyo pronóstico no se ha establecido todavía, aparecer en el curso de la evolución de un tumor y/o presentarse en pacientes con enfermedad terminal en los que deberán valorarse los riesgos-beneficios de iniciar un tratamiento.

El aumento de la prevalencia del cáncer en la población general debido a los avances terapéuticos ha incrementado la supervivencia de estos pacientes y el aumento de los agentes quimioterápicos, que están en constante evolución, así como el incremento de su toxicidad, hacen que estos pacientes frecuenten los servicios de atención primaria o los servicios de urgencias.

En torno al 5-10% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencia son enfermos oncológicos, y entre los tumores más padecidos por los enfermos asistidos podemos encontrar: cáncer de pulmón, cáncer de mama, y cáncer de colon entre

otros, siendo los síntomas más frecuentes el dolor, la fiebre y la infección, así como disnea, náuseas y vómitos.

Por tanto, debido a los cambios y evoluciones hacia la cronicidad de la enfermedad, requieren que el personal sanitario y no sanitario se adapte y esté formado para prestar unos cuidados de calidad adecuados a las demandas de estos pacientes cuando acuden a los servicios hospitalarios y extra hospitalarios.

2 Objetivos

- Identificar y saber actuar ante las urgencias oncológicas cardiovasculares más frecuentes (hemoptisis, taponamiento cardíaco y el síndrome de vena cava superior).

3 Metodología

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las principales fuentes y bases de datos biomédicas: Pubmed, Medline, Embase, The Cochrane Library, Cinahl, Dialnet, Scielo.

Se han aceptado los artículos y los documentos más relevantes publicados en los últimos años, todos ellos relacionados con el tema de este estudio.

Las palabras clave utilizadas han sido: “urgencias”, “cáncer”, “emergencias oncológicas”, “síndrome de vena cava superior”, “taponamiento cardíaco”.

4 Resultados

Las principales urgencias oncológicas cardiovasculares identificadas fueron el síndrome de la vena cava superior (SVCS), el taponamiento cardíaco, y la hemoptisis.

El SVCS es el cuadro clínico caracterizado por la obstrucción del flujo de la vena cava superior por invasión o compresión externa debida a un proceso expansivo. Esto provoca una disminución del retorno venoso al corazón, con congestión de los órganos que están inadecuadamente drenados.

En la actualidad el cáncer es causa del 65-85% de los SVCS y dentro de los cánceres el más frecuente es el cáncer de pulmón, que es causante de un 52 a un 81% de los mismos.

La disnea es el síntoma inicial más frecuente, y en la exploración física es característica la tríada formada por edema en esclavina, cianosis y circulación colat-

eral. También puede aparecer tos, disfagia, disfonía, cefalea, mareos, confusión y síncope.

La tomografía computada (TC) con contraste venoso es el medio de diagnóstico de elección, y la confirmación histológica es necesaria para planificar el tratamiento, siendo las más sensibles la mediastinoscopia y la toracotomía.

En el manejo de esta situación es fundamental realizar medidas posturales como elevar la cabecera de la cama, y farmacológicas como aportar oxigenoterapia, diuréticos y corticoides. También se utiliza la radioterapia (cuya efectividad es del 78%), o la colocación de prótesis endovasculares (que permiten restablecer el flujo, con alta respuesta, hasta en el 90% de pacientes).

Otra urgencia cardiovascular oncológica relativamente frecuente es el taponamiento cardíaco.

Se produce cuando la presión que ejerce el líquido pericárdico supera a la de las cavidades cardíacas, de manera que se produce una dificultad en el llenado diastólico del corazón y un descenso del gasto cardíaco. Las causas más frecuentes al margen de la idiopática son las infecciosas (virus, bacterias...), traumatismos, drogas, enfermedades metabólicas...

Aproximadamente dos tercios de los pacientes son asintomáticos, pero los síntomas más frecuentes son la disnea (presente en un 93%), ortopnea, tos, palpitaciones, y dolor torácico que suele mejorar al sentarse. La coexistencia de derrame pleural es habitual, provocando síntomas muy similares y actuando a menudo como un fenómeno que puede confundir el diagnóstico.

La exploración diagnóstica de elección es el ecocardiograma, y para completarla podrá realizarse un electrocardiograma, dónde se observará taquicardia sinusal, bajo voltaje, alternancia eléctrica y alteraciones difusas en la repolarización. En una radiografía de tórax se apreciará un aumento de la silueta cardíaca, y la TC y la RM (resonancia magnética) diagnosticarán el derrame y la naturaleza del mismo.

El tratamiento de elección, cuando hay síntomas y deterioro rápido, es una pericardiocentesis evacuadora bajo ecografía, que significará una inmediata e importante mejoría sintomática. También puede realizarse tratamiento quirúrgico mediante una pericardiotomía subxifoidea (ventana pericárdica), que permite extraer una buena muestra para análisis.

El manejo de estos pacientes será mediante una monitorización estrecha, ecografías seriadas, y medidas de soporte como elevación del cabecero de la cama, aumento de la volemia, oxigenoterapia...

La hemoptisis es otra urgencia oncológica frecuente y que consiste en la emisión de sangre con la expectoración procedente del árbol traqueobronquial o de los

pulmones. Su magnitud varía desde la expectoración con estrías hemáticas, hasta la hemoptisis masiva (más de 600 cc de sangre al día o más de 50-75 cc por hora). Sus causas más frecuentes son de origen no tumoral: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquiectasias, tuberculosis...

Se diagnostica, además de con la clínica, mediante una placa de tórax, una TC y/o una broncoscopia, que permite la observación de las vías respiratorias más centrales mediante un fibroscopio.

En el manejo de estos pacientes es fundamental mantener la permeabilidad de la vía aérea y oxigenación, la estabilidad hemodinámica e instaurar medidas terapéuticas para frenar la hemoptisis.

Además, es muy importante el reposo en cama semisentado, en decúbito lateral del lado afectado, las medidas de confort, la oxigenoterapia, la sedación suave y los antitusígenos.

5 Discusión-Conclusión

Las urgencias cardiovasculares que pueden presentar los pacientes con cáncer son situaciones que requieren una actuación rápida, ya que ponen en riesgo la vida o implican un deterioro en la situación clínica del paciente.

Conocer cuáles son esas situaciones y cómo manejarlas es fundamental para el personal sanitario y no sanitario que pueda trabajar en los distintos niveles de atención primaria y en salas de emergencia, ya que mediante la detección precoz y el trabajo en equipo multidisciplinar, se logra una disminución de las morbilidades, secuelas y muerte, además de la reducción de costos asociados a la prevención de estos efectos.

6 Bibliografía

1. Vandyk AD, Harrison MB, Macartney G, Ross-White A, Stacey D. Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2012; 20 (8): 1589-99.
2. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en urgencias. 4ª ed. Santiago. Ofelmaga; 2012.
3. Chan A, Verma S, Loibl S, Crawford J, Choi MR, Dreiling L, et al. Reporting of myelotoxicity associated with emerging regimens for the treatment of selected solid tumors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2012; 81:136-50.
4. Muñoz Langa J, Gascón P, de Castro J; SEOM (Spanish Society of Clinical Oncology). SEOM clinical guidelines for myeloid growth factors. *Clin Transl Oncol*.

2012; 14: 491-8.

Capítulo 140

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS

RAFAEL HABAS MORENO

FRANCISCO RAMÓN ADÁN LERMA

ANA ANTEQUERA GÓMEZ

YOLANDA COLMENAR MARTÍN

1 Introducción

La enfermedad renal crónica se puede definir como el daño renal que impide a estos filtrar la sangre como deberían. La consecuencia es que los desechos se acumulen en el cuerpo y causen problemas de salud (retención de líquido, hiperpotasemia, enfermedad cardíaca, anemia). Las causas más frecuentes que producen esta patología son la diabetes y la hipertensión arterial.

Cada vez es mayor el número de pacientes con enfermedad renal crónica debido a los avances en su tratamiento. Los indicadores de salud muestran una alarmante y progresivo aumento del número de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La ERC afecta a uno de cada 7 adultos en España, siendo más frecuente en varones (23,1% vs. 7,3 % en mujeres).

Esta patología no se cura, pero se puede retrasar su avance. La enfermedad renal crónica puede producir insuficiencia renal por lo que el paciente tendrá que optar a trasplante de riñón o someterse a uno de los tipos de diálisis.

En este capítulo nos centramos en la hemodiálisis que es la opción de tratamiento de la insuficiencia renal crónica que se realiza haciendo pasar la sangre a través de un filtro exterior que se encuentra en una máquina de diálisis. Este filtro permite que las toxinas y exceso de líquido salgan de la sangre del paciente. Para este proceso es de gran importancia el acceso vascular.

Definimos fístula arteriovenosa como una conexión anormal entre una arteria y una vena. De este modo al unirse los dos vasos, la presión del interior de la vena aumenta y de este modo se fortalecen sus paredes y así se mejoran las condiciones para recibir las agujas empleadas en hemodiálisis.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería en el paciente con fístula arteriovenosa así como los autocuidados a realizar por el propio paciente.

3 Metodología

Se hizo una revisión bibliográfica de publicaciones cuyo tema principal fuese el cuidado de la fístula arteriovenosa en relación con la hemodiálisis. Cuidados tanto por parte del propio paciente como del personal de enfermería.

La revisión bibliográfica fue acotada a la última década y a literatura en castellano.

Todo ello a través de bases de datos científicas como Pubmed, Cochrane, Scielo, Google Académico. A su vez también se revisaron guías de actuación y protocolos de enfermería de diferentes sistemas de salud autonómicos de España.

4 Resultados

Tras la revisión de guías de intervención en fístulas arteriovenosa así como de bibliografía sobre dicho tema, se presenta el siguiente resumen de procedimientos a realizar tanto de autocuidados del propio paciente portador como las acciones correctas a realizar y tener en cuenta por el profesional de enfermería.

Autocuidados preventivos:

- Evitar apoyarse sobre el brazo de la fístula cuando descanse.
- Movilizar el brazo con suavidad.
- No usar ropa apretada, joyas, relojes u objetos que aprieten el brazo de la fístula.
- Una buena opción es llevar una pulsera que notifique la presencia de la fístula.

- No utilizar el brazo portador para extracción de analíticas, administración de fármacos u otras pruebas.
- No tomar nunca la tensión arterial en el brazo de la fistula.
- Evitar golpes y rozaduras en el brazo portador.
- No cargar peso con dicho brazo.

Autocuidados higiénicos: adecuada higiene corporal con agua y jabón y mantener el brazo seco.

Autocuidados de vigilancia:

- Comprobar diariamente el funcionamiento de la fistula mediante la palpación.
- El paciente debe valorar el aspecto de la fistula y así poder observar cambios en ella como inflamación, enrojecimiento, dolor, endurecimiento, dolor, temperatura, hemorragia.
- Aplicar calor seco y masajear la fistula si se percibe un leve descenso del frémito.

Autocuidados sobre ejercicios: hacer ejercicios isométricos (abrir y cerrar el puño) o apretando una pelota del tamaño de la mano.

Durante el periodo de utilización en hemodiálisis:

- La canalización por primera vez de la fistula debe hacerlo personal de enfermería entrenado correctamente para evitar posibles complicaciones.
- Prepunción se debe valorar higiene del brazo, datos de anteriores punciones, el trayecto venoso así como hematomas, signos de alarma y en caso de presentar zonas enrojecidas o con hematoma se debe de evitar su punción.
- Se trata de una técnica aséptica.
- Se debe intentar tranquilizar al paciente debido a que la canalización es el proceso que le produce mayores miedos y ansiedad.

Postpunción: la retirada de la aguja se hará suave y se hace hemostasia sobre el punto de punción ejerciendo presión continua de forma ligera durante aproximadamente 10-15 minutos. En las primeras punciones la pared vascular es más frágil por lo que es mayor el riesgo de hematoma.

Autocuidados del paciente entre sesiones de diálisis:

- Se debe instruir al paciente para que retire el apósito colocado tras la extracción de la aguja de la sesión de diálisis y lo haga de manera correcta. Lo hará a las 24h.
- Si está muy pegado lo humedecerá para evitar tirones y posibles sangrados.
- Nunca levantará la costra que se forme en el lugar de punción y el paciente tendrá la educación sanitaria necesaria para saber qué hacer en caso de sangrado y hacer la hemostasia comprimiendo.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia que el personal de enfermería tenga actualizados los conocimientos sobre estos cuidados para aplicarlos a la práctica diaria así como para poder realizar una correcta educación sanitaria para que el paciente sea capaz de realizar autocuidados.

Para ello se debe formar en cuanto a los procedimientos a realizar al personal de enfermería disminuyendo así los errores que pueden poner en peligro la duración y buena conservación de la fístula arteriovenosa. Se debería sobre todo insistir en unidades de hospitalización ajenas al servicio de hemodiálisis así como a los equipos de atención primaria, debido a que es personal que aunque no manipule directamente la fístula puede hacer intervenciones que la perjudiquen y para este personal suele ser un tema desconocido.

Y sobre todo debemos tener claro que el paciente es el principal responsable de los cuidados de su fístula y para ello tendrá que contar con una correcta educación sanitaria.

6 Bibliografía

1. Zúñiga SM Carlos, Müller O Hans, Flores O Maritza. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Sep [citado 2020 Nov 30] ; 139(9): 1176-1184. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000900010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000900010>.
2. Garnica León Ariana, Remón Castillo Nerea, Santesteban de la Concepción Ainara, Gutiérrez García José M^a, Ruiz Medrano Laura, Zapatería Azcona Carmen et al . Protocolo para el cuidado del acceso vascular en pacientes con terapia renal sustitutiva (TPR). Enferm Nefrol [Internet]. 2012 [citado 2020 Nov 30]; 15 (Suppl 1): 131-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000500087&lng=es.
3. Grande Velasco J. Cuidados de las fistulas arteriovenosas, medidas de enfermería. Dial Traspl 2011;32:135-6.
4. Pessoa Natália Ramos Costa, Linhares Francisca Márcia Pereira. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Nov 30] ; 19(1): 73-79. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

Capítulo 141

EL BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE URGENCIAS

MARÍA CASTAÑO VILLA

1 Introducción

El síndrome del quemado o conocido como síndrome de “burnout” se compone de tres factores: el agotamiento a nivel emocional, la pérdida de personalidad en la persona que lo padece o despersonalización y la falta de autorrealización en el puesto de trabajo. La primera fase se corresponde con el cansancio físico. Por otro lado, la despersonalización une varios estados siendo alguno de ellos la pérdida de la empatía hacia los pacientes, actitudes de pesimismo, distanciamiento en cuanto a las relaciones e invadiendo la indiferencia. Por último, el tercer factor se resume en sentimiento de desmotivación laboral.

Esta problemática ha ido en aumento afectando, sobre todo, al personal sanitario por varios motivos como la sobrecarga de trabajo, falta de medios, situaciones personales y físicas complicadas y el escaso cuidado mental de los trabajadores, todo ello, unido a la necesidad y la exigencia que supone otorgar unos cuidados de calidad. Se ha demostrado que el síndrome afecta a gran cantidad de profesionales de la salud y se intensifica en unidades de urgencias hospitalarias. Por ello, se observa la necesidad de indagar acerca de métodos que impidan o retrasen el desarrollo de este síndrome para obtener beneficios tanto los profesionales, como los pacientes y el sector de la salud.

2 Objetivos

Definir que métodos pueden impedir o minimizar el progreso de este síndrome en profesionales de enfermería en servicios de urgencias.

Explicar las consecuencias de padecer el síndrome del burnout.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura con la finalidad de responder a los objetivos planteados en la presente revisión. Se han seleccionado un total de tres artículos a través del buscador Google Scholar, los cuales, contienen información actualizada.

4 Resultados

Entre las profesiones relacionadas con el ámbito de la sanidad, el personal de enfermería, es una de las más propensas a sufrir el síndrome del quemado, especialmente en servicios de urgencias por la complejidad de los problemas de salud que se unifican en esta unidad. Por ello, existe una mayor vulnerabilidad del desgaste de los trabajadores unido a los variados turnos del hospital, siendo de carácter rotatorio en su mayoría. Estos turnos, minimizan el rendimiento en comparación con los turnos fijos, dando lugar a un aumento del cansancio cambios en los ritmos de sueño. En los servicios de urgencias, la sobrecarga de trabajo y la presión de la asistencia rápida y efectiva. Otra dificultad que se presenta en este tipo de profesión es la continua exposición a situaciones límite en las que está presente el sufrimiento, la pérdida de un ser querido o el dolor que pueden padecer personas enfermas, ya que hay una elevada implicación emocional. Esto puede solventarse o apoyar de alguna manera trabajando las habilidades de comunicación, la empatía y estableciendo unas estrategias tanto a nivel personal como con el grupo de trabajo. Es importante conseguir una relación de confianza y comunicación entre paciente y profesionales. El servicio de urgencias es un ambiente frío, que requiere de técnicas complejas, centrándose en la curación y no tanto en la calidez del cuidado.

Las consecuencias que se observan son variadas, siendo las más perjudiciales el malestar físico y mental, derivado en un desgaste a nivel laboral, lo que resulta poco beneficioso para los pacientes y el hospital. Los efectos negativos a nivel personal conllevan a padecer incluso enfermedades, problemas como la depresión, escaso rendimiento en el servicio, invasión de malas actitudes, dando lugar

a una grave afectación de la calidad del cuidado a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería debe adquirir unas cualidades de comunicación que le permita sentir una buena autorrealización a nivel laboral. Esto va a permitir minimizar el cansancio físico y mental, aumentar el sentimiento de autorrealización en el sector sanitario y aumentar la autoeficacia tanto con el paciente como con el equipo.

En el servicio de urgencias, uno de los factores que más afectan para el desarrollo del burnout es el establecimiento de los turnos de carácter rotatorio, los cuales, conllevan un agotamiento físico y emocional, unido a problemas de sueño. Si estos sentimientos van progresando en el tiempo se desarrollan actitudes de falta de empatía y despersonalización.

6 Bibliografía

Albendín-García, L., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. L., & Cañadas, G. R. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 90.

Llor Lozano, J., Seva Llor, A. M., Díaz Agea, J. L., Llor Gutiérrez, L., & Leal Costa, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19(59), 68-92.

Fagoaga Gimeno, M., & Lucas Imbernón, F. J. (2000). El Síndrome de burnout y la enfermería de urgencias.

Capítulo 142

ENFERMERIA: LA HIPERURICEMIA EN PACIENTES ADULTOS

MARTA PLAZA CEREZO

1 Introducción

Hay situaciones en las que los riñones no pueden excretar suficiente ácido úrico, lo que provoca hiperuricemia y, por lo tanto, el paciente sufrirá la patología conocida como hiperuricemia. La hiperuricemia ocurre cuando los niveles de ácido úrico superan los 7 mg/dl en hombres y los 6 mg/dl en mujeres. En caso de que se dé esta condición, si ocurre, puede causar patología clínica que afecta principalmente a los riñones y las articulaciones. La presencia o ausencia de manifestaciones clínicas distingue entre hiperuricemia sintomática y asintomática. Clasificación de la hiperuricemia

Se clasifican en primarias si son de origen genético, y secundarias si están provocadas por otra enfermedad o adicción.

- Hiperuricemia primaria: Pueden ser causadas por una sobreproducción de purinas o por la deficiencia de excreción renal, que suelen ser las causas más comunes. Son de carácter autosómico y predominantes.

- Hiperuricemia secundaria: puede deberse a la sobreproducción o a la excreción insuficiente. La sobreproducción es causada por consumir demasiados alimentos ricos en proteínas, fructosa, alcohol y ácidos nucleicos en su dieta habitual.

Las concentraciones de ácido úrico en plasma pueden variar según el sexo, la edad y el peso, pero generalmente estas concentraciones aumentan con la edad del individuo.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario de que se trata la hiperuricemia, cuál es su fisiopatología y la clasificación de la misma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 precipitación de ácido úrico en los tejidos depende de su forma química, como si el ácido úrico está ionizado o no. Esta última forma es más difícil de disolver por el proceso que conlleva y, por lo tanto, más peligrosa. Tenga en cuenta que ambas formas se apresuran.

La hiperuricemia es, así, el resultado de un balance positivo de los niveles de ácido úrico. Se dice que el balance es positivo, ya que la formación predomina sobre la excreción de ácido úrico.

El ácido úrico no se encuentra en los alimentos, pero las purinas derivadas de los alimentos y los radicales de nucleótidos del ácido nucleico contribuyen a su formación. La dieta también puede afectar el tipo de excreción que puede ocurrir a través de los riñones o el tracto digestivo.

- excreción por los riñones

La excreción de ácido úrico del riñón es un proceso muy complicado. Después de una filtración glomerular del 100%, el ácido úrico se reabsorbe casi por completo a nivel del túbulo proximal. Luego, la mitad del filtrado total se produce en el túbulo distal. Finalmente, aproximadamente el 40% de la reabsorción ocurre en la región posrenal.

Lo principal es que solo se excreta una décima parte del filtrado glomerular.

- Excreción digestiva y descomposición de la orina

La saliva, la bilis y otras secreciones del sistema digestivo transportan ácido úrico al tracto digestivo donde se descompone en ácido úrico. Esto se denomina diure-

sis. Los desechos gastrointestinales eliminan solo una cuarta parte del ácido úrico total de nuestro cuerpo.

La ingesta oral de purinas afecta la producción de ácido úrico, pero es el metabolismo de la degradación de las purinas lo que realmente afecta su concentración.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario diplomado universitario en enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario de que se trata la hiperuricemia, cuál es su fisiopatología y la clasificación de la misma.

La hiperuricemia es, así, el resultado de un balance positivo de los niveles de ácido úrico, ya que la formación predomina sobre la excreción.

Han sido explicados cuáles son los procesos de formación de purinas y cuáles son los procesos de excreción.

Se sabe que las hiperuricemias se clasifican en primarias si son de origen genético, y secundarias si están provocadas por otra enfermedad o adicción.

6 Bibliografía

1. EL PACIENTE HIPERURICEMICO - Sagrario Martín-Aragón (Diciembre 2006) <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-el-paciente-hiperuricemico-13096651>

Capítulo 143

ERRORES ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

NOELIA VARGAS MUÑOZ

SILVIA PÉREZ TELLO

SERGIO CEA CEBRIÁN

PABLO ROVIRA SANCHEZ

CARMEN DÍEZ BEJARANO

1 Introducción

Según publicaciones americanas, los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, son cada vez más comunes, situándose como causa de muerte por encima de los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA, reflejando en España una relevancia similar, según los el estudio ENEAS evidenció una incidencia de eventos adversos en hospitales del 9,3%, siendo la causa principal el uso de los medicamentos (37,4%), apoyado también por el estudio EVADUR, realizado en 21 servicios de urgencias españoles, según el cual la segunda causa de los eventos adversos fueron los errores de medicación.

Paralelamente, la bibliografía refleja en EEUU que existe 1 error de medicación por cada 6 administraciones; el 26.9% son con frecuencia total de errores por vía

endovenosa; el 15.5% por mala dilución; el 3.1% de los errores por mala administración, preparación, la frecuencia, dosis, etc.

Las evidencias demuestran que mayoritariamente estos errores ocurren en las fases de preparación y administración de medicamentos, que son de exclusiva responsabilidad del profesional de enfermería, centrándose en esta figura como la encargada de velar por la seguridad del paciente.

Por otra parte, aunque los eventos adversos son experiencias traumáticas para el paciente y familia, los profesionales también sufren daños a consecuencia del mismo error, ya que sufre una afectación emocional postraumática por su implicación en el error. Que sumando a esto, la elevada carga asistencial de las urgencias hospitalarias y el tipo de atención inmediata y sin previsión, hacen que sea más pertinente el estudio de todas las variables que afectan a la práctica enfermera en el desarrollo de sus funciones en el servicio de urgencias hospitalarias para aumentar la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Analizar los posibles errores más frecuentes de la práctica asistencial de enfermería en el desarrollo de sus funciones en el área de urgencias y emergencias, además de detectar las posibles causas o factores de riesgo que pudieran provocarlos, así como conocer protocolos para reducir su posible aparición.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica partiendo de las palabras: “Error, procedimientos, técnica, enfermería, práctica asistencial, urgencias hospitalarias”. Utilizamos motores de búsqueda incluyendo Google académico, Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier, Cuiden, además de revistas y web científicas como www.enfermeriadeurgencias.com, SEMES, CODEM, etc. Se seleccionan estudios observacionales y revisiones narrativas en literatura de varios países, de un total de 34 artículos, acotando según bibliografía más actual y aportaciones más relevantes a finalmente los 9 citados.

4 Resultados

Desde nuestra experiencia y trabajo habitual en el servicio de urgencias hospitalarias, nos decantamos por este tema para buscar puntos donde mejorar nuestra

práctica asistencial, así como prevenir probables técnicas erróneas y aumentar nuestra seguridad y la del paciente, principalmente, aportando una mayor calidad en los cuidados.

Por nuestra parte, como profesionales de enfermería de urgencias, advertimos algunos puntos que podrían ser mejorables o en los que creemos que podría haber algún error, por ejemplo, el inicio de triaje, por falta de formación o experiencia los primeros días; las inmovilizaciones con férulas de yeso con características especiales, la administración de medicación poco común, o la realización de técnicas complejas poco frecuentes.

Tras buscar en varias bases de datos y motores de búsqueda los errores más comunes en la práctica clínica de la enfermería en el área de urgencias y emergencias hospitalarias, encontramos que salvo algún artículo que hable muy leve sobre problemas de etiquetado de muestras de laboratorio, conocimientos deficientes en la aplicación de inhaladores pulsados o problemas a la hora de dar el relevo adecuadamente, prácticamente toda la literatura encontrada se basa en los errores de administración de medicación.

Existen varios estudios que mencionan como causas de errores, las distracciones del personal sanitario y la ejecución incorrecta de procedimientos, siendo lo más común el déficit de información. Además, la bibliografía pone en el punto de mira el servicio de urgencias debido a la carga asistencial elevada e imprevisible que soporta, la complejidad y heterogeneidad de los pacientes, la forma de trabajo dinámica y la actuación que se debe realizar de manera inmediata.

Centrándonos en los eventos adversos causados por errores en la administración de medicación, los errores más prevalentes serían la velocidad de infusión inadecuada y la inestabilidad de la preparación farmacológica.

Por otra parte, se hace referencia a los costes del evento adverso que se da en tres direcciones no solo en el paciente y familia, sino en la enfermera implicada, experimentando culpa, ansiedad, cansancio, falta de concentración, miedo a las consecuencias legales y revivir una y otra vez el suceso, ocasionando la limitación de capacidad de sus funciones durante días, incluso semana; y finalmente el costo extra de la administración tanto por la reparación del probable daño que haya podido sufrir el paciente, como la bajada de rendimiento de la profesional afectada.

5 Discusión-Conclusión

La bibliografía encontrada coincide al poner de manifiesto que la práctica clínica con más riesgo de error por parte de la enfermería en las urgencias hospitalarias sería la administración de fármacos potencialmente peligrosos por vía en-

dovenosa.

También se encuentra que los puntos donde se deben incidir son:

- Desde el servicio: impartir de manera periódica cursos de formación continuada, la correcta prescripción de manera informática y la comunicación eficaz médico-enfermera, la puesta en práctica de modelos que garanticen un cambio de turno completo para garantizar la continuidad del cuidado y evitar pérdida de información, así como grupos de mejora para reducir las incidencias y aumentar la calidad de atención al paciente.
- Desde la administración: la puesta en marcha de la especialidad de enfermería de urgencias y emergencias, adecuar el ratio enfermera paciente y la carga de trabajo de enfermería, que en la gran mayoría de los casos es elevada; así como establecer sistemas para comunicar, evaluar y corregir los eventos adversos, además de implantar protocolos frente a esos eventos adversos con acciones consensuadas con los profesionales, en aras de aumentar la seguridad del paciente y garantizar el trabajo eficaz del personal de enfermería, evitando el daño al propio paciente y familia, la carga emocional y estresora que supone para la enfermera implicada y el gasto adicional de la administración para reparar el posible daño causado.

6 Bibliografía

1. Domínguez Menéndez, G., García Álvarez, Y., García Candás, G., Errores de medicación en el ejercicio de enfermería. Conocimiento Enfermero 5 (2019): 51-62.
2. Macías Maroto Marta, Solís Carpintero Leticia. Errores en la administración de medicación en un servicio de urgencias: conocer para disminuir el riesgo. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 2022 Oct 13] ; 92: e201806038. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100210&lng=es. Epub 28-Jun-2018.
3. Tomás Vecina S., Chanovas Borrás M., Roqueta Egea F. Errores de administración de medicación en los servicios de urgencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Oct 13] ; 36(3): 539-541. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000300017>.
4. Paranguá TT de B, Braga QDP, Bezerra ALQ, Silva AEB de C e., Azevedo Filho FM de, Sousa MRG de. Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Enferm glob [Internet]. 2014 [citado el 17 de octubre de 2022];13(2):206-18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200010&lng=es.

5. María A, Calvo P-A, Soto R. Utilización de la escala VACTE adaptada para la medición de las cargas de cuidados enfermeros en Urgencias [Internet]. Riojasalud.es. [citado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/newsletter/20220125/3.pdf>
6. Díaz Pérez C, Salvadores Fuentes P, Jiménez García E. Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03463. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012703463>.
7. Gracia G, Ruiz VR, Martínez B, Grande-Ratti MF, Mayer GF. Eficacia de una intervención educativa en el manejo de un dispositivo de inhalación entre profesionales de enfermería de un servicio de urgencias. *Enferm Clin* [Internet]. 2022;32(4):279–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.04.003>.
8. Navarro C, Patricia S. Revisión crítica: errores más frecuentes en la administración de medicamentos en los servicios de urgencias y emergencias. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; [Internet] 2017 [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1450>.
9. Pérez Corral AM, Simón Borao J, Solance Atance A. Análisis del cambio de turno y traspaso de información en equipos de enfermería de urgencias. *Nure investig* [Internet]. 2020 [citado el 15 de octubre de 2022];(104):3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7474849>.

Capítulo 144

ACCESO VASCULAR BAJO CONTROL ECOGRÁFICO

SERGIO CEA CEBRIÁN

NOELIA VARGAS MUÑOZ

SILVIA PÉREZ TELLO

CARMEN DÍEZ BEJARANO

PABLO ROVIRA SANCHEZ

1 Introducción

La práctica de la canalización de vías periféricas y extracciones de gases arteriales son de las técnicas más usadas por el personal de enfermería en el ámbito hospitalario, más concretamente en el área de urgencias. Son técnicas invasivas que suelen producir dolor y requiere de una buena técnica y práctica.

La técnica de extracción venosa difícil la podemos definir como aquella que resulta complicada su canalización por los métodos normales; quiere decir, que un profesional con experiencia, tras dos - tres intentos de canalización de vía periférica, utilizando métodos como “compresor de la vía venosa a unos 10-15 cm de distancia del punto de punción, la utilización de alcohol para vasodilatación de la vena, declinación del miembro en cuestión y palpación de la vena” no se ve capaz de canalizar dicho acceso venoso.

Con la técnica de extracción de sangre arterial, suele ser dolorosa, bastante invasiva y puede llevar varias complicaciones como lesiones del nervio, hematomas,

hormigueos del miembro e isquemia.

Todo esto conlleva a que el paciente se incomode y pueda llevar a negarse a la prueba, ya que para él los intentos repetidos de punción, aparte de dolorosos, son incómodos y traumáticos y hace que el personal de enfermería se frustre y el paciente pierda la confianza en el enfermero/a y hace que se enlentezca la atención y sea más costoso para el servicio. Todo esto conlleva un retraso en el diagnóstico e inicio de tratamiento.

2 Objetivos

Ampliar conocimientos y conocer en profundidad las técnicas de canalización de vía periférica y arterial, las mejoras en la utilización del ecógrafo para la canalización eco-guiada y comparar el gasto económico que conlleva y su aprendizaje.

3 Metodología

Se utiliza revisión bibliográfica de la literatura científica, mediante una búsqueda de artículos. Las bases de los datos científicas revisadas fueron: pubmed, scielo, dialnet, cuiden y Google Chrome Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave para la búsqueda han sido: ecografía, vía periférica difícil, acceso vascular, ultrasonido Doppler, eco-guiado.

4 Resultados

Tras revisar varios artículos y documentos, sus principales ventajas del ecógrafo residen en que es una técnica no invasiva, de bajo coste, rápida de utilizar a pie de cama del paciente, que asocia elevada sensibilidad y especificidad en manos expertas con ausencia de radiaciones ionizantes y da la capacidad de explorar en tiempo real, haciendo aumentar la seguridad del paciente y del enfermero.

Se puede demostrar que la utilización de los ultrasonidos para la canalización de vía periférica y arterial es mucho más eficaz, haciéndola con el método de punción a tiempo real con dos intervencionistas, también llamada técnica de “tres manos” donde uno canaliza la vía periférica y otro maneja la sonda, pero para ello debe haber una buena coordinación por ambas partes.

Sin embargo, tiene varios inconvenientes en los que podemos destacar:

- Para la técnica se necesita un aprendizaje, ya no solo del manejo del ecógrafo, sino una correcta coordinación entre el que maneja el ecógrafo y el que realiza la punción para la vía periférica.
- Una de las mayores limitaciones de los ultrasonidos es que se puede observar bien la vena, pero ello no garantiza el buen paso de un catéter.
- Otro de los inconvenientes, menos común, es la posibilidad de las punciones arteriales no deseadas a la hora de canalizar la vía, debido a no controlar de forma precisa la punta de la aguja.

También hemos podido observar y se demuestra que con la técnica del acceso vascular eco-guiada mejora la calidad asistencial, así como reducir el número de punciones para la canalización de la vía periférica de difícil acceso. Con esto se demuestra que se reduce el estrés tanto del paciente como del enfermero/a asistencial en este tipo de situaciones, al mismo tiempo que se reduce los tiempos de diagnóstico e inicio de tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

El principal objetivo de nuestra revisión bibliográfica era evidenciar la efectividad de la cateterización venosa difícil eco-guiada frente a la cateterización básica con los métodos básicos, que generalmente se suele presentar en un acceso difícil en los servicios de Urgencias.

Tras el análisis de 12 artículos, revista y trabajos seleccionados, se ha demostrado la gran utilidad y eficacia de la canalización de vía periféricas de difícil acceso tanto en el servicio de urgencias como en otras áreas del servicio hospitalario. Muchos de los artículos escogidos hablan del gran éxito de la técnica, pero, tienen todos un “pero” pues sería necesario un programa específico de formación dirigido tanto a enfermeros como a médicos, para garantizar una buena técnica y el resultado esperado, de ahí reside en gran parte el éxito de la técnica como también del tipo de abordaje vascular.

Sería necesario futuras investigaciones para ver si este tipo de técnica sería compensatoria en gasto sanitario y tiempo, ya que solo sería útil en el caso vías de difícil acceso.

6 Bibliografía

1. Aragoncillo Sauco, I., Ligero Ramos, J. M., Vega Martínez, A., Morales Muñoz, Á. L., Abad Estébanez, S., Macías Carmona, N., Ruiz Chiriboga, D., García Pajares, R., Cervera Bravo, T., López-Gómez, J. M., Manzano Grossi, S., Menéndez

- Sánchez, E., Río Gómez, J., García Prieto, A. M., Linares Grávalos, T., García Boyano, F., Reparaz Asensio, L. M., Albalade Ramón, M., de Sequera Ortiz, P., Gil Casares, B., ... Luño Fernández, J. (2018). Vascular access clinic results before and after implementing a multidisciplinary approach adding routine Doppler ultrasound. Consulta de acceso vascular: resultados antes y después de la instauración de un programa multidisciplinar con realización de ecografía doppler de rutina. *Nefrología*, 38(6), 616–621. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.003>.
2. Ibeas J. Monitorización del acceso vascular: ¿Quo vadis? *NefroPlus*. 2012;4(2):11-20.
 3. Canalización de vías venosas periféricas guiada por ecografía. Manual de procedimientos SAMUR - Protección Civil. Edición 2.017. Disponible en http://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/604_02b.htm.
 3. Salleras-Duran, L., & Fuentes-Pumarola, C. (2016). Cateterización periférica ecoguiada frente a la técnica tradicional. *Enfermería Clínica*, 26(5), 298-306. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2015.04.002>.
 4. Danski, M. T. R., Oliveira, A. M. de, & Meier, M. J. (2016). Efectividad de la ultrasonografía en la punción venosa periférica: revisión integradora. *Enfermería Global*, 15(44), 354-67. Recuperado a partir de file:///C:/Users/isa/desktop/tfg/articulosseleccionados/proquest/efectividad_de_la_ultrasonogra.pdf.
 5. Oviedo-García, A., Algaba-Montes, M., & Patricio-Bordomás, M. (2016). Las técnicas ecoguiadas, una herramienta muy útil también para enfermería. *Semergen*, 42(7), 503-507. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.10.002>.
 6. Subdirección General de SAMUR. (s. f.). Manual de Procedimientos. Recuperado 6 de febrero de 2018, a partir de <http://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/index.html>.
 7. (PICC). Madrid. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. 2.017. Disponible en <http://eprints.ucm.es/49810/1/T40501.pdf>.
 8. Rodríguez Calero MA, Martínez Moreno JJ, González Trujillo A, Fernández Fernández I, González Fierro E, Oyarbide Lasarte R. Canalización de vías venosas periféricas difíciles y utilidad de técnicas ecográficas en un Servicio de Urgencias. *Metas*. 2017.
 9. Blázquez Navarro R, Fernández Pérez RE, Lázaro Castañer C, López García T, López Guirao J, Roldán Núñez V, Simarro Garrigós C, Ruiz García MJ, Rodríguez Carcelén MD, Torres Sánchez EM. Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa central de acceso periférico (P.I.C.C). CHOSPAB.
 10. Pineda V. Carlos, Bernal G. Araceli, Espinosa M. Rolando, Hernández D.

Cristina, Marín A. Norma, Peña A. Angélica, Rodríguez H. Pedro J, Solano A. Carla. Principios físicos básicos del ultrasonido. Rev. chil. reumatol. 2009; 25(2):60-66.

11. Ibeas J, Vallespin J. Ecografía del acceso vascular para hemodiálisis: conceptos teóricos y prácticos. Criterios. Nefrología. 3 - 6, pp. 21 - 35.2012.

Capítulo 145

VALORACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMERÍA DENTRO DE UNA UNIDAD QUIRÚRGICA

ÁLVARO GARCÍA ROLDÁN

CRISTINA MONDÉJAR TÉBAR

ANA RUS HERRÁIZ FAJARDO

BLANCA HERGUETA DÍAZ

MARINA DE LA DUEÑA RUBIO

1 Introducción

La actividad de los profesionales de enfermería en un área quirúrgica es altamente importante, ya que los cuidados que aplican hacia los pacientes que allí se encuentran son de especial relevancia por estar dirigidos a la garantía de la seguridad y el bienestar de los pacientes junto con la evaluación de las posibles complicaciones que se pueden encontrar.

Dentro de un área quirúrgica, el papel de la enfermería puede llegar a ser muy extendido, ya que los conocimientos de los problemas de salud de los pacientes con características comunes orientan hacia una asistencia en enfermería común. No obstante, es muy importante reseñar que hay que realizar una evaluación pormenorizada de cada paciente y de forma individual. Esta práctica clínica de

la enfermería en el área quirúrgica en muchas ocasiones no se basa en una reflexión previa de las deficiencias y en la realización de un protocolo unificado de fundamentos metodológicos.

La identificación de los problemas y diagnósticos basados en la enfermería y con el objetivo de tratar y evaluar a pacientes que están sometidos a procesos quirúrgicos, posibilita el conocimiento de las posibles respuestas que tenemos que dar en la práctica clínica, resultando así hacia un trabajo basado en la evidencia y que se puede mezclar con el trabajo basado en la práctica clínica.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales diagnósticos que se ejercen desde la enfermería dentro de una unidad quirúrgica.
- Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y los diagnósticos en un quirófano.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2022 y septiembre de 2022.

Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“operating room” OR “surgical unit”) AND (diagnostic OR diagnosis) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

En los artículos seleccionados para esta revisión, podemos observar en dos de los artículos seleccionados (2,5) que se centraron en los procesos y problemas que se pueden encontrar desde la enfermería en los tratamientos quirúrgicos, dada la cantidad de procesos y las diferentes regiones en las cuales se ven involucrados los procesos quirúrgicos. Estos diagnósticos de enfermería pueden verse afectados por los diferentes criterios de los profesionales sanitarios, dentro de los principales diagnósticos que podemos encontrar en los ambientes quirúrgicos encontramos: la hipertermia, el riesgo de lesión, el deterioro de la integridad cutánea y el dolor agudo. Además de los diagnósticos mencionados, los autores

recogen una serie de diagnósticos de riesgo o potenciales (riesgo de patrón respiratorio ineficaz, riesgo de retención urinaria, riesgo de perturbación del sueño, riesgo de deterioro de la movilidad física).

En dos de los artículos seleccionados en nuestra revisión (1,3) se puede observar la complicada homogeneidad de los diagnósticos en enfermería, ya que en alto porcentaje se deja a la subjetividad el personal sanitario junto con la importancia del área donde se realizan estas valoraciones siendo muy diferente tanto una valoración ginecológica como maxilofacial. Es, por tanto, que referencia la importancia de un plan de cuidados unificado según el área y la región la cual se va a valorar. Este plan de cuidado permitiría valorar de manera homogénea y unificada la toma de valoraciones y decisiones con y para el paciente.

Por último, en uno de los artículos seleccionados en nuestra revisión (7) podemos observar cómo se evaluó la toma de decisiones y valoraciones clínicas por parte de la enfermería en la atención primaria y de centros de salud, los cuales demostraron una fiabilidad por encima de la atención especializada debido al seguimiento por parte de la enfermera de atención primaria de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar en nuestra revisión que la formación de un plan de cuidados unificado y homogéneo en el campo de la enfermería sería clave para la atención de pacientes y la administración de asistencia individualizada e integral, promoviendo una asistencia individualizada a cada paciente y a sus necesidades. Se indica también la importancia de la práctica clínica y como hay que distinguir entre la atención que se puede generar en un área y en otra, así como la diferencia de las valoraciones de enfermería en la atención primaria y la atención especializada. Es muy importante que las valoraciones sean basadas en un estudio fundamentado en estudios clínicos y revisiones y a esta información unirle la práctica clínica de cada profesional sanitario.

Es importante conocer las necesidades de cada paciente y como las valoraciones que se realicen desde la enfermería sean de una forma global hacia el paciente y no centradas en la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Fresno C, Alconero A, Fernández B. Tratamiento de dehiscencia de herida quirúrgica mediante terapia de presión negativa tópica: caso clínico. *Enfermería clínica*. 2015;25(4):209-14

2. Guerrero M. Plan de cuidados en un paciente colostomizado. *Evidentia*. 2015;12:51-52.
3. Bustos R, Piña A, Pastor M, Benítez A, Villora M, González A. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. *Enfermería global*. 2012;26:324-42.
4. Calderón B. Cuidados enfermeros al paciente colostomizado. [Trabajo Fin de Grado]. Escuela Universitaria de Enfermería "Antonio Coello Cuadrado". Universidad de la Rioja. Logroño; 2014.
5. Carvalho V, Nóbrega A, De Oliveira M. Diagnósticos enfermeros relacionados con la actividad y reposo presentado por una paciente tras cirugía de revascularización del miocardio. Estudio de un caso. *Enfermería en cardiología*. 2006;39:17-21.
6. Casado C. Atención al paciente ostomizado. Cuidados enfermeros. Plan de cuidados estandarizado. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad Pompeu Fabra: Barcelona; 2017.
7. Crespo L. Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado. [Trabajo de Fin de Grado]. Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Santander; 2013.
8. Pérez A, Rubio FJ. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía NANDA/NOC/NIC. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008;11(2):144-9.

Capítulo 146

ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

ÁLVARO GARCÍA ROLDÁN

CRISTINA MONDÉJAR TÉBAR

ANA RUS HERRÁIZ FAJARDO

BLANCA HERGUETA DÍAZ

MARINA DE LA DUEÑA RUBIO

1 Introducción

La enfermedad renal crónica supone un problema bastante habitual en las consultas de atención primaria. La enfermedad renal crónica se define como la pérdida de forma lenta y progresiva de la función de los riñones. El principal trabajo de los riñones es la eliminación de los desechos y la regulación del agua en el organismo. Las principales causas de la enfermedad renal crónica son la diabetes y la presión arterial elevada, siendo otras enfermedades también las posibles causantes de esta patología. Estas enfermedades que también pueden tener relación con la enfermedad renal crónica son: Trastornos autoinmunitarios, como lupus eritematoso sistémico, anomalías congénitas del riñón, lesiones en el riñón, infecciones y cálculos renales, medicamentos que afectan de forma directa al riñón.

La enfermedad renal crónica lleva asociada una acumulación patológica de líquido y productos de desecho propios del organismo. Esta enfermedad puede tener una relación directa con otras patologías como puede ser la presión arterial alta, las jaquecas, las náuseas o la pérdida de peso repentina y sin motivo aparente.

La detección precoz de la enfermedad renal crónica es fundamental para determinar un buen pronóstico de la enfermedad, ya que con el paso del tiempo se deriva en un tratamiento renal sustitutivo como la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o el trasplante renal. Este descenso en la capacidad renal es natural del proceso natural de envejecimiento.

Existen múltiples factores de riesgo dentro del desarrollo de la enfermedad renal crónica y sobre todo entre los factores de avance de la propia enfermedad, entre los principales factores podemos observar la hipertensión arterial, la diabetes o la edad por encima de los 50 años.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen desde la enfermería sobre los pacientes con enfermedad renal crónica.
- Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y su relación con los pacientes con enfermedad crónica.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2022 y agosto de 2022.

Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“kidney disease” OR “chronic kidney disease”) AND (care OR “health care”) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

En los artículos seleccionados para esta revisión, podemos observar en dos de los artículos seleccionados (2,5) que el papel del enfermero en cuanto a los cuidados y tratamientos de los pacientes que sufren los enfermamos renales crónicos va

desde la evaluación en los cuidados que ofrece a las terapias de reemplazo del riñón o reemplazo del trabajo renal como sería la diálisis peritoneal o la hemodiálisis. Estos enfermeros que se encargan de la evaluación de los pacientes que se someten a la terapia sustitutiva de la función renal deben llevar un seguimiento personalizado de estos pacientes, tanto en el aspecto de seguimiento de los valores de mediciones de niveles y de estado físico de los pacientes. En este aspecto se señala como el componente nutricional es muy importante en estos pacientes. En dos de los artículos seleccionados en nuestra revisión (1,3) se señala más a nivel biológico de los componentes alimentarios como pueden ser las proteínas, en este sentido se analiza la restricción de las proteínas en la dieta del paciente con insuficiencia renal. Esta restricción tiene que estar correctamente evaluada y en seguimiento, ya que no puede ser una restricción total porque se podrían entrar en una desnutrición. Este seguimiento debe venir acompañado de un estudio del paciente en cuanto a sexo, edad y medidas del paciente para poder recomendar de forma personalizada el tipo de restricción proteica.

Por último, en uno de los artículos seleccionados en nuestra revisión (6) se evalúa los niveles de valores en cuanto a las vitaminas que podemos encontrar en la alimentación, en este aspecto evalúan los valores de vitamina D, el sodio y el potasio. Esto es evaluado fundamentalmente porque la función principal del riñón es la eliminación de los valores sobrantes de estos nutrientes, es, por tanto, tan importante evaluar sus niveles en el organismo.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar en nuestra revisión que la importancia de que el enfermero experto o relacionado con la enfermedad renal crónica sepa poder identificar las posibles complicaciones asociadas a esta enfermedad a la hora de patologías óseas o de niveles biológicos. También podemos observar que a nivel nutricional es importante el monitoreo de los valores que pueden llegar a ser perjudiciales a nivel del paciente.

Dentro de los tratamientos que podemos observar a la hora de la realización del tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, encontramos la importancia de un tratamiento de diálisis, la retención de líquidos, y la evaluación de la alimentación y la nutrición de los pacientes. Es, por tanto, la importancia que tiene la atención primaria y su seguimiento en estos pacientes con problemas renales crónicos.

6 Bibliografía

1. Daniel Gutiérrez Sánchez, J. P.-S.-H. (2015). Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. Enfermería Nefrológica.
2. Dres. Ana Karina Subiza, M. O. (2016). Riesgo cardiovascular en la enfermedad renal crónica . Revista Uruguaya de Cardiología.
3. Gabriela A. González, M. A. (2017). La enfermedad renal crónica: sus aspectos. Revista Electrónica de Biomedicina, 30-50.
4. Gustavo Navarro, L. A. (2015). Obesidad y enfermedad renal crónica: Una peligrosa asociación. Revista médica de Chile, volumen 143.
5. J.-J.Boffa, C. (2015). Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica. EMC - Tratado de medicina, volumen 19, 1-8.
6. Moreno Collazos, J. E., & Cruz Bermúdez, H. F. (2015). Ejercicio físico y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Revista de nefrología, diálisis y trasplante, vol. 35, núm. 4, 212-219.
7. Publica, M. d. (2018). ministerio de salud publica. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2018/10/guia_prevenccion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf

Capítulo 147

EVALUACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL DUELO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

ÁLVARO GARCÍA ROLDÁN

CRISTINA MONDÉJAR TÉBAR

ANA RUS HERRÁIZ FAJARDO

BLANCA HERGUETA DÍAZ

MARINA DE LA DUEÑA RUBIO

1 Introducción

La muerte es un fenómeno el cual va ligado a la propia vida, aunque es algo inevitable, no está aceptado e interiorizado en su totalidad por la sociedad. Este proceso, cuando supone la pérdida de un ser querido o de alguien conocido, supone un duelo, el cual es la adaptación a esta nueva situación por la cual se transcurre una serie de sucesiones de sensaciones por norma general dolorosas y traumáticas. En muchas ocasiones, en la pérdida de un familiar, la propia familia encuentra una sensación de duda tanto propia por no haber podido aportar todo lo suficiente hacia este proceso inevitable como hacia los tratamientos médicos si los hubiera recibido. Estas sensaciones y pensamientos son normales dentro de la lógica de no querer aceptar el hecho sucedido.

Existen múltiples tipos de duelo donde podemos observar los principales como el duelo crónico, el duelo patológico o el duelo retardado. Podemos definir el duelo crónico como aquel duelo que no se le atisba un descenso en la intensidad del sufrimiento que sufre el ser querido, normalmente este tipo de duelo va relacionado con una situación de dependencia emocional. El duelo patológico sería aquel duelo que la persona querida no evoluciona hacia un avance en la asimilación de la nueva situación y además esa persona se va invalidando con el tiempo. Por último, el duelo retardado sería aquel en que en las fases iniciales no se muestra un dolor y aparece con el paso del tiempo y la asimilación de la nueva situación.

Desde la atención primaria podemos encontrar múltiples consultas al médico de cabecera por el cual encontramos patologías asociadas a este duelo y a esta situación de salud mental, la cual merece un tratamiento o un acompañamiento tanto del médico como del enfermero de atención primaria.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales acompañamientos que se ejercen desde la enfermería sobre el duelo en atención primaria.
- Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y su relación con el duelo.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2022 y septiembre de 2022.

Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (mourning OR grief) AND (accompaniment OR tracing) AND “primary care” AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

En total hemos seleccionado 9 artículos. Se pueden observar las bases de datos que hemos usado y el número de resultados que hemos obtenido tras la búsqueda. Hemos utilizado los recursos en formato electrónico a texto completo.

Encontramos en los resultados de nuestra revisión que se pueden identificar dentro de los artículos seleccionados para esta revisión, podemos observar en varios de los artículos seleccionados que dentro de la pérdida de un miembro familiar se produce una alteración notable en todo el núcleo familiar. Si el miembro familiar era un progenitor se tienen que orientar en favorecer la comunicación con los descendientes y si son menores de edad se tendrá en cuenta hacer entender dentro de lo posible al menor que ese dolor y duelo que está sintiendo es algo que es normal y está en su derecho de estar en esa situación. Estos cuidados van orientados sobre todo a evitar que ese duelo se convierta en un duelo no superado y se termine enquistando en el menor de edad. Por otro lado, se debe advertir al resto de los familiares que se debe de prestar principal atención a este menor, pese a que ellos también están pasando su propio duelo.

También encontramos que dentro de las situaciones de duelo se optan en muchas ocasiones con ayuda profesional de índole psicológica, ya que en la mayoría de ocasiones estas situaciones superan la capacidad de resiliencia de las personas que lo sufren. Dentro de la atención sanitaria que se puede ejercer hacia estos pacientes psicológicos, en la atención primaria se observa como el seguimiento del enfermero y del médico de cabecera es clave pese a que tenga un tratamiento personalizado de índole psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar en nuestra revisión que el proceso de duelo interfiere de forma directa en las relaciones familiares, en el desarrollo personal y vital de la persona que lo sufre y a la vez puede tener una repercusión psicológica que si necesita de tratamiento debería ser de forma prematura. Dentro del papel del enfermero en atención primaria se cumple un papel fundamental en la ayuda del afrontamiento de esta situación trascendental en la vida del paciente. Se debería de evitar los posibles trastornos mentales que pueden derivarse de esta situación y mantener un apoyo y acompañamiento en los pacientes desde el papel del enfermero.

6 Bibliografía

1. Moral de la Rubia, J, Miaja Ávila, M. Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2015;13(1):7-25. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80140030001>.

2. Moral de la Rubia, J, Miaja Ávila, M. Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2015;13(1):7-25. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80140030001>.
3. López MDH. ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños?/Do adults understand the grief of children? *Acta Pediatr Esp* [Internet]. 2015;73(2):27–32. Available from: <http://search.proquest.com/openview/f3b86c8e523629e5466756dbcdca37af/1?pq-origsite=gscholar>.
4. García ALG, Hurtado AG, Aranda BE. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cancer de mama. *Psicooncología*. 2015;12(1):129–40.
5. Noguera Ortiz NY, Pérez Ruiz C. The nursery situation: “a miracle of life” in the integral application of the concept of mourning. *Av en Enfermería* [Internet]. 2014;32(2):306–13. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/44278/1/46245-224574-1-PB.pdf>.
6. Burdeus PE, Sánchez C de M, Álvarez RÁ, Molpeceres EM, Aguirre BM, Fernández AR, et al. Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncología*. 2016;13(2–3):399–415.
7. Fernández-Alcántara M, Pérez-Marfil MN, Catena-Martínez A, PérezGarcía M, Cruz-Quintana F. Influence of emotional psychopathology and type of loss in the intensity of grief | Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Rev Iberoam Psicol y Salud*. 2016;7(1).
8. Orozco-González MÁ, Tello-Sánchez GO, Sierra-Aguillón R, GallegosTorres RM, Xequé-Morales ÁS, Reyes-Rocha BL, et al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. *Enfermería Univ* [Internet]. 2013;10(1):8–13. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632013000100003&script=sci_arttext&tlng=pt.
9. Guzmán MO. La gravedad del duelo como acontecimiento. 2017;20(3):497–510.

Capítulo 148

ASISTENCIA AL PARTO INMINENTE EXTRAHOSPITALARIO. ACTUACIONES DURANTE ESTE PROCESO Y CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO

JESICA FERNANDEZ HERBON

1 Introducción

El parto normal fue definido por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 como el “comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”. Esta definición se encuentra recogida dentro de la guía de práctica clínica sobre los cuidados en el parto normal. A pesar de ser una definición de más de 20 años de antigüedad, hoy en día sigue siendo utilizada.

El parto normal se suele producir de manera programada y controlada en el hospital, pero también existen los partos urgentes, aquellos que surgen de forma inesperada sin haberse planteado previamente. Los partos urgentes o inesperados pueden darse dentro del hospital o de manera extrahospitalaria.

Un parto en el que el alumbramiento (expulsión de la placenta) se produce de manera intrahospitalaria, aunque el niño haya nacido fuera del hospital, se considera como un parto intrahospitalario normal. En el caso de que el alumbramiento sea fuera del hospital, será considerado un parto extrahospitalario y

la mujer deberá ser trasladada al hospital existan o no complicaciones en el postparto inmediato.

El primer paso ante la asistencia del parto extrahospitalario consiste en realizar una anamnesis que incluya conocer la semana de gestación, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas y una exploración obstétrica que incluyan signos físicos y funcionales.

A continuación, si se determina un parto inminente que no permita el traslado de la embarazada al hospital se hará una asistencia normal al parto. Finalmente, tras el alumbramiento, se realizarán los cuidados postpartos inmediatos tanto a la madre como al recién nacido. En la madre se tendrán en cuenta la posibilidad de una hemorragia postparto y constantes vitales y en el recién nacido se realizará el test de Apgar, los servicios de emergencias deberán disponer del material necesario en caso de que el bebé nazca con dificultad respiratoria o en parada.

La estadística de partos recogida por el INE del año 2013 al 2105 en nuestro país, destaca que un total de 1803 partos ocurrieron fuera de un centro hospitalario en el años 2013, 1901 en los años 2014, y 1882 en 2015, lo cual refleja un aumento proporcional cada año en relación al número de partos totales anuales. Cabe señalar que el número de partos NO asistido por personal sanitario aumentó de 284 en 2013 a 325 en 2015, habiéndose registrado 4736 partos totales menos en 2015 con respecto a 2013; igualmente ocurre con los asistidos por personal sanitario fuera del centro sanitario, teniendo en cuenta que en los partos asistidos por personal sanitario en el domicilio, se incluyen también los partos en casa asistidos por personal sanitario especializado, normalmente matronas.

Es por esto que resulta esencial que todos los profesionales implicados de una u otra forma en la atención al parto en el medio extrahospitalario sepan cómo actuar en cada momento, conociendo las maniobras y recomendaciones para tal fin, de ahí la pertinencia de realizar este estudio.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el papel de enfermería en la atención del parto extrahospitalario.

Objetivos secundarios:

- Conocer el procedimiento de actuación ante un parto extrahospitalario.
- Enumerar las principales causas del parto extrahospitalario.
- Describir la actuación ante las complicaciones que se puede encontrar el personal sanitario en la atención al parto extrahospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con lectura crítica con el objetivo de describir el papel de enfermería en la atención del parto extrahospitalario. La estrategia de esta búsqueda bibliográfica se basa en la localización de artículos en diversas fuentes de datos de ciencias de la salud y enfermería, nacionales e internacionales con el fin de disponer de la mayor y más adecuada información posible sobre el parto extrahospitalario. El periodo de búsqueda ha sido desde noviembre de 2019 hasta diciembre de 2019.

Las fuentes de datos más utilizadas han sido: bases de datos, repositorios o motores de búsqueda como Pubmed, clinicalkey o Dialnet; en bibliotecas virtuales como la biblioteca virtual GCSalud, la biblioteca virtual de la Comunidad de Madrid o la biblioteca virtual de INGESA; en pagines web como la AEPED o la página de la consejería de salud y familias de la junta de Andalucía; y en revistas como la EMC o la revista SEEUE.

Otras fuentes de datos electrónicas que se han empleado fueron: Scielo, Catálogo General de Publicaciones Oficiales o Google Académico.

La búsqueda bibliográfica se inició con la localización de determinados tesauros que servirían de llave para las bases de datos. Estos son los Descriptores de Ciencias de la salud (DeCs) y los Medical Subject Headings (MeSH).

Una vez encontrados los adecuados, se puso en marcha la primera búsqueda bibliográfica y empleando el booleanos “AND” para combinar los tesauros. Además, se emplearon limitadores de búsqueda como: fecha, idioma y texto completo gratis.

Los DeCs empleados son: “parto”, “urgencia”, “emergencias”, “actuación enfermera” y “enfermería”.

Los términos MeSH empleados son: “Out-of-hospital delivery”, “Nursing” y “out-of-hospital birth”. Finalmente, para aumentar la información se usaron los términos libres: “extrahospitalario” y “enfermera”, aumentando bibliografía utilizando el método “bola de nieve”.

Como criterios de inclusión para la selección de artículos se seleccionaron:

- Artículos que tratasen directamente del parto extrahospitalario.
- Artículos que aborden el papel de la enfermería en el parto extrahospitalario.
- Artículos publicados como máximo hace cinco años.
- Textos con evidencia científica y/u oficiales.

Los criterios de exclusión utilizados fueron:

- Artículos que estuviesen escritos en cualquier idioma distinto al castellano e inglés.

- Artículos sin texto completo o de pago.

4 Resultados

El parto extrahospitalario es un acontecimiento poco común en nuestro entorno. A pesar de que se demuestre que el número de partos en el hospital es mayor que fuera, el personal sanitario debe saber enfrentarse a este tipo de situaciones. Siempre que sea posible la gestante debe ser trasladada a un centro hospitalario para que se produzca allí el nacimiento, pero si el parto es inminente se deberá desarrollar en el lugar donde la embarazada se encuentre.

El proceso de parto está formado por tres fases: la fase de dilatación, la fase de expulsivo y la fase de alumbramiento.

- Fase de dilatación:

La fase de dilatación es la que abarca desde el principio del parto hasta la dilatación cervical completa. Dentro de esta fase se debe realizar la recogida de los datos personales y obstétricos de la embarazada y la exploración obstétrica.

Durante esta fase es muy importante que el personal sanitario apoye y ayude psicológicamente a la gestante y a su acompañante, mientras se hará una anamnesis de la paciente centrándose en el inicio y la frecuencia de las contracciones, existencia de líquido amniótico o sangrado y percepción de los movimientos fetales. Es muy importante conocer los antecedentes personales de la embarazada y antecedentes obstétricos: número de partos previos, complicaciones durante el embarazo y postparto previos, complicaciones durante el embarazo, y/u otras patologías.

A continuación, se realizará una exploración obstétrica mediante un tacto vaginal. El tacto vaginal debe hacerse en caso de que el personal sanitario sepa cómo, y de forma aséptica. Está totalmente contraindicado realizar un tacto vaginal cuando se sospeche de placenta previa.

Las condiciones cervicales se objetivan mediante el test de Bishop, que permite determinar la posición, la consistencia, la longitud, el borramiento y la dilatación cervical. Para identificar la posición del feto, la presentación y altitud y el grado de encajamiento se utilizan las maniobras de Leopold.

Para conocer la situación del feto durante su descenso se utilizan los planos de Hodge. La altura se encuentra definida por la referencia anatómica de la pelvis de la mujer:

- Plano I: borde superior de la sínfisis púbica y prementorio.
- Plano II: borde inferior de la sínfisis púbica.

- Plano III: espinas ciáticas.
- Plano IV: paralelo a las anteriores a nivel del coxis.

Si se produce una rotura de membrana, se debe valorar la coloración del líquido amniótico (claro, amarillento, meconial o sanguinolento). Si el líquido amniótico no es claro, es coloreado o meconial, sugiere sufrimiento fetal; si el líquido es sanguinolento (hemorragia), se traduce a una complicación del parto, lo cual sugiere urgencia quirúrgica.

También puede ser posible que, tras la rotura de membranas, y durante la exploración obstétrica, se objetive el cordón umbilical asomando por la vulva o en vagina, o se localice mediante el tacto vaginal. Esta es una complicación de extrema urgencia que necesita el traslado inmediato al hospital porque puede producir la muerte fetal en pocos minutos por asfixia, al interrumpirse de manera brusca el flujo sanguíneo entre madre y feto. Se debe colocar inmediatamente a la paciente en posición de Trendelenburg y realizar un tacto vaginal para comprobar la frecuencia cardíaca fetal, descomprimir el cordón y hacer presión en la vagina, sin dejar de hacer presión se debe hacer un traslado urgente a quirófano para realizar una cesárea y realizarse profilaxis antibiótica por el mayor riesgo de infección.

Una vez determinado el estado del cuello uterino y la posición fetal, se realizará la auscultación del latido cardíaco fetal. Para ello se utilizará un estetoscopio que se colocará por debajo del ombligo materno, si el feto se encuentra en posición cefálica. La frecuencia cardíaca del feto debe ser entre 120 – 160 lpm, en caso de que se encuentre por debajo de 100 se considerará que existe sufrimiento fetal y se necesita realizar un parto rápido. La ausencia de latido cardíaco sugiere muerte fetal, y se debe valorar el traslado urgente al hospital.

Tras el examen clínico y obstétrico de la paciente se valorará su traslado al hospital. Fernández – Domínguez N et al son los únicos autores que describen el test de Malinas, test utilizado para conocer la inminencia del parto y si el traslado puede ser factible. Este test valora una serie de ítems como la paridad, duración del parto, duración e intervalo de las contracciones y si existe o no rotura de membranas. Si el resultado es inferior a 5 puntos, la paciente podrá ser trasladada sin riesgo al hospital.

En caso de que el parto sea inminente y no exista la opción de traslado, debe prepararse todo para la asistencia al parto in situ. Es muy importante que la embarazada se encuentre en un ambiente limpio, seguro y lo más cálido posible, y además, preservar la intimidad de la embarazada y respetar la posición que sea más cómoda para ella. Las posiciones recomendadas son las de un parto normal, semifowler con las rodillas flexionadas y cabeza y hombros levantados 30° o posi-

ción de litotomía.

Además, deberá prepararse el lugar donde será colocado el bebé con mantas limpias y secas para calentarlo (fuentes de calor) y el material básico que se puede necesitar: Pinzas Köcher o Pean, tijeras estériles, solución séptica tópica, guantes estériles, paños estériles, material RCP pediátrica, aspirador y fuente, material vía venosa y fármacos.

A continuación, se procederá al vaciamiento de la vejiga de la embarazada y posterior lavado del periné con povidona yodada. La persona que asista al parto deberá ponerse unos guantes estériles y deberá también a comenzar a animar a la embarazada para que empuje.

- Fase de expulsivo:

Consiste en la salida de RN (recién nacido) en 4 tiempos: cabeza, hombros, cuerpo y piernas. Está recomendado un pujo espontáneo, es decir, la embarazada debe empujar con las contracciones hasta que cesen permitiendo el descanso entre contracción y contracción.

En cuanto se comience a apreciar la cabeza del feto, es muy importante empezar a controlar su salida, y así evitar desgarros. Lacam C et al sugieren retener la cabeza con la mano izquierda y con la derecha sujetar el periné, mientras que Fernández-Domínguez N, et al. describen la Maniobra de Ritgen que consiste en presionar hacia delante la cabeza del bebé buscando el mentón y con la otra mano presionar el periné. En caso de desgarro del periné se presionará con una compresa estéril tratando de unir los bordes del desgarro.

Según el Manual de enfermería SUMMA 112 en mujeres primíparas debe realizarse una episiotomía medio – lateral para evitar desgarros, mientras que en las múltiparas se debe retrasar. Por otro lado, Fernández – Domínguez N, et al. y Lacam N, et al. defienden la necesidad de realizar la episiotomía en caso de que exista necesidad clínica, por ejemplo, en sospecha de compromiso fetal, o cuando el periné se encuentre distendido y se tenga la sospecha de posible desgarro. Según estos autores, el momento más oportuno para realizarla es cuando la cabeza fetal es visible en el introito vulvar, en un diámetro de 3 - 4 cm. La episiotomía debe ser medio - lateral con un ángulo aproximado de 45° en dirección lateral hacia la espina ciática. Para ello, se introducen los dedos segundo y tercero entre la presentación y el suelo de la pelvis, utilizándolos como guía para la rama de la tijera.

Tras la salida de toda la calota fetal, frente, nariz, boca y barbilla, deben limpiarse las secreciones con una compresa estéril. Se debe observar si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello: por visión directa, o tocando el cordón con el dedo en el cuello del Recién Nacido (RN). Si presenta vueltas de cordón, se

liberará pasando el cordón por delante de la cabeza; y si no es posible liberarla, se pinzará con dos pinzas de Kocher o dos pinzas de cordón y se cortará con unas tijeras (preferiblemente estéril).

Con la siguiente contracción, y tras la salida de la cabeza, continuará la salida de hombros. La cabeza se debe sujetar con ambas manos, y traccionar hacia abajo, produciéndose la salida del hombro anterior bajo la sínfisis púbica. A continuación, se traccionará en sentido contrario permitiendo la salida del hombro posterior, teniendo en cuenta en esta fase la distocia de hombros, el SUMMA describe cuatro técnicas o maniobras para solventar este problema: la técnica de Mazzanti o de Rubín, que consisten en realizar presión suprapúbica en la embarazada; y la maniobra de Mc Robert o la Maniobra de Gaskin, que implican un cambio postural de la embarazada.

Una vez liberados los hombros, se debe continuar con la tracción, sin forzar, para liberar todo el cuerpo. Cuando se produzca el nacimiento del RN, se procederá al corte del cordón umbilical hasta el cese del latido.

El cordón será pinzado con dos pinzas Kocher o de cordón umbilical, y se cortará entre medias con una tijera. Todo este material deberá estar estéril. Si no se dispone de material estéril, no debemos cortar el cordón (excepto, en caso de vuelta de cordón apretada). La pinza cercana al ombligo de RN no debe colocarse a menos de 4 - 5 cm de distancia de él (aproximadamente 4 dedos).

Una vez haya salido el RN, comenzarán los cuidados del postparto inmediato al RN. Estos cuidados incluyen anotar la hora de nacimiento, y además de realizar el test de Apgar. El test de Apgar es un test que valora la respiración, frecuencia cardíaca, tono, coloración y reflejos del RN. Se deben hacer tres mediciones, a los 30 segundos, al minuto, y a los 5 minutos tras el nacimiento. La primera evaluación no debe demorarse más de los 30 segundos de vida. En caso de fallo en la respiración, frecuencia cardíaca o color, se deberán comenzar las maniobras de reanimación.

Se debe evitar la pérdida de calor, envolviendo al RN con toallas o paños secos, también se debe colocar un gorro si se dispone de él.

- Fase de alumbramiento:

Es considerada la última fase del parto, y consiste en el desprendimiento y expulsión de la placenta. Es el periodo de mayor riesgo para la madre. Se debe valorar el nivel de pérdida hemática durante el parto. Este es el momento en el que las constantes de la mujer deben estar monitorizadas.

Según Vázquez – Lara JM, tras la salida del RN, se debe administrar oxitocina IM (intramuscular), para favorecer la contracción del útero y evitar hemorragias. La guía del Ministerio también defiende que la administración de oxitocina durante

la salida del hombro anterior o después de la salida del RN, reduce significativamente las hemorragias tras el alumbramiento.

La expulsión de la placenta viene indicada por contracciones, salida de sangre oscura, y descenso del cordón, además de un cambio en la altura del fondo uterino. En cuanto el cordón esté visible, se tracciona de él ligeramente. El alumbramiento puede demorarse hasta 30 minutos por lo que, si el bebé y la madre se encuentran estables, se puede realizar el traslado al hospital.

En este momento, puede producirse una de las principales complicaciones del postparto: la hemorragia uterina. Se considera hemorragia uterina la pérdida de más de 500 ml de sangre tras el parto. Según la guía de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) elaborada por el Servicio de Salud de Andalucía, las posibles causas de hemorragias postparto se pueden deber a una hipotonía o atonía uterina, placenta retenida, o defectos de la coagulación postparto.

Tras el alumbramiento, se valorarán las constantes vitales, el sangrado por expulsión del hematoma retroplacentario, y la contracción uterina, todo esto cada 15 minutos⁹.

Finalmente, se explorará el canal de parto, y se procederá a la cura de la episiotomía o del desgarro. Una vez terminada esta asistencia, se realizará el traslado al hospital.

5 Discusión-Conclusión

El parto normal se puede producir de manera programada y controlada en el hospital, pero también se puede ocasionar de manera urgente.

En las estadísticas de los últimos años se refleja que en los partos inminentes, no siempre es posible trasladar a la embarazada a un centro hospitalario y se realizan de manera extrahospitalaria. Por ello, cobra gran importancia conocer el procedimiento de actuación de enfermería ante el parto extrahospitalario, sus posibles causas y complicaciones.

Todos los autores coinciden en que el personal sanitario debe tener los conocimientos necesarios para poder atender este tipo de situación urgente ya que requiere de personal cualificado y preparado debido a los problemas vitales que se pueden presentar tanto para la madre como para el recién nacido.

Los diferentes autores indican la importancia de trasladar a la gestante a un centro hospitalario siempre que sea posible para que se produzca allí el nacimiento,

pero solo Fernández – Domínguez N et al describen el test de Malinas, para conocer la inminencia del parto y si el traslado puede ser factible.

Se han encontrado diferentes opiniones de los autores en cuanto al momento de realizar la episiotomía o de administrar la oxitocina. El manual de enfermería del SUMMA 112 defiende que en mujeres primíparas debe realizarse la episiotomía de manera sistemática y retrasarse en las múltiparas. Según Fernández-Domínguez N, et al. y Lacam N, et al. la realización de la episiotomía debe retrasarse hasta que exista necesidad clínica o riesgo de desgarro.

Con respecto a la oxitocina, autores como Vázquez-Lara JM et al. Fernández-Domínguez N, et al. y Lacam N, et al. defienden que debe realizarse tras la salida del RN, mientras que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, objetiva un menor riesgo de hemorragias si se administra con la salida del hombro anterior.

El resto de la literatura es similar tanto en los cuidados previos al parto y post-parto inmediato, como en la metodología de actuación en las fases del parto urgente extrahospitalario, explicando por igual los diferentes test, maniobras y planos a medir en cada una de ellas, además de las complicaciones que pueden surgir y el procedimiento de actuación frente a ellas.

Consideramos que existe poca información científica y con una calidad media baja. Por tanto, se concluye, que hay una clara necesidad de seguir investigando sobre este tema y de que se publiquen un mayor número de guías de actuación actualizadas. Una interesante línea de trabajo futura sería realizar estudios sobre el conocimiento y las habilidades del personal de enfermería en el parto extrahospitalario ya que no se encontró literatura sobre este tema y es clave para atender estas situaciones urgentes.

6 Bibliografía

1. Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista médica clínica Las Condes. 2014; 25(6): 866 – 873.
2. Manrique-Tejedor J, Fernández-Cuesta A, Echevarría-Amado-Lóriga P, Figuerol-Calderó MI, Teixidó-Badia J, Barranco-Moreno MP. Historia de la profesión de matrona. Aglnf. 2014; 69(18): 26 – 28.
3. García-Martínez MJ. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. Cultura de los cuidados. 2008; 24: 40 – 47.

4. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el parto normal: guía práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1996.
5. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Procedimiento para los cuidados de enfermería en la atención al “parto inminente” fuera del área de partos: en planta o en urgencias hospitalarias o extrahospitalarias. Madrid: Recomendación científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. 2011.
6. Asociación Española de Pediatría. En familia AEP. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2011.
7. Lucena-Prieto L, Carmona-Romera AB. Asistencia al parto extrahospitalario. En: Congreso de la Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias; SEEUE. 2016.
8. Díaz-Martínez A, Conejo-Gómez C, Ramos-Vázquez MA, López-Torné MM, Águila-González A, Linares-Navarro MJ, et al. Boletín de codificación CIE-9-MC: 11. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud. 2010.
9. Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Brieba-del Río P, Vázquez-Lara MD, Rodríguez-Díaz L. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. Rev. Esp. Salud Pública. 2018; 92(4): e1 - e2.
10. Loeches-Fernández ML, Moreno-Arquero AL, Álvarez-Tapia N. Módulo 5: Enfermería en las urgencias obstétricas y pediátricas. Transporte neonatal. En: Menchaca - Anduaga MA, coordinadora. Manual de enfermería del SUMMA 112. Caminando hacia la excelencia en los cuidados avanzados. Madrid: SUMMA 112. 2013.
11. Lacam C, Nizard J. Parto inesperado a domicilio. EMC – Tratado de medicina. 2010; 14(2)
12. Vázquez - Lara JM, Rodríguez - Díaz L, Palomo - Gómez R. Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2013.
13. Fernández-Domínguez N, Leal-Gómez E, García-Lavandeira S, Vázquez-Rodríguez M. Atención al parto extrahospitalario. Semergen. 2016; 42(5): 331 – 335.
14. Instituto Nacional de Estadística. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2017.
15. Martínez-Linares, JM. Atención y actuación en el parto normal en el ámbito extrahospitalario. Granada: Universidad de Granada, Departamento de Enfermería, 2018.
16. Vázquez-Lorenzo LM, Carmona-Simarro JV. Parto extrahospitalario. Enfer-

mería integral. 2018; 118: 65 - 70.

17. Bidhendi-Yerandi R, Hossein-Panahi M. Comment on unplanned out-of-hospital birth and risk factors o adversel perinatal outcome: findings from a prospective cohort. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2019; 27:37.

18. Javaudin F, Hamel V, Legrand A, Goddet S, Templier F, Potiron C, et al. Unplanned out-of-hospital birth and risk factors of adverse perinatal outcome: findings from a prospective cohort. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2019; 27:26.

Capítulo 149

DRENAJES TORÁCICOS: INDICACIONES, VALORACIÓN DEL PACIENTE Y COMPLICACIONES INMEDIATAS

VANESSA CAUNEDO SUÁREZ

1 Introducción

El espacio pleural tiene habitualmente una pequeña cantidad de líquido lubricante que facilita que se lleve a cabo el movimiento pulmonar en la respiración sin fricciones. En el momento en el que hay mucho líquido, aire, o ambos en el espacio pleural varía la presión intrapleurales, produciendo un colapso pulmonar completo o parcial. Mencionar que el drenaje pleural se lleva a cabo mediante sondas colocadas en la cavidad torácica tras una intervención quirúrgica, con el fin de evacuar un hemotórax traumático o un neumotórax.

Por ello, el drenaje torácico es la evacuación de líquido, aire, o ambos de la cavidad pleural continuamente por medio de un sistema de drenaje cerrado de presión negativa haciendo que se lleve a cabo una correcta reexpansión pulmonar.

De igual manera, los objetivos que se pretenden conseguir con el drenaje torácico son los siguientes:

- Restaurar la presión negativa del tórax.
- Promover el intercambio gaseoso adecuado por la expansión pulmonar.

Cabe mencionar que esta técnica la realiza el médico con ayuda de la enfermera, siendo un procedimiento estéril. A su vez, el sitio de inserción del drenaje es diferente en función del estado de la persona y del drenaje requerido. Cuando

se sospecha la presencia de un empiema se debe recoger una muestra de líquido para su cultivo. De igual manera, hacer referencia a que se debe detener la salida de líquido cuando se ha reexpandido el pulmón o el tubo se encuentra obstruido por coágulos de sangre o fibrina. Por último, mencionar que nunca se debe elevar el sistema de drenaje por encima del tórax del paciente, con el fin de evitar reflujo y una infección a causa de ello.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Ampliar los conocimientos acerca de los drenajes torácicos.

Objetivos secundarios:

- Conocer cuándo está indicado colocar un drenaje torácico.
- Averiguar los aspectos a valorar en el paciente con un drenaje torácico.
- Descubrir de forma generalizada las complicaciones inmediatas que pueden producir estos drenajes.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en relación con los drenajes torácicos en bases de datos, como PubMed, Scielo, MedlinePlus y Google Académico, prestando especial atención a las indicaciones de colocación de estos drenajes, los aspectos que se deben valorar en los pacientes y las complicaciones inmediatas que pueden ocasionar. Para finalizar, se ha constatado la veracidad de la información recabada con el fin de asegurar la calidad de esta publicación.

4 Resultados

En primer lugar, estaría indicada la colocación de un drenaje torácico en los casos en los que el paciente presente lo siguiente:

- Neumotórax, que puede ser espontáneo o a tensión.
- Hemotórax.
- Hemoneumotórax.
- Cirugía intratorácica.

Con el fin de drenar la cavidad pleural se debe colocar un catéter torácico que irá unido a un sistema específico de drenaje. Cabe mencionar que es necesario que la enfermera conozca los principios fundamentales de funcionamiento de

estos drenajes para ofrecer unos cuidados de calidad y evitar que se produzcan accidentes, ya que pueden provocar consecuencias nefastas para el paciente. Por otra parte, es muy importante realizar una valoración del paciente que lleve un drenaje torácico, es decir, mirar los signos vitales, observar el color de la piel y mucosas, la sudoración, y prestar atención también a aspectos psicológicos como pueden ser la ansiedad o el insomnio. Además, existen síntomas secundarios a estos drenajes, como serían el dolor, la disnea, el tiraje costal y la fiebre. A continuación, se debe valorar el punto de inserción, observando que el apósito se encuentre limpio y seco. En su defecto, se cambiaría el apósito, valorando la zona de inserción y sus características, como por ejemplo, si hay edemas, exudado o algún signo de infección. Cabe mencionar que la aparición de exudado serohemático es normal. A su vez, se puede producir un enfisema subcutáneo, detectándolo mediante la palpación si el sonido es crepitante. Destacar que si se encuentra alrededor del punto de inserción es normal, pero su extensión es anómalo.

Por último, las complicaciones inmediatas tras la inserción de un drenaje se dan habitualmente entre el 0% y el 7,9% de los casos, y hacen referencia a daños en estructuras internas, tales como el diafragma o el hígado, y el dolor. Para combatir este dolor se puede recolocar al paciente o mover el tubo para que se alivie esa molestia. También se puede prevenir administrando analgesia antes de llevar a cabo cualquier técnica que pueda resultar dolorosa, como cambiar el apósito o limpiar la zona de inserción. Cabe mencionar que cuando los pacientes notan dolor tienden a realizar una respiración superficial, no utilizando las partes distales del pulmón, lo que incrementaría el riesgo de infección.

5 Discusión-Conclusión

Los drenajes torácicos están indicados en caso de que el paciente presente un neumotórax, hemotórax, hemoneumotórax o se haya llevado a cabo una cirugía en el tórax.

A su vez, los pacientes que portan un drenaje torácico deben ser valorados en su totalidad, es decir, se debe valorar el paciente, observando las constantes vitales, cómo tiene la piel o las mucosas, la sudoración, sin olvidar aspectos psicológicos como pueden ser la ansiedad o el insomnio. Además, se debe valorar el apósito que cubre la inserción del drenaje, ya que debe estar limpio y seco, en caso contrario, se deberá cambiar, prestando atención a la zona de inserción del catéter, descartando que haya edemas, exudado, o algún signo de infección.

Por último, en relación con las complicaciones inmediatas, se dan en menos de

un 8 % de los casos, y se basan principalmente en daños a estructuras internas y dolor expresado por el paciente.

6 Bibliografía

1. Campos RRF. Drenaje torácico. Rev Mex Enf Cardiol. 2003 [Oct 2022];11(2):82-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10875>.
2. Sánchez Zaplana I, Torras Rabasa R, Andrés Bitria M. Drenaje torácico. ROL. Revista Española de Enfermería [Internet]. 1986 [Oct 2022]; IX(95):13-17. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/127768>

Capítulo 150

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CONFLICTIVAS: ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGRESIVO.

ROCÍO ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

MARÍA YOLANDA GONZÁLEZ FREIJOÓ

1 Introducción

Las situaciones de agresiones al personal sanitario o situaciones de conflicto se dan con mucha frecuencia en el ámbito sanitario. Las personas enfadadas por situaciones concretas o con el sistema de salud en general pueden mostrar una conducta agresiva, llegando a manifestar su malestar mediante gritos, golpes contra la pared o el mobiliario o, incluso, contra el propio personal. Con frecuencia los problemas que ocasionan este desacuerdo en los usuarios de salud nada tienen que ver con el personal contra el cual dirigen su furia. Por lo tanto, tanto el personal sanitario, como el no sanitario, han de conocer una serie de pautas encaminadas a afrontar las situaciones de conflicto en el trabajo basadas en la no confrontación. Si bien, si la identificación de la situación, la comunicación, el autocontrol emocional y las estrategias ambientales no son efectivas es recomendable pedir ayuda a los servicios de seguridad del centro sanitario.

Para el establecimiento de pautas de actuación se han de tener en cuenta los tipos de conductas agresivas, entre los que encontramos varios subtipos en función de los criterios de clasificación que se tengan en consideración: según su naturaleza,

la agresión puede ser física, verbal y social; según la relación interpersonal, puede ser directa o abierta, indirecta o relacional y respecto a la motivación, puede ser una agresión hostil, instrumental o emocional. Así mismo, la agresión puede ser pro-activa o reactiva.

2 Objetivos

Determinar una serie de pautas encaminadas a afrontar una situación conflictiva en el entorno sanitario, ante la presencia de un paciente o acompañante agresivo.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos relacionados con el tema a tratar. La fuente de información principal empleada ha sido: 'Actuación ante la conducta agresiva de un paciente o usuario en los servicios de salud'. Las palabras clave introducidas han sido: paciente; conducta agresiva; ámbito hospitalario; protocolo de actuación; violencia.

4 Resultados

Llegar a un acuerdo con pacientes conflictivos o enfadados es una tarea difícil, que produce la frustración y el enfado en el personal del ámbito sanitario. Las continuas situaciones de tensión en el trabajo pueden llevar al personal a una situación de estrés, por lo que es recomendable que sigan una serie de recomendaciones para poder afrontar los cuadros de irascibilidad de los usuarios descontentos.

La conducta violenta es adoptada por parte de los pacientes, en ciertas ocasiones, como método para conseguir determinados objetivos cuando no son capaces de conseguirlos a través de otros medios. Por lo tanto, la conducta agresiva puede considerarse como un defecto de las habilidades sociales y de la capacidad para controlar las emociones y sentimientos propios.

Para detectar el estado de irritabilidad de un paciente o de un familiar se pueden observar ciertos indicios, como, por ejemplo, la posición de las manos y la postura corporal, el tono y volumen de la voz, conductas satíricas o cínicas, etc.

Ante una actitud de provocación por parte de un usuario se han de seguir las siguientes recomendaciones:

- No manifestar el acuerdo o el desacuerdo con aquello que refiera.

- No interrumpir aquello que esté manifestando, ni discutir.
- No ofrecer servicios que posteriormente no se puedan proporcionar.
- No responder a la provocación.
- No intimidarse ante su irascibilidad.

Ante la actitud hostil de un paciente el personal ha de seguir el siguiente rol:

- Aunque la persona grite, se ha de mantener la calma y de no se debe responder alzando la voz.
- Ante una situación de agresividad extrema, se ha de esperar a que el usuario se tranquilice un poco.
- No se ha de invadir el espacio personal de la otra persona, es decir, se ha de mantener una cierta distancia de seguridad.
- No se ha de ceder a sus exigencias, aunque si se le pueden ofertar ciertas alternativas.
- Dejar que el paciente o acompañamiento acabe de hablar, dejándole expresar sus emociones y sentimientos.
- Se ha de intentar responder la razón por la cual no se puede atender su petición o solicitud.

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones conflictivas se dan en el ámbito sanitario con mucha frecuencia. Es habitual que el personal sanitario se tenga que enfrentar a pacientes o familiares hostiles cuya frustración viene determinada por su descontento con el servicio de salud, en general, o con una situación determinada, en particular. Ante este tipo de conducta agresiva el personal, tanto sanitario, como no sanitario, ha de adoptar una actitud basada en el no conflicto. Por lo tanto ha de seguir unas pautas determinadas, encaminadas a tranquilizar a la persona a la cual nos enfrentamos, no intimidándose, pero sin mostrar una actitud de enfrentamiento.

6 Bibliografía

1. Actuación ante la conducta agresiva de un paciente o usuario en los servicios de salud'. Silvia Nikole Arcoiza Pato, Ignacio Pérez García, Francisco José Herrero León y Manuel Díaz del Blanco. Revistamédica.com.
2. ¿Cuáles son las estrategias para el manejo del paciente agresivo?'. María Molina Hernández. Universitat de les Illes Balears.

3. 'Estrategias de afrontamiento ante la conducta agresiva del paciente'. Ixone Tobarias Cantero. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz - Osakidetza.

Capítulo 151

AFECCIÓN DE LA TURNICIDAD LABORAL EN LA FORMA DE VIDA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

MARÍA TERESA CORREDOR RIVERA

MARTA DÍAZ PECO

AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ

1 Introducción

La turnicidad laboral se puede definir como el desempeño de las actividades de carácter laboral por parte de distintos grupos de trabajadores, abarcando cada uno de ellos una jornada laboral (mañana, tarde o noche).

El llevar a cabo un trabajo que conlleve estos cambios continuos de jornada, puede desembocar en la aparición de trastornos psicológicos o de una serie de enfermedades. Entre las principales causas de estos efectos adversos se encuentran: mala calidad y alteraciones del sueño y del ritmo circadiano; cambios en el apetito, lo que conlleva a consecuencias en el peso y metabolismo; aumento en el consumo de cafeína y estimulantes; cansancio físico y mental; efectos en la personalidad y el autoconcepto del profesional. Esto último es lo que se conoce como Síndrome de Burnout.

Cada vez son más los estudios que demuestran la disminución del nivel de salud que produce este tipo de horario laboral. Y son muchas las profesiones que tienen

este tipo de horarios: cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, profesionales sanitarios, personal de limpieza, taxistas, etc.

Un estudio de Cruz y Poutou realizado en 2004 sobre el efecto de la turnicidad laboral sobre los profesionales enfermeros mostró la afluencia de apariciones de insomnio en aquellos trabajadores expuestos al horario nocturno con respecto a los no expuestos.

Calvo Rico et al. llevaron a cabo otro estudio sobre los cambios en el estrés y el temperamento que se producían con este tipo de horario en trabajadores del cuerpo nacional de policía. Sus resultados mostraron que durante el turno de tarde no se rendía lo mismo que durante el turno de mañana, lo que se reflejaba en un aumento del estrés.

Como en ciertos trabajos no es viable la desaparición de la turnicidad laboral, se hace necesario la creación de una regulación de este tipo de horarios con el fin de permitir una vida laboral más saludable y conciliadora con la vida personal y familiar.

2 Objetivos

El objetivo de este proyecto de investigación será identificar los hábitos alimentarios de los profesionales sanitarios del HGUCR, los cuales desempeñan horarios de trabajo de mañana, tarde y noche.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se propone una investigación observacional retrospectiva.

- Población diana: Profesionales de enfermería del hospital general universitario de Ciudad Real (HGUCR).
- Población a estudio: 50 enfermeros de la unidad de Reanimación con turnicidad laboral y otros 50 enfermeros del Banco de Sangre con solo horario de mañana.
- Variables a estudio: Sexo, edad, talla, peso, IMC, tipo de horario (turno fijo o rotatorio), nivel de actividad física y seguimiento de una dieta saludable.

Para la recogida de los datos personales básicos se realizarán cuestionarios de

creación propia. Además, se utilizará el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) para los datos referentes al nivel de actividad física realizada y, por otro lado, el Cuestionario de la adherencia a la dieta mediterránea para valorar el seguimiento de una dieta saludable.

4 Bibliografía

1. Álvarez González MC. ¿Cómo afecta la turnicidad en el trabajo? Revista Ocronos. Vol. IV. Nº 12–Diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº12: 91.
2. Cruz, H. V., & Poutou, E. L. C. (2004). Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud. Revista Cubana de Salud yTrabajo, 5(1), 10-9.
3. Calvo Rico B, Rueda Rojano S, García García JM. Diferencias generadas por los turnos de trabajo en el estrés y temperamento: Cuerpo Nacional de Policía. Universidad de Castilla La Mancha. Federación española de Asociación de docentes de educación física (FEADEF). 2022 · Retos No 46 / Págs. 452-457.
4. Carrera Y. Cuestionario Internacional de actividad física. Revista Enfermería del Trabajo 2017; 7:I1(49-54).
5. Cuestionario de la adherencia a la dieta mediterránea. Revista Promoción de la salud en el lugar de trabajo. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Capítulo 152

ATENCIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON MIGRAÑA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA ESPADAS NÚÑEZ DE ARENAS

CONSUELO ALMUDENA MORENO VALVERDE

MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RIVERO

IRENE DEL BURGO MARTÍNEZ

PEDRO RODRIGO VACAS

1 Introducción

La cefalea como síntoma o patología es uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en los servicios de Urgencias (1 % - 4 %), servicios ambulatorios como en consulta de medicina interna y neurología, por lo que todo profesional sanitario debe estar capacitado para su manejo inicial y posterior derivación interdisciplinar si así fuese necesaria.

La cefalea general se clasifica en:

- Cefalea primaria (64% - 98%): catalogada como síntoma no estructural. En este grupo se engloba la migraña, la cefalea tipo tensional y la cefalea en racimos.
- Cefalea secundaria: derivada de una patología subyacente, pudiendo ser de carácter neurológico (tumores, malformaciones, cuadros infecciosos...).

Para ello, el "gold standard" es una correcta historia clínica (anamnesis completa, examen físico con evaluación neurológica...) para orientarnos hacia la posible necesidad de pruebas complementarias como neuroimágenes, punción lumbar, exámenes de laboratorio, electroencefalograma...

(Loreto, 2014)

Uno de los datos clínicos más importantes para la diferenciación de diagnóstico es la edad >50 años o una exploración neurológica atípica.

(Toledo, et al., 2008)

Dentro de estos síntomas o patologías, la Clasificación Internacional de las Cefaleas 3ª edición (ICHD-3) destaca las siguientes complicaciones de las más frecuentes a tener en cuenta:

- Estado migrañoso (status migrañoso "SM").
- El aura persistente, sin infarto.
- El infarto migrañoso.
- Crisis epiléptica.
- Nieve visual.

(Takeuchi & Uribe, 2020)

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento de primera elección en los adultos que acuden al servicio de urgencias con cefalea.
- Conocer y analizar las prioridades de dicha patología para su buena orientación y manejo.

3 Metodología

En esta revisión se han realizado búsquedas de evidencia científica en las bases de datos Pubmed/Medline y ScieLo. También se ha realizado una revisión de literatura científica secundaria en Google Académico o artículos de literatura gris.

Se han utilizado las siguientes palabras clave: cefalea, urgencias, adultos, migraña.

4 Resultados

El tratamiento de elección en urgencias en los diferentes tipos de cefaleas es:

1. Migraña:

Supone de un 37 % - 48 % de pacientes de urgencias. La migraña es una cefalea progresiva con duración de 4 a 72 h que suele ocurrir en repetidas ocasiones y puede acompañarse de náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia. A partir de las 72 h se considera estatus migrañoso. (Toledo, et al., 2008)

Se utilizará:

- Manejo no farmacológico: Control del estrés, control del horario de sueño y comidas. Evitar la ingesta de alcohol, tabaco y algunos alimentos.
- Manejo farmacológico: a) Manejo analgésico: con fármacos no específicos como el paracetamol o ketorolaco, o también con fármacos específicos, como son las ergotaminas y triptanes bastante efectivas en dicha patología. Si el paciente manifiesta náuseas se pueden utilizar fármacos prokinéticos como la metoclopramida. b) Manejo preventivo: No abusar de analgesia porque puede empeorar el cuadro clínico. Realizar un "calendario de cefalea" para su mejor control.

Todo manejo debe contrastarse en base a cada paciente y sus antecedentes personales.

(Loreto, 2014)

2. Cefalea en racimos:

Suele durar entre 30 minutos y 3 horas. Puede acompañarse de sintomatología ipsilateral como el lagrimeo o rinorrea. Es eficaz el uso de oxígeno a 12 litros por minuto durante la crisis con una mascarilla sin retorno o de reservorio durante 10-15 minutos. Como tratamiento farmacológico se utilizará el sumatriptán.

3. Cefaleas secundarias:

Pueden aparecer por diferentes patologías y ser un síntoma preocupante y definitorio en la disección de aorta, hipertensión arterial, glaucoma...

(Toledo, et al., 2008)

4. Cefalea tipo tensional (CTT):

Suele acompañarse por un dolor leve-moderado, holocráneo, bilateral y opresivo. Se usará como terapia farmacológica el paracetamol o AINES. Como terapia preventiva se utilizarán los antidepresivos tricíclicos y manejo del estrés.

5. Cefalea crónica diaria:

Control del estrés y factores desencadenantes.

6. Cefalea por abuso de fármacos:

Típica en el 40 % de pacientes. Se realizará manejo de prevención, educación y seguimiento farmacológico. (Loreto, 2014)

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la cefalea es una de las patologías más complejas que acuden al servicio de urgencias.

El orden de elección en los tratamientos será:

1. Manejo preventivo: los pacientes deberán llevar un control óptimo de sus episodios, así como el autocuidado del mismo. Reducir el estrés, controlar el patrón alimenticio y de sueño, serán una de las principales actividades para llevar a cabo.

2. Manejo no farmacológico: La terapia con oxígeno en urgencias como principal actividad para la reducción de síntomas. Realización: mascarilla reservorio 12 lpm durante 10-15 minutos.

3. Manejo farmacológico: Fármacos específicos y no específicos analgésicos como la familia de los triptanes o los AINES respectivamente.

Aun así, cabe destacar que el orden en urgencias por excelencia será la terapia no farmacológica y farmacológica, dejando el manejo preventivo para su ingreso o alta (recomendaciones y seguimiento primario).

6 Bibliografía

1. Loreto, J.M. (2014). Cefaleas, evaluación y manejo inicial. Revista Médica Clínica Las Condes. 25(4), 651-657. DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70086-0.
2. Toledo, J. B., Riverol, M., Martínez-Vila, E., & Irimia, P.. (2008). Cefalea en urgencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 31(Supl. 1), 75-85. Recuperado en 17 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200007&lng=es&tlng=es.
3. Tan, Yuri Takeuchi, & Uribe García, Bernardo. (2020). El paciente con estado migrañoso en urgencias. Acta Neurológica Colombiana, 36(4, Suppl. 1), 1-5. Epub May 13, 2021. <https://doi.org/10.22379/24224022308>.

Capítulo 153

MANEJO DEL PACIENTE CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ANABEL ORMEÑO HERVÁS

ALBA MORA ARENAS

MARTA PAZ MORA

1 Introducción

La diabetes mellitus (D.M.) es conocida como un complejo de enfermedades metabólicas crónicas que causan hiperglucemia debido a defectos tanto en la función de la insulina como en la secreción de insulina.

Son varios los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de esta patología: la herencia, el sobrepeso y la obesidad, así como ciertos estilos de vida como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol, el estrés. . Hay dos tipos de diabetes:

- Diabetes tipo I (diabetes tipo I): inicio repentino, que a menudo se desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Se caracteriza por la destrucción de las células beta de los islotes de Langerhans ubicados en el páncreas, lo que provoca un cambio en la producción de insulina. El pilar del tratamiento será el uso de insulina.
- Diabetes tipo II (diabetes tipo II): el tipo más común (90% de los casos), la enfermedad generalmente se desarrolla en la vejez y más lentamente. Incluye la

reducción de la acción de la insulina a nivel celular, la llamada resistencia a la insulina, que aumenta los niveles de azúcar en sangre. El tratamiento incluirá una dieta saludable, ejercicio y, si no es suficiente, medicamentos para la diabetes.

Los síntomas más comunes de la diabetes son: pérdida de peso, poliuria, policromía, polimorfismo (conocido como las 4 P de la diabetes), debilidad y visión borrosa. A su vez, existen una serie de complicaciones derivadas de la diabetes que pueden causar daños graves e incluso obligaciones de vida al paciente:

- Retinopatía diabética.
- Enfermedad renal diabética.
- Hipoglucemia.
- Neuropatía.
- Enfermedades relacionadas con el corazón.
- Afecciones de la piel.
- Problemas bucales.

Mantener la hiperglucemia en un paciente con diabetes puede dar lugar a dos situaciones:

- Coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico.
- Cetoacidosis diabética. (1).

2 Objetivos

- Conocer qué causa la cetoacidosis diabética y cuáles son sus síntomas.
- Conocer los cuidados del paciente con cetoacidosis diabética en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y se han seleccionado artículos académicos consultando en las principales bases de datos como Medline, Scielo y Pubmed utilizando como palabras clave: diabetes, cetoacidosis, servicio de urgencias, enfermería.

4 Resultados

1. Cetoacidosis diabética, síntomas y causas.

La cetoacidosis diabética es una complicación grave de la diabetes y ocurre cuando el cuerpo produce altos niveles de ácidos llamados "cetonas" en la sangre. Esta condición se desarrolla cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina. Normalmente, la insulina juega un papel importante en el transporte de azúcar (glucosa), una de las principales fuentes de energía para los músculos y otros tejidos, hacia el interior de las células. Sin suficiente insulina, el cuerpo comenzará a descomponer la grasa para obtener energía. Este proceso de acumulación de ácidos en la sangre conocidos como "cetonas" puede, con el tiempo, provocar cetoacidosis diabética si no se trata. (2)

Los síntomas de la cetoacidosis diabética generalmente se desarrollan muy rápidamente, en menos de 24 horas, e incluyen:

- Náuseas y vómitos.
- Sed excesiva de orina (poliuria).
- Dolor abdominal, a veces muy intenso.
- Respiración muy rápida con un aliento que a menudo huele a manzana.
- Presión arterial baja con frecuencia cardíaca muy rápida (taquicardia), lo que indica deshidratación.

La conciencia reducida y el entumecimiento pueden conducir al coma. (3)

2. Manejo del paciente con cetoacidosis diabética en el servicio de urgencias.

Al llegar al servicio de urgencias, el paciente será valorado según la gravedad de los síntomas descritos anteriormente y se le dará un nivel de triaje determinado dependiendo de la gravedad del cuadro.

Se deberán recoger datos de anamnesis básica, toma de constantes, monitorización y electrocardiograma y se procederá a la realización y extracción de muestras como analítica de sangre y examen de orina. Se deberá canalizar al menos 2 VVP para garantizar el aporte de fluidos y administrar el tratamiento prescrito, y es aconsejable realizar el sondaje vesical del paciente para llevar el control de diuresis. (4)

Además de todos estos aspectos básicos, se debe prestar especial interés en:

- Controlar todas las entradas y salidas de volumen.
- Glucemia capilar en sangre horaria hasta la estabilidad de los niveles.
- Valorar estado de piel y mucosas controlando la hidratación.
- Mantener en todo momento permeable las VVP y SV.
- Realizar cambios posturales si el estado de conciencia es baja.
- Informar en todo momento al paciente y familiares de la situación (5).

En cuanto a los fármacos utilizados, el más importante es la administración de insulina diluida mediante bomba en perfusión iv, así como un aporte y reposición

considerable de electrolitos, es decir, administrar al paciente sueros a grandes volúmenes. (3)

5 Discusión-Conclusión

La cetoacidosis diabética se presenta como una complicación grave de la diabetes, que, si no se controla a tiempo, puede derivar en complicaciones peligrosas para la salud del paciente. En los niños, es aún más grave, ya que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Por esta razón, y también por el alto costo financiero en el hospital para cuidarlo, es importante no solo ayudarlo de inmediato, sino también tomar las decisiones correctas cuando ingrese en el servicio de urgencias con rapidez.

La cetoacidosis diabética muchas veces pasa desapercibida debido a sus múltiples síntomas y el gran parecido con otras patologías, aquí el profesional de enfermería de triaje jugará un papel clave para la correcta identificación de los síntomas y atender al paciente con la mayor brevedad posible.

Implementar campañas de información sobre la diabetes y sus posibles complicaciones resulta una tarea fundamental, ya que ayuda a que la ciudadanía conozca los síntomas de este tipo de complicaciones y puedan ser atendidos antes en un centro sanitario. (5)

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Proceso de atención de enfermería (P.A.E) en paciente con cetoacidosis diabética, por el servicio de urgencias. Caso clínico [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-p-a-e-en-paciente-con-cetoacidosis-diabetica-por-el-servicio-de-urgencias-caso-clinico/>.
2. Cetoacidosis diabética [Internet]. Mayoclinic.org. 2020 [citado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetic-ketoacidosis/symptoms-causes/syc-20371551>.
3. Cetoacidosis diabética [Internet]. Redacción Médica. [citado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/cetoacidosis-diabetica>.
4. Asepeyo.es. [citado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://salud.asepeyo.es/wp-content/uploads/2009/10/CetoacidosisDiabetica.pdf>.

5. Ocronos R. Cetoacidosis diabética: visión actualizada y manejo en los Servicios de Urgencias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/cetoacidosis-diabetica-manejo-urgencias/>.

Capítulo 154

LA INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU IMPORTANCIA EN EL MALTRATO A ANCIANOS

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO MORCILLO FERNÁNDEZ

ISABEL DEL BARRIO ASENSIO

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

1 Introducción

Actualmente, el maltrato al anciano es un tema oculto, se disponen 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, 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.
- Ver 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 trabajo, se ha llevado 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 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>.

Capítulo 155

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB UN CASO CLÍNICO POR ENFERMERÍA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO MORCILLO FERNÁNDEZ

ISABEL DEL BARRIO ASENSIO

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

1 Introducción

Se da inauguración en esta exposición de un caso clínico concretando la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la cual es un trastorno cerebral degenerativo que induce a la demencia y, en última instancia, el éxitus del individuo. Los síntomas de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob pueden ser parejos a los de otros trastornos cerebrales similares a la demencia, como puede ser la enfermedad de Alzheimer. Pero la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob suele avanzar y deteriorar al sujeto mucho más rápido. (1).

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob captó la atención pública en la década de 1990, cuando algunas personas en el Reino Unido contrajeron un nuevo modo de esta enfermedad, una variante de la enfermedad, tras la ingestión de carne de ganado enfermo. A pesar de esto, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob "clásica"

no se ha relacionado con productos de carne de res contaminados. Todas las tipologías de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob son considerados graves, pero muy poco comunes. Según las estimaciones, se diagnostican entre uno a dos sucesos de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob por cada millón de individuos anualmente en todo el mundo y, en la mayoría de los sucesos, esto ocurrió en adultos mayores.

Las encefalopatías por priones o encefalopatías espongiformes son un grupo de enfermedades neurodegenerativas consideradas raras, de etiología idiopática, adquirida o genética. Se caracterizan y particularizan por periodos de incubación largos asociados a una evolución irreversible y mortal. Existen cuatro grupos de encefalopatía espongiforme transmisible en los humanos: kuru, síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinke, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, e insomnio familiar fatal.

La más conocida, y más habitual en nuestro medio, es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, con una incidencia mundial de 1/1.000.000 habitantes.

A pesar de que las prionopatías son enfermedad rara y muy poco usuales en la práctica clínica de atención primaria, hemos de tenerlas en consideración en el diagnóstico diferencial de las demencias. A través de un caso clínico acaecido en la práctica clínica diaria, pretendemos hacer una síntesis sobre el diagnóstico y curso de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

2 Objetivos

Exponer a partir del caso clínico de Juana en el diagnóstico de su demencia, su inicio, progresión así, como las alteraciones por parte de enfermería.

3 Caso clínico

Mujer de nombre Juana, de 65 años de edad, refiere ser alérgica a ácidoacetil-salicílico (AAS) y metamizol. Hipertensa con tratamiento ya establecido con losartán. En el momento de la consulta se ella encuentra activa y autónoma. Vive sola, está separada, y es la que presta ayuda perpetua a sus hijos, especialmente en el cuidado y asistencia de sus nietos.

Anamnesis:

Desde hace unas tres semanas exhibe e inicia con unos cuadros de “desconexiones” transitorias en las que “parecía no estar a lo que estaba”, ejecutaba ciertos actos y expresiones repetitivas y presentaba pérdidas de memoria transitoria que

cada vez eran de una mayor duración y que alternaban con otros periodos de completa lucidez, en los que se enfadaba con la familia por considerar que conspiraban contra ella, llegando al punto de una discusión y de pelearse con una vecina.

Inicialmente, la familia atribuía los cambios conductuales a una alteración en su ánimo. Pero el empeoramiento creciente les hace llevar la paciente, en contra de su voluntad, a urgencias del hospital de referencia.

Exploración física:

A su llegada a la unidad de urgencias, la paciente está en un estado de agitación y desorientada, demostrando una alteración con expresiones repetitivas y muy enfadada. No ostenta movimientos clónicos ni sacádicos oculares. Tampoco rigidez de nuca. Pupilas isocóricas estas normoreactivas. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades.

- Auscultación cardiopulmonar:

Rítmica, a una buena frecuencia, murmullo vesicular conservado.

- Abdomen:

Blando y depresible, sin presencia de masas ni visceromegalias, no signos de peritonismo.

Miembros inferiores: sin evidencia de edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP).

- Pruebas complementarias:

En urgencias se efectúan: Analítica (incluyendo hemograma, bioquímica, tiroideas, coagulación, fólico y vitamina B12), radiografía de tórax, TAC craneal y punción lumbar (gram y cultivo) que reflejan rigurosamente normales.

- Sintomatología clínica:

El cuadro inicialmente impresiona de crisis temporal. Como etiología probable se barajó foco epileptógeno no conocido o foco de encefalitis.

Su cuadro clínico se especifica por demencia rápidamente progresiva, síntomas neurológicos focales, transformación de la conducta, trastornos de la coordinación motora, síntomas y/o signos piramidales y extrapiramidales, alteraciones visuales de origen en corteza cerebral, mioclonías y convulsiones.

Ante la normalidad de las pruebas efectuadas complementarias, y esta primera impresión, se instruye tratamiento con dexametasona y perfusión de valproato. Se cursa el ingreso en neurología solicitando electroencefalograma y resonancia magnética craneal.

El electroencefalograma muestra PLDS (descargas periódicas lateralizadas) en hemisferio izquierdo y que paulatinamente se hacen más usuales y se lentifica toda la actividad de base conteniendo el hemisferio derecho. Lo que coincide con

status epiléptico izquierdo.

La resonancia magnética nuclear (RMN) craneal pone de relevancia una intensa restricción de la difusión y en mapa ADC de núcleos caudados, putaminal anterior, bilateral y cortical global del hemisferio cerebral izquierdo.

A ello se añadió de modo paulatino trastornos de la coordinación motora del tipo de ataxia cerebelosa, problemas y alteraciones en la elaboración del lenguaje y mioclonías en la extremidad superior derecha con espasmos musculares bruscos e involuntarias en dicha extremidad.

El menoscabo fue rápidamente progresivo. Durante el ingreso, las pruebas complementarias no contribuyeron información que orientara al diagnóstico.

La familia solicitó el alta hospitalaria, continuando el estudio y seguimiento médico en su domicilio; en el que permaneció encamado y dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

Su diagnóstico de confirmación es por anatomía patológica ante la sospecha de prionopatía de evolución rápida.

Cabe destacar un conocimiento más exhaustivo de la enfermedad que, en el inicio de la enfermedad, no existen signos específicos, por lo que concurren grandes dificultades diagnósticas. Son muy frecuentes los síntomas psiquiátricos, lo más habitual al inicio del cuadro es el debut con cambios del ánimo con tendencia a la depresión, trastornos del sueño, pérdida de peso y apetito, deterioro de las funciones cognitivas o alteraciones de la conducta. Más adelante suelen aparecer síntomas como alucinaciones, confusión e ideas delirantes que progresan rápidamente, en semanas, incluso días. Es por ello por lo que en muchas ocasiones el diagnóstico es tardío, siendo tratada incorrecta e indebidamente como una patología propia de salud mental. En algunos enfermos puede existir al inicio solo un síntoma neurológico, lo más habitual en este caso es la marcha atáxica. Con la evolución del cuadro aparecen las peculiares mioclonías que suelen ser multifocales, asincrónicas y arrítmicas, y florecen de modo espontáneo o por estímulos táctiles o auditivos.

Durante el periodo de estado, se origina un rápido deterioro global con una pérdida progresiva de relación con el entorno y finalmente se desarrolla un mutismo acinético con desconexión del medio hasta el fallecimiento.

4 Discusión-Conclusión

En nuestro caso, la enfermedad se declara en el paciente a los pocos meses de la jubilación. Este es un instante, en ocasiones, muy difícil en la vida de las personas. Primeramente, y dado que los síntomas de comienzo están esencialmente ligados

al trastorno cognitivo y de conducta, hacen pensar a la familia que la causa tiene que ver con los cambios asociados a la jubilación. Existe durante todo el proceso gran impacto emocional en su ambiente familiar y ambiente social. Por otra parte, hay que comentar que es una familia muy cohesionada.

Ya que el domicilio familiar es próximo al hospital y los cuidados son excelentes, la familia requiere que los estudios pendientes y el seguimiento se efectúen en el domicilio, para lo cual no hay inconvenientes y resulta excelente para el paciente y la familia.

Dada la mala evolución del cuadro clínico y la presencia de síntomas que ocasionan malestar en el paciente, se decide el control domiciliario por parte de la unidad de cuidados paliativos, lo cual se trabaja en constante combinación con el servicio de neurología y con el equipo de atención primaria del paciente.

Es evidente, en este caso clínico, la relevancia, de un diagnóstico precoz y correcto, ante la sospecha de padecimiento de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, sobre todo en pacientes con cuadros psiquiátricos que se asocian a deterioro neurológico progresivo y no esperado radica en la importancia de prestar cuidados adecuados, preferiblemente en domicilio si el curso de la enfermedad lo permite y prestar consejo genético a los descendientes sanos.

5 Bibliografía

1. Las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Una visión desde la Salud Pública. Registro Nacional de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas. Area de Epidemiología Aplicada. Centro Nacional de Epidemiología: Instituto de Salud Carlos III. Versión 10. Abril 2008.
2. M. Tabuyo Pizarro, W. Bowakim Dib, J.M. Acebes Rey, J.L. Vaquero Puerta, D. García García, M. Cano del Pozo. Un caso nuevo de Creutzfeldt-Jakob. *An Med Interna*, 20 (2003), pp. 158-159 Medline.
3. M.E. Toribio-Díaz, E. García-Di Ruggiero, F. Pérez-Parra. Dos nuevos casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jacob esporádica en Madrid, España. *Rev Neurol*, 53 (2011), pp. 281-286 Medline
4. P. Harrington, J. Penge, E. Mills, A. Ishaque. Acute presentation of rapidly progressive probable Creutzfeldt-Jacob disease. *Br J Hosp Med (Lond)*, 74 (2013), pp. 170-171
5. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/creutzfeldt-jakobdisease/symptoms-causes/syc-20371226#:text=La%20enfermedad%20de%20Creutzfeldt%2DJakob,como%20la%20enfermedad%20de%20Alzheimer>.

6. Arranz Martínez E, Trillo Sánchez Redondo G, Ruiz García A, Ares Blanco S. Prionopatías: las encefalopatías por priones. *Semergen*. 2010; 36(8): p. 443-448.
7. Cardinal P, Pedemonte I, Castelli J, Zitto E, Cacciatore A, Zefferino N. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica: dos casos en medicina intensiva. *Medicina Intensiva*. 2011; 35(1): p. 54-57.
8. Power B, Trivedi D, Samuel M. What psychiatrists should know about sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Australasian Psychiatry*. 2012; 20(1): p. 60-66.
9. Villegas V, Velandia F, Payán C. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica: estudio clínico, patológico y molecular de un caso ; Sporadic Creutzfeldt-Jakob disease: Clinical, pathological and molecular study. *Revista Ciencias de la Salud*. 2008; 6(

Capítulo 156

TÉCNICA ENDOSCÓPICA DIGESTIVA ALTA POR ENFERMERÍA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

ELENA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO MORCILLO FERNÁNDEZ

ISABEL DEL BARRIO ASENSIO

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

1 Introducción

Se inicia sintetizando el endoscopio que nació en 1932, diseñado por Schindler; fue un gastroscopio semirrígido, demasiado molesto para el paciente y con unos grandes riesgos, a la vez que impedía una completa visualización del tubo digestivo.

En los años 50 se fabricó una gastro cámara que consistía en un tubo flexible con una lente agregada en la punta; para surgir a partir de 1954 una segunda generación de endoscopios fabricados por Hopkins y Kapany, fabricados en fibra de vidrio que consentía transmitir la luz caliente de una lámpara hasta su extremo distal, convertida en luz fría, lo que sirvió para que Hirschowitz en el 1957 fabricaran el primer gastroscopio de fibra con visión frontal. Para su ejecución se maneja un video gastroscopio de visión frontal con un amplio ángulo de visión de hasta 150 grados en los endoscopios más actuales. Los últimos modelos nos

ofrecen imagen en vídeo de alta definición con una resolución de 1,4 millones de píxeles.

Los gastroscopios estándar tienen un tubo de inserción con un diámetro externo menor de 10 mm y un canal de trabajo de unos 2,8 mm que consiente la inserción de accesorios habituales, como las pinzas de biopsia, asas de polipectomía o de agujas de inyección. Para determinados procedimientos concurren modelos especiales como el gastroscopio terapéutico, con un canal de trabajo de un mayor calibre (3,8 a 4,2 mm) forzoso para la colocación de prótesis. El gastroscopio de doble canal con al menos un canal de gran calibre que consiente la inserción simultánea de dos materiales de trabajo o el gastroscopio fino o pediátrico con un canal de trabajo de 2,2 mm muy útil en el franqueo de estenosis.

2 Objetivos

Describir y exponer, esta habitual técnica de diagnóstico y de exploración, la utilidad y modo de empleo de la endoscopia digestiva alta.

3 Metodología

Las herramientas usadas para la efectucción de esta revisión bibliográfica han sido consultas en diferentes bases de datos Medline, Pubmed, Cochrane Plus, Google Académico, Enfispo, así como la revisión y visualización de múltiples artículos y videos. Se han manejado como palabras clave: endoscopia, tubo digestivo, gastroscopio. Se han empleado como criterios de inclusión: textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión todos aquellos publicados previamente al año 1996.

4 Resultados

El endoscopia nos consiente explorar el tubo digestivo desde el inicio de la cavidad oral hasta la segunda porción duodenal para el diagnóstico de enfermedades o lesiones y el tratamiento de alguna de ellas a través del endoscopia, además de ser una técnica muy esgrimida y valiosa para detectar tumores de esófago, estómago y la parte inicial del duodeno. Para llegar a dicho diagnóstico puede ser preciso tomar algunas muestras para el análisis, diagnóstico y tratamiento de determinadas enfermedades como *Helicobacter pylori*, enfermedad celiaca,

etc. Durante la exploración puede ser preciso intervenir en el mismo acto: extracción de cuerpos extraños previamente deglutidos, tratamiento de lesiones sangrantes, extirpación de pólipos, tratamiento con argón-gas, dilataciones de zonas estenosadas, colocación de prótesis, tratamientos de varices y efectuación de una gastrostomía de alimentación.

Existen algunos aspectos a tener en consideración precedentes a la efectuación de la prueba, tales como la comprobación de la existencia del consentimiento informado del paciente, alergias medicamentosas, tratamientos que el paciente esté tomando, ayunas previas de 8 horas y sin fumar, la extracción de prótesis dentales u otros objetos móviles de la cavidad bucal precedentemente de la efectuación de la prueba.

El paciente se ubica en posición de decúbito lateral izquierdo con una almohada bajo la cabeza y la barbilla oblicua hacia el pecho, intentando que la boca esté algo más baja que la garganta (lo que hará más fácil y sencillo la entrada del tubo endoscópico, además de consentir la salida de saliva y con ello evitar las acumulaciones de secreciones y saliva regurgitadas en la boca). Se instala un protector bucal que protegerá el tubo, los dientes y las encías a la vez que facilitará el paso adecuado del tubo por la boca hasta el estómago, explicándole que podrá seguir respirando normalmente por la nariz o por la boca.

La utilización de anestesia tópica faríngea puede facilitar la entrada al inhibir el reflejo nauseoso. El anestésico tópico faríngeo habitualmente manejado es la lidocaína (disminuye el reflejo nauseoso y las molestias faríngeas), cuyo efecto se prolonga aproximadamente por 1 hora, tiempo en el que el paciente no deberá ingerir ningún tipo de líquido ni alimento sólido.

En algunos centros puede llegar a aplicarse una sedación mínima, ya que la duración de la prueba es muy corta, 5-10 min. En este suceso se deberá contar con la presencia de un anestesiólogo que controle al paciente, material, medicación y personal cualificado en RCP, así como monitorización del paciente durante la exploración (SatO₂, FC y TA).

El endoscopio se introduce en un inicio sin insuflación, generalmente bajo visión directa hacia el esfínter esofágico superior, instante en el que se invita al paciente a tragar para facilitar el paso.

Se reconocerá cuidadosamente la mucosa del esófago mientras se embute muy lentamente el gastroscopio hacia el esófago distal y la unión gastroesofágica, se atravesará el cardias hacia el estómago. La unión gastroesofágica se corresponde con la línea de transición o línea Z, donde se observa el cambio de mucosa esofágica (plana y rosada) a mucosa cardial (de un color como anaranjado más oscuro). El cardias es el segmento corto de estómago que rodea la unión gastroesofágica.

El examen del estómago conlleva de una secuencia sistemática de maniobras que consienten la visualización de todos los segmentos gástricos, inclusive de las áreas ocultas durante el avance del endoscopio (es preferible examinar el estómago después del examen duodenal para evitar la excesiva insuflación).

El avance y camino hacia el duodeno se conseguirá siempre siguiendo la curvatura mayor gástrica, mediante un movimiento de rotación horario del gastroscopio de unos 60 a 80 ° y un desplazamiento inferior hasta enfrentar y sobrepasar píloro con una ligera presión.

La insuflación junto con unos leves movimientos de entrada y retirada consiente la visualización del bulbo duodenal; el desplazamiento hacia la derecha del endoscopio con una rotación horaria de unos 90 ° consiente franquear la rodilla duodenal y llegar a alcanzar la segunda porción. El avance hacia el duodeno distal se consigue rectificando la posición del endoscopio ejecutando una rotación retrógrada de 120 a 180 ° en sentido horario. Al pasar la rodilla duodenal se observan los pliegues duodenales y en las imágenes de alta definición las vellosidades mucosas características. La papila duodenal es reconocible por el característico pliegue vertical y se delimita en la cara interna de la segunda porción; aunque suele ser precisa la manejo de un endoscopio de visión lateral para su correcta exploración.

Tras la exploración duodenal se retrocede a estómago para observar toda la circunferencia del antro y el cuerpo mediante la rotación del gastroscopio sobre su eje. Con el gastroscopio en la posición normal, la cara anterior del estómago se concierne con la parte izquierda de la imagen y la curvatura menor gástrica con la parte superior. El antro se identifica por la ausencia de pliegues típicos del cuerpo gástrico.

El fundus debe ser examinado mediante la maniobra llamada de retroversión, que se efectúa colocando el gastroscopio en la zona medial del antro y flexionándolo hacia arriba a la vez que se avanza hacia el píloro, visualizando la incisura angular y la curvatura menor. Con la retirada del endoscopio desde esta posición, conservando un giro antihorario de 180 grados, se penetra en el fundus examinando con facilidad la vertiente cardial y el fórnix.

Por último, se retira el endoscopio hacia el esófago tras aspirar el aire y los fluidos gástricos, evaluándose en la retirada el esófago proximal.

5 Discusión-Conclusión

La endoscopia digestiva alta o gastroscopia es la técnica más efectiva en el diagnóstico de muchas enfermedades y patologías del tracto digestivo.

Es una exploración que consiente la visualización directa de la parte superior del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno), manejando un tubo flexible o endoscopio. A través del canal del endoscopio, podemos pasar gran variedad de instrumental, que consiente tomar muestras para el examen, análisis y actuar in situ sobre diversas lesiones.

La terapéutica endoscópica tiene, en general, una elevada tasa de unos resultados satisfactorios, con menores riesgos que el tratamiento quirúrgico.

La efectuación de una endoscopia correctamente indicada va a conseguir el diagnóstico de la mayor parte de las enfermedades, lo que seguirá de un correcto tratamiento y seguimiento.

6 Bibliografía

1. Classen M, Tytgat G, Lightdale C, editors. Upper Gastrointestinal Endoscopy. In: Gastroenterological Endoscopy. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2010.
2. Cotton P, editor. Pediatric Gastrointestinal Endoscopy. In: Advanced Digestive Endoscopy: Practice and Safety. Melbourne: Blackwell Publishing; 2008.
3. Bordas JM, Herráiz M, Brullet E, editors. Utilidad de la anestesia tópica. Ed-imsafaríngea en endoscopia digestiva alta. In: Actualizaciones en Endoscopia Digestiva 1. Barcelona; 2012
4. Vargo JJ. Preparation for and complications of GI endoscopy. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 41.
5. Vázquez JL, editor. Endoscopia digestiva alta. In: Endoscopia digestiva. Diagnóstica y terapéutica. Madrid; Editorial Médica Panamericana: 2008.
6. Bartram MI, Misiewicz JJ, Cotton PB, Price AB, Thompson RP. Atlas de Gastroenterología. Ed. Medsi. Barcelona 1996. Tomos I-VIII.
7. Parajes JM. Temas actuales de Aparato Digestivo. Ed Astra. Barcelona 2000: 402. MSD Inmunología. Endo Ibd Imaging Project. 2014 Merck Sharp & Dohme de España, S.A.

Capítulo 157

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

JESÚS DÍAZ MORALES

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

ANGELA TARDIO LOPEZ

ANA GARCIA LUCAS

1 Introducción

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) provocan aproximadamente 5 millones de decesos anuales a nivel mundial. Esto hace que este problema de salud sea comparable a enfermedades como el SIDA, la malaria o la tuberculosis. Los TCE pueden tener lugar como consecuencia de hechos violentos (como un disparo, perforación del cráneo con arma blanca o cuchillo, tubo o bate) o accidentales (caídas, accidentes de tráfico).

Los TCE son muy frecuentes en la población geriátrica a consecuencia de las caídas. No obstante, la principal causa de TCE a nivel global son los accidentes de tráfico. Este problema también afecta de manera sensible a la población pediátrica o infantil. En ellos, los TCE pueden ser provocados debido a maltrato infantil, o por simples sacudidas.

En la población de entre 1-15 años, el TCE grave, causa un número importante de muertes y secuelas. La intensidad, el sitio, la duración y la dirección de la energía

ejercida, así como la forma en que la estructura craneoencefálica se ve sometida, determinará el grado de daño y lesión.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que los daños y consecuencias de salud que puede ocasionar en ciertos grupos poblacionales vulnerables, ya que pueden ser irreversibles e incluso fatales, sobre todo en los niños.

2 Objetivos

- Conocer el mecanismo por el que se produce un TCE en la población pediátrica.
- Conocer las complicaciones y secuelas que puede conllevar un TCE en la población pediátrica.

3 Metodología

Para el desarrollo del siguiente trabajo se llevó a cabo la búsqueda de información en diversos artículos y bases de datos científicas como Google académico, pubmed y SciELO. Se ha buscado con límite de idioma en español e inglés, y empleando como palabras clave “traumatismo”, “craneoencefálico”, “niños”, “población”, “pediátrica”. Se excluyeron aquellos en los que no se abordaba ningún aspecto relacionado con el grupo poblacional al que nos enfocamos en este capítulo.

4 Resultados

Se denomina TCE a cualquier alteración física o funcional producida por fuerzas mecánicas que actúan sobre el encéfalo o alguna de sus capas protectoras. El TCE en los niños es un motivo de consulta muy recurrente en las consultas de Urgencias, aunque la mayor parte de las mismas no conlleva consecuencias graves. Aún así, el TCE grave es la primera causa de muerte y discapacidad en la población infantil en países desarrollados. Los TCE aparecen con más asiduidad en varones de todos los grupos de edad, cuya diferencia incluso aumenta a partir de los 4 años.

La etiología de estos traumatismos suelen ser con mayor frecuencia las caídas. Los accidentes de tráfico, en cambio, son la segunda causa en frecuencia pero ocupan la primera en cuanto a lesiones graves y fallecimientos se refiere.

Como ya se ha dicho, otra causa de los TCE en los infantes es el maltrato. Esta causa es potencialmente grave y se da con mayor frecuencia en menores de dos

años. Su gravedad se debe a que se estima que alrededor de la mitad de los niños que sufren maltrato producen en ellos secuelas irreversibles o incluso la muerte. El daño causado por un TCE se clasifica en función de su mecanismo y momento de aparición:

- Daño cerebral primario. Resulta del impacto o golpe directo contra la región encefálica. Es instantáneo ya que tiene lugar al impactar. Incluyen la laceración y contusión cerebral, y las disrupciones vasculares y neuronales. Este tipo de lesiones resultan de difícil manejo, ya que probablemente requieran de intervención quirúrgica si ponen en compromiso la vida del paciente.
- Daño cerebral secundario: Son consecuencia de los procesos intracraneales y sistémicos que se dan a partir del daño cerebral primario. A nivel intracraneal incluyen edema cerebral, hemorragias intracraneales, o convulsiones. A nivel sistémico, incluyen alteraciones que ponen en compromiso la irrigación neuronal (hipotensión arterial, hipoxemia, hipercapnia o anemia). No aparecen de manera instantánea, sino que pueden surgir tras un periodo de tiempo variable tras el traumatismo. Se tratan de problemas prevenibles y tratables.

Según ciertos estudios, se demuestra que a partir de los dos años las manifestaciones físicas y los síntomas que se identifican con lesión intracraneal guardan gran similitud con los que se asocian a la lesión intracraneal del adulto. Estas manifestaciones pueden ser:

- Alteraciones de la conciencia.
- Signos neurológicos.
- Alteración de las funciones vitales. Suelen ceder en un corto espacio de tiempo. En caso contrario, pueden tratarse de signos de alarma.
- Otra sintomatología como vómitos o cefalea.

Los lactantes son especialmente sensibles, corren un alto riesgo de lesión intracraneal. Su forma de presentación puede ser imperceptible, incluso con ausencia de manifestaciones de alarma. En cambio, el riesgo se multiplica si aparecen signos de alteración de conciencia o focalidad neurológica.

5 Discusión-Conclusión

El TCE se puede considerar una de las lesiones más relevantes a nivel global dados sus altos índices, además de las consecuencias que puede ocasionar a corto, medio y largo plazo. Las complicaciones de la lesión variarán en función de la intensidad de la misma y la zona afectada, pudiendo acarrear desde consecuencias leves hasta las más graves o incluso la muerte.

Un traumatismo craneoencefálico grave es posible que conlleve un tiempo de recuperación prolongado, siempre dependiendo de cada caso, aunque hay que destacar que la mayoría de los TCE no son graves, con lo que no tienen consecuencias o secuelas irreversibles. En este contexto, resulta especialmente importante resaltar la gran importancia que representa la prevención y el tratamiento del TCE, por todo lo que supone en cuando a múltiples beneficios, ya no solo a nivel individual sino a nivel colectivo. Por ello, resulta imprescindible continuar trabajando en la disminución de su incidencia, de sus consecuencias y de la tasa de mortalidad por esta causa, con la finalidad de lograr la prevención de este trauma en el mayor número de casos posible.

6 Bibliografía

1. Garduño-Hernández, Florentino. (2008). Traumatismo craneoencefálico en niños: Mecanismos de la lesión primaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(2), 148-153.
2. Bravo Neira, A. G., Herrera Macera, S. P., Álvarez Ordoñez, W. J., & Delgado Conforme, W. A. (2019). Traumatismo Craneoencefálico: Importancia de su Prevención y Tratamiento. *RECIMUNDO*, 3(2), 467-483. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.467-483](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.467-483).
3. Palacio, J. M., Rojas, K., Balmaceda, B., Bustamante, A., Mogro, V., Cavallo, E., Durán, Y., Ulloa, C., Villarreal, P., Roopel, D., Jaimovich, R., Kenny, E., Rodríguez, E., Moreno, G., Truszkowski, M., Iolster, T., Bonetto, G., & Ciruzzi, S. (2019). Consenso Nacional de Enfermería sobre el manejo del niño con lesión cerebral por traumatismo de cráneo grave [National Nursing Consensus on management of severe traumatic brain injury in children]. *Archivos argentinos de pediatría*, 117(4), S157–S174. <https://doi.org/10.5546/aap.2019.S157>.
4. Martínez, I. M., & Minagorre, P. J. A. (2017). Manejo del traumatismo craneal pediátrico. *Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Urgencias Pediátricas*. Asociación Española de Pediatría. Madrid, España.

Capítulo 158

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UCI

MARIA LUISA FERNANDEZ GÓMEZ

1 Introducción

La UCI es una zona del hospital que se ubica de forma independiente pero que a su vez tiene un acceso rápido y directo del resto de los demás servicios del hospital. La UCI es un área del hospital donde se atienden a aquellos pacientes cuyo estado de salud es grave o pueden presentar complicaciones que requieren de una actuación inmediata. Aunque las ucis pueden variar mucho en forma, organización, protocolos, etc de un hospital a otro, reúnen unas características comunes: son espacios destinados al cuidado de pacientes en estado crítico, con personal muy cualificado y especializado y con recursos materiales altamente tecnológicos.

En la UCI se encuentra una serie de parámetros como son la división física de sus estancias divididas en:

1. Módulos generales: hay un número de camas equipadas con dispositivos propios, se atiende todo tipo de patologías que precisen soporte vital avanzado como las intoxicaciones, pancreatitis, politraumatismos, el coma, etc.
2. Módulos posoperatorios: aquí se ubican los postoperatorios de cirugías compleja, agresivas y que requieran una vigilancia precoz muy cercana.
3. Módulo de coronarias: también con una disponibilidad concreta de camas y que atenderán todas las patologías cardíacas agudas y las crónicas.
4. Módulo de trasplantes: son boxes aislados específicos para los enfermos que se hayan sometido a un trasplante y en estos se guardan unas normas de aislamiento muy específicas.

El personal facultativo de UCI está jerarquizado y es intensivista, ha sido formado específicamente para esta especialidad. Dentro del personal de enfermería donde se ubica el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), requiere también una formación y entrenamiento específico para trabajar en esta unidad, aunque no exista una especialidad reglada como tal. También existe un personal jerarquizado en el que existe un supervisor como responsable de enfermería.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del TCAE dentro del equipo de enfermería preparado en la UCI.
- Redactar las cualidades necesarias dentro de un equipo de salud.

3 Metodología

La elaboración del siguiente trabajo se llevó a cabo gracias al análisis de diversos repositorios científicos realizándose así una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: libro de cuidados básicos de enfermería y búsqueda en base de datos: Pubmed, Google Scholar y Scielo.

4 Resultados

Las funciones de el TCAE en la UCI, revisten especial importancia para los profesionales de la medicina como para los pacientes que se encuentran en condiciones de salud críticas y ven amenazadas sus vidas a causa de accidentes o como consecuencia de enfermedades crónicas. Ubicar el paciente en la cama que se le ha asignado, siempre vigilando el comportamiento de sus signos vitales, es lo primero que debe hacer el auxiliar de enfermería en la UCI. Luego debe:

- Realizar las labores de higiene de los pacientes en sus camas. Cambio de ropa y de ser necesario, cambios de postura o asistencia en sus necesidades fisiológicas.
- verificar la asepsia de los materiales y el instrumental utilizado en la atención médica de los pacientes como carros de paros, filtros de diálisis... todos estos instrumentos deben de ser lavados y desinfectados atendiendo los protocolos establecidos por el hospital.
- Garantizar las existencias mínimas necesarias de medicamentos, instrumentos y materiales para la debida atención del paciente.

- Asistir a la enfermera al médico en todos los procedimientos y técnicas que realicen
- Atender a los familiares del paciente, conducirlos por las instalaciones del hospital instruirlos sobre las normas de visita y estancia en el centro.
- Suministrar alimento a los pacientes que puedan ingerir por vía oral.
- Asear a los pacientes, afeitar , peinar y mantener en las mejores condiciones.

Vaciar diuresis:

- Cuando el paciente se va de alta, el TCAE tiene que recoger todo el material del box, tirar el fungible y limpiar el que no lo es. Una vez el servicio de limpieza ha limpiado el box, el TCAE vuelve a montar el box de forma que esté preparado para su uso.

El trabajo de un equipo de salud, tiene en común el cuidado del paciente, procurando hacerle su estancia más amena, tanto en el ambiente como en el alivio de sus dolencias, ya sean físicas o psíquicas.

Para realizar correctamente esta labor, requiere:

- Formalidad, cumpliendo con seriedad y puntualidad sus obligaciones, tanto a nivel del paciente como de los compañeros.
- Consideración: tratando al paciente con amabilidad y teniendo en cuenta sus sentimientos físicos y emocionales.
- Amabilidad: trato agradable con el paciente, controlándose su estado emotivo y sensaciones.
- Empatía: procurando ver las cosas desde el punto de vista del paciente y ponerse en su lugar.
- Integridad: es preciso que tanto los compañeros como los pacientes puedan depositar su confianza, que se traduce en una mayor eficacia.
- Respeto: el paciente, tiene unos derechos, valores, sentimientos y creencias, que se deben respetar y no someterlos a juicio.

El TCAE debe cumplir con exactitud las ordenes e instrucciones de sus superiores.

Cooperación: predisposición a ayudar al resto del equipo, que permite un trabajo de mayor calidad.

Entusiasmo, delicadeza, paciencia y discreción, son bases en el ejercicio de su profesión.

El auxiliar de enfermería debe ser una persona práctica y ordenada, siguiendo un método en su trabajo, que le permitirá un mayor rendimiento.

5 Discusión-Conclusión

Lo que consigue un TCAE con el correcto uso de sus funciones es identificar los conocimientos específicos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital para una buena labor profesional y buena atención a los pacientes usuarios, identificar los distintos tipos de procedimientos, así como conocer los procesos de actuación en cada uno de ellos, describir la organización de la unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta tanto la estructura física, como los recursos humanos, los recursos materiales y la recepción del paciente e identificar los pasos a seguir para la toma adecuada de constantes vitales y su registro.

Es importante familiarizarse con el entorno en el que vas a trabajar, sobre todo con el equipamiento tecnológico (respiradores, carros de parada, etc) que no son habituales en otras unidades, pero que aquí debemos conocerlos bien.

6 Bibliografía

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

Capítulo 159

EL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

JENNIFER CALATRAVA AUGUSTO

RAQUEL MADRID MARTINEZ

MARIA DEL CARMEN AUGUSTO AUGUSTO

1 Introducción

El servicio de urgencias de un hospital es una zona hospitalaria que proporciona atención inmediata sin distinción a todos los usuarios que así lo requieran tanto medica como quirúrgica.

Puesto qué es atención inmediata como ya hemos mencionado, no requiere de cita previa y se puede acudir siempre qué de esta forma lo necesite.

Esta área necesita de un triaje pues los usuarios que acuden han de necesitar de múltiples servicios en base a las necesidades qué así requieran su atención, además esto nos será de utilidad para verificar y así dar preferencia a unos u otros en base a la gravedad y necesidad que presentan los mismos.

Esta área presenta una imperiosa necesidad de coordinación, pues como ya hemos indicado muchos usuarios requieren de una atención inmediata por un equipo compuesto por diferentes sanitarios qué trabajen al unísono para darle la atención que necesita.

Uno de los componentes de ese equipo multidisciplinar es el TCAE, y es precisamente de esto en lo que nos vamos a basar en discernir en este capítulo.

En este apartado también vamos a hablar de la ética profesional; vulgarmente hablando, el secreto profesional; debiendo respetarse en todo momento la intim-

idad del paciente, y también manteniendo en secreto las confidencias que pueda tener el paciente con el auxiliar de enfermería como por ejemplo: en las enfermedades de declaración obligatorias o algún paciente que pueda haber sufrido malos tratos en algún momento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el área de urgencias, así como todas sus dependencias.

Objetivos secundarios:

- Manejar la manera de trabajo en la misma, así como dominar el triaje que presenta.
- Ser capaz de conocer antes de poner en practica las distintas funcionalidades y responsabilidades que el TCAE presenta en esta área del hospital.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos realizado una rigurosa búsqueda para obtener información acerca del tema que vamos a tratar, para ello hemos empleado claves de búsqueda tales como, “TCAE”, “URGENCIAS”, “FUNCIONES” ... entre otras, en la herramienta que nos ha sido de gran utilidad, Google Academy. Además, mencionamos Google Translate pues a sido la herramienta con la que hemos traducido la información que nos ha proporcionado la búsqueda, pues mucha de ella se nos ha dado en otros idiomas que no eran el castellano.

4 Resultados

Tras finalizar la búsqueda realizada y transformar al castellano la misma, hemos procedido a un cribado para declinar aquella que no nos era de utilidad, de ese cribado hemos procedido a crear la siguiente sinterización en la que hemos querido basar este capítulo. En el siguiente apartado se hablará del papel del TCAE en este servicio.

Funciones y responsabiades del tcae en el area de urgencias:

- Transportar al paciente, inmovilizándole si fuera necesario. En el caso de que necesitará ayuda para estas actuaciones siempre dispondrá de un celador.

- Preparar al paciente para las exploraciones, pruebas diagnósticas y/o tratamientos.
- Recoger las pertenencias del paciente y guardarlas donde proceda.
- Toma de constantes
- Limpieza y desinfección de los equipos, así como de los utensilios que se emplean en el área.
- Reposición de todo lo que se dispensa en la misma.
- Proporcionar al paciente ayuda en todo momento, para higiene, alimentación, toma de medicamentos vía oral y rectal, movilizaciones... etc.
- Colaborar con el equipo de enfermería en todo lo que así haya pautado el médico.
- Tramitar la gestión de muestras que se le soliciten al paciente y llevarlas donde proceda ya sea al laboratorio directamente o mediante tubos internos.
- Mantener la equipación y el material necesario en los boxes.
- Informar de todo lo que respecte al funcionamiento del hospital tanto a pacientes como a familiares.
- Proporcionar apoyo moral, e intentar empatizar con todos los usuarios.
- Mantener las cuñas y botellas en perfecto estado para su uso.
- Vigilancia de sondas y mantenimiento de las mismas, pidiendo la colaboración de la enfermera cuando así se requiera.
- Ayuda al equipo de enfermería, si fuese necesario.
- Enviar mediante, los tubos internos del hospital; las muestras necesarias al laboratorio. En caso de que el análisis de la muestra sea urgente deberá ser el propio técnico en cuidados auxiliares de enfermería el que lo lleva.

5 Discusión-Conclusión

En este artículo, se ha hablado del papel que tiene el auxiliar de enfermería en urgencias, viendo en el apartado de resultados, cual sería las prácticas mas comunes a realizar por el auxiliar de enfermería en su día a día.

También se puede llegar a la conclusión del rol del auxiliar de enfermería con los pacientes de urgencias, siendo éstos los que primero atienden al paciente nada mas llegar e intentan hacerles la estancia mas amena. Se puede llegar a la conclusión de que el auxiliar de enfermería es en esta unidad tan imprescindible como el resto de compañeros sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>.
2. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/amp/>.
3. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias>.
4. <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2011/09/la-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias.html>.
5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tcae-ante-el-paciente-con-ictus-en-el-servicio-de-urgencias-y-la-unidad-de-ictus/>.

Capítulo 160

LA UCI Y EL TCAE

BELÉN LORENZO GARCÍA

1 Introducción

La UCI es la Unidad de Cuidados Intensivos. Es un área del hospital o centro de atención médica en que se brinda atención a pacientes que presenten problemas de salud con riesgo de muerte inminente y que por lo tanto precisan de una atención constante y especial.

En la Unidad de Cuidados Intensivos se llevan a cabo múltiples pruebas al paciente con el fin de dictaminar un tratamiento a seguir. Debido a ello cada habitación está equipada con un material concreto de atención, entre algunos de estos materiales se encuentra:

- Monitor de constantes vitales.
- Soporte de oxígeno.
- Bombas de fusión para la administración de medicación, sueros o nutrición.
- Maquinas de diálisis.

Dentro de este área existe un equipo multidisciplinar que trabaja en sintonía con el fin de brindar a los pacientes el mejor servicio y calidad posible. En el equipo multidisciplinar que acabamos de nombrar hay médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores y otros profesionales.

Con este capítulo se quiere definir correctamente las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, y por lo tanto ver lo importante que son estos profesionales en las actuaciones que se llevan a cabo allí.

2 Objetivos

Definir las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital.

3 Metodología

Para definir correctamente las funciones de los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de información en páginas como Medline o Google Académico utilizando como palabras clave "TCAE", "funciones", "UCI".

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tienen múltiples funciones a realizar en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dichas funciones son las siguientes:

- Acomodar al paciente en la habitación y cama en la que se le haya ubicado a la entrada a la unidad. Explicarle al paciente (dentro de lo posible) todo lo relacionado con la habitación y su estancia, así como recoger las dudas que puedan surgirle de cara a que se encuentre cómodo y seguro.
- Limpiar y esterilizar todo el material e instrumental que se vaya a utilizar.
- Recibir la comida, comprobar la dieta y repartir las comidas de manera correcta. También ayudará a los pacientes que no puedan comer por sí solos a hacerlo. Posteriormente dejará la habitación recogida.
- Realización del aseo diario y cambio de sábanas. Para la realización de esta tarea contará con ayuda de otros TCAES, celadores y enfermeros, de cara a realizar los cambios posturales necesarios para la realización del aseo y cambio de sábanas y proceder a las curas en caso de que sea necesario.
- Llevar un control del material que hay en stock en boxes y almacenes, para reponer en caso de que sea necesario el material que falte.
- Vigilar las posibles alteraciones que puedan ir surgiendo (inquietudes del paciente, alteraciones en las constantes vitales...) y ponerlas en conocimiento del personal de enfermería para que lo valoren de manera más precisa.
- Llevar un control de diuresis y prestar ayuda si precisa en la realización del paciente para necesidades fisiológicas (acompañar al baño, acercar la botella/cuña...).
- Colaborar en la colocación y preparación de medicamentos junto con el Auxiliar de Farmacia.

- Colaborar en las técnicas que vayan a realizar el médico y/o enfermero.
- Reponer el carro de lencería para que nunca falte lo necesario para llevar a cabo la higiene diaria.
- Administración de medicación por vía oral y rectal. Dicha función siempre debe ser bajo indicación del enfermero o médico.
- Cuando el paciente abandone su estancia allí, deberá preparar la habitación para un nuevo paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión cabe destacar que el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es igual de importante que el de cualquier profesional que trabaje en la Unidad de Cuidados Intensivos, y abarca muchísimas más funciones de las que la mayoría de las personas puedan llegar a pensar.

Un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería no solamente realiza la higiene del paciente, sino que se encarga de otras muchas funciones. Es uno de los profesionales que más tiempo pasa con el paciente, y su observación y acompañamiento al paciente es clave para detectar de la manera más rápida las posibles complicaciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 161

PACIENTES CRÍTICOS: NUTRICIÓN ENTERAL

BELÉN LORENZO GARCÍA

1 Introducción

Los pacientes críticos son aquellos pacientes que sufren o presentan una inestabilidad orgánica, estructural o funcional y están en situación de riesgo vital real o potencial, o bien que sufren un fallo de uno o más de un órgano vital.

La evaluación del estado nutricional de un paciente crítico debe ser un trabajo minucioso para valorar las necesidades que presente el paciente en los diferentes momentos. Una correcta nutrición en todos los tipos de pacientes pero en especial en los pacientes críticos ha demostrado unos beneficios notables en la cicatrización, menos morbilidad, menor riesgo de infecciones, menor tiempo de hospitalización, mayor funcionalidad muscular, aumento de energía entre otras.

Para no llegar a la malnutrición existen múltiples alternativas en el caso de los pacientes críticos, que por lo general tienen problemas para alimentarse correctamente:

- Nutrición parenteral (NPT). Es una forma de alimentación que rodea el tracto gastrointestinal. Se suministra directamente a la sangre mediante un catéter (IV) intravenoso (jeringa en vena) una fórmula especial que le proporciona al paciente la mayoría de los nutrientes que el cuerpo necesita como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.
- La Nutrición Enteral (NE). Es un soporte nutricional que consiste en la administración completa del alimento directamente al aparato digestivo mediante una sonda.

2 Objetivos

- Conocer la nutrición enteral como alternativa de nutrición en un paciente crítico.
- Conocer y aprender las técnicas de administración de la nutrición enteral.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha recogido, analizado y sintetizado información de fuentes como Medline y Google Académico.

También me he servido de la experiencia que me ha otorgado trabajar en diferentes residencias en las que varios de los pacientes precisaban de estos tipos de nutrición.

4 Resultados

La nutrición enteral, es un tipo de nutrición en la que el paciente recibe el alimento directamente al estómago mediante una sonda. Puede ser de manera permanente o durante un periodo de tiempo determinado hasta que el paciente pueda comer normal otra vez.

La nutrición por sonda se puede realizar de diferentes maneras:

- Con sonda nasogástrica. Este tipo de sonda va desde la nariz hasta el estómago.
- Con sonda nasointestinal. Este tipo de sonda va desde la nariz hasta el intestino directamente.
- Gastrostomía. Es cuando la sonda se coloca directamente a través de la piel al estómago.
- Yeyunostomía. La sonda se coloca a través de la piel hacia el yeyuno.
- Faringostomía. La sonda va a través de la piel hacia la faringe.

Existen diferentes tipos de material para la sonda y diferentes calibres, y esto dependerá del tipo de nutrición y del paciente a tratar.

La técnica se realiza de la siguiente manera:

- Se coloca al paciente en posición sentada o semisentada.
- Lavado de manos.
- Preparación de la nutrición enteral. Debe estar a temperatura ambiente. Y dejar a mano también la jeringa con la que vamos a realizar la técnica, demás material (gasas, esparadrapo, etc).

- Comprobar mediante aspiración el contenido gástrico antes de cada toma y si es mayor de ml se debe suspender la toma.
- Administrar la nutrición despacio. El tiempo mínimo de aplicación debe ser de 15 minutos (existen bombas de infusión que permite regular de forma exacta, segura y correcta la velocidad de infusión).
- Lavar la sonda introduciendo 50 ml de agua.
- Cambiar gasa y esparadrapo de fijación.
- Dejar al paciente en la misma posición de sentado o semisentado mínimo 1 hora y media o 2 horas después.
- Lavar la jeringa después de la toma.

También existen otros tipos de cuidados relacionados con la nutrición enteral que hay que tener en cuenta:

- Lavado de boca y dientes al menos dos veces al día.
- Mantener los orificios nasales limpios e hidratados.
- Mantener la sonda y la piel que la rodea limpia y en perfecto estado, así como observar que no haya alteraciones.

5 Discusión-Conclusión

Cuando la nutrición por los canales normales es inviable y es necesario buscar una alternativa, la nutrición enteral es la que permitirá una correcta nutrición con las menos complicaciones posibles.

Dicha alimentación debe ser prescrita por el personal correspondiente y debe ir acorde a las necesidades del paciente y su evolución. No es una medida definitiva, sino que puede estar sujeta a cambios en el paciente.

La correcta administración de la nutrición parenteral y llevar a cabo la técnica de manera minuciosa es tan importante como la nutrición en si misma, puesto que una mala administración puede desencadenar en otros problemas de salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 162

TCAE Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARIA JESÚS VICENTE SÁNCHEZ

ANA MARIA ROMERO HERNANDEZ

LOURDES MARÍA NÚÑEZ GIL

GEMA JIMENEZ SÁNCHEZ

ANGELITA LOPEZ SANTOS

1 Introducción

Según varios estudios las UPP es a día de hoy un problema bastante grande y su prevención no está considerada como una prioridad, afecta mayormente a personas mayores pero también afectan a personas más jóvenes.

Los TCAE con el paso del tiempo se ha convertido un pilar fundamental para el trato y prevención de éstas úlceras.

Las UPP provienen de la inmovilidad de una persona con lo cual, una persona de avanzada edad tiene un riesgo alto en sufrir UPP.

A parte de la inmovilidad del paciente hay otros factores como por ejemplo la incontinencia, la diabetes, la pérdida de peso y las infecciones.

Las UPP generan cantidades de problemas como podrían ser las infecciones, el dolor, retrasar la recuperación de nuestro paciente y en los peores de los casos, el aumento de mortalidad.

Se debe tener un protocolo a seguir para las UPP en todos los centros residenciales y hospitales.

El TCAE desempeña un papel súper importante a la hora de prevenir este tipo de úlceras, como por ejemplo serían el buen aseo de la piel, la hidratación, buena alimentación y lo más importante realizar los cambios posturales cada dos horas con puntos de apoyo como almohadas, cuñas, cojines etc.

Las úlceras más habituales se desarrollan en sacro 40%, talones 20%, tuberosidad isquiática 15 % y cadera 10 %.

Hay varios estadios en las upp: estadio I, estadio II, estadio III, estadio IV.

Serán explicados a lo largo de este trabajo de forma más detallada.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa las úlceras por presión y la actuación del TCAE ante 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una vez tengamos claros los objetivos a seguir y el protocolo que tenemos para las UPP debemos actuar para evitar su aparición y si ya hubiesen aparecido debemos actuar para lograr que se sanen.

Como ya se sabe, las úlceras por presión son lesiones en la integridad de la piel que se localiza por la muerte de los tejidos por la falta de circulación de la sangre, son producidas en las zonas de apoyo, como las caderas, sacro, talones, codos, tobillos etc.

Son debidas principalmente por una falta de oxígeno de la piel y la ausencia de nutrientes como consecuencia de falta de sangre y de una presión constante en un mismo punto de apoyo del paciente.

Como bien hemos nombrado antes hay varios estadios de los cuales hablaremos de manera breve para reconocer en que estadio se puede encontrar las UPP de nuestros pacientes.

Estadio I: La piel se enrojece, no suele cambiar el color de la piel, suele desaparecer la rojez si se deja descansar el punto de apoyo.

Afecta a la epidermis y no suele ser dolorosa.

Estadio II: Afecta a la epidermis y a la dermis, pueden aparecer ampollas en la epidermis y en la parte superior de la dermis, la piel se agrieta.

Estadio III: Supone la pérdida del grosor de la piel, implicando dolor y necrosis de la piel pudiéndose extenderse hacia dentro, afecta a la hipodermis y es una lesión muy dolorosa.

Estadio IV: Pérdida del grosor completo de la piel con destrucción extensa con tejido necrótico que daña el músculo, hueso, tendones etc.

Una vez que sabemos todas las fases de una UPP es cuando los TCAE podemos diferenciar que tipo de upp presenta nuestro paciente y a saber diferenciarlas.

Es de vital importancia que la alimentación sea muy equilibrada, con muchos nutrientes y alta en proteínas, con ello ayudamos a disminuir la aparición de upp.

Es súper importante también la buena higiene de la piel y secar muy bien la piel, sobre todo los pliegues.

Aplicar crema hidratante a diario y realizar los cambios posturales cada dos horas, para la realización de esos cambios posturales necesitaremos cuñas, almohada y cojines para la comodidad de nuestro paciente y evitar que su punto de apoyo sea alguna zona de su cuerpo.

Debemos fijarnos en cada parte del cuerpo de nuestros pacientes por si tuviese algún síntoma de principio de upp, para avisar a la enfermera o médico y evitar que vaya a más.

Las UPP afectan a un 9,1% a los pacientes que son atendidos en sus domicilios, a un 8,91% para pacientes atendidos en hospitales y a un 10,9% de los pacientes ingresados en residencias de mayores.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos:

- Mantener buena higiene de la piel pues cuanto más limpia y seca esté la piel menos riesgos de UPP hay.
- Hidratación de la piel, de vital importancia aplicar crema hidratante a nuestros pacientes para evitar grietas en la piel.
- Cambios posturales cada dos horas.
- Evitar masajes en las zonas afectadas para no generar más daño en la piel.
- Buena alimentación e hidratación.

Es muy importante todos estos pasos a seguir, pues cuanto antes se pare la aparición de la UPP antes se cura el paciente, cada día a la hora del aseo debemos observar muy bien cada punto de apoyo y no olvidarnos nunca de los cambios posturales.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-auxiliar-de-enfermeria-tcae/>.
2. <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>.

Capítulo 163

TCAE EN PEDIATRIA

JENNIFER CALATRAVA AUGUSTO

RAQUEL MADRID MARTINEZ

MARIA DEL CARMEN AUGUSTO AUGUSTO

1 Introducción

Pediatría es aquella rama de la medicina enfocada a la salud y enfermedad de los niños, esta comprende desde el nacimiento hasta la adolescencia de los mismos, es decir presta atención completa, hasta los 14 años de edad.

La atención pediátrica se da en 6 áreas de un hospital, urgencias, oncología, cuidados intensivos, neonatología, consulta externa, y hospitalización.

Este capítulo lo centraremos en la última área mencionada, y lo enfocaremos en el papel del TCAE en la misma.

Esta unidad está organizada y planificada con un plan estructurado y encaminado al correcto desarrollo y recuperación del niño y a la mayor brevedad posible para que esta etapa de su vida afecte lo menos posible al resto de etapas de la misma. Además de las cosas más importantes para una mejor recuperación del niño está el proporcionarle confort y bienestar al mismo y a sus familiares, y es ahí donde el TCAE comienza su duro esfuerzo para conseguirlo sin olvidar sus funciones clínicas.

Este trabajo, no lo lleva a cabo solo, en esta unidad trabajan en cooperación un gran equipo multidisciplinar, pediatras, psicólogos, y un excelente equipo de Enfermería. Además, para una atención integral tienen una estrecha relación con subespecialidades tanto medicas como quirúrgicas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer algunas de las principales funciones a desarrollar en el área de hospitalización pediátrica.

Objetivos secundarios:

- Tener nociones sociales tan primordiales como necesarias de adquirir previas al trato con el paciente.
- Conocer las distintas estancias hospitalarias de las que consta la unidad para una mejor agilización del trabajo en lo que se verá beneficiado el desarrollo del equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, hemos realizado un laborioso trabajo de investigación, perspicaz y exhaustivo en una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar, utilizando herramientas de la literatura científica existente y testimonios veraces de trabajadores anónimos que voluntariamente han querido colaborar, contando experiencias propias que nos han sido de gran utilidad para la elaboración de este.

La principal herramienta de búsqueda ha sido Google academy entre otras.

4 Resultados

Tras la búsqueda ya mencionada y finalizada la misma hemos procedido a cribarla para obtener de ella la sinterización que desarrollaremos a continuación, además también nos hemos detenido a hacer una traducción al castellano ya que la información obtenida de la búsqueda se nos proporcionaba en varios idiomas para ello nos ha sido de gran utilidad la herramienta Google translate.

Conclusión del papel del TCAE en pediatría:

En la unidad de pediatría el TCAE proporcionará atención constante a los usuarios, como si de sus propios hijos se tratase, y más en los casos en los que ninguno de los progenitores pueda estar con ellos 24h.

Su atención no es únicamente clínica, si no también, moral, intentará que la estancia del niño en el hospital suponga un juego, para que ese tiempo que tenga que permanecer en el mismo no afecte negativamente a su desarrollo psicosocial, emocional o cognitivo.

Por la parte clínica, desarrollara funciones comunes a otras unidades:

- Comprobar pulseras de identificación, solicitándolas al servicio de Admisión, en caso necesario.
- Hacer biberones a demanda.
- Recoger y registrar datos de ingesta, deposiciones, diuresis, drenajes etc.
- Informará al resto del equipo de todo lo concerniente al niño.
- Acompañará a la enfermera para colaborarle en todas sus funciones.
- Se encargará de la higiene de la cama, así como la del niño en el caso de que los progenitores no puedan por cualquier motivo.
- Se encargará de depositar las muestras donde corresponda, la ropa recogida de ropa sucia y reposición de la misma, así como de entregar la alimentación y ayudar con la misma en el caso de que sus progenitores la necesiten.
- Reposición del material del carro de curas.

Por otro lado está la parte emocional y moral, en el estado normal de evolución de la niñez se desarrolla en casa y en el colegio, ahora el niño tendrá ambas cosas en el hospital, además el trastorno de horarios, alimentación u otros muchos factores que se modifican en el hospital pueden afectar de manera negativa al niño, como ya hemos mencionado anteriormente, por lo que es el TCAE junto con el equipo de psicólogos, psiquiatras... etc. el que se encarga de paliar estos cambios, desarrollando empatía, comprensión, facilitando y normalizando las actividades diarias y estableciendo con el niño de manera dinámica las mismas, para qué así no interprete la situación como castigo.

Además, no nos olvidamos de mencionar el lado familiar, el apoyo emocional que el TCAE proporciona a los mismos facilita el proceso de ingreso, y ayuda a los padres en esos momentos tan duros como difíciles. Proporcionar esa tranquilidad y confianza será una llave para la cooperación de sanitarios-familiares, que facilitará y agilizará la correcta recuperación y la mejora del estado de salud del niño.

5 Discusión-Conclusión

Tras una ardua búsqueda y haciendo balance de todo lo encontrado en diferentes fuentes de información, se puede decir que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel mas que importante en esta unidad, siendo el primero en recibirlos cuando llegan a la unidad, cuidarlos, a veces alimentarlos, hasta que abandonan la estancia.

También se puede señalar la empatía que el auxiliar de enfermería debe tener con el paciente, ya que en esta unidad, al ser de niños, el trato va a ser mas cercano

al familiar que al propio paciente, haciéndoles que la estancia sea mas llevadera.

6 Bibliografía

1. <https://www.campustraining.es/cursos/salud/auxiliar-pediatrica/funciones/#::text=Ayuda%20en%20la%20funci%C3%B3n%20de,de%20habitaciones%20y%20de%20incubadoras.>
2. [https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-pediatricos/.](https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-pediatricos/)
3. [https://www.censanidad.com/cursos/personal-sanitario/auxiliares-enfermeria/cuidados-paciente-pediatrico/.](https://www.censanidad.com/cursos/personal-sanitario/auxiliares-enfermeria/cuidados-paciente-pediatrico/)

Capítulo 164

NUTRICION ENTERAL Y EL PAPEL DEL TCAE EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN

JENNIFER CALATRAVA AUGUSTO

RAQUEL MADRID MARTINEZ

MARIA DEL CARMEN AUGUSTO AUGUSTO

1 Introducción

La alimentación es una de las 14 necesidades básicas contempladas por Virginia Henderson en su modelo conceptual de los cuidados de enfermería. Por esto la nutrición enteral sirve de gran ayuda para los pacientes que por diversos problemas no pueden alimentarse ellos solos.

La alimentación enteral es una ayuda técnica artificial para poder administrar nutrientes directamente en el aparato digestivo y de esta manera mejorar el estado nutricional del paciente.

Hay varias maneras diferentes de administrar nutrición enteral:

Administración intermitente; es la más parecida a la habitual y es permitido en pacientes con el tracto digestivo sano:

- Jeringa: utilizada sobre todo en el domicilio por ser más cómodo y sencillo.
- Gravedad: se infunde de manera más lento y por lo general es el mejor tolerado ya que te permite graduar la velocidad del alimento mediante el sistema.
- Administración por bomba: este método permite administrar la nutrición con exactitud, ya que permite regular la velocidad y tiempo.

Administración continua; esta técnica consiste en administrar la dieta sin interrupción ni dilación, puede hacerse a lo largo del día cada 12-16 horas, o por la noche, dependiendo de las necesidades del paciente y lo pautado por el facultativo. Se administra mediante las siguientes técnicas:

No quirúrgica:

- Sonda nasogástrica- desde la nariz hasta al estómago.
- Sonda nasoduodenal- desde la nariz y llega hasta el duodeno.
- Sonda nasoyeyunal- desde la nariz y llega hasta el yeyuno.

Quirúrgica:

- Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) o gastrostomía quirúrgica: se implanta directamente una sonda de silicona en el estómago saliendo al exterior por la pared del mismo.
- Yeyunostomía endoscópica percutánea (PEJ) o implementación de una sonda quirúrgica al yeyuno: se implanta directamente una sonda de silicona al yeyuno. En este tipo de alimentación los distintos alimentos a utilizar son:

- Dietas preparada con alimentos naturales.
- Dietas comerciales, ya preparadas de farmacia a base de homogeneizados o alimentos naturales.
- Dietas de fórmula que se utiliza en algunos casos dependiendo de las características del paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la práctica a realizar, así como los materiales necesarios.

Objetivos secundarios:

- Identificar el objetivo a conseguir realizando esta práctica.
- Poder reconocer las posibles complicaciones que puedan suceder.
- Estar a disposición del equipo de enfermería para así poder tener un buen ambiente de trabajo.

3 Metodología

Para la realización de este artículo se ha realizado una búsqueda exhaustiva corroborando cada artículo encontrado y declinando posibles fallos que no tengan nada que ver para la realización de esta práctica. Para ello los métodos de buscas

utilizados han sido Google académico, revistas científicas, así como protocolos de actuación de diferentes hospitales.

4 Resultados

Una vez realizado el capítulo se llega a la conclusión de cual es el papel fundamental del auxiliar de enfermería en esta práctica.

Cuidados básicos de enfermería a tener en cuenta por el TCAE en este procedimiento:

- Nos lavaremos las manos y pondremos guantes.
- Se coloca al paciente en semifowler cubriéndole el pecho con una toalla o babero para mantener la mayor limpieza posible.
- Se realizará limpieza bucal.
- A continuación nos cambiamos los guantes y comprobamos que la sonda esta bien colocada.
- Se aspira un poco de contenido gástrico antes de cada toma para así comprobar que todo esta bien.
- Se lava la sonda con 50ml de agua.
- Comprobamos la temperatura del alimento, que siempre debe estar a temperatura ambiente y administramos mediante la sonda. Se hace de manera lenta dependiendo de la cantidad de alimento; entre unos 15-20 minutos. La sonda a la hora de la administración debe estar elevada unos 20 grados por encima del paciente.
- Terminada la administración de alimentos se pondrán 50ml de agua para evitar que la sonda se obstruya.
- Se recoge el material empleado.
- El paciente permanecerá en semifowler minimo 30 minutos (o más dependiendo de cada uno) hasta que haga la digestión. Se quedará acomodado antes de que el TCAE salga de la habitación.
- Nos retiramos los guantes e higienizamos las manos.

Otras pautas a tener en cuenta son:

- Mantener siempre en posición Fowler o Semifowler en cada administración y después de ellas para una buena digestión
- Mover la sonda, girándola, para que no se pegue a la piel de paciente y pueda provocarle alguna lesión.
- Comprobaremos siempre la permeabilidad de la sonda (cada 4-6 horas), administrando unos 50 ml de agua cada vez.

- Observaremos antes de cada toma si hay residuo gástrico en la sonda, y si es así se avisará al facultativo para que lo valore.
- La limpieza de la bomba de infusión es muy importante, y la comprobación por turno de la misma también.
- Se cambiará diariamente el esparadrapo de sujeción de la sonda, manteniéndolo limpio en todo momento
- Hacer las limpiezas orales de los pacientes para evitar infecciones, así como mantener la parte externa de la sonda.
- En el caso del estoma, comprobar diariamente la piel comprobando que no tenga rojeces, irritaciones, secreciones; en caso de que se así avisar siempre al facultativo.
- Lavar el estoma con agua tibia y dejar secar, echando antiséptico después de cada limpieza. (los 15 primeros días).
- Siempre se evitara el contacto con el suelo de los sistemas de suero, ya que pueden provocar complicaciones a este tipo de paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras una exhaustiva búsqueda se ha podido deducir cual es el papel del auxiliar de enfermería en esta práctica, siendo en ocasiones las manos del graduado en enfermería debido a la gran ayuda que le aporta en todo momento.

También se ha podido comprobar la labor no solo laboral, sino también la humanitaria que el auxiliar de enfermería realiza, siendo este el que explica y tranquiliza en el momento de realizar la tarea al mismo paciente.

También se puede ver como el auxiliar de enfermería posee las habilidades suficientes para poder realizar la ayuda de la colocación de la sonda nasogástrica, así como saber en todo momento cuando hay alguna complicación en la realización de la misma.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/administracion-nutricion-enteral-tcae/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-de-la-nutricion-enteral-en-las-unidades-de-criticos/>.
3. <https://revistamedica.com/nutricion-enteral-ventajas-cuidados-enfermeria-complicaciones/>.

Capítulo 165

TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

SHEILA FERNÁNDEZ LAGO

1 Introducción

El aumento de la demanda de la atención sanitaria de urgencia ha hecho que la saturación de estos servicios se convierta en un problema a nivel mundial que afecta a la calidad de la asistencia sanitaria. Por ello, se ha visto la necesidad de establecer un sistema de clasificación de pacientes estandarizado para asignar a cada uno un nivel de prioridad.

El triaje es una manera de priorizar la atención de los pacientes, basado en una breve evaluación donde se asigna un nivel de gravedad y se le informa del tiempo aproximado que le espera para su atención médica y para que pueda tener una orientación.

Según la Asociación Médica Americana (AMA) “urgencia” es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

“Emergencia” es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano y se diferencia de la urgencia en el tiempo de atención, ya que la emergencia precisa una respuesta especializada en minutos porque supone un riesgo vital a corto plazo, mientras que la urgencia puede demorar su atención hasta horas.

2 Objetivos

Reconocer las principales complicaciones que pueden provocarle la muerte a pacientes que han sufrido un accidente de este tipo. describir la lesión que le ocurre a la persona.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Búsqueda de información de artículos científicos relacionados, libros y protocolos de diversos hospitales. Las palabras que se han utilizado para la búsqueda de la información fueron: urgencias, enfermos, protocolo gravedad, además de apuntes del ciclo de TCAE de año 2020.

4 Resultados

Los sistemas de triaje de urgencias presentan una serie de ventajas que se exponen a continuación:

- Evitar la demora y colapsos en la atención a pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida frente a aquellos que presentan patologías banales o leves.
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de pacientes que acuden a la unidad de urgencias y detectar sus principales problemas de salud.
- Reducir los niveles de ansiedad del enfermo y su familia mediante una atención sanitaria.
- Aumentar la información del paciente sobre su situación real durante su espera, sobre todo en aquellos que presentan patologías leves que tendrán una espera más larga.
- Garantizar una buena gestión de los recursos, tanto físicos como humanos, mediante la designación de qué área y qué grupo está mejor preparado en cada momento para el tratamiento de una determinada patología.
- Permiten salvar vidas, detectando y actuando con rapidez.

Cualquier sistema estructurado de triaje debe cumplir los siguientes principios:

- Contar con cinco niveles de priorización y un programa informático que permita la clasificación de los pacientes dentro de ellos y que ayude en la decisión clínica.

- Debe ser un triaje realizado por el personal de enfermería pero no excluyente, es decir, que prima la urgencia del paciente sobre la organización del personal de urgencias, pudiendo ser realizado por personal médico en caso necesario.
- Poseer indicadores de calidad, fiabilidad, validez, utilidad, relevancia y aplicabilidad.
- Permitir su uso tanto en ámbito hospitalario como extrahospitalario y ser aplicable a niños y adultos (3,4,11).

Los objetivos de un sistema de triaje estructurado efectivo son los siguientes:

- Identificar a los pacientes que se encuentran en un estado de riesgo vital.
- Priorizar la atención en función del nivel de clasificación.
- Clasificar a los pacientes dentro del área más apropiada en un periodo máximo de 3 minutos.
- Informar sobre el proceso asistencial al paciente y sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

El triaje se convierte en un instrumento muy valioso de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio de urgencias, colaborando en la eficiencia del servicio y aportando un orden, lo más justo en la asistencia, basado en la urgencia o gravedad de los pacientes. Al margen de disminuir el riesgo de estos, este sistema aumenta la satisfacción de los usuarios y de los profesionales y racionaliza el consumo de recursos, colaborando en la mejora de la calidad global del servicio de urgencias.

Cualquier sistema de triaje estructurado se ha de basar en una escala de priorización útil, válida y reproducible para todo tipo de paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 166

CASO CLINICO: CARDIOMIOPATIA DILATADA

ANA MARÍA CALVIÑO URÍA

1 Introducción

Cardiomiopatía es el término que se utiliza para las enfermedades del músculo cardíaco. Estas hacen que aumente el tamaño del corazón, y lo hacen más grueso y rígido. Puede pasar también que el tejido cicatrizante reemplace el tejido muscular.

Hay personas que no se dan cuenta de que tienen esta enfermedad, pero hay casos en los que el corazón no es capaz de bombear sangre a todo el cuerpo y conlleva a ciertos problemas más graves como pueden ser:

- Insuficiencia cardíaca.
- Ritmos anormales cardíacos.
- Paro cardíaco.

También pueden causar esta enfermedad: los infartos, la hipertensión arterial, algunas infecciones y otras enfermedades. Pueden ser también de origen hereditario.

Las cardiomiopatías pueden ser de varios tipos:

- Cardiomiopatía dilatada: es la más común, afecta a las cavidades debilitando las paredes del corazón.
- Cardiomiopatía hipertrófica: produce un engrosamiento de las paredes del corazón. Es principalmente una enfermedad hereditaria.
- Cardiomiopatía restrictiva: es poco común. Restringe la capacidad del corazón para estirarse adecuadamente, limitando la cantidad de sangre que entra en las cavidades.

- Cardiomiopatía isquémica: cuando una arteria que va al corazón se estrecha u obstruye momentáneamente y no deja que llegue sangre rica en oxígeno, produciendo una isquemia cardiaca. Puede producir dolor aunque muchas veces no lo hace, es lo que llaman “isquemia silenciosa”. Se puede deber a una enfermedad arterial coronaria o un ataque cardiaco.
- Displasia arritmogénica del ventrículo derecho: enfermedad poco común. Es cuando el tejido muscular cardiaco del ventrículo derecho se muere y es sustituido por tejido cicatricial.

2 Objetivos

Lograr encontrar el problema de salud del paciente y dar con el tipo de cardiomiopatía que presenta para poder darle tratamiento y pueda tener una buena calidad de vida o unos cuidados satisfactorios.

3 Caso clínico

Varón de 50 años, acude al servicio de cardiología derivado por su médico de cabecera, considerando la hipertensión por parte del padre, viendo que presenta en el momento de la visita la tensión arterial elevada, que se ha mantenido así, durante 15 días y un importante edema, en las piernas y tobillo izquierdo.

En el momento de la visita a nuestro servicio el paciente presenta otros síntomas como; tos, fatiga y refiere que al realizar ejercicio nota más la falta de aire. Comenta que últimamente orina con menos frecuencia y pocas cantidades. Bebe de 1.5 a 2 litros diarios de agua.

Antecedentes familiares:

- Madre: neoplasia tiroidea y endometrial.
- Padre: hipertensión arterial y diabetes tipo I.

Antecedentes personales:

- No hábitos tóxicos.
- Hernia discal L4-L5.
- Limpieza subacromial izquierda.
- Hemorroidectomía.
- Analgesia ocasional con Vimovo y Zaldiar. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración:

- Tensión arterial: 130/88.
- Estado nutricional normal.

- Ritmo cardiaco: 100 lpm, sin soplos.
- Edemas en ambas piernas, tobillo y se observa también a nivel abdominal.

Se le realiza ECG en el que se observa solamente una taquicardia y extrasístoles ventriculares. Hemograma y bioquímica normales, con alteración en las transaminasas y en la gamma- glutamiltransferasa.

En la radiografía de tórax se observa cardiomegalia y liquido en los pulmones lo que indica una insuficiencia cardiaca.

Dadas las pruebas y resultados obtenidos, se llega a la conclusión de que el paciente presenta una cardiomiopatía dilatada, por lo que se empieza con tratamiento para controlar la hipertensión arterial, se le ponen diuréticos y anticoagulantes.

Se le cita dentro de dos meses para valorar la evolución del paciente con el tratamiento que se le pauta. En caso de que los síntomas aumenten o note algún tipo de empeoramiento se le recomienda acudir al servicio de urgencias.

No se descarta cirugía según evolución, para colocación de un marcapasos biven-tricular, que será valorado en siguientes visitas a nuestro servicio.

4 Discusión-Conclusión

Una cuidadosa historia clínica junto con un examen físico, electrocardiograma y radiografía de tórax, son las principales claves para determinar las cardiomiopatías, ya que son métodos no invasivos y eficaces en la detección de este tipo de enfermedad.

Cuando ya tenemos el diagnostico en el que se identifica, de que tipo es la cardiomiopatía y la situación en la que nos hallemos, las recomendaciones básicas y no menos importantes además del adecuado tratamiento, es el llevar un estilo de vida saludable evitando el consumo de alcohol, fumar, el uso de sustancias ilegales, mantener una dieta baja en sal, buenos hábitos de descanso, realizar ejercicio regularmente, mantener un peso saludable y controlar el estrés.

Las personas con cardiomiopatías dilatadas pueden tener una vida plena y satisfactoria manteniendo todos los cuidados y revisiones que tengan por prescripción médica.

5 Bibliografía

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

Capítulo 167

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

REBECA GONZÁLEZ MENESES

CRISTINA CRESPO PEREZ

ROCIO CANO

JORGE IVÁN CERRO PARRA

MONICA INFANTE MORA

1 Introducción

Las consultas externas por definición, podemos decir que son los actos médicos ejecutados de forma ambulatoria, aquí se ofrece un tratamiento, exploración física y un seguimiento constante al paciente a partir de su historia clínica.

Las consultas externas, normalmente, suelen estar juntas en un mismo espacio, hay consultas de todas las especialidades, es decir, es un servicio polivalente ya que hay consultas de traumatología, ginecología, dermatología, neurología, neumología, cardiología...

Es un servicio muy importante, ya que permite el seguimiento de los pacientes ambulatorios, como de los pacientes hospitalizados en ese centro hospitalario, y además podemos añadir que sirve de conexión entre los servicios de urgencias.

Las consultas externas tiene que ser un servicio que se encuentre en una continua evolución sanitaria, para ofrecer el mejor trato y ofrecer las necesidades mas aptas a los enfermos.

Suele haber de dos a tres consultas por especialidad, a parte de una sala de espera donde se localizan a los pacientes que tiene cita.

Las consultas están compuestas por un médico y un TCAE.

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las consultas, es de asistir al médico cuando este lo necesite, se encontrará dentro de la consulta junto con el médico, entonces el TCAE ofrecerá al paciente lo que el médico le ordene o simplemente acatará las órdenes que el médico le haya mandado.

2 Objetivos

Vamos a explicar en qué consiste la labor de los TCAES en el servicio polivalente (consultas externas) para que le día de mañana esta publicación sirva de ayuda a las nuevas generaciones de TCAE.

3 Metodología

Para la obtención de este capítulo, consistente en una revisión bibliográfica, hemos obtenido la información en las siguientes páginas webs: Scielo, Auxiliar-enfermería, Medline.

Además de poder contrastar la información obtenida con los siguientes centros hospitalarios: Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Las palabras claves más utilizadas han sido: TCAE, Enfermo, Consultas.

4 Resultados

Para explicar las funciones de los TCAE, nos vamos a centrar en tres tipos de consultas, vamos a hablar de la consulta de dermatología, la consulta de endocrinología y la consulta de ginecología.

Empezamos por la consulta de dermatología, en esta consulta el TCAE se responsabiliza de agrupar los volantes de los enfermos cuando estos entran a la consulta.

Los TCAES los llaman por el nombre y los apellidos, eso sí, siempre y cuando el médico lo ordene.

Una vez dentro de la consulta los TCAE ayuda a los enfermos a adaptarse en la camilla de exploración, para que el médico pueda comprobar las patologías que el enfermo presenta.

El TCAE debe de prestar especial atención y estar atento a lo que el médico le pueda pedir.

Ordenará y entregará los papeles al pSaciente que el médico le haya dado, por ejemplo: recetas, informes...

El tace deberá conservar en buen estado la consulta, colocará los objetos que no esté en su sitio y comprobará que no falte material en la consulta.

Seguiremos explicando las funciones del TCAE en la consulta de endocrinología, ya que no son las mismas.

Aquí los TCAE medirán y tallarán a los enfermos.

En estas consultas, llegarán enfermos con diabetes, será el TCAE el encargado de realizarles la prueba de la glucemia antes entrar a la consulta, esto sirve para medir los niveles de azúcar en sangre.

Los TCAES deberán comprobar los volantes para ver si se ha realizado la prueba de la hemoglobina glucosilada, en caso de que no la tenga realizada, se la hará la TCAE en la consulta.

Los TCAES deberán preparar y organizar las consultas del día siguiente, ordenando las historias y los volantes.

Auxiliarán al médico y al enfermo en lo que necesiten ambos.

Por último, explicaremos cuales son las funciones del TCAE en la consulta de ginecología.

En estas consultas, los TCAES serán los encargados de tomarle los signos vitales a las pacientes, ya que esta prueba ofrece información muy importante sobre la salud de la mamá y sobre el bebé.

Las TCAES ayudarán a las futuras mamás a acomodarse en la camilla, les colocarán una sábana para que no se manchen con el gel especial del ecógrafo.

Les ordenarán al médico el historial clínico de cada paciente por hora.

Cooperará con el médico en lo que este necesite.

Les informará a las pacientes a ser cuidadosas con la higiene íntima, para poder evitar posibles infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos comprobado las tareas que realizan los TCAE en las distintas consultas del centro hospitalario, son dentro de lo que cabe muy parecidas, pero cabe destacar que una cosa si tienen en común, y es que el TCAE siempre será el primer sanitario que tome contacto con el paciente y solo por eso ya es una labor muy importante, ya que su profesión es atender las necesidades que le puedan surgir a los enfermos.

Otra labor muy importante es la de dar ayuda a las personas siempre que lo necesiten, ya sean los paciente o los médicos y las enfermeras.

Por ellos los TCAE deben de ser personas cariñosas, amables, pacientes y sobre todo atentas con los enfermos.

6 Bibliografía

1. (S/f-d). Ivo.es. Recuperado el 22 de septiembre de 2022, de https://www.ivo.es/wp-content/uploads/2021/03/IVO_Guia-Paciente-Hospitalizado_1a.pdf.
2. (S/f-c). Fjd.es. Recuperado el 22 de septiembre de 2022, de https://www.fjd.es/es/pacientes-visitantes/recomendaciones/folletos-informativos.ficheros/34394-manual_acogida_privados_cfjd_20_10_2011.pdf.
3. (S/f-a). Eldiario.es. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de https://www.eldiario.es/castilla-la-mancha/celadores-profesion-riesgo-primer-linea-contacto-directo-pacientes_1_6228568.html.

Capítulo 168

LA INSOLACIÓN Y EL GOLPE DE CALOR

CRISTINA GARCIA QUINTANA

1 Introducción

Las enfermedades relacionadas con el calor como “golpe de calor” y la insolación ocurren cuando el cuerpo no puede regular adecuadamente su temperatura; a medida que la temperatura del aire aumenta, el cuerpo se mantiene fresco cuando su sudor se evapora. En días calurosos y húmedos, la evaporación del sudor se hace más lenta por el aumento de la humedad en el ambiente. Cuando el sudor no es suficiente para bajar la temperatura, esta sube y pueden aparecer problemas de salud; la forma más habitual se produce por exceso de exposición al sol, es la insolación.

El golpe de calor se considera una emergencia médica ya que la temperatura corporal sube por encima de 40°, provocando alteraciones del sistema nervioso central como consecuencia de que el cuerpo no puede regular ese aumento en la temperatura. Se produce en ambientes calurosos afectando a todas aquellas personas que realizan alguna actividad física extrema en condiciones de temperatura y humedad nocivos y que no contemplan medidas de prevención como pueden ser, escoger otras horas del día, una buena hidratación... etc. Quizás los mas vulnerables sean ancianos y niños.

En el caso de la insolación, la causa principal es la acción directa de los rayos del sol en el cuerpo. Se podría entender como un golpe de calor en el que la fuente proviene del sol.

El aspecto común de ambos trastornos es la incapacidad del organismos para regular la temperatura, es decir, para disipar más calor del que recibe y regresar a su

temperatura normal; ahora bien, en el golpe de calor la causa es la alta temperatura corporal que alcanza el organismo, mientras que en la insolación la causa es la alta temperatura que alcanza el organismo por la exposición al sol.

2 Objetivos

Conocer las causas, principales factores de riesgo, así como los síntomas y forma de actuación ante una insolación y un golpe de calor. Destacar los beneficios de una buena prevención ante estas situaciones relacionadas con el calor.

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 síntomas más frecuentes de una insolación suelen ser: la sudoración excesiva, dolor de cabeza, cansancio, náuseas, visión borrosa, y en ocasiones se puede perder el conocimiento; a pesar de que estos síntomas parecen leves y ceden con el tiempo, la insolación puede tener varios riesgos graves para la salud, siendo los principales: quemaduras de segundo o tercer grado, aumentando el riesgo de infección, deshidratación, vómitos, diarrea y alteraciones nerviosas.

Es importante que la persona permanezca en un lugar ventilado y sin sol, así como beber abundantes líquidos para evitar deshidratarse; además, es importante, aplicar una crema hidratante o loción post exposición solar sobre el cuerpo, siempre que las quemaduras no sean importantes y tomar un baño con agua fría, ya que ayuda a regular la temperatura del cuerpo y a disminuir los riesgos relacionados con la insolación. En los casos en que los síntomas no mejoren es importante acudir al hospital para que realice una evaluación y pueda aplicarse el tratamiento adecuado.

El tratamiento del golpe de calor supone una urgencia vital, ya que su mortalidad es menor si se consigue el enfriamiento del paciente lo antes posible; por

ello es muy importante diagnosticar precozmente el síndrome, y sospecharlo en cualquier enfermo con fiebre alta y alteración neurológica si ha estado expuesto al calor. Cualquiera puede sufrir un golpe de calor, pero hay varios factores que aumentan el riesgo: la edad, esfuerzos en un clima caluroso, la exposición repentina a este, la falta de aire acondicionado, ciertos medicamentos, algunas enfermedades crónicas, la obesidad o el sedentarismo. En la mayoría de los casos en que ocurren estas complicaciones, los afectados no son conscientes de la gravedad que puede acarrear esa exposición directa al sol o al calor.

5 Discusión-Conclusión

El golpe de calor y la insolación se pueden predecir y evitar, tomando una serie de medidas para evitar su manifestación durante el tiempo de calor (usando vestimentas holgadas, protegiéndose contra las quemaduras del sol, bebiendo líquidos para mantenerse hidratados, tomando precauciones adicionales con determinados medicamentos, tomándose las cosas con calma durante los momentos más calurosos del día, programando el ejercicio o el trabajo físico para los momentos más frescos, será una buena prevención ante estas situaciones relacionadas con el calor).

Las consecuencias de la ola de calor sobre nuestra salud son muy variadas, pueden oscilar desde unos cuadros banales hasta poner en grave compromiso la vida, por ello es importante que sepamos diferenciarlas y tomemos las adecuadas precauciones para evitarlas.

6 Bibliografía

1. Clínica Ayala. Primeros auxilios.
2. Eduardo González. Cinfasalud. Golpe de calor 2020.

Capítulo 169

LAS LABORES QUE DEBEN DE REALIZAR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN GENERAL

REBECA GONZÁLEZ MENESES

CRISTINA CRESPO PEREZ

ROCIO CANO

JORGE IVÁN CERRO PARRA

MONICA INFANTE MORA

1 Introducción

La enfermería es la ciencia que instruye sobre el cuidado de la salud de las personas.

Desde hace mucho tiempo ya, este empleo es valorado como disciplina científica. La profesión de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, surge en la década de los cuarenta, y surge porque había una gran necesidad en los hospitales y porque había mucha escasez de enfermeras y no se llegaba a realizar todo el trabajo.

Más o menos sobre el año 1960, el ministerio de sanidad, conocido hoy en día como tal, (antiguamente se llamaba el ministerio de gobernación), crea la figura de auxiliar de clínica.

Gracias al real decreto 546/1995, de 7 de abril, se instaura el título de técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), gracias a ese título, los TCAES pasan a formar parte del grupo de enfermería y se encuentran bajo su control, y de forma independiente, ayudan y cuidan las necesidades tanto fisiológicas como psicológicas de los pacientes de manera diaria.

Ellas se encargan de ofrecer ayuda a los pacientes que no puedan realizar una vida diaria normal, ya que necesitan ayuda para realizar alguna que otra actividad, como por ejemplo: el comer solo, el realizar el aseo él solo, etc.

2 Objetivos

Nuestro principal objetivo con este capítulo es demostrar las funciones que el TCAE debe de realizar de manera diaria, además también queremos que sirva de ayuda para los futuros TCAES.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, hemos utilizado varias fuentes de información, las primeras las hemos obtenido de las páginas webs: Scielo, Medline, Auxiliar- enfermería, Fp- santagema.

Además hemos contrastado la información con el siguiente hospital: Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Las palabras más utilizadas han sido: TCAE, Labores, enfermos.

4 Resultados

Vamos a describir cuáles son las funciones de los TCAES, deben de cumplir una serie de cuidados en conjunto con el personal de enfermería, vamos a especificar, cuáles son esas tareas:

Efectuarán el aseo a los pacientes, siempre y cuando estos pacientes sean dependientes, en caso de que sean independientes, les dejarán en su mesilla, la esponja, el gel y un camisón limpio para que ellos mismos se puedan asear.

Realizarán el cambio de sábanas de todas las camas de la planta, y recogerán las sabanas sucias y las meterán en un carro de sucio.

Llevarán la comida a los pacientes, en caso de que algún paciente necesite ayuda a la hora de comer, los TCAES le ayudarán, una vez que hayan terminado los

pacientes, serán los encargados de recoger las bandejas de la comida y devolverlas al carro de cocina.

Cooperarán junto con la enfermera en la distribución de la medicación, puede ser tanto por vía oral como por vía rectal.

Cooperarán con el equipo de enfermería a anotar los datos termométricos de los pacientes.

Repartirán las botellas o las cuñas a los pacientes que las necesiten, una vez hayan terminado los pacientes, los TCAES serán los encargados de recogerlas de nuevo, limpiarlas y desinfectarlas y dejarlas en su sitio.

Organizarán y catalogarán la lencería de su planta y la almacenarán en el sitio correspondiente.

Recargarán de manera diaria el carro de curas de su planta, además deberán limpiarlo y desinfectarlo, y si encontrasen algún desperfecto en él, lo comunicarán de inmediato a su supervisor.

Efectuarán el rasurado de vello en los pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente, solo rasurarán la zona que tienen que intervenir, en caso de que el enfermo llegue de su casa rasurado, el TCAE solo deberá comprobar si está bien realizado.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que el TCAE es la persona que tiene que cuidar a los enfermos, vigila constantemente que los enfermos puedan descansar por la noche y siempre está en alerta por si el enfermo tiene cualquier cambio en su estado físico, vigilando de cerca y muy meticulosamente todo su cuerpo para poder localizar algún signo o síntoma importante que le aparezca.

El TCAE es la persona que auxilia a los enfermos en las actividades básicas que ellos necesitan día a día, interesándose por el estado anímico del enfermo, y tratará de hacer feliz al enfermo en el tiempo que dure su estancia, ya sea en un hospital de día, en un hospital o en su propia casa.

La labor de TCAE está formada por un gran grupo humano, ya que cuando se presentan las situaciones complicadas, son los TCAES los que viven de primera mano las patologías y enfermedades que sufren cada uno de los enfermos, pero también se alegran y disfrutan con la mejoría de los pacientes, además los TCAES siempre les darán un consejo a los pacientes, para que dentro de sus patologías puedan tener una alta calidad de vida.

6 Bibliografía

1. 20minutos. (2020, junio 23). ¿Qué es un TCAE y cuáles son sus funciones? 20minutos. <https://www.20minutos.es/noticia/4301567/0/que-es-un-tcae-cuales-son-sus-funciones/>.
2. (S/f-b). Congresosfnn.com. Recuperado el 19 de septiembre de 2022, de https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-08_5e3dfa6907f31_funcionesdeltcaeenlaunidaddeurgencias.pdf.
3. (S/f-d). Ivo.es. Recuperado el 22 de septiembre de 2022, de https://www.ivo.es/wp-content/uploads/2021/03/IVO_Guia-Paciente-Hospitalizado_1a.pdf.

Capítulo 170

EL PACIENTE DE PSIQUIATRÍA Y LAS LABORES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

REBECA GONZÁLEZ MENESES

CRISTINA CRESPO PEREZ

ROCIO CANO

JORGE IVÁN CERRO PARRA

MONICA INFANTE MORA

1 Introducción

Las enfermedades mentales o trastornos mentales son una modificación de tipo sensitivo, cognitivo y de conducta del sujeto que provoca que no pueda realizar una vida cotidiana de forma normal.

La unidad de psiquiatría se dedica a escuchar aquellas preocupaciones que están relacionadas con la salud mental, estos problemas se pueden producir de forma aguda o de forma crónica, estos son algunos ejemplos de las enfermedades mentales: bipolaridad, esquizofrenia, trastorno de la personalidad, ansiedad, depresión, brotes psicóticos, estrés...

Las modificaciones mentales en el sujeto ocasionan alteraciones en su vida y en su entorno (familia, amigos, etc.), el proceso de curación y el proceso de rehabilitación del paciente, a veces suele ser demasiado largo y pesado, tanto para el enfermo, familiares y a cercanos y también es un poco pesado para los expertos que lo están llevando.

En las agrupaciones terapéuticas de salud mental se localizan grupos pequeños de entre 16 y 31 enfermos con un trastorno mental, que pueden ser graves, crónicos o simplemente transitorios, que precisan una estancia que puede ser larga o media en un régimen de ingreso total.

En este tipo de servicios se realizan actividades dirigidas a la reinserción del sujeto, con ayuda de tratamientos farmacológicos, consultas con un rehabilitador, programas psicoterapéuticos, además de enseñar a estos sujetos a saber llevar los problemas sociales que le puedan surgir.

En este tipo de servicios, nos encontraremos un gran equipo multidisciplinar de sanitarios, normalmente suelen estar formados por: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores de enfermería con la especialidad de salud mental, médicos psiquiatras, trabajadores sociales, personal de seguridad, etc.

Las agrupaciones terapéuticas suelen estar alejadas de los centros hospitalarios, aunque si están institucionalizados y dependiendo de la comunidad autónoma en la que se encuentre, serán administrados por una institución u otra.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo, es el informar de las labores que realizan los TCAES en la unidad de psiquiatría o en los centros psiquiátricos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, hemos obtenido la información de las siguientes páginas webs: Scielo, Medline, Auxiliar-Enfermería, Escuela postgrado de Medicina y Sanidad.

También hemos extraído información de los siguientes centros hospitalarios: Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Las palabras más utilizadas son: TCAE, enfermo, unidad.

4 Resultados

Vamos a explicar las funciones que tienen que realizar los Tcaes en el servicio de psiquiatría:

Acompañarán y observarán a los enfermos dentro de todas las habitaciones del servicio, pero poniendo más atención a las puertas de entrada y salida, los patios que contenga el servicio o los puntos donde pueda existir riesgo de caída.

Auxiliarán a los enfermos que necesiten ir al cuarto de baño, necesiten hacer cambios de pañales o ropa, ya que pueden tener incontinencia.

Aceptarán las llamadas y visitas de los familiares de los enfermos.

Guardarán los objetos o pertenencias que decidan donar los familiares o agrupaciones de asociaciones para los enfermos.

Recordarán a los enfermos autónomos que se deben de asear y cambiar de ropa diariamente.

Los TCAES irán junto con los enfermos a las consultas médicas que estos tengan, los acompañarán también en caso de que deban de realizar alguna compra, tengan salidas recreativas, puedan salir a pasear...

Deberán controlar las temperaturas de las neveras y de los hornos.

Conservarán la limpieza y el orden dentro de la unidad del centro sanitario en el que se encuentren.

Notificarán al supervisor, cualquier incidencia, o desperfecto que se puedan encontrar en las instalaciones o en el material.

Intervendrán en los conflictos de los internos, siempre para intentar resolverlos.

Se informarán en cada turno de trabajo, los cambios o anotaciones que hayan podido poner sus compañeros de enfermería, sobre cambios de medicación de los enfermos, las posibles citas en consulta que tengan los enfermos, las incidencias que haya habido en ese turno.

Auxiliar a los enfermos que sean dependientes a la hora de la comida, a la hora del aseo...

Organizarán los carros de la ropa limpia y de la ropa sucia.

Observarán que todos los enfermos salgan de sus habitaciones a las horas de la comida, merienda y cena.

Ayudarán a los enfermos a recoger el salón- comedor después de cada comida y después de cada cena.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAES son el personal encargado de suministrar la asistencia al enfermo durante el aseo, auxiliándolo a cubrir las necesidades básicas que los pacientes necesitan como: la higiene, la comida, el sueño...

En este tipo de servicios, como lo es el servicio de alud mental, su labor es más importante de lo que parece, ya que tiene un vínculo tan estrecho con el enfermo, y para el paciente este tipo de instalaciones es lo más parecido a su casa y su "familiar" más cercano son los TCAES, entonces ellos saben que forman parte de la vida diaria del enfermo.

Los TCAES deben de cumplir las normas y protocolos que los especialistas ponen a cada uno de los enfermos, además deberán comunicar de manera inmediata al personal de enfermería cualquier cambio, ellos vean en los enfermos.

Es aquí donde nos podemos dar cuenta de la importancia que tienen las funciones de los TCAES en esta unidad, además también queremos subrayar lo importante que es que los TCAES conozcan los diferentes perfiles de los enfermos, porque así ellos mismos podrán ajustarse a las necesidades que tengan los pacientes y así mostrar una atención personalizada para cada uno de ellos.

6 Bibliografía

1. 20minutos. (2020, junio 23). ¿Qué es un TCAE y cuáles son sus funciones? 20minutos. <https://www.20minutos.es/noticia/4301567/0/que-es-un-tcae-cuales-son-sus-funciones/>.
2. (S/f-b). Congresosfnn.com. Recuperado el 19 de septiembre de 2022, de https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-08_5e3dfa6907f31_funcionesdeltcaeenlaunidaddeurgencias.pdf.
3. (S/f-d). Ivo.es. Recuperado el 22 de septiembre de 2022, de https://www.ivo.es/wp-content/uploads/2021/03/IVO_Guia-Paciente-Hospitalizado_1a.pdf

Capítulo 171

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA IMPORTANCIA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN MEDIANTE LA ENTREVISTA

MARÍA DEL PILAR MILLÁN GÓMEZ

CRISTINA SARAIBA RECIO

ELIANA BASTIDAS LUGO

ALEXANDER ARANGO ARBOLEDA

MARÍA INÉS MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El objetivo fundamental de la entrevista de enfermería es la obtención de información sobre el estado de salud de la persona, para que, junto con el resto de las valoraciones de enfermería, se pueda llevar a cabo la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería. Los elementos clave para una comunicación eficaz en la entrevista con el paciente/familia, son observar, escuchar y aceptar.

Se concreta en sí, la entrevista, como un diálogo entre dos o más individuo, “cara a cara” con unos objetivos claros y previamente establecidos.

Desde las perspectivas de la enfermería, la entrevista es un intercambio de información entre dos o más individuos, donde el entrevistador es el que encamina la entrevista, efectuando cuestiones encauzadas a la obtención de información.

La técnica consistente en repetir el mensaje de un modo resumido para confirmarlo, se denomina paráfrasis.

Es una técnica flexible de obtención de datos porque permite:

- Redundar las preguntas con otras palabras.
- Ampliar preguntas.
- Esclarecer sobre la marcha la información que no es comprendida.
- Seguir los temas atrayentes a medida que se ocasionan.
- Cambiar el camino de preguntas.

En la entrevista se debe controlar:

- El trazado de cuestiones inconvenientes.
- La confusión del interpelado por preguntas mal formuladas.
- El irse de un tema a otro.
- La amenaza que el entrevistado concibe al plantearle temas excesivamente personales, lo que puede provocar “cierres”.
- La obtención de las respuestas que el entrevistador “quiere oír”.

2 Objetivos

Describir las tipologías de entrevistas, exponer, a su vez, la guía para encaminar una entrevista y poder efectuar una correcta ejecución por parte de los profesionales de enfermería.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de cuidados al paciente hospitalizado, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tipologías de entrevista.

1. De investigación.

Se pretende acopiar información relevante para la solución de algún problema de investigación.

2. De intervención.

Se pretende recabar información sobre la problemática actual del sujeto y observar en ellos las relaciones existentes con su historia personal. Puede ser:

2.1. Por sus fines:

- Diagnósticas.

Se acomodan a conseguir la mayor cantidad de información para poder establecer las causas/relaciones en torno al posible origen de un problema.

- De tratamiento.

Se encaminan a conseguir cambios significativos en la situación actual del sujeto.

2.2. Por su estructura:

- Estructurada.

Si la información recabada se basa en una cuidadosa planificación respecto al asunto evaluado.

- Semiestructurada.

Si la información recabada se hace de una forma más flexible y abierta que en el caso anterior, pudiendo el entrevistador tener libertad para alterar el orden y la forma de las preguntas.

- Libre o abierta.

Si no hay un programa previamente establecido, quedando el contenido, el orden y la forma de las preguntas a criterio del entrevistador. Permite al entrevistador una mayor libertad para conducir la información hacia aquellos aspectos más significativos que facilitan más la comprensión de la situación. Requiere entrevistadores expertos.

Guías para conducir una entrevista.

1. Prepararse previamente.

La elección de la tipología de entrevista a efectuar, en lo que a estructura se refiere, depende de los propósitos que se persigan en la misma.

2. Establecer un rapport o informe.

Comenzar por un tema que no sea percibido por el entrevistado como conflictivo o amenazante. Ser amistoso y mantener un tono general positivo que facilite la comunicación fluida con el entrevistado.

3. Conducir al entrevistado.

Facilitar las respuestas a las preguntas mediante su reformulación cuando no sean suficientemente comprendidas, ayudándole a salir de los bloqueos, abreviando la sensación de amenaza y manteniendo un clima de receptividad que

ayude al entrevistado a contestar a las preguntas que se le hacen.

4. Registrar la información.

Conviene anotar los aspectos más trascendentales obtenidos con el fin de que la información no se haga imprecisa. Esto ayuda al entrevistador a sintetizar la información y hacer resúmenes.

5. Saber finalizar.

Indicadores para poner fin a una entrevista son el haber acabado las preguntas, no tener nada más que decir, cuando el entrevistado guarda un silencio excesivo o cambia de tema, o cuando se muestra hostil o solo responde con monosílabos.

5 Discusión-Conclusión

De una correcta entrevista va a depender por lo que observamos en el artículo y llegamos a la conclusión de que el entrevistador debe poseer ciertas habilidades, para obtener la información, necesaria para una correcta atención y hacer sentir al paciente escuchado, en cuanto a estas habilidades serían las de, saber escuchar activamente, Debemos mostrar interés, y desde nuestros cometidos, saber crear clima grato y de confianza, Nunca se debe caer en el error de efectuar juicios o incluso de interrumpir o dar soluciones antes de tiempo, se tendrá que permitir que el entrevistado pueda expresar su rechazo y por supuesto, observar atentamente al interlocutor.

6 Bibliografía

1. Arroba Basanta ML. Taller de entrevista clínica. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 junio [citado 2022 mayo 08]; 14 (Suplemento 22): 105-111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200016&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200016>.
2. <https://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num005/inferm.html>.
3. <https://www.unir.net/salud/revista/entrevista-clinica/>.
4. Campo-Cabal Gerardo, Álvarez Jennifer, Morales Aura Marcela. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. rev.colomb.psiquiater. [Internet]. diciembre de 2006 [citado el 7 de mayo de 2022]; 35(4): 547-569. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000400008&lng=en.

Capítulo 172

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS DE LOS FAMILIARES

CRISTINA SARAIBA RECIO

MARÍA DEL PILAR MILLÁN GÓMEZ

ELIANA BASTIDAS LUGO

ALEXANDER ARANGO ARBOLEDA

MARÍA INÉS MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La familia es considerada como una organización grupal cada una con sus características particulares.

Un conjunto es un sistema organizado de dos o más individuos que interrelacionan y que:

- Llevan a cabo alguna función.
- Cada sujeto tiene su estatus y su rol.
- Poseen un conjunto de normas que regulan la conveniente función del conjunto y de cada sujeto.

La familia es el conjunto primario por excelencia en el que predomina la afectividad. Es el sistema intermedio que conecta el sistema social con el individuo, es decir, ejerce de vehículo socializador. La entrada en él es voluntaria por parte de

la pareja, esta es involuntaria en el suceso de los hijos. La salida de este conjunto es dificultosa, incluso extrema (muerte, divorcio, abandono, etc.). Debe tenerse en consideración que tanto en la formación, modificación o ruptura, se origina un grado de reestructuración del sistema, que precisa de tiempos de adaptación, que incluso puede no producirse.

La interacción de los sujetos se caracteriza por su intensidad y complejidad. Cada conjunto familiar establece y desarrolla su propia normativa que regula las interacciones entre sus sujetos. Existen unos rituales (cumpleaños, celebraciones, etc.) que sirven para mantener la unión.

Particularidades del conjunto familiar.

- Estructura formal de roles con patrones culturales propios y muy definidos.
- Intensidad e intimidad en las relaciones.
- Puntos de encuentro nexos diferentes a otros conjuntos (consanguinidad).
- Permanencia de tiempo prolongado, aun cuando se experimenten variaciones.

2 Objetivos

- Describir a través de este artículo las Consecuencias de la patología del enfermo que puede tener en el conjunto familiar, con lo que muchas veces se verán sobrepasados con la situación y ahí es donde interviene el profesional de enfermería en especial el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería al ser el que tiene el trato más cercano con el enfermo y su familia.
- Conocer las consecuencias de la patología en el conjunto familiar.

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

Consecuencias de la patología en el conjunto familiar:

1. Dificultades familiares y crisis.

2. Peso específico de la madre en el papel cuidador.

3. Incremento de crisis y desestructuración si la enferma es la madre.

4. Separación del sujeto del ámbito familiar si es que existe hospitalización, con alteraciones de la vida diaria y angustia por la situación de su familiar enfermo.

En todo el proceso de la patología es ineludible tener presente al conjunto familiar pues, en la mayoría de las ocasiones se produce una desestructuración del mismo, siendo el conjunto más importante de pertenencia del enfermo.

El profesional de enfermería es quien suele tener un trato más asiduo con la familia y quien posee más a mano los medios para encauzar positivamente su actuación. La observación del cuadro familiar, el modo en que se presenta el inicio de la relación, lo que expresan y lo que callan, cómo lo expresan y qué actitudes poseen, constituye un excelente instrumento a la hora de detectar las reacciones ansiosas básicas predominantes y, de entre ellas, cuál es la que el enfermo puede manejar por sí solo o precisa ayuda.

La familia posee un peso específico en la recuperación y adaptación del enfermo, en función de sus actitudes: colaboración, rechazo del proceso o del enfermo, superprotección, etc.

Es frecuente cometer dos errores con la familia:

Considerar secundarias sus expresiones y sus actitudes, prevaleciendo las del enfermo.

Separar sendas fuentes de información afrontándolas como si fuesen procesos diferentes.

En la relación familiar logramos encontrarnos con reacciones adversas hacia el equipo sanitario con una comunicación desplazada contra el médico con quejas sobre él o contra el profesional de enfermería.

En ocasiones la familia muestra celos del profesional de enfermería. ¿Quién va a cuidarle mejor que nosotros? En este suceso hay que conseguir que entienda que afectivamente, quien más cariño le va a proporcionar es la familia, pero que técnicamente ella no está preparada y que, si es preciso, será adiestrada para ello. Una forma de aliviar la sensación de culpabilidad que puede sentir la familia por dejar al enfermo al cuidado del profesional de enfermería es que puedan cooperar en los cuidados del enfermo.

La función del profesional de enfermería es prestar cuidados. Debemos cuidar al enfermo y su familia, no como dos conceptos separados sino como un todo.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir y opinar que es de grandísima importancia el papel que cumple el profesional de enfermería y en especial el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería a la hora de saber lidiar con las situaciones que derivan de la patología del enfermo en lo que respecta a las percepciones y situaciones en las que los familiares se pueden encontrar, las cuales además, de ansiedad y estrés por la situación, se les añade la culpabilidad y el miedo, de no poder cuidar a su familiar por diversos motivos, pudiendo ser estos por compromisos con familiares que dejaron en casa o por motivos laborales y que tiene que dejarlo en nuestras manos la de los profesionales sanitarios, debemos ante estas situaciones crear el clima de confianza además, de que sepan y tengan la percepción de que pueden estar tranquilos, aunque ellos no estén presentes, que sus familiares enfermos estarán bien cuidados.

6 Bibliografía

1. Duque Delgado Laura, Rincón Elvira Encarnación Elena, León Gómez Victoria Eugenia. Apoyo emocional de las familias a los enfermos en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. Ene. [Internet]. 2020 [citado 2022 Mayo 08] ; 14(3): e14308. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es. Epub 05-Abr-2021.
2. <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19-poblacion/ayuda-psicologica-enfermos-familiares-afectados-covid-19>.
3. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del enfermo en situación crítica. Enferm. globo [Internet]. 2011 Oct [citado 2022 Mayo 08] ; 10 (24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400009&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400009>.
4. <https://psicologiaencancer.com/es/tengo-un-familiar-con-cancer/>.
5. Rodríguez Rodríguez Teresa, Fonseca Fernández Marianela. Guía de atención psicológica a enfermos y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos. Medisur [Internet]. 2015 Ago [citado 2022 Mayo 08] ; 13(4): 560-568. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400014&lng=es.

Capítulo 173

LAS DIVERSAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PLANTA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

JAIME LUIS CAMPOS GONZÁLEZ

1 Introducción

Los Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería estarán debidamente cualificados, ya que se enfrentan a los nuevos desafíos que los pacientes y las diferentes patologías que se les presentan a diario, esto hace que el auxiliar de enfermería esté sometido a una formación continua y, por lo tanto, en una constante evolución de sus conocimientos para hacer frente a estos nuevos retos.

Los Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de enfermería, realizarán tareas que proporcionarán cuidados auxiliares a los pacientes, el auxiliar es miembro de un equipo de enfermería en centros sanitarios en atención especializada y de atención primaria.

El Técnico/a en Cuidado Auxiliares de Enfermería, estará bajo la supervisión del diplomado/a de enfermería, este formará parte de un equipo multidisciplinar sanitario y no sanitario que velan por la atención y cuidado de los pacientes.

El Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, será la persona encargada de proporcionar una atención básica al paciente, asistiendo y ayudando a la enfermera/o, médico/a en las más diversas tareas cotidianas, cumpliendo una labor

de encomiable importancia en la estrecha relación que tiene con los pacientes de las plantas de los centros sanitarios.

El Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en su labor realizada a diario, desarrolla una tarea que no puede pasar inadvertida y por ello no menos importante, la de ofrecer el estímulo suficiente y el apoyo emocional que necesitan en algún momento del periodo de estancia del paciente en una planta hospitalaria a familiares y amigos.

2 Objetivos

- Proporcionar la atención básica al paciente en la planta de un centro hospitalario.
- Auxiliar a médicos/as, enfermeros/as y técnicos/as especialistas en tareas no sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Muchas personas creen que las tareas realizadas por los Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería, tienen como objetivo el aseo personal de los pacientes y el cambio de sábanas de las camas, como también la realización de esta y aunque es correcto esa creencia, las tareas de los auxiliares de enfermería va más allá de este rol.

Aparte de estas funciones comentadas anteriormente, el auxiliar de enfermería realiza otras tareas que pasan desapercibidas, pero que en definitiva son de gran importancia en el desarrollo cotidiano en una planta hospitalaria.

Las tareas que debe realizar a diario un auxiliar de enfermería: tener ordenado y limpio el material sanitario como también los carros de curas y los diferentes

utensilios que lo conforman, estos hay que reponerlos en caso de haberse utilizado o ser insuficientes.

Otras funciones que son realizadas por los Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería será, la toma de temperatura a los pacientes, un control de la ingesta tanto de líquidos como de sólidos, también se realizará un control de la diuresis y de las deposiciones realizadas por el paciente, estos controles serán registradas y anotadas diariamente en unas hojas, estas serán remitidas al personal de enfermería.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, deben asegurarse que los pacientes se encuentren en perfectas condiciones higiénicas como también el entorno de este, a los auxiliares de enfermería se les autoriza a la administración de medicación a los pacientes tanto por vía rectal, oral, como también la administración tópica de cremas.

Hay tareas que el Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería debido a su formación no forman parte de su profesión y para las que no ha sido debidamente formado, tales tareas como: poner inyecciones, diagnosticar a un paciente, administrar medicamento con instrumental y la realización de pruebas preventivas.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, es un profesional muy necesario en nuestra red de sistemas sanitarios, los cuales abarcan, centros hospitalarios, centros de salud, centros de salud mental, residencias geriátricas y centros de día, las tareas realizadas por este personal son de vital importancia para el buen desarrollo de estos.

Los Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de enfermería, deben desarrollar unas actitudes, habilidades y capacidades para el buen desarrollo de su profesión, amabilidad y trato agradable con el paciente, entender y atender a las personas, logrando que se sientan bien y tratando a la persona, tal y como querrías que se comportaran contigo.

La empatía, entender y comprender a la persona, disciplina para el cumplimiento de las órdenes dadas por los superiores, seriedad y profesionalidad, tratando correctamente a los pacientes en el lugar de trabajo, el auxiliar de enfermería debe ser discreto y delicado con los pacientes en cuanto a las diferentes situaciones que se le puede plantear a diario en su profesión.

6 Bibliografía

1. Revista Médica. (1974). Funciones del TCAE en Atención Primaria. <https://revistamedica.com>.
2. Evangelina Pérez de la Plaza. Ana María Fernández Espinosa. Técnicas básicas de enfermería. www.mheducation.es.

Capítulo 174

CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M^a DEL CARMEN LIDIA CARREIRA MACEIRAS

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos conocida como (UCI) es el lugar en que se atiende a los pacientes que presentan alteraciones fisiopatológicas y han alcanzado un nivel severo que representa una evidente amenaza potencial para su vida, siendo al mismo tiempo apto para recuperarse.

Los primeros indicios se sitúan en los años 30 en Alemania con la preparación de locales destinados al tratamiento de los recién operados. Posteriormente las epidemias de poliomielitis en los años 47 a 1952 obligaron a crear unidades llamadas de respiración artificial para atender a pacientes con parálisis respiratoria. Estas primeras unidades de respiración artificial fueron desarrolladas en Suecia, Francia y Dinamarca. Los inicios de los cuidados intensivos como se conoce actualmente, tuvieron lugar en los años 50 en el campo quirúrgico, al agrupar a los recién operados en unidades de vigilancia en las mismas clínicas quirúrgicas. Estas unidades fueron evolucionando dando paso a los anestelistas a los que se encomendó el mantenimiento y vigilancia de las funciones vitales, no únicamente durante la operación, si no también durante el periodo postoperatorio, los buenos resultados obtenidos dieron paso a tratar en estas unidades de vigilancia a los enfermos no operados y a otros enfermos graves no operables. Seguidamente siguieron su paso otras especialidades reuniendo a enfermos graves, vitalmente amenazados para vigilarlos y tratarlos intensivamente. Con

los constantes avances de la medicina intensiva se desarrollaron paulatinamente una mayor exigencia al personal y a la dotación técnico-instrumental de estas unidades de cuidados intensivos.

El aumento de costes en investigación y el mantenimiento de estas unidades, hicieron imposible el instalar todas las unidades intensivas necesarias, Actualmente los grandes y medianos centros hospitalarios cuentan como mínimo con una unidad de cuidados intensivos que abarcan tanto a pacientes graves operados como no operados.

La Unidad de Cuidados Intensivos impone generalmente un gran respeto no solo a familiares de los pacientes en ella hospitalizados sino también al propio personal que trabaja en estas unidades, debido principalmente a los equipos altamente sofisticados que podemos encontrarnos en las UCI, los cuales deben estar rápidamente disponibles para todos los pacientes, ya que estos pacientes necesitan de un monitoreo además de unos tratamientos constantes.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) como las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI), son los lugares en que se efectúa la labor de asistencia de especialidad. Se trata de servicios polivalentes que funcionan en conexión con los demás servicios hospitalarios, así como del Área de Salud, atendiendo tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, con un mismo denominador, que su carácter sea crítico y potencialmente recuperable.

Las Unidades de Cuidados Intensivos es una de los lugares con mayor importancia para la introducción de nuevos avances en técnicas de control y monitorización, así como de diversas terapias. Dado el carácter de la UCI, su equipamiento deberá incluir todo tipo de sistemas y aparatos desde el más sencillo hasta el más complejo. Podemos considerar por lo tanto a la Unidad de Cuidados Intensivos como una especie de hospital en miniatura, en la que nos podemos encontrar con cualquier tipo de material hospitalario, por lo que resulta especialmente importante familiarizarse con los cometidos y material que nos podemos encontrar en esa unidad asistencial.

2 Objetivos

Ofrecer un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud que se encuentran hospitalizadas en Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio, se han consultado varias revistas científicas, artículos académicos y páginas web como Google médica, Scielo, etc. Utilizando como palabras clave: UCI, Historia de las Unidades de Cuidados Intensivos, cometidos Unidades Cuidados Intensivos. Equipos de Unidades de Cuidados Intensivos.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio altamente complejo cuyo objetivo fundamental es el dar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, allí internadas, bien sea por un trauma, durante el post-operatorio o por la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

Las diversas unidades de UCI tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios. Por lo que su distribución puede variar de unas a otras unidades.

La unidad de Cuidados Intensivos suelen estar formadas por un Técnico de auxiliar de enfermería por cada dos o tres pacientes, un enfermero por cada tres o seis pacientes, permaneciendo en un contacto más estrecho con el mismo. Además, también conforman el equipo, un terapeuta respiratorio, un intensivista, un fisioterapeuta y un nutricionista, lo que hace que el paciente sea atendido por diversas personas en diferentes momentos del día y de la noche.

El paciente que ingresa en este tipo de unidades, se halla en un estado de salud en el que no es posible atender adecuadamente en una unidad hospitalaria convencional. Por lo que requiere de un control constante y estricto, por lo que se debe llevar a cabo una valoración continuada de los signos vitales, así como de los parámetros hemodinámicos del paciente, llevándose también un estricto control de las características y duración.

En diversas ocasiones el estado del paciente exige tomar ciertas medidas y decisiones sobre todo en periodos de crisis en los que cada segundo puede resultar vital. También hay que tener en cuenta los problemas habituales en este tipo de pacientes: conexión a un respirador, sobrecarga-deprivación sensorial, preocupación por el estado de salud por lo que a relación paciente enfermería es más estrecha en la Unidad de Cuidados Intensivos, dichos cuidados deben hacerse extensivos a la familia del paciente, ya que estos en gran medida se encuentran más afectados psicológica y emocionalmente que el propio paciente, pudiéndose

a veces incluso sentirse culpables o responsables de la hospitalización de este, los familiares tienen que conformarse con periodos de visitas cortos. Por eso cuando un profesional de enfermería empieza a trabajar en una UCI, asume una gran responsabilidad, dado que debe llevar a cabo una atención especializada, por el tipo de pacientes como por la sofisticación de los aparatos que debe de manejar. El mayor reto con el que se presenta la Enfermería de cuidados intensivos es mantener la estabilidad emocional y psicológica, ya que en este ambiente son muy habituales las situaciones de tensión.

El proceso de atención de Enfermería a llevar a cabo ante un paciente crítico, es prácticamente igual que el que se debería de desarrollar ante cualquier otro tipo de paciente. La atención integral del paciente en estado crítico del mismo modo requiere entre otras; Identificar los problemas reales y potenciales, establecer una base de datos, definir prioridades, determinar los objetivos de las intervenciones, ejecutar los procedimientos planeados.

La valoración del paciente en estado crítico ha de ser rápida y cuidadosa, teniendo en cuenta todo tipo de reacciones del paciente, tanto físicas como psicológicas, y sin limitarse a las reacciones usuales o esperadas. Finalmente, la valoración ha de ser individual, de tal forma que se centre en aspectos particularmente significativos sin olvidar el conjunto. Una vez finalizada la valoración del paciente, debemos identificar los diagnósticos de Enfermería y planificar los cuidados necesarios para resolverlos. La meta es “promover, mantener, así como restaurar los niveles óptimos de funcionamiento fisiológico, psicológico y social”, además de asegurar la supervivencia del paciente.

Las Unidades de cuidados intensivos son propensas a la creación de ambientes cargados de tensión, tanto para el personal sanitario como para el paciente y su familia.

La identificación temprana de dichos factores constituye un objetivo primordial para el personal de Enfermería, ateniéndonos al paciente este malestar afecta tanto a su salud psicológica como a su recuperación física, el mismo puede ser dado por el ambiente desconocido, ruidos y luces, caras nuevas, interrupción de los ciclos de sueño y vigilia, inaccesibilidad de la familia y amigos, falta de privacidad, falta de información, expectativas de procedimientos dolorosos, alteración de la comunicación debido a la intubación. Temor relacionado con el diagnóstico, temor a la muerte, etc.

Para ello es necesario:

- Estimular al paciente para que exprese sus sentimientos. Para ello crearemos una atmósfera de confianza. Hablar con el paciente de manera franca y honesta disminuye sus posibles sentimientos de ansiedad, además de prevenir el aislamiento

social.

- Proporcionar la información necesaria. El paciente crítico necesita una información adecuada sobre los siguientes aspectos:

1) La unidad de cuidados intensivos: es conveniente aclarar todo aquello que está directamente relacionado con el ambiente en el que se encuentra, incluyendo explicaciones de lo que es cada equipo y para qué sirve, evitando la utilización de terminología médica que pueda confundir o asustar al paciente, indicarle las señales de alarma que se pueden oír, aclarándole que el sonido de una alarma no significa forzosamente que exista una situación de peligro, informarle de horarios de visitas.

2) De los procedimientos que han de llevarse a cabo, así como de su estado de salud actualizado. Todo ello proporcionando explicaciones sencillas, ya que el dolor, la debilidad, la ansiedad y la confusión transitoria constituyen obstáculos importantes en este tipo de pacientes. El paciente bien informado podrá percibir su situación de manera más exacta.

Resumiendo el papel de Enfermería es primordial en el funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos. Ya que se busca proporcionar a los pacientes una atención integral que haga más llevadera su paso por este tipo de Unidades.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de este estudio, deberemos reflexionar sobre las necesidades más importantes de los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos como la de sus familiares, por lo que un uso adecuado de herramientas y el reconocer los retos que plantean estas situaciones puede ser el primer paso para ofrecer intervenciones adecuadas, para mejorar la calidad de los cuidados prestados, resulta indispensable por parte del personal sanitario y en concreto por el personal de enfermería una correcta comunicación e información tanto a la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos como a su familia, hechos estos que influyen en la recuperación física del enfermo, como en la psicológica de este y de su familia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 175

EL TCAE EN URGENCIAS

ALEJANDRO FERNANDEZ ÁLVAREZ

VERÓNICA PAYO REDONDO

1 Introducción

Empezamos comentando que el servicio de urgencias de un centro hospitalario es el lugar al que le corresponde ofrecer una atención médica y quirúrgica a los pacientes que necesiten de un cuidado urgente. Por el contrario en un centro de salud, que no es necesario solicitar cita y además puede ir a cualquier hora del día.

En el servicio de urgencias son muchos los pacientes que pueden necesitar atención médica a la vez y pueden ir por distintos motivos porque hay diferentes tipos de urgencias más comunes en los centros hospitalarios. Es por este motivo que el triaje es necesario para llevar una correcta preferencia.

Cuando los pacientes acuden al hospital por el servicio de urgencias es el personal de enfermería el que hace el triaje para saber quién debe ser atendido en primer lugar, es decir, que se valora la importancia de los síntomas del paciente. Es por esto, que los pacientes en urgencias no serán tratados por orden de entrada, sino según la gravedad de sus síntomas.

El triaje es un procedimiento de evaluación clínica anterior a la valoración médica y rehabilitadora en el servicio de urgencias lo que hace que la atención al paciente sea eficiente, apropiada y conveniente.

2 Objetivos

Ser conocedores de los distintas competencias del técnico auxiliar de Enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias del centro hospitalario.

Conservar una adecuada comunicación con todo el equipo que va encargarse del paciente desde el primer instante en el que entra por la puerta del hospital, para alcanzar el fin deseado que no son otros que unos cuidados apropiados para alcanzar una rápida mejoría de su dolencia.

3 Metodología

En este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica, además de datos conseguidos a través de distintas bases de datos como PubMed, Dialnet... Pero la mayor parte de la información ha sido a nivel personal realizando nuestra labor de Tcae en el servicio de urgencias.

4 Resultados

En el Servicio de Urgencias todos los trabajadores, desde el personal de limpieza, administrativo, celadores y sanitarios, son importantes y necesarios para una intervención eficiente y rápida ante las urgencias. Es principal unir los criterios y protocolos, porque así es más fácil el estudio, se aligerar el tiempo del paciente en urgencias, así también se eluden olvidos y se escuda ante reclamaciones que no triunfarán si se procede como se ha establecido.

El TCAE en este servicio tiene que poder trabajar en equipo con orden, trasladar seguridad y confianza al paciente, haciendo sentir al enfermo gratamente atendido como también respetado y sobretodo salvaguardando su intimidad. El TCAE tiene que saber cómo proceder en algunos momentos sin tener ninguna duda, debe tener conocimiento de los protocolos de técnicas de algunas especialidades y tiene que trabajar en continua comunicación con todo el equipo informando de algún posible cambio en el paciente.

También es importante saberla prioridad de sus tareas según las necesidades del servicio y de los pacientes.

Las causas para ir al servicio de urgencias son muchos y son diferentes en cada paciente; es por esto que el auxiliar hospitalario debe saber capear con pacientes que tengan todo tipo de dolencias: desde una simple cefalea a otro caso en los que la enfermedad sea más grave. No es competencia del auxiliar definir el grado

de alcance de la patología de los pacientes, pero sí que debe estar dispuesto para asistir al médico y a la enfermera si fuese necesario.

Algunas de las funciones a realizar por el TCAE en el servicio de urgencias son las siguientes:

Guardar las pertenencias y la ropa del paciente en el caso en el que sea necesario, y recogerla adecuadamente.

Limpiar y mantener correctamente el equipo hospitalario.

Ayudar a los pacientes cuando sea necesario en la toma de medicamentos por vía oral, también ayudarles en la alimentación e higiene.

Gestionar las muestras del paciente que se soliciten (de orina, sangre...), recogerlas (orina) y enviarlas al laboratorio.

Mirar por el adecuado mantenimiento de los boxes y comprobar que tienen todo el material necesario.

Ayudar a la enfermera en todo lo necesario: colocar sondas, administrar medicamento...

5 Discusión-Conclusión

El personal TCAE tiene que estar totalmente comprometido y dispuesto para proceder, al lado del equipo multidisciplinar ante la posibilidad de una complicación que pueda manifestarse. Es muy importante, por ser la persona más próxima al paciente, que el TCAE sea una persona que logre trasladar seguridad y confianza al paciente. Una grata atención en el nexo del TCAE con el paciente será la responsable de una humanización en el servicio, para poder conseguir beneficios en los pacientes como reducir la ansiedad del enfermo, adelantar su recuperación, reducir el estrés de las personas, incluso acompañar al paciente para tranquilizarle en alguna prueba.

6 Bibliografía

1. Nespereira-Campuzano, T., & Vázquez-Campo, M. (2017). Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias.
2. Blanco-Abril, S., Sánchez-Vicario, F., Chinchilla-Nevado, M. A., Cobrero-Jimenez, E. M., Mediavilla-Durango, M., Rodríguez-Gonzalo, A., & Cuñado-Barrio, A. (2010). Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros.

Capítulo 176

ESTUDIO DEL ABORTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELIANA BASTIDAS LUGO

MARÍA DEL PILAR MILLÁN GÓMEZ

CRISTINA SARAIBA RECIO

ALEXANDER ARANGO ARBOLEDA

MARÍA INÉS MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Se define por aborto al acto a través del cual un embrión en proceso de gestación se ve detenido por diversos elementos. Se da fin al embarazo de un modo brusco y muriendo el feto. El feto es expulsado o si no aconteciera la expulsión sería extraído del cuerpo de la gestante.

El aborto se concreta como la interrupción provocada o espontánea de una gestación que es menor de 20 o 22 semanas. O la pérdida de un feto o de un embrión con un peso inferior a los 500 gramos, o de cualquier resultado de embarazo de cualquier peso o de cualquier edad gestacional totalmente inviable.

El 25 % de embarazos desgraciadamente concluye en aborto. En la sociedad da igual la época, el aborto siempre ha sido una cuestión de controversia. Por ello, aún no hay una respuesta global a este conflicto. Unos individuos refieren que

abortar es un atentado contra la vida. aunque otros refieren que, si esta prohibido, el verdadero daño se da contra los derechos de toda mujer y su libertad.

Cuando nos referimos a el aborto como natural este suele acontecer entre las doce y las catorce semanas. Dicho de otro modo, precedentemente de que se finalice el tercer mes de gestación. En los abortos de interrupción voluntaria el tiempo pueden ser diferente dependiendo de la ley vigente de cada país.

2 Objetivos

Exponer y relatar además de describir algunos de las diversas tipologías, de abortos que nos podemos hallar en nuestro trabajo y en la práctica clínica.

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 aborto, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Entre algunas modalidades de aborto definiremos los más principales como:

- Aborto Espontáneo:

Se define aborto espontáneo a la pérdida del proceso de la gestación y que es anterior a las 26 semanas, cuando el feto no está dispuesto ni en condiciones de poder ser viable, fuera del útero materno. Un aborto espontáneo acontece cuando una gestación termina de modo brusca. Esto ocurre entre un 8 y un 15 por ciento de los embarazos.

La mayoría de los abortos espontáneos. acontecen en las primeras 12 semanas de gestación y a veces no precisan de ningún tipo procedimiento ni intervención. De símil, la mayoría de los abortos inducidos se dan precedentemente de las 12 semanas.

- Aborto Terapéutico:

Cuyo objetivo será el de evacuar científicamente, por medio de maniobras estudiadas, la cavidad del útero, obteniendo a vaciarla de todo su contenido, en lo referente a este aborto lo debe de cotejar un médico específico y se emplean las

medidas obligadas para proteger la vida de la mujer, seriamente amenazada. Se ejecutará, cuando la viabilidad del feto se está perdida. O en caso de que suponga ser un grave peligro para la gestante.

- Aborto Frustrado:

La retención del embrión en el útero al menos durante 4 semanas posterior a su muerte se concreta como aborto frustrado. Decir el tiempo entre la muerte y el establecimiento de un diagnóstico de aborto frustrado es complicado.

- Aborto Séptico:

En este caso se considera como un aborto incompleto o completo, acompañado de una infección, la cual se puede llegar a evidenciar por la fiebre, o flujo sanguinolento o purulento y manifestación de dolor en el hipogástrico. Casi todas las mujeres gestante que ingresan a los centros hospitalarios tienen el antecedente de una manipulación abortiva. El aborto séptico es un grave problema por su tasa demasiado elevada de incidencia y por las complicaciones que este conlleva.

- Aborto Inducido o Provocado:

Es un aborto inducido, según el esclarecimiento de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Se da del resultante de manipulaciones ejecutadas con intención de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser ejecutadas por la propia gestante o muy habitual por otro individuo y por encargo de la mujer gestante. A principios del siglo pasado se instauraron diversas leyes, el aborto provocado se ha ido despenalizando en muchos países. llevando a una minimización drástica de la mortalidad y morbilidad materna.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión y opinión a través de este artículo de los abortos se ocasionan por múltiples razones llegando a que cuando el feto comienza a crecer, en un aborto espontáneo, puede verse interrumpido su crecimiento y desarrollo por anomalías genéticas, problemas derivados de las patologías de la gestante, como pueden ser incompatibilidad del grupo sanguíneo, que la gestante sea diabética, algún traumatismo que le ocurra y por múltiples causas patológicas o accidentales.

Otros abortos pueden darse por propia decisión de la gestante, llegando ella misma a efectuar técnicas manipulativas o encargar a otro individuo que lo efectúe, llegando a la consecuencia de graves riesgos para la gestante.

Por todo esto los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos ser conocedores y estar instruidos en las posibles actuaciones y consecuencias tanto clínicas como psicológicas de la madre ya que son asistencias hacia el paciente

muy delicadas de las cuales tendremos que tener mucho tacto a la hora de atender a este tipo de paciente.

6 Bibliografía

1. Besio Rollero Mauricio. Las interrupciones del embarazo en la práctica obstétrica: recurso terapéutico vs aborto provocado. Acta bioeth. [Internet]. 2016 noviembre [citado 2022 mayo 07] ; 22(2): 169-178. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200003>.
2. Finnis, J. (2004) "Abortion and Health Care Ethics". In Bioethics: An Anthology.
3. Vekemans, M. (2008) "First trimester abortion guidelines and protocols". UK: IPPF.
4. World Health Organization. (2018) "Medical Management of Abortion". Suiza: Department of Reproductive Health and Research.

Capítulo 177

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LA IMPORTANCIA DE LOS ENEMAS

PUEBLA MARTÍN MARTÍN

1 Introducción

Los enemas son soluciones acuosas que se introducen por el recto y el colón a través del ano. Suelen conocerse por su acción reguladora en la flora intestinal y esto lo lleva a ser confundido con otros medicamentos como los laxantes o purgantes. Sin embargo, a diferencia de estos, los enemas no irritan el colon y tienen muchas más funciones para nuestra salud. Los enemas se manejan con fines diagnósticos o terapéuticos; los denominados enemas de limpieza son aquellos empleados principalmente en el estreñimiento como tratamiento.

Un enema o asimismo, conocido como lavativa es una solución acuosa que se administra por el recto hacia el colón, es el modo más conocido que sirve para limpiar de modo más efectiva el recto y el colon descendente a través de provocar una evacuación de restos y heces.

La administración de enemas es una técnica que consiste en la inserción o introducción de un líquido al recto o colón a través del esfínter anal con distintas finalidades: terapéuticas diagnósticas preventivas limpieza del intestino.

Entre los objetivos principales en la administración de enemas hallamos los siguientes:

- Facilitar la evacuación de las heces o el reblandecimiento de estas.

- Favorecer la expulsión de gases y acrecentar los movimientos peristálticos del intestino.
- Mejorar la constipación.
- Introducción de soluciones con finalidad terapéutica.
- Limpieza del intestino para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y partos.

2 Objetivos

Describir como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería la importancia de cumplir la pauta a seguir en la conveniente administración del enema.

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 asimismo, se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras claves: enemas, auxiliar de enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otras.

4 Resultados

Para la administración de enemas se debe llevar a cabo el siguiente protocolo: En primer lugar, se deberá identificar al enfermo. Se le explicara e informara del procedimiento que le vamos a efectuar. Le proporcionaremos intimidad cerrando puertas, ventanas y colocando biombos si fuese necesario. Lavaremos las manos y procederemos a la preparación del material necesario para llevar a cabo dicha técnica. Nos colocaremos los guantes. - Cubriremos la cama con un protector y colocaremos al enfermo en posición de sims o lateral de seguridad (decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada). Se comprobará si la temperatura a la que se encuentra la solución es la adecuada ya que si estuviese por encima de los grados indicados se podría dañar o lesionar la mucosa intestinal del enfermo. Al igual que se comprueba la temperatura asimismo, habrá que hacer las pertinentes comprobaciones en cuanto a la cantidad de líquido que se va a administrar.

Una vez se comience a administrar la solución se hará lentamente y siempre por gravedad.

Si el enfermo denotase molestias graves se detendrá el proceso si fuese necesario.

Una vez introducida toda la solución informar al enfermo que debe retener el enema el tiempo estipulado. Se le facilitará el acceso al baño o en el caso de enfermos con movilidad reducida se le colocará una cuña recogeremos todo el material, nos retiraremos los guantes y procederemos al correcto lavado de manos.

Por último, se registrará la efectuación de la técnica en el registro pertinente. Se identifica al enfermo y se le informa del procedimiento que se le va a efectuar.

Se prepara el material necesario y mantendremos la intimidad del enfermo. Hacemos el lavado de manos y después colocamos los guantes indicando antes al enfermo que se tumbe en la cama en la posición de decúbito lateral izquierdo.

Colocaremos debajo del enfermo una entremetida o salva camas y procederemos a calentar el enema de 37° a 40° para así tenga mayor efectividad. Se introduce la cánula por el recto según protocolo y aplicaremos el enema lentamente preguntando en todo momento al enfermo si lo tolera bien, sin molestia ninguna.

Después de administrar el enema se retira la cánula y se le dice al enfermo que lo retenga el máximo tiempo posible, facilitando asimismo, el acceso al baño. Finalmente recogeremos el material manejado y nos lavamos las manos, manejaremos solución antiséptica. Registramos en la historia clínica del enfermo la administración del enema y su efectividad si la hubiere.

Siempre se evitará en la medida de lo posible la administración de enemas en enfermos con inflamación intestinal, apendicitis, peritonitis, postoperados de cirugías abdominales, alérgicos a algún componente de la solución y sangrantes del aparato digestivo. En enfermos con hemorroides se le pueden administrar enemas siempre y cuando la cánula de la solución esté debidamente lubricada. Un uso frecuente de administración de enemas puede derivar en irritación y pérdida del tono muscular del intestino y esfínter anal.

La posición aconsejable para este tipo de procedimiento sería la de Sims aunque dependiendo las condiciones del enfermo se podría variar la posición a lateral derecho.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en la administración del enema, ya que con la aplicación del enema de limpieza se consigue una mayor limpieza del recto y del colon para una futura cirugía.

Es de suma importancia tener en cuenta que si al introducir el enema tenemos

que forzar para poder administrarlo se suspenderá la técnica de modo inmediata y lo notificaremos al médico en la mayor brevedad posible.

Nunca debe de administrarse un enema sin que haya una prescripción médica. Aunque la técnica de la administración de enemas es un procedimiento muy sencillo siempre deberá ser llevada a cabo por personal cualificado y deberá tenerse en cuenta si el enfermo al que se le va a efectuar la técnica no conlleva contraindicación alguna.

6 Bibliografía

1. Junquera Velasco, Carmen Rosa et al. Manual del Auxiliar de Enfermería. Editorial MADEduforma. ISBN 84-665-5787-3, 9788466557870.
2. Marriner, Annn .Modelos y teorías de enfermería,3ªEdición. Mosby. Madrid España 2004.
3. Oceano/centrum, Manual de la enfermería.1ªedición Editorial océano. 2007.
4. Evangelina Pérez de la Plaza. “Técnico en cuidados auxiliares de enfermería” Editorial S.A. MCGRAW-HILL interamericana de España Edición de 2016.

Capítulo 178

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES GERIÁTRICOS

ANA MARIA ROMERO HERNANDEZ

MARIA JESÚS VICENTE SÁNCHEZ

LOURDES MARÍA NÚÑEZ GIL

GEMA JIMENEZ SÁNCHEZ

ANGELITA LOPEZ SANTOS

1 Introducción

El envejecimiento es una etapa más de la vida, los 65 años se considera la edad anciana.

Nosotros como TCAE debemos conocer las necesidades de nuestros pacientes geriátricos, debemos comenzar con una valoración inicial de todo lo que le rodea a nuestro paciente, debemos contemplar todo, sobre todo las barreras arquitectónicas que le rodean por lo que puede crearse una alteración.

Es de vital importancia conocer todas las necesidades para ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades, como auxiliares de enfermería tenemos que determinar cuáles son las ayudas que necesita nuestro paciente para satisfacerlas a través de la valoración inicial que vamos a realizar para conocerles más.

Una vez que conozcamos las barreras arquitectónicas que le rodean a nuestro paciente, debemos proceder a retirarlas, y buscar la mayor comodidad para ellos. El TCAE nos encargaremos de muchos más aspectos y de seguir unos procedimientos, para mantener la autonomía del anciano debemos realizar ejercicios de movilización, cambios posturales para evitar UPP.

Nos encargaremos de su alimentación para asegurarnos que ingiere los nutrientes necesarios, procedimientos de eliminación, procedimientos de la circulación, procedimientos diseñados para el descanso, procedimientos para evitar el dolor, procedimientos de escucha activa.

Como hemos mencionado, el TCAE es el profesional sanitario que más tiempo pasamos en contacto con nuestros pacientes, desde las ABVD hasta cubrir sus necesidades tanto a nivel físico, psíquico y mental.

2 Objetivos

Conocer como TCAE: realizar valoración inicial, acomodar al paciente a sus necesidades, establecer las técnicas de cuidados básicos del TCAE, eliminar barreras arquitectónicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Lo principal es tener los objetivos claros a seguir, principalmente para conocer a nuestro paciente, realizar la valoración inicial, conocer las barreras arquitectónicas que le rodean para eliminarlas y mejorar su calidad de vida, además pondremos en marcha las técnicas de cuidados básicos del TCAE, es decir, desde realizarle el aseo, la cama, hidratación de piel, vestirle si lo precisa, hasta mejorar sus necesidades tanto físicas, psíquicas y social.

Dentro de la etapa de ancianidad podremos encontrar la inmovilidad, caídas, incontinencias, deterioro cognitivo, etc.

Esta etapa tiene 3 fases: la física, psíquica y social.

- Física: debemos ayudarle a realizar el aseo si precisa, administrar medicación, controlaremos sus ingestas tanto sólidas como líquidas, vigilarémos cualquier alteración en su piel, le ayudaremos a su movilidad tanto en desplazamientos como en cambios posturales, no podemos olvidarnos de quitarle autonomía al paciente, es decir, nosotros le ayudaremos a todo, pero si ellos pueden, debemos dejarle autonomía.
- Psíquica: Vigilarémos los posibles cambios que puedan surgir a nivel de conciencia, observar sus estados de ánimo, sus cambios de conductas, observar si descansa las horas necesarias.
- Social: Animarle a que realice sus actividades diarias, no dejar que se desoriente, ejercitar la memoria con diferentes actividades, etc.

Debemos hacer hincapié en lo mencionado antes, nosotros como profesionales sanitarios ayudaremos a nuestro paciente en todo lo que necesite en cada momento, pero si el paciente tiene algún tipo de autonomía debemos dejarle realizar las actividades que él pueda hacer por sí solo, si hacemos todo por él, perdería toda la autonomía que le queda y así avanzará más la ancianidad.

Animaremos también además de realizar actividades a que se socialice y rodee de más pacientes, que realicen actividades juntos para que no se sientan tan solos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión el TCAE debemos conocer las necesidades de nuestro paciente en cada momento, una vez realizada la valoración inicial, debemos poner en marcha todos los conocimientos, como hemos nombrado antes como TCAE nos encargamos de casi todo de nuestro paciente, puesto que somos los que más tiempo pasamos con ellos y los que más vamos a conocerles, debemos mejorar su calidad de vida, en esta fase de vida por la que van a pasar nuestros pacientes.

Debemos tener claros siempre los objetivos a seguir y saber la importancia de cada uno de ellos, ayudaremos con ellos, a retardar el hecho de la ancianidad y así se sentirán mejor.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-necesidades-del-paciente-con-edad-avanzada/>.
2. [https://revistamedica.com/tcae-cuidados-anciano/#:::text=funciones%20y%20cuidados%20del%20tcae%201%20hacer%20las,puedan%20hacerlo%](https://revistamedica.com/tcae-cuidados-anciano/#:::text=funciones%20y%20cuidados%20del%20tcae%201%20hacer%20las,puedan%20hacerlo%20)

2c%20excepto%20los%20que%20precisen%20cuidados%20especiales.

Capítulo 179

LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS COMO ACCIDENTE DE TRABAJO

ANA BELEN ONTIVEROS ALVAREZ

CORNELIA DOBROTA

1 Introducción

Las alteraciones musculoesqueléticas configuran uno de los grupos de enfermedades laborales de mayor relevancia, como consecuencia del desarrollo de su actividad en el centro de trabajo.

Los trastornos musculoesqueléticos y los efectos del entorno en el cual se desarrollan son alteraciones que sufren estructuras corporales como ligamentos, nervios, tendones, articulaciones, músculos, huesos y el sistema circulatorio.

Los trastornos son lesiones del aparato locomotor que afectan a todo el cuerpo pero con especial hincapié en espalda, hombros, cuello y extremidades superiores. Es uno de los problemas más importantes de salud en el ámbito hospitalario por los problemas de manipulación de enfermos y cargas.

Los trastornos musculoesqueléticos son alteraciones de mayor o menor gravedad, puesto que pueden manifestarse solo con molestias, dolores suaves o dolor más intenso. Pueden necesitar solo reposo o tratamiento médico o fisioterapéutico.

Los factores que tienen especial incidencia en estos trastornos son: el estrés, la tensión, el sedentarismo laboral, los hábitos posturales incorrectos y acompañados de movimientos repetitivos, las condiciones de trabajo y la falta de personal para desarrollar el trabajo.

La mayor parte de estos trastornos son de origen laboral y se van generando durante un largo periodo de tiempo y son provocados por el propio trabajo o por las condiciones del centro de trabajo. También pueden darse por accidentes de trabajo.

2 Objetivos

- Definir qué es un trastorno musculoesquelético y las zonas corporales más afectadas.
- Explicar como se produce, como se previene y cuando se considera accidente de trabajo una lesión musculoesquelética.

3 Metodología

Para realizar una correcta investigación de este tema hemos realizado una búsqueda y revisión exhaustiva en bases de datos, publicaciones científicas, revistas médicas y artículos de internet para analizar los datos y realizar una completa y precisa presentación del tema a desarrollar definiendo claramente los conceptos.

4 Resultados

Las enfermedades musculoesqueléticas representa trastornos repentinos y de duración corta como fracturas, esguinces y distensiones o enfermedades crónicas que producen limitaciones de las capacidades funcionales e incapacidad permanente. Generalmente este tipo de trastornos suele ocasionar una baja laboral para descanso, intervención quirúrgica o estados de reposo de la zona afectada así como una posterior rehabilitación.

Los trastornos musculoesqueléticos provocan dolores a menudo persistente, movilidad limitada y baja destreza y nivel general de funcionamiento reduciendo la capacidad de la persona para trabajar afectando a:

- Articulaciones: artrosis, artritis reumatoide, gota, espondilitis anquilosante.
- Huesos: osteoporosis, osteopenia, fracturas por la fragilidad ósea y fracturas traumáticas.
- Músculos: sarcopenia.
- Columna vertebral: dolor de espalda y cuello.

- Varias regiones del cuerpo: dolor regional o generalizado, enfermedades inflamatorias.
- Trastornos del tejido conectivo: vasculitis o lupus eritematoso sistémico.

Las causas más recurrentes que provocan lesiones musculoesqueléticas son: el peso, el movimiento inadecuado, las posturas, la repetición de movimientos y los sobreesfuerzos, los cuales continúan siendo una de los principales factores y la primera causa de accidente de trabajo con baja médica.

Los factores que pueden facilitar la aparición o empeorar la evolución de muchas de las enfermedades musculoesqueléticas más frecuentes están relacionados con las condiciones de vida y de trabajo y las conductas de salud con ellas relacionadas.

Por todo ello, deben promoverse acciones dirigidas a adquirir hábitos de vida saludable, seguir una dieta equilibrada, practicar ejercicio físico, realizar un descanso adecuado y fomentar entornos laborales y sociales agradables.

Las lesiones musculoesqueléticas producen un importante uso de recursos sanitarios así como económicos. Diseñar unas pautas de identificación, prevención y reducción de los riesgos que conlleva cada puesto de trabajo es uno de los principales cometidos de cualquier centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario los accidentes por sobreesfuerzo físico en el sistema musculoesquelético tienen un enorme peso sobre los accidentes de trabajo. Debido a que se generan durante un largo tiempo hasta que aparecen los síntomas no solemos prestarles la debida atención y ello acarrea problemas más graves cuando son detectados, así como unas bajas laborales más largas.

Por todo ello es importante realizar un estudio para investigar formas de reducir los trastornos musculoesqueléticos, con ello mejorará la salud de los profesionales sanitarios y no sanitarios así como se reducirán costes económicos.

Asimismo realizar una formación completa y continuada a todo el personal sanitario y no sanitario sobre los riesgos que conlleva cada puesto de trabajo puede ayudar a reducir las lesiones a largo plazo.

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es>.
2. <https://prevencionar.com/2019/06/13/las-lesiones-musculoesqueleticas-mas-comunes-en-el-trabajo-las-quieres-conocer/>.
3. <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/enfermedades-profesionales-del-sector/lesiones-musculoesqueleticas/>.

Capítulo 180

LA ACTUACIÓN DEL TCAE CON EL PACIENTE AGITADO

PATRICIA FRESCO CUMBREÑO

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

ANDREA SANCHEZ PEREZ

ALEJANDRA MARIA SÁNCHEZ CARMONA

CLOTILDE ESCANDON CHANTRES

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el que las personas son conscientes de sus capacidades, capaces de hacer frente al estrés de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la sociedad.

El tratamiento inicial de pacientes agitados es difícil debido a la falta de cooperación del paciente. Los pacientes de ansiedad son una situación clínica a la que se enfrentan los técnicos paramédicos (NTC) con relativa frecuencia en el desarrollo de su carrera.

Los TCAE deben ser conscientes de que la agitación es a veces un síntoma de una afección médica general, a veces un signo de ansiedad extrema y, a veces, una manifestación de un trastorno psiquiátrico subyacente.

A diferencia del delirio, en la agitación psicótica no hay desorientación espaciotemporal ni intensidad del cuadro. Se pueden encontrar alucinaciones, gen-

eralmente auditivas (raramente visuales) y delirios, ya sean dañinas (esquizofrenia o paranoia) o megalómanas (episodios maníacos). En los episodios de agitación, puede ir acompañado de cambios en la emoción (eufórica o irritable), hostilidad o agresión. La manera o forma de hablar puede cambiar, dominando tonos altos, palabras largas, inconexas o incluso trenes de pensamientos.

Es importante la dirección diagnóstica de la causa del cuadro, descartando siempre posibles síntomas de agitación. Imprescindible valoración médica con anamnesis y exploración física completa (salvo los motivos de consulta por problemas menores y bien identificados en pacientes conocidos).

Los trastornos psiquiátricos son síndromes con manifestaciones psicológicas y conductuales asociadas a anomalías genéticas, sociales, fisicoquímicas o biológicas y psicológicas de alteraciones funcionales secundarias.

2 Objetivos

Identificar y saber actuar en las intervenciones para impedir los problemas secundarios del abordaje del paciente agitado y aumentar la calidad asistencial del paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de pacientes agitados y se han utilizado descriptores como: cuidados, pacientes, agitación, actuación, contención, abordaje, etc.

4 Resultados

La agitación psicomotora es un síndrome inespecífico cuya etiología es la alteración de la conducta motora. Incluye un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis), pánico, ansiedad severa u otros estados emocionales intensos.

Las causas de la agitación orgánica, como el delirio o los cuadros caóticos, son las siguientes:

Alteraciones metabólicas, fiebre, insuficiencia cardíaca y respiratoria, traumatismo craneoencefálico y politraumatismo, ictus isquémico, tumor intracraneal,

fiebre, etc... y los tratamientos para estas causas de delirio son: ranitidina, anticolinérgicos. Fármacos potentes (biperideno, atropina), demetidina, antihistamínicos, corticoides, etc. Es importante abordar la causa física subyacente porque mientras la causa persista, la agitación no se resuelve realmente y el tratamiento es solo sintomático.

Las causas de la agitación no orgánica, por ejemplo, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo se producen en brotes, agitación delirante, trastornos del lenguaje y alucinaciones.

Causas psicóticas:

Un episodio maníaco es un comportamiento agitado acompañado de un comportamiento agitado y se acompaña de euforia irritable, habla, pensamientos fugaces (cambiar de una conversación a otra y luego saltar rápidamente de un tema a otro).

Episodio depresivo: es una depresión que afecta más a ancianos que a niños ya que es mucho más agitado de lo normal.

-Trastorno por ideas delirantes (paranoia): discurso delirante en torno a temas de celos, perjuicio, persecución...

En el diagnóstico de agitación orgánica, se sospecha cuando los pacientes (más comúnmente adultos mayores) tienen episodios agudos o subagudos de agitación y se caracterizan por cambios en la dificultad para caminar, alteración de la conciencia, confusión espaciotemporal, confusión mental, incoherencia, inquietud, sudoración, generalmente preguntando por la propiedad cuando está desorientado y pidiendo que lo suelten, llevando cuerdas tiradas, posibles alucinaciones como delirio y delirios (peligros más comunes), generalmente por la noche, durante el examen físico. Puede haber fiebre, taquicardia, dificultad para respirar, temblores, sudoración, y algunos signos neurológicos.

En la agitación psiquiátrica, identificada por alucinaciones auditivas, cambios afectivos (euforia), manía, habla o esquizofrenia y conciencia, no suelen estar desorientados en el espacio y el tiempo y tienen pocas fluctuaciones, pero suelen ser más frecuentes en pacientes con trastornos mentales, retraso mental. Antecedentes psiquiátricos, y pacientes con agitación psicomotora por molestias subjetivas como fiebre, dolor, estreñimiento, o cualquier otro síntoma que los incomode.

No psicótica:

Demencia o Alteración de conducta en el retraso mental (distinguir del delirium superpuesto a la demencia).

Crisis de angustia es la sensación de muerte inmediata que puede conllevar agitación.

Crisis histérica se evidencia teatralidad y manipulación del paciente.

Trastorno de personalidad es todo histriónico, límite y paranoide.

En el Abordaje y tratamiento son:

1. Medidas de Seguridad.

2. Debemos proteger la integridad de los pacientes y del personal de salud que los atiende, debemos mantener una distancia segura de posibles daños, y debemos tener un camino abierto en caso de ataque para poder escapar, debemos buscar ayuda médica. Las instalaciones, policías y Guardias no deben tener objetos contundentes en la habitación, dejando sólo lo imprescindible.

3. Contención Verbal.

4. Por la presencia de delirios o alucinaciones, lucidez de conciencia, grado de comprensión y signos de intoxicación, es siempre el primer paso en todo el proceso de un psicópata, para recoger información y observar el habla... en la medida de lo posible desde el paciente. Antes de recopilar información, teníamos que hablar con los familiares para saber cómo llegó el paciente o quién lo movió (policía, socorristas). Cuando estemos con pacientes, debemos tratarnos con cortesía, en un tono bajo, no amenazante, pero seguro y firme. La agitación de los pacientes y el nerviosismo de familiares y amigos es comprensible y no debe entristecernos ni ponernos nerviosos, debemos mostrar interés por sus problemas, escucharlos, ofrecerles ayuda y comprensión.

5. La Contención Mecánica (sujeción): se controlan todos los movimientos del paciente por si se agita y pone en riesgo a todo el personal sanitario, de esta forma mediante la contención reducimos el riesgo de autolesiones y evitamos que manipulen las líneas, evitamos fugas y en definitiva ponemos él en un estado de calma.

6. En la contención siempre o casi siempre se requieren de 4 a 5 personas. La decisión de alojar físicamente a un paciente debe ser autorizada por el psiquiatra de turno y debe tomarse con la mayor rapidez y coordinación posible para lograr la eficacia de la contención.

7. Contención Farmacológica es una manera de tratar a los pacientes como sedante tópico para tratar la agitación psicomotora. La vía de administración del fármaco depende de la cooperación del paciente y de la intensidad de la agitación, preferiblemente fármacos orales.

La acción del TCAE es trabajar con todo el equipo de personal de salud del servicio, somos un equipo multidisciplinario, y nos permiten saber cómo actuar ante un paciente emocional en momentos específicos del día equipo de personal de

la mañana con un médico psiquiatra de guardia Conocer, hablar y comentar al paciente que ingresó en el hospital y lo ocurrido el día anterior, y así saber llevarse bien con él, ya sea comunicación verbal u otras medidas más duras como la contención física o farmacológica.

Estas reuniones son de gran ayuda porque nos acercan al equipo profesional, ayudándonos a conocer a todos nuestros pacientes y saber trabajar con ellos de la manera más correcta.

5 Discusión-Conclusión

Las manifestaciones conductuales y psicológicas de los trastornos psiquiátricos están asociadas a alteraciones funcionales secundarias a anomalías psicológicas, genéticas, biológicas y fisicoquímicas. Nuestra atención a las personas con trastornos de ansiedad requiere una formación especializada de técnicos paramédicos para poder actuar e intervenir bien cuando el paciente está ansioso, debemos tener una buena comunicación verbal, que suele ser muy eficaz ya que permite a las personas con enfermedad mental tener la seguridad de que están siendo escuchados, debemos mantener siempre a salvo al personal de salud involucrado con la enfermedad mental que padece, prever siempre las pautas y el modo o forma de actuación cuando el paciente está agitado, de manera que puedan ser contenidas de manera lenta, gradual y efectiva.

La contención verbal siempre actúa primero cuando el paciente está agitado, y si no funciona, vamos a tener que hacer lo que tenemos que llamar una medida de contención de seguridad o drogas.

Los técnicos auxiliares de enfermería saben que las medidas tomadas en salud mental conllevan altos riesgos clínicos y legales y deben ser prescritas por un médico de tiempo completo (psicólogo). La contención física es un tratamiento y una medida preventiva sin contraindicaciones.

6 Bibliografía

1. JI Gallego Gómez, N Fernández García, AJ Simonelli Muñoz, JM Rivera Caravaca. (s/f). Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática. ANALES del sistema, 44, número 1, junio 2021.
2. Meritxell Sastre Rus, Fernando Campaña Castillo. (2014). Contención mecánica: definición conceptual. Revista de Enfermería ene. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es&nrm=iso.

3. Hadar Zaman, Stephanie J Sampson, Alison Beck, Tarang Sharma, Fiona J Arcilla, Styliani Spyridi, Sai Zhao, Dona Gillies. (2017). Benzodiacepinas para la agresión o la agitación inducida por la psicosis. [https:// www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/ 14651858.CD 003079.pub4/full? Highlight Abstract= agita-cion%7Co](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003079.pub4/full?Highlight=agitacion%7Co).
4. Sánchez Jiménez, C., & Ruiz Gallardo, P. (2016). Actuación de Enfermería ante una urgencia psiquiátrica: Agitación Psicomotriz. Ciberrevista Enfermeriadeurgencias. com, (52).
5. Lapeira, J. M. T., Ferrer, A. V., Rayo, S. M., Pascual, P. P., & García, C. L. (2005). El paciente agitado. Guías Clínicas., 5(4), 1-8.

Capítulo 181

FUNCIONES DEL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ISABEL ROLDÁN FERNANDEZ

LORENA VILLANUEVA ARIAS

ROSANA MORENO ÁLVAREZ

BELEN BETOLAZA CADENAS

ANA MARIA ALMAZAN JUAN

1 Introducción

Cuando un paciente es ingresado en la UCI, se enferma porque su vida corre peligro, por eso la unidad de cuidados intensivos siempre vigila y monitorea al paciente las 24 horas del día, utilizando procedimientos sencillos y un equipo profesional. En este servicio existe la necesidad de poder actuar con rapidez en caso de emergencia en el servicio.

El equipo de UCI es el responsable de la atención al paciente, y en sus manos está el día a día de esta unidad.

Los Técnicos Auxiliares de Enfermería son responsables de sus tareas, deben cumplir y ayudar al equipo de enfermería a realizar la tarea de curación y tratamiento adecuado para promover la eficacia del equipo de salud, y deben

prestar atención a los pequeños detalles como cambios, observar con atención, rapidez ya veces no Revertir decisiones y saber cómo manejar equipos complejos. El título de Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) fue creado por Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, para formar parte de un equipo de enfermería bajo su supervisión, que además cuiden y ayuden de forma autónoma a la fisiología de la vida diaria y demanda básica de la vida. Actividades El número de pacientes y/o personas que requieren asistencia para satisfacer estas necesidades (respirar, comer, mantener la higiene, temperatura corporal).

2 Objetivos

Identificar las actividades rutinarias y las que puedan surgir en la unidad de cuidados intensivos, desarrollar un trabajo en equipo con los demás profesionales dentro de la unidad y conocer y colaborar en las actividades que se requiera a un TCAE.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de funciones del TCAE en uci y se han utilizado descriptores como: prevención, cuidados, pacientes, funciones, TCAE, etc..

4 Resultados

La Unidad de Cuidados Intensivos de la UCI se caracteriza por ser el área del hospital donde se trabaja bajo estrés y se tienen los índices de estrés más altos. La función de un TCAE de UCI es de particular importancia para los profesionales médicos y los pacientes en condiciones de salud críticas que amenazan la vida debido a accidentes o enfermedades crónicas.

En la Unidad de cuidados intensivos se divide en: módulos generales , posoperatorios, coronarias y trasplantes.

Todo el personal médico de la UCI es personal de cuidados intensivos y ha sido especialmente capacitado para trabajar en servicios especiales como la UCI, los paramédicos y TCAE también necesitan capacitación especial para trabajar en esta unidad, el supervisor de la unidad.

Cuando un paciente llega a la UCI, los boxes de la UCI deben estar colocados de la misma manera para que todo el personal pueda actuar con rapidez y eficacia ante cualquier emergencia, esté o no al corriente del mismo servicio de limpieza que se encuentra responsable de la limpieza de toda la caja, paredes, techos y pisos.

El Técnico de Atención Asistida será el responsable de tender la cama, proporcionar una manta al paciente y revisar las estanterías de cajas en las que deberá visualizar los materiales complementarios del paciente, como las gafas de uso personal con irrigadores del paciente.

- Material Básico: Recipientes y bandejas con probetas para análisis posteriores y muestras, llaves de paso de 3 vías, prolongadores, material quirúrgico, sistema de perfusión intravenosa.
- Medicamentos esenciales: solución salina, dextrosa, viales fisiológicos, isotónicos, heparina.
- Materiales para oxigenar al paciente: máscara de oxígeno, espejo nasal, ventimax.
- Herramientas de control médico: monitor, que puede obtener las constantes del paciente, termómetro, temperatura corporal, estetoscopio.

Carro de curas: en él se encuentran los materiales necesarios para los procedimientos que se realizan en la UCI.

- Material quirúrgico: gasas, compresas, antisépticos.
- Material de punción: catéteres periféricos, centrales, arteriales.
- Material de sondaje: sonda vesical, nasogástrica, lubricante.

Otros materiales que deben existir dentro de un box:

- Útiles de limpieza, como son cubos de basura, bolsas de desecho.
- Elementos de soporte : pies de gotero.
- Documentación clínica del paciente: impresos y gráficos que recogen la información del mismo.

El ingreso se recibe de forma organizada y es la TCAE la que sale hablar y recoger los datos a los familiares del paciente.

TCAE implica la limpieza mientras el paciente está sedado, inconsciente o con ventilación mecánica. Debemos mantener nuestra piel en buen estado, limpiarla e hidratarla, y favorecer la circulación a través de la limpieza. Tenemos que extremar las precauciones para evitar úlceras y algún tipo de lesión porque estos pacientes tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar úlceras.

La higiene del paciente se realiza cada mañana, colaborando enfermeras, cuidadores y TCAE para monitorizar en todo momento todos los dispositivos conectados al paciente.

El TCAE se encargará de preparar el material, y una vez nos lavemos las manos y nos pongamos guantes y bata desechable, podremos empezar.

Se comprobará el buen estado de todos los catéteres, drenajes y sondas y se controlarán durante la limpieza.

Lavar los ojos y la cara sin jabón, con agua tibia y un trozo de gasa en cada ojo. Los pacientes con sedación prolongada pueden lubricar los ojos con lágrimas, aplicar pomada epitelial y mantener los párpados bien cerrados.

Las funciones del TCAE en uci son las siguientes:

- Aseo y limpieza de pacientes.
- Hacer camas y configurar unidades de pacientes.
- Recepción y distribución de carritos de comida.
- Proporcionar alimentación al paciente, prestando atención a la colocación y retirada de la cubeta.
- Proporcionar alimentos a los pacientes que no pueden alimentarse por sí mismos.
- Trabajar con él o una enfermera para la administración oral y rectal y el equipo de atención para recopilar datos de temperatura.
- Clasificar y ordenar la ropa de cama para el almacenamiento designado.
- Limpieza, cuidado y mantenimiento del carro de curado y sus materiales.
- Eliminar el vello corporal antes de la cirugía.

En general el TCAE realizara todas aquellas actividades que, vienen a facilitar las funciones del/a médico y el/la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es una parte importante del equipo, y aunque su papel puede pasarse por alto, es fundamental. Junto al resto del equipo multidisciplinar forma parte de un mecanismo que debe funcionar a la perfección para que el paso de estos pacientes por esta unidad no solo sea determinante para su salud, sino también satisfactorio.

Es quien cuida a los enfermos, el residente de noche para garantizar su descanso y seguridad, presta atención a cada cambio que se presenta, observa atentamente todo su cuerpo en busca de algún signo o síntoma importante que indique un cambio en su estado, ayuda en las Actividades diarias básicas.

Formamos un gran equipo humano porque en las situaciones difíciles somos quienes vivimos de primera mano la enfermedad de cada paciente, su mejoría y cómo mantener cada día una calidad de vida óptima.

6 Bibliografía

1. Higiene del medio Hospitalario. Ed. Mc Graw-Hill.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias http://cdatexas.ses.rts/gestor/repositorio/42/ley_ordenacion_profesiones_sanitarias.pdf.
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. http://cdatexas.ses.rts/gestor/repositorio/42/ley_estatuto_marco.pdf.
4. Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-20138.
5. 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. http://cdatexas.ses.rts/gestor/repositorio/42/ley_de_autonomia_del_paciente.pdf
6. Protocolos de Auxiliares de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del HIC. Abril 2000.

Capítulo 182

EL TCAE EN EL SERVICIO DE CONSULTAS Y TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

SERGIO MUÑOZ ROCHA

MARIA DE LOS SANTOS RIVAS GRACIA

MANUELA CARRASCO MANSILLA

ALMUDENA LOPEZ-BUENO NAVARRO

MARÍA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

La Oncología Radioterápica es la especialidad médica dedicada al uso de las radiaciones ionizantes en el tratamiento de las enfermedades malignas (y ocasionalmente patologías benignas), solas o en combinación con otros tratamientos para la erradicación del cáncer, así como a la investigación de las bases biológicas y físicas de la radioterapia.

El principal objetivo de la Oncología Radioterápica es administrar una dosis precisa de radiación sobre el cuerpo del paciente intentando producir el menor daño posible en los tejidos sanos circundantes. Con ello se persigue la erradicación del tumor, mejoría de los síntomas o la paliación.

Podemos diferenciar el tratamiento radioterápico según la intención del mismo en:

Radioterapia paliativa: Los síntomas que producen malestar o impiden hacer una vida “normal” del paciente son paliados, a pesar de que la esperanza de vida sea escasa, se le aplica el tratamiento para mejorar el tiempo de vida que le reste.

Radioterapia curativa o radical: Se persigue la erradicación del tumor, consiguiendo que el paciente tenga una vida totalmente normal después de acabar el tratamiento.

El TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) será parte fundamental en el servicio de radioterapia, pues acompañará en todo momento al paciente, y colaborará con los facultativos, el personal de enfermería, y con los técnicos en radioterapia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los protocolos y el funcionamiento de dicho servicio.

Objetivos secundarios:

- Conocer las posibles complicaciones a las que se enfrentan los pacientes en dicho servicio.
- Conocer las responsabilidades y actuaciones del TCAE en dicho servicio.

3 Metodología

En la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de información en libros, revistas científicas, en las bases de datos de google académico, protocolos, Pubmed. Se descartaron todos los artículos que no fueran en castellano desde 1995 hasta la actualidad. Se aplicaron como términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Estrategia de búsqueda: asistentes de enfermería AND radioterapia AND oncología médica AND oncología por radiación.

Para ello hemos utilizado palabras clave como: asistentes de enfermería, radioterapia, oncología médica, oncología por radiación.

4 Resultados

Se encontraron 13 de los cuales cumplían 8 los requisitos de inclusión.

Funciones del TCAE en las consultas y servicio de radioterapia:

- Recibiremos al paciente registrando su llegada para la consulta con el oncólogo.

- Llevaremos un control de las agendas de los médicos y de los pacientes que tienen que pasar por la consulta ese día y los pacientes que tienen que darse radioterapia.
- Acompañaremos al paciente a la consulta y le ayudaremos en todo momento si lo precisase a desvestirse y vestirse.
- Colaboraremos con el facultativo en todo momento facilitándole todo lo necesario en la consulta.
- Mantendremos la consulta ordenada, limpia y con todo el equipamiento necesario.
- Colaboraremos con el personal de enfermería si fuese necesario a la hora de realizar alguna cura, o procedimiento.
- Mantendremos la sala de curas, limpia y recogida, con todo el material y equipos necesarios para la realización de cualquier tipo de cura o procedimiento.
- Limpiaremos, desinfectaremos y mandaremos a esterilización todo el material utilizado, y llevaremos un control del mismo para que no falte ningún tipo de instrumental, tanto en la sala de curas, como en las consultas de los facultativos.
- Mantendremos los almacenes del servicio ordenados, limpios y colocados, realizaremos los pedidos necesarios para tener suficiente abastecimiento de material.
- Repondremos los carros de lencería, con sábanas y todo lo necesario.
- Mandaremos los carros de lencería sucia al servicio de lavandería.
- Si el paciente tiene que darse una sesión de radioterapia lo acompañaremos al vestuario y le facilitaremos el camisón, y ayudaremos si este lo precisa a desvestirse.
- Acompañaremos al paciente a la zona de máquinas de radioterapia para que le den su sesión de radioterapia, una vez terminada la sesión volveremos acompañar al paciente al vestuario para que se vista y pueda marcharse a su casa.
- Mantendremos la sala de radioterapia limpia y recogida y con todos los recursos necesarios.
- Al finalizar la consulta o la sesión de radioterapia facilitaremos la próxima cita al paciente para la consulta con el médico o para su sesión de radioterapia.
- Apoyaremos, comprenderemos y escucharemos al paciente en todo momento, intentando dar solución a sus problemas.
- El TCAE debe poseer unas adecuadas habilidades de comunicación es primordial para proporcionar unos cuidados de calidad. La comunicación alcanza una gran consideración en estos tipos de pacientes y sobre cómo ayudar a afrontar la enfermedad y el tratamiento. Por eso, el TCAE debe tener una serie de capacidades y destrezas que aseguren un buen proceso terapéutico, contando con

recursos comunicativos para que la relación entre el profesional y el paciente sea excelente.

- Daremos apoyo moral tanto al paciente como a sus familiares, tantas veces como fuese necesario.
- Respetaremos la intimidad y creencias del paciente durante todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

A través de los datos obtenidos se puede concluir que el Tcae debe de ser una persona competente, poseer conocimientos científicos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, así como conocimientos de los diferentes protocolos y del funcionamiento del servicio.

El TCAE tendrá la suficiente madurez física y psicológica para afrontar decisiones en la solución de problemas que puedan aparecer, intentándole dar solución de manera multi e interdisciplinaria. Además, estos profesionales deberán poseer cualidades y capacidades para enfrentarse a este tipo de paciente ya que son los que van a pasar gran parte del tiempo del proceso de tratamiento empatizando con ellos, dándole apoyo psicológico en todo momento.

El TCAE colaborará en todos los procedimientos tanto con el personal de enfermería como con los facultativos.

6 Bibliografía

1. Atención a los efectos secundarios de la radioterapia; J. M. Verdú Rotellar, M. Algara López*, P. Foro Arnalot**, M. Domínguez Tarragona, A. Blanch Mon.
2. Pedraza Muriel P. El descubrimiento de los Rayos X y la radiactividad natural; Cien años de historia. Oncología 1995.
3. 2ª Edición Manual SEOM de cuidados continuos[Internet].España: Sociedad española de oncología médica J [ed.] 2014. [citado10/12/2020]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/manual_seom_cuidados_continuos_segunda_edicion.pdf.
4. Guía de cuidados a pacientes en oncología radioterápica [Internet].[citado10/12/2020]. Disponible en: <http://www.seor.es/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-de-cuidados-a-pacientes-en-Oncolog%C3%ADa-Radioter%C>.
5. Pedraza V. Bases biológicas de la radioterapia. En Manual de Radiología clínica. MT Delgado, M Martínez Morillo, C. Otón. Editorial Harcourt. 2a edición. Madrid. Pp105-106.

6. Eugenio Vines Radioterapeuta, Centro del Cáncer Nuestra Señora de la Esperanza Red UC-Christus, Universidad Católica de Chile.
7. Liga Colombiana Contra el Cáncer. Derechos de los Pacientes con Cáncer. La tutela. Bogotá 2001. Disponible en internet: http://www.ligacancercolombia.org/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1&Itemid=80. Acceso 11 de Junio de 2009.
8. Gutierrez R, Ruano M, Herrero A, Jiménez E. Prevención y tratamiento de las lesiones de la mucosa oral secundarias a quimioterapia. *Farm Clin* 1997; 14: 588-98.

Capítulo 183

EL TCAE Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PLANTA

SERGIO MUÑOZ ROCHA

MARIA DE LOS SANTOS RIVAS GRACIA

MANUELA CARRASCO MANSILLA

ALMUDENA LOPEZ-BUENO NAVARRO

MARÍA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

Los Cuidados Paliativos son un derecho humano reconocido por leyes nacionales e internacionales que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando afrontan una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y que limita su esperanza de vida.

El objetivo de los cuidados paliativos es ayudar a las personas con una enfermedad grave a sentirse mejor. Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando los pacientes entienden este tipo de cuidados se sienten mejor, tienen una mejor calidad de vida.

Los cuidados paliativos pueden darse al mismo tiempo que los tratamientos destinados para curar o tratar la enfermedad. Los cuidados paliativos se pueden dar

desde que se diagnostica la enfermedad, durante todo el tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida.

El TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), es una parte fundamental de los cuidados de estos enfermos y familias, cuando ingresan en la planta de cuidados paliativos, el TCAE deberá brindarles tranquilidad y tener una escucha activa, para saber que necesitan en todo momento, dentro de estos cuidados también entran los cuidados físicos al paciente como el aseo y muchos más tipos de cuidados.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer todos los procedimientos que se realizan en esta unidad.

Objetivos secundarios:

- Conocer todos los protocolos de actuación de la unidad.
- Conocer los tipos de cuidados que se realizan a estos pacientes, ya que son pacientes con necesidades especiales.
- Conocer las responsabilidades y actuaciones del TCAE.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, hemos realizado una revisión bibliográfica científica en las bases de datos Pubmed, Google académico, protocolos y guías de prácticas clínicas. Se seleccionaron artículos que abordaran los cuidados paliativos siendo el principal criterio de inclusión los estudios de cuidados paliativos. Se seleccionaron artículos en castellano desde 1993 hasta la actualidad. Se excluyeron todos aquellos artículos repetidos y que no estuvieran en castellano. Se aplicaron como términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Para ello hemos utilizado palabras claves como: asistentes de enfermería, cuidados paliativos, enfermería de cuidados paliativos al final de la vida.

La estrategia de búsqueda seguida: asistentes de enfermería AND cuidados paliativos AND enfermería de cuidados paliativos al final de la vida.

4 Resultados

Se encontraron 12 artículos, de los cuales se seleccionaron 8 que cumplían los criterios de inclusión

Responsabilidades y actuaciones del TCAE en la unidad de cuidados paliativos:

- El TCAE junto con el celador será el encargado en todo momento de la higiene diaria, cambio de sábanas, movilizaciones, hidratación al paciente y todo lo necesario en los cuidados básicos.
- Preservaremos en todo momento la intimidad del paciente, valores, creencias y costumbres del paciente.
- Daremos seguridad, trato humano, tendremos una escucha activa para saber como se siente el paciente y los familiares en todo momento y así poder ayudarles de manera más individual y personal.
- Controlaremos y realizaremos la medición de la diuresis, deposiciones, drenajes del paciente, temperatura. Registrándolos tantas veces como sean necesarias y como mande el protocolo y/o el facultativo.
- Preparar y tranquilizar a los pacientes que se van a realizar exámenes o pruebas diagnósticas tanto si las pruebas se realizan dentro de la unidad como si tuviera que ser trasladado fuera de la unidad, preparando todo el equipo necesario.
- Realizará la limpieza y desinfección de todo el material y equipo que se haya utilizado.
- Preparará el material que necesite ser esterilizados. Tendrá un control de todo el instrumental estéril que se necesita en la unidad, para que no falte nada.
- Sera el encargado de recoger los medicamentos de farmacia, previa prescripción médica y autorización.
- Llevará las muestras al laboratorio para su análisis.
- Controlaremos que los carros de la ropa tengan suficiente ropa para poder realizar el cambio de sábanas de todos los pacientes.
- Realizará la limpieza y abastecimiento de los carros de curas y almacenes de dentro de la unidad.
- Nos encargaremos de colocar al paciente en la posición adecuada a la hora de comer. Ayudaremos al paciente facilitándole todo lo necesario si pueden comer solos y si no el tcae se encargara de darle de comer.
- Prepararemos y recogeremos todo lo necesario a la hora de comer, así como lavar las manos antes y después de cada comida, limpieza de la dentadura y aseo de la boca.
- Colaboraremos con el enfermero para la realización de cualquier tipo técnica, asistiendo, preparando y recogiendo todo el material necesario para la realización de cualquier técnica necesaria para el paciente.
- Aplicar los principios de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad en todas las técnicas que se vayan a realizar, para evitar cualquier tipo de infección.
- Realizar los cuidados post-mortem al paciente, si fuese este el desenlace.

- Al final y comienzo de cada turno, daremos el cambio de turno, explicando a las compañeras que entran de turno todos los procedimientos y el estado de cada uno de los pacientes, para brindarles los cuidados que fueran necesarios.
- El TCAE es fundamental en los cuidados de los pacientes paliativos, pues ayudara en todo momento en el control de síntomas del enfermo. Para los familiares es fundamental no ver a su familiar con muestras de dolor, molestias, insomnio e intranquilidad entre otros muchos síntomas que pueden llegar a aparecer.
- Respetaremos los intereses del enfermo si desea conocer o no su enfermedad y el avance de la misma y hacer entender a la familia que este deseo se llevará a cabo.
- Conservar una comunicación honesta y sincera con el paciente durante todo el proceso, respetando en todo momento sus derechos y decisiones.
- Animar a los familiares a realizar cuidados del paciente para favorecer los posibles sentimientos de culpa y favorecer reconciliaciones.
- No crear falsas ilusiones ni dar falsas esperanzas a los familiares y el paciente, ya que dificultaría el afrontamiento de la enfermedad y del desenlace de este.

Una vez producido el fallecimiento del enfermo el TCAE deberá:

- Preparar al paciente aseándolo, quitándole todas las vías y/o dispositivos que lleve el mismo.
- Ayudaremos a los familiares a despedirse de él.
- Respetaremos las situaciones de soledad que quiera mantener la familia.
- Permitir y ayudar a la manifestación del dolor, elaboración de ritos religiosos y espirituales
- Ayudaremos a los familiares a recoger todos los objetos y pertenencias que se encuentren en la habitación, y respetaremos en todo momento si son ellos los que lo quieren hacer solos, les daremos el tiempo necesario, sin meterles prisa y respetando en todo momento su dolor.
- Una vez el fallecido y los familiares han abandonado la habitación, el TCAE procederá a recoger todo el material, limpiarlo desinfectarlo, avisar al servicio de limpieza para que limpie la habitación, y después de esto procederemos a prepararla por si hubiera un nuevo ingreso.

5 Discusión-Conclusión

A través de los datos obtenidos se puede concluir que el TCAE en esta unidad debe de ser una persona disciplinada, debe poseer conocimientos científicos, habilidades, actitudes y valores. Deberá tener los conocimientos suficientes de los

diferentes protocolos que se utilizan en la unidad. Con madurez física y psicológica que le permitan la toma de decisiones junto con el resto del equipo. Además, estos profesionales deberán poseer cualidades y capacidades para enfrentarse a este tipo de unidad, pues no solo cumplirá con las funciones básicas del cuidado del paciente y de la planta, también se deberán enfrentar a situaciones de dolor tanto físico como mental tanto de los pacientes como de los familiares. El TCAE colaborara para que el paciente este en un ambiente cómodo y agradable para conseguir el mayor bienestar posible del paciente y familiares.

6 Bibliografía

1. <https://www.secpal.com/biblioteca/guía-cuidados-paliativos-1>.
2. <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>.
4. Carpenito L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. McGraw- Hill. Interamericana. 9ª edición. Edición en español:. Madrid (2003).
5. Benitez M.A.; Llamares A.; Gracia G.; et al. Recomendaciones semFYC. Cuidados Paliativos. 1ª Edición Barcelona: semFMY.
6. Protocolos de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. Pendiente de Publicación 1993.
7. Centeno Cortés C, Hernansanz de la Calle S, Arnillas Gómez P. Historia del movimiento Hospice. El desarrollo de los cuidados paliativos en España. En: Marcos Gómez Sancho, ed. Medicina Paliativa en la cultura latina. Arán. Madrid, 1999: 301-316.
8. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjemsward J. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Madrid: Aran Ediciones, 2005.

Capítulo 184

PATOLOGÍA DIABÉTICA Y ALIMENTACIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

YOLANDA SERRANO SANTANA

MARÍA INMACULADA DÍAZ FERNANDEZ

LORENA FUENTES ÁVILA

YOLANDA REYES CID

MARIA VICTORIA GUZMÁN GARRO

1 Introducción

En los últimos tiempos, se ha originado un incremento abrumador de la prevalencia de patología diabética en todo el mundo que se ha calificado exponencialmente de una auténtica pandemia. La obesidad y el sedentarismo, cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, anuncian que esta tendencia puede mantenerse e instaurarse en la actualidad y en el futuro.

Por ello mismo, a través de la investigación, se evidencio que, ha sido exponencial el crecimiento a su vez el estudio y en conocimiento científico de la patología diabética y en nuevas terapias farmacológicas.

Los avances tecnológicos especializados y la modernización de diversos sistemas más precisos para la medición de la glucemia de la obtención de estos datos y de

analizar los resultados lleva y consienten a los individuos con patología diabética y profesionales adaptar el tratamiento a los requerimientos individuales.

De modo que es esencial destacar la acción nutricional educativa que debe desarrollar en el equipo multidisciplinar de salud y en especial los profesionales de todo el equipo de Enfermería de Atención Primaria, el cual ostenta la responsabilidad y herramientas de facilitar y de conducir el aprendizaje del individuo con patología diabética y de su conjunto familiar, haciendo especial hincapié en los aspectos concernientes con las medidas de autocuidado entre las cuales están: Hábitos de vida saludables, nutrición y dieta complementada con el tratamiento farmacológico, descanso y sueño, higiene, ejercicio, elementos de riesgo, diagnóstico, tratamiento y controles sanitarios.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma específica los aspectos básicos de la alimentación en pacientes diabéticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

- Valoración inicial por necesidades y premisas básicas del ser humano referenciadas por Virginia Henderson: Proceso de valoración sistemática y premeditado basado en un plan para recoger y organizar la información sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relativos a la enfermedad, de forma que facilite la evaluación de salud y el diagnóstico enfermero para la planificación de la asistencia y atención a la par que de educación hacia la salud.

Exploraciones:

- Cotejo de perímetro abdominal, peso, talla, IMC.
- Cotejo de la tensión arterial (TA).
- Cotejo de la frecuencia cardíaca (FC).

- Estudio y examen del pie.
- Escrutinio de las zonas o áreas de punción en caso necesario en los insulinodependientes debido a los inyectables.
- Realización de un electrocardiograma (EKG).

- Identificación de problemas: Se comete con la información que queda registrada en la historia clínica de la valoración que se hace inicial y con los datos concernientes de las exploraciones. Una vez identificados los problemas, se informa convenientemente y entendible de los mismos al usuario y/o conjunto de familia, elaborándose a continuidad el plan de precisos cuidados que deberá contemplar su compromiso, así como los plazos que se instauren para la consecución de los resultados de los objetivos planteados.

- En cuanto al estilo de vida se debe fomentar una educación saludable: No se halla el alimento perfecto y que el individuo con patología diabética puede comer casi todo, cabe decir que, en las proporciones convenientes, poniendo en el primer lugar a los productos alimenticios ricos en vitaminas, fibra y los minerales, frente a las grasas trans y los procesados.

Alimentación fraccionada siempre en unas cinco o inclusive seis tomas al día, cuanto más mínimo sea el volumen de la toma mejor.

Estas particiones de horario deben ir a la par con insulina o con el tratamiento de la toma de antidiabéticos orales y con efectuación de ejercicio físico.

La dieta debe ser rica en fibra (verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta, en las cantidades convenientes a cada caso).

Una alimentación que es escasa en grasas saturadas y en el temido colesterol, ya que se debe poner especial atención a reducir la ingestión de lácteos completos y los muy grasos, carnes consideradas grasas, huevos y sus derivados, así como la charcutería, etc.).

Tener en consideración que el alcohol es hipoglucemiante y que puede derivar en una hipoglucemia.

La comida que se efectuó debe ser portadora de grasas saludables, carnes magras y/o proteínas, cereales a ser posible integrales y de los lácteos que sean desnatados.

Frutas, verduras y cereales integrales como la pasta de trigo y el arroz integral, salvado.

Bebidas deben ser sin calorías, como té sin endulzar con azúcar, café o agua. Elegir sustitutivos del azúcar y opciones bajas en sal.

5 Discusión-Conclusión

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos de estar al tanto y convenientemente instruidos y actualizados en los planes de cuidados para el enfermo con patología diabética este debe ser individualizado ya que garantiza unas ventajas:

Los cuidados y necesidades serán dirigidos al enfermo, lo que ayuda a asegurar que los problemas de salud y la respuesta a ellos sean el centro de atención.

Se debe fomentar la participación del paciente en su cuidado, fomenta la independencia y proporciona al paciente una mayor sensación de control y de los factores importantes en un resultado de salud positivo. Es conocido como la autogestión individual influye en el cuidado cotidiano para potenciar y promover un nivel de salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Jiménez S, Contreras F, Fouilloux C, Bolívar A, Ortiz H. Intervención de Enfermería en el Cuidado del Paciente Diabético. RFM [Internet]. 2001 Mar [citado 2022 Sep 30]; 24(1): 33-41. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000100005&lng=es.
5. Ulloa Sabogal Iliana Milena. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Sep 30]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000200019&lng=es.

Capítulo 185

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN HIGIENE, ASEO Y CUIDADO DEL ENFERMO

MARÍA INMACULADA DÍAZ FERNANDEZ

YOLANDA SERRANO SANTANA

LORENA FUENTES ÁVILA

YOLANDA REYES CID

MARIA VICTORIA GUZMÁN GARRO

1 Introducción

La higiene del enfermo es un conjunto de técnicas, métodos, habilidades y procedimientos de aseo en todo el cuerpo, las mucosas internas y externas que se efectúa a los enfermos.

La higiene posee y persigue como objetivo y finalidad la prevención de patologías, conservación y mantenimiento de la salud así como lograr proporcionar bienestar, confort y comodidad al enfermo. Una higiene, o aseo, o limpieza conveniente se debe ejecutar tanto en el hábito hospitalario como en casa.

Podemos distinguir dos tipologías de higiene:

1º Higiene individual: hábitos y normas para conservar nuestra salud (de cada persona).

2º Higiene social: hábitos y normas aplicadas por la comunidad.

Se puede efectuar tanto en ducha como en bañera e incluso en enfermos encamados un aseo diario e la cama. El protocolo de actuación es: enjabonado, aclarado y secado.

Siempre se le debe explicar al enfermo lo que se le va a efectuar y se tiene que mantener y proteger la intimidad de este, garantizando que en ningún momento quedará completamente desnudo.

Cuando se vaya a lavar al enfermo encamado se irá lavando cada zona del cuerpo intentando no mojar la cama y seguidamente se secará dicha zona para evitar la humedad en la piel, ya que esto puede provocar lesiones en la misma.

El proceso de lavado se efectuará dependiendo de la autonomía del enfermo entre una o dos técnicas en cuidados auxiliares de enfermería e incluso puede ser necesaria la ayuda de un celador.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy trascendental e importante en el aseo del enfermo ya que este se efectúa mediante una atención individualizada.

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el aseo del enfermo.
- Enumerar los beneficios proporcionados al contribuir en la higiene y confort del enfermo.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería una muy fundamental es la concerniente con la higiene del enfermo ya que este es un cuidado básico.

La buena efectucción de estos, disminuye la aparición de resultados negativos como infecciones añadidas al cuidado de la salud o lesiones en la piel.

El bienestar y comodidad del enfermo, a la vez que es una medida preventiva contra las infecciones.

Mientras se efectúa la higiene los profesionales logran valorar los aspectos de la piel; si cambia, la cavidad oral, permeabilidad de la vía aérea, movilidad, nivel de dependencia, si presenta dolor, estado nutricional y patrón de sueño.

Mientras se efectúa este cuidado, los profesionales de enfermería deben preservar la independencia del enfermo, mostrando respeto, asegurando su intimidad y favoreciendo al auto cuidado, así se aporta comodidad, bienestar, seguridad y dignidad al individuo.

Esto ayuda para fomentar la comodidad emocional y la recuperación de los enfermos.

Todos los profesionales sanitarios al trabajar en un entorno exigente y dinámico deben seguir una higiene adecuada y proteger y nutrir su piel, dependiendo del área de trabajo se debe llevar una higiene adecuada. Con este procedimiento estaremos evitando infecciones nosocomiales.

El procedimiento es; lavado de manos, desinfección e hidratación.

Para la efectucción del aseo debemos tener en consideración el estado del enfermo; si es autónomo o dependiente.

1º Si es autónomo e independiente se le proporcionará el material preciso y estaremos supervisándolo por si precisara de nuestro apoyo o ayuda, normalmente se efectúa en la ducha asegurando medidas de seguridad para evitar caídas.

2º Enfermo dependiente; puede ser parcial o encamado:

- Precisa ayuda parcial: puede precisar objetos como una silla, taburete o camilla. Se le proporcionará el material preciso para el aseo como esponja, jabón neutro, crema hidratante, material de afeitado (si fuera preciso), colonia, cepillo y la ropa que se vaya a poner.

- Enfermo en cama: el técnico en cuidados auxiliares de enfermería efectuará el aseo en la cama con la colaboración del enfermo, se le explicará el procedimiento y se efectuará con toda seguridad y según el protocolo de actuación, la cabeza se dejará para último lugar. El aseo es diario y se efectuará las veces que precise el enfermo.

El enfermo quedará en la cama bien seco, hidratado y vestido. La cama no se debe mojar y en su caso se cambiará quedando el enfermo cómodo y seco.

Se debe tener una temperatura adecuada, siendo temperatura ambiente de 22°-25 °C en la habitación, debiendo evitar corrientes de aire y la temperatura del agua debe estar entre 36°-40 °C.

5 Discusión-Conclusión

La higiene proporciona al enfermo una sensación de bienestar y comodidad, a la vez que favorece en la relación enfermo-enfermera.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería antes de la efectucción de la técnica de higiene tiene que saber el estado del enfermo, así como si lleva otros equipos como, sondas, vías etc.

Para la retirada de ropa, como para volver a ponerla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe saber el protocolo de como quitarla y de cómo volver a colocarlo, siendo esta así; si lleva vía primero se quitará el brazo libre y después el que la lleva y para colocarlo será lo contrario, siendo primero el brazo afectado y después el brazo libre.

En definitiva, la importancia del aseo es vital para prevenir patologías e infección y también tiene suma importancia para los beneficios físicos y psicológicos de los enfermos.

6 Bibliografía

1. Carvajal Carrascal, Gloria; Montenegro Ramírez, Juan David. Wwww.scielo.es. Murcia. Octubre 2015: Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en enfermos críticos. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015.
2. Paula Sánchez Álvarez, Sara López Rodríguez y Cristina Canal Antón. www.revistamedica.com. 20/02/2020. Aseo del enfermo. <https://revistamedica.com/aseo-del-enfermo/>.

Capítulo 186

CASO DE INFLAMACIÓN INTESTINAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LORENA FUENTES ÁVILA

YOLANDA SERRANO SANTANA

MARÍA INMACULADA DÍAZ FERNANDEZ

YOLANDA REYES CID

MARIA VICTORIA GUZMÁN GARRO

1 Introducción

La inflamación de la membrana interna intestinal. Puede estar causada por una bacteria, por un virus (generalmente norovirus), o incluso la logran originar algunos parásitos, por norma general se le conoce como gastroenteritis o inflamación intestinal.

La gastroenteritis o inflamación intestinal es de tipo viral se trasfiere y dispersa a través del contacto con las heces o vómitos del individuo infectado. Por eso es esencial y fundamental el correcto lavado de manos después de ir al baño. Ya que el enfermo afectado puede llegar a tocar superficies, objetos, o incluso preparar comida, y estará, por lo tanto, infectando dichos objetos que serán los que contagien a otros individuos (en el caso de manipular comida o bebida sería una intoxicación por alimentos, por estar éstos contaminados).

Los síntomas de la gastroenteritis o inflamación intestinal viral incluyen náuseas o vómitos, dolor de cabeza, calambres y dolor abdominal, diarrea acuosa, llegando a manifestarse incluso con febrícula o fiebre y escalofríos.

La mayoría de los individuos se recupera sin tratamiento, con una ingesta progresiva de líquidos y pasando poco a poco a una dieta blanda.

Hay que prestar atención a la deshidratación que puede sobrevenir por soportar una gastroenteritis o inflamación intestinal. Es especialmente común en adultos mayores, bebés y enfermos inmunodeprimidos. Por lo cual se debe observar si el enfermo ingiere suficientes líquidos para reponer los que se pierden a través de las heces líquidas y vómitos.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la gastroenteritis o inflamación intestinal y qué tratamiento es el que se le pauta, a propósito de un caso clínico que se nos presenta en urgencias del centro de salud.

3 Caso clínico

Concurre a consulta de urgencias mujer de 45 años, sin ningún antecedente a destacar, no toma medicación, nos expone que no padeció previamente ninguna enfermedad, esto ocurre a las 6:35 de la mañana en el área de urgencias en atención primaria en centro de salud con profusa diarrea, náuseas y vómitos que se alargaron hasta su llegada a a consulta, que han dado inauguración el día preliminar a última hora de la tarde de modo inminente ya que no se había notado ningún síntoma.

No ostenta alergias que ella sepa, así como tampoco intolerancias alimentarias según nos expone. Nos expone que no tiene hábitos tóxicos, no sobrepeso, relata que lleva una dieta sana y muy variada asimismo con la realización de actividad física.

No dice que la diarrea alcanza como unas 10 deposiciones líquidas desde el inicio bruco hasta antes de venir , impidiéndole en toda la noche el descanso, refiere de unos 12 vómitos, sensación de pinchazo y movimientos bruscos abdominales con lo que todo esto deriva en un malestar general.

A su vez nos expone de cefalea soportable, que va en acrecentamiento antes y después del esfuerzo del vómito. En el momento de la entrevista se halla mareada, con sensación de laxitud y debilidad al tener que ir al baño al momento de levantarse e inclusive posterior al vómito, refiriendo que dentro del baño debió de

buscar apoyo para agarrarse y así poder incorporarse previniendo u reduciendo un poco la sensación de vértigo para no llegar a caerse.

Afebril, exhibe blando el abdomen, depresible, dolor en palpación, examen peritoneal sin reacción, con orofaringe exponencialmente eritematosa, sin visión de placas.

Refiere que no realizo ninguna ingesta desde el momento de iniciar los síntomas, intento una infusión de manzanilla, por la noche y en la mañana pero solo consigue vomitar otra vez .

Al preguntarle por la alimentación anterior a los episodios que refiere expone que no efectuó nada fuera de lo normal y que no tiene ninguna intolerancia ni tampoco fueron comidas ni alimentos fuertes o muy especiados.

Estando en la consulta, como referimos anteriormente se manifiesta una emesis brusca e incontrolable que paro la consulta, a su vuelta refiere además de la emesis una deposición.

Tensión arterial 91/55.

Temperatura 36,1 °C.

Tras las pruebas ejecutadas y la manifestación y evidencia de los signos y de la sintomatología, se diagnostica a la enferma de gastroenteritis o inflamación intestinal aguda. Se decide de dar alta a su domicilio con la medicación y tratamiento prescripto y pautado y con la encomienda de que, si en unas 24 o 48 horas el proceso de sintomatología sigue sin mejorar o que inclusive empeora, debe de concurrir otra vez a urgencia para evitar la deshidratación.

Se le administra en la consulta referida, metamizol y primperán intramuscular.

Se le prescribe suero oral hiposódico, en presentación de sobres de reconstitución en 1 litro de agua/24 horas con prolongación de 5 días.

Y paracetamol de 1 gramo cada seis horas durante 3 días.

Se le anima a que emprenda la ingesta oral muy de poco a poco, para comprobar tolerancia con una dieta blanda astringente consistente en arroz hervido, manzana rallada, pescado al vapor, pechuga de pollo a la plancha.

Son signos y síntomas de deshidratación los siguientes: orinar poco y de color oscuro, cansancio, sed extrema, boca seca, mejillas y ojos hundidos, mareos e incluso desmayos, falta de turgencia y tonicidad en la piel (se presiona suavemente la piel o se realiza suavemente un pellizco y no regresa a su posición fácilmente, se puede hacer asimismo presionando un dedo, brazo...).

4 Discusión-Conclusión

Es importante tratar la gastroenteritis o inflamación intestinal cuando esta persiste y se instaura por varios días, ya que, sin embargo, en la gran mayoría, la gastroenteritis o inflamación intestinal viral no es perjudicial, puede volverse peligrosa si llega a la deshidratación. Cualquier individuo con signos o síntomas de deshidratación debe ser atendido médicamente de inmediato. Un individuo con deshidratación severa puede demandar tratamiento médico hospitalario.

Tratar, por lo tanto, la gastroenteritis o inflamación intestinal cuando empieza y en sus primeras horas o días de aparición es fundamental y trascendental para evitar complicaciones graves, estar pendientes de las reacciones que el enfermo pueda tener, especialmente si el enfermo es un bebé, anciano o individuo inmunodeprimido.

5 Bibliografía

1. [https://medlineplus.gov/spanish/gastroenteritis o inflamación intestinal.html](https://medlineplus.gov/spanish/gastroenteritis%20o%20inflamaci%C3%B3n%20intestinal.html).
2. [https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-lasalud/enfermedades-digestivas/gastroenteritis o inflamación intestinal-viral/sintomas-causas](https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-lasalud/enfermedades-digestivas/gastroenteritis%20o%20inflamaci%C3%B3n%20intestinal-viral/sintomas-causas).

Capítulo 187

CASO CLINICO DE NEUMONIA POR COVID

ANA MARÍA CALVIÑO URÍA

1 Introducción

La neumonía antiguamente mas conocida con el término de pulmonía, que hoy en día esta en desuso, es una enfermedad que afecta al aparato respiratorio, más concreto a los pulmones. Se trata de una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones, estos pueden llenarse de líquido o pus (material purulento).

Suele estar causada por virus, bacterias, hongos, incluso Covid-19, aunque pueden estar implicados otros microorganismos.

Los síntomas de la neumonía suelen cursar con fiebre, disnea, mal estado general, tos principalmente seca y/u opresión torácica.

La neumonía puede variar en gravedad, desde suave a potencialmente mortal. Es más grave en bebés, niños y personas mayores de 65 años, personas con problemas de salud o sistema inmunitario debilitado.

Pueden clasificarse según donde se adquieren; como neumonía adquirida en la comunidad que es debido al día a día de la persona, la neumonía hospitalaria, es la que se coge en un centro hospitalario.

La más común de ellas es la que se produce por una bacteria llamada neumococo. Para evitar la aparición hay muy pocas medidas aunque alguna de ellas pueden ser las vacunas como la antigripal ya que muchas neumonías aparecen tras pasar un cuadro de gripe. Otra vacuna es la antineumocócica.

Si las personas padecen asma, bronquitis crónica o bronquiectasias, se recomendando empezar pronto con antibióticos, si hay síntomas de infección hospitalaria.

2 Objetivos

Dar con el diagnóstico adecuado de la enfermedad y erradicar el microorganismo mediante la selección del antibiótico apropiado hasta llegar a la completa curación clínica.

3 Caso clínico

Varón de 87 años, con movilidad reducida, que acude a su centro de salud por tos seca, habiendo dado positivo para coronavirus con test de antígenos realizado en su domicilio, con malestar general, la auscultación es normal, se le recomienda tomar paracetamol para tratar de aliviar la sintomatología, se le comenta que en caso de que la clínica empeore, debido a la edad y a sus antecedentes personales, acuda al servicio de urgencias.

A los dos días, es atendido en urgencias, al notar un empeoramiento en los síntomas, se encuentra con dolor en el pecho al toser, fiebre elevada que en el transcurso de los dos días ha ido en aumento llegando a situarse hoy en 39°C, que no remite con la toma de antipiréticos, dificultad al respirar, fatiga, escalofríos con temblor, desorientación, náuseas, vómitos y diarrea.

Antecedentes personales: Fumador, trabajador en el sector minero, con silicosis de segundo grado, obesidad, operación de prótesis de cadera y bypass cardíaco.

Antecedentes familiares: Padre fallecido por Cáncer de pulmón, madre diabética tipo II.

Se le realiza radiografía de tórax en el que se observa una inflamación en el pulmón derecho. Saturación de un 70 % en sangre. Análisis de sangre, el hemograma presenta recuentos celulares alterados, como un número bajo de leucocitos y elevado número de neutrófilos, presenta alteración en plaquetas. Prueba PCR con resultado positivo.

Ante la clínica presentada, las pruebas realizadas que nos demuestran que el paciente presenta una neumonía por SARS-CoV-2 y la elevada edad del paciente, además de sus antecedentes personales y familiares, se le ingresa en la planta destinada para pacientes con Covid para observación, seguimiento y tratamiento por vía intravenosa con antibióticos, analgésicos y antipiréticos. Según evolución

del paciente se considerará el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital.

4 Discusión-Conclusión

Las infecciones causados por el SARS-COV-2, pueden ser causantes de grandes complicaciones, como una afección en el sistema cardiovascular, trombosis arterial y venosa. Mientras que la mayoría de los pacientes que tienen dicha infección presentan síntomas leves, entre un 20 y un 30% sufren síntomas más graves, como neumonía o complicaciones como las indicadas anteriormente, pudiendo llegar a necesitar respiración mecánica.

Hay cientos de enfermedades que hacen que el pronóstico pueda ser peor derivando en neumonías, por lo que es necesaria una rápida actuación ante la evolución de la sintomatología, para evitar llegar a una situación crítica. El tratamiento adecuado y un ingreso hospitalario, si llegara a ser necesario, son una de las principales medidas para controlar la neumonía.

5 Bibliografía

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

Capítulo 188

EL TCAE Y LOS PRIMEROS AUXILIOS

GEMA JIMENEZ SÁNCHEZ

ANA MARIA ROMERO HERNANDEZ

MARIA JESÚS VICENTE SÁNCHEZ

LOURDES MARÍA NÚÑEZ GIL

ANGELITA LOPEZ SANTOS

1 Introducción

Cuando un accidente ocurre es normal que los nervios sean los protagonistas con lo cual nos puede hacer que no actuemos de manera correcta, pero debemos saber que el tiempo que transcurre desde que pasa el accidente hasta que acuden los servicios sanitarios son vitales para la supervivencia de las víctimas, con lo cual mostraremos la importancia que tiene adquirir conocimientos de primeros auxilios.

Lo primero que debemos hacer si presenciamos un accidente es actuar con calma, pensar con cabeza fría para no cometer ningún fallo y los pasos que vayamos a realizar sean claros para evitar más accidentes.

Todas las personas seamos o no sanitarios debemos prestar nuestros conocimientos de primeros auxilios siempre hasta que vengan los profesionales sanitarios, la policía, bomberos etc.

Con el simple hecho de utilizar la conducta PAS ya estamos ayudando mucho como ciudadano hasta que los sanitarios lleguen al lugar de los hechos la conducta PAS se basa en: proteger, avisar y socorrer, con esto queremos decir que,

una vez se presencie el accidente, primero debemos proteger la zona del accidente para que no ocurran más accidentes, después llamaremos al 112 para alertar de lo ocurrido, debemos decir donde ha ocurrido, cuantas víctimas hay etc., y por último socorrer si adquirimos de conocimientos de primeros auxilios, nunca daremos agua ni medicamentos a ninguna de las víctimas, tampoco moveremos a las víctimas para causar otro tipo de daños, y una vez que acuden los servicios de emergencia, nos retiraremos para no molestar a los profesionales sanitarios, siempre debemos mantener la calma, para evitar más accidentes.

2 Objetivos

Nuestros objetivos a relucir serán: definir el concepto de primeros auxilios, dejar siempre los pasos que debemos seguir para no causar ningún daño más, proporcionar pautas de actuación, dando mucha importancia a los primeros auxilios, mantener la calma, actuar con rapidez, evitar más accidentes y daños a los rescatadores, proteger la zona accidentada, prestar nuestra ayuda como TCAE a todos los demás profesionales sanitarios como médicos y enfermeros, examinar a la víctima para ver sus daños, calmar a las demás víctimas y sus posibles acompañantes.

3 Metodología

Todos los datos plasmados en esta investigación, han sido sacados de diversas fuentes de internet, de revistas médicas y de diferentes libros de estudio de primeros auxilios, también de apuntes adquiridos a lo largo de diferentes cursos de primeros auxilios.

4 Resultados

Es de vital importancia que siendo o no sanitarios sepamos sobre los primeros auxilios, y de la importancia que tienen, nosotros como TCAE tenemos que tener claro cada paso a seguir siempre y así, utilizar el método PAS, con este simple hecho ayudaremos a muchas personas.

Hablamos un poco más sobre el ya mencionado método PAS:

P de proteger: Siempre tenemos que proteger la zona donde se ha producido el accidente y a la víctima, y también debemos protegernos nosotros para así evitar

más catástrofes, tenemos que asegurarnos de que el accidentado y nosotros estamos fuera de peligro, si por ejemplo se tratase de un accidente de tráfico, debemos señalar siempre de manera adecuada la zona donde se ha realizado el accidente para así evitar otro y evitar más daños y evitar daños a los que socorremos.

A de avisar: El siguiente paso es avisar al 112 al equipo de emergencias y diremos todos los detalles de todo lo que ha ocurrido, donde ha ocurrido, el estado de las víctimas, cuantas víctimas hay, ellos nos irán dando indicaciones hasta que lleguen al lugar de los hechos para saber qué pasos debemos seguir para evitar más daños a las víctimas.

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 tenemos que saber el estado de la víctima, nos aseguraremos de; si tiene pulso, si está consciente, podemos preguntarle alguna cosa para asegurarnos de si está consciente, si respira y tiene pulso pasaremos a ponerlo en posición de seguridad, la cual se trata de poner a la víctima de lado para evitar posibles atragantamientos.

Todos estos detalles pueden salvar muchas vidas en cuestión de segundos, no hace falta ser sanitario para proceder a realizar la conducta PAS, siempre con paciencia y mucha calma podemos ayudar a muchas personas, una vez llegue el personal sanitario nos retiraremos.

Si en este caso fuésemos TCAE, nuestros pasos a seguir serán además de ayudar a nuestros compañeros de manera rápida para no agravar más los daños de las víctimas, debemos calmar a las demás víctimas, a sus acompañantes, dar mucho apoyo y sobre todo tranquilizarlos.

Despejar la zona para que no haya demasiada gente, simplemente los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos saber tanto los sanitarios como el resto de ciudadanos la importancia de saber primeros auxilios, aunque sea lo más mínimo, con simples conocimientos siempre vamos a ayudar a muchísimas personas.

Debería ser obligatorio para todos los ciudadanos el hecho de aprender estos conocimientos, porque nadie nos salvamos de nada, y podemos presenciar situaciones desagradables, pero debemos aprender a trabajar los nervios y actuar de manera rápida y bien.

El hecho de ayudar a más persona es algo muy importante y agradable para las personas que ayudamos, sabiendo que con simples hechos podemos salvar muchas vidas y familias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 189

MANIOBRAS DE AYUDA ANTE UN ATRAGANTAMIENTO

MARICARMEN HUERTA RUS

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

1 Introducción

Una emergencia se puede presentar de forma repentina, nadie está a salvo de verse en una situación así.

Los primeros auxilios son la ayuda rápida e inmediata que se presta cuando existe un riesgo para la salud y la vida de la persona que lo está padeciendo hasta la llegada de los servicios de urgencias.

Ayudar a otras personas en caso de emergencia es una obligación moral y jurídica. El derecho a la vida, la salud y la integridad física es un deber que todos tenemos que proteger (recogido en nuestra Constitución de 1978).

El número 112 es el contacto europeo de emergencias.

En este capítulo nos centraremos en la obstrucción de la vía aérea, segunda causa de muerte accidentalmente en España, (2.511 muertes por atragantamiento en el año 2020).

Aunque se piense que los más propensos a estos accidentes son los menores de edad, la gráfica elaborada por el Observatorio de Prevención de Riesgos y Acci-

dentes con los datos del Instituto Nacional de Estadística indica que el pico de muertes se encuentra a partir de los 80 años que supone el 61 % del total.

La mayor parte de las muertes por atragantamiento es por la ingesta de alimentos, 11 % por obstrucción respiratoria y de otros objetos, el 83 %. Todos estamos expuestos a un atragantamiento, en las personas que están sanas puede ocurrir cuando nos hacen reír o hablamos mientras comemos; en niños cuando corren o juegan mientras comen. En personas con patologías con dificultad para deglutir, como ictus, Parkinson, en personas mayores ya por su edad, en niños jugando con piezas pequeñas y echándoselas a la boca, comer trozos grandes de comida. En este capítulo se fomentarán las Maniobras Heimlich, que es una técnica muy eficaz para salvar vidas en caso de atragantamiento. Se llama así por el doctor estadounidense Henry Heimlich.

2 Objetivos

- Implantar carteles de manera informativa sobre los pasos a seguir en caso de atragantamiento de la maniobra anteriormente indicada (en colegios, guarderías, restaurantes, residencia de tercera edad).
- Formar al personal para reaccionar ante estos casos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en textos de manuales de primeros auxilios, en la guía The Mayo Clinic, datos del Instituto Nacional de Estadística, información de diferentes páginas web, diferente articulado recogido en la Constitución Española de 1978.

4 Resultados

La obstrucción de la vía aérea generalmente es causada por un cuerpo extraño en las vías respiratorias, lo que impide que el oxígeno llegue a los pulmones. El signo universal de un atragantamiento son las manos apretadas a la garganta.

Si la obstrucción es LIGERA, la víctima está consciente y acaba de ocurrir, hay que animarla a toser con fuerza, vigilarla y no dar palmadas en la espalda hasta que se le haya pasado.

Sin embargo, si la obstrucción es SEVERA, hay que llamar inmediatamente al 112. Si la víctima no puede hablar, la tos es inefectiva, tiene dificultad para respirar, la

Cruz Roja estadounidense recomienda 5 golpes en la espalda y 5 compresiones abdominales o maniobra de Heimlich. La Asociación Estadounidense del Corazón no enseña la técnica del golpe en la espalda, a menos que se haya aprendido bien; nos centraremos en las compresiones abdominales.

Maniobra de Heimlich en adultos:

- Rodear con tus brazos la cintura de la víctima.
- Inclinar a la persona hacia adelante.
- Apretar un puño con fuerza y colocarlo debajo de la caja torácica.
- Agarrar el puño con la otra mano para poder ejercer una fuerza mayor.
- Realizar de 6 a 10 compresiones abdominales en dirección hacia adentro y hacia arriba.

Si después de realizar la primera serie no se ha resuelto, repetir la maniobra hasta que se expulse el objeto o comida,

Maniobra de Heimlich en niños:

- Para ponerte a la altura del niño, se debe colocar detrás de él, arrodillado o sentado.
- No se debe ejercer la misma fuerza que en un adulto, se podría provocar una lesión.
- Si el niño es mayor de un año se deben dar 5 golpes con el talón de la mano, en la espalda, si esto no surte efecto, se realizarán compresiones abdominales procurando no levantar al niño del suelo.

Repetir la maniobra hasta que se resuelva.

Maniobra de Heimlich en bebés menores de un año:

- Se debe ir con mucho cuidado para no dañar al bebé.
- En posición sentada, sujetamos al bebé boca abajo con el antebrazo, apoyándonos en el muslo, sujetamos la cabeza y cuello con la mano y colocamos la cabeza más baja que el tronco.
- Golpeamos 5 veces con la palma de la mano en la mitad de la espalda.
- Ponemos al bebé boca arriba sobre el antebrazo, descansándolo en el muslo con la cabeza más baja que el tronco; si el bebé todavía no respira, colocar el dedo índice y corazón juntos y ejercer presión sobre el centro del esternón. Aplicamos 5 compresiones torácicas.
- Repetir los golpes en la espalda y las compresiones en el pecho hasta que se resuelva.

Maniobra de Heimlich en una mujer embarazada o una persona obesa:

- Palmadas en la espalda, si el atragantamiento sigue, hay que alternarlas con compresiones torácicas anti-atragantamiento (no compresiones abdominales),

rotando las palmas y las compresiones torácicas por turnos de aproximadamente 5 veces cada una.

En las compresiones anti-atragantamiento el puño es colocado por encima del nivel de los pechos.

- En el caso de una persona con obesidad, si la persona rescatadora lo puede abarcar, se harán las compresiones abdominales.

Maniobra de Heimlich en uno mismo:

Puede ser que nos atragantemos y estemos solos, no queda otro remedio que llamar a urgencias si podemos y realizarnos la maniobra.

- Colocar el puño por encima del ombligo y sujetarlo con la otra mano. Empujar el puño hacia adentro y hacia arriba rápidamente. Nos podemos ayudar y apoyar sobre el borde de una mesa, silla, baranda, sofá, etc., para hacer fuerza.

Si por desgracia no se resuelve la situación, con la Maniobra de Heimlich, en ninguno de estos casos mencionados, si la víctima pierde la consciencia, lo tumbaremos con cuidado y se realizará la reanimación cardiopulmonar hasta la llegada de los servicios de emergencia, previamente llamados cuando se ha producido el atragantamiento.

5 Discusión-Conclusión

La asfixia por obstrucción de las vías aéreas puede provocar una bajada de oxigenación que en cuatro minutos puede producir daño cerebral o la muerte. Implantar carteles informativos en transportes públicos, residencias, estaciones de servicio, cines, colegios, comedores, centros de día, etc., con los pasos a seguir para realizar la maniobra de Heimlich.

Formar a la población sobre primeros auxilios, en colegios, restaurantes, residencias, las cuales son más vulnerables por su edad, deterioro y patologías.

La prevención juega un papel muy importante en los atragantamientos, siguiendo unas pautas sencillas, podremos minimizar el riesgo de atragantamiento (comer despacio, hacer trozos pequeños con la comida, no hablar mientras se come, etc.).

Como hemos podido comprobar, una ayuda inmediata, decide sobre la vida y la muerte, de ahí la importancia que la población tenga formación sobre primeros auxilios.

6 Bibliografía

1. Estadística 2020 de atragantamientos en España. (s/f). Opra.info. 17 de julio de 2022, de <https://opra.info/estadistica-2020-de-atragantamientos-en-espana/>.
2. Atragantamientos en restaurantes: Los profesionales aprenden cómo actuar. EFE Salud. 05 de agosto de 2022 <https://efesalud.com/atragantamientos-restaurantes-profesionales-aprenden-actuar/>.
3. Atragantamiento. (2002). Injuries and Wounds. 07 de agosto de 2022 <https://medlineplus.gov/spanish/choking.html>.
4. Bazán, J. (s/f). Medidas Preventivas. World Diagnostics News. 13 de agosto de 2022, de <https://www.diagnosticsnews.com/asociaciones-y-organismos/36057-medidas-preventivas-que-podemos-hacer-ante-un-caso-de-asfixia-por-atragantamiento>.

Capítulo 190

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: SU PAPEL EN LAS DIETAS

DIANA SÁNCHEZ PALENCIA

MARIA JESUS MARTÍN

ANA MARÍA FERNÁNDEZ CONSTANTINO

SANDRA PAVIA BARRONES

CINTIA VICTORIA MARTÍN MACHO BENITO

1 Introducción

La dietética será la técnica y arte de manejar los alimentos del modo adecuado, partiendo del conocimiento del cuerpo humano y de los alimentos, con el fin de proporcionar y promover tipos de alimentación variada, suficiente y equilibrada. La dietoterapia será la profesión que estudia las transmudaciones en toda su amplitud, tanto cuantitativas y las cualitativas que debe resistir una dieta para ser manejada en patologías determinadas.

La dieta se adapta primero a la patología que padece el enfermo y luego a cada enfermo en particular, teniendo en consideración su composición, procurando y tratando de garantizar el equilibrio calórico que se necesite en cada uno de los casos, lográndose clasificarse como esenciales, profilácticas o como paliativas.

La dieta terapéutica es la administración razonada y adaptada al estado del enfermo de determinados alimentos, con el fin de obtener una curación o mejoría de su patología.

Las dietas progresivas son las que van modificándose según la etapa de la patología en la que se encuentra o por la que está pasando el enfermo. Estas dietas terapéuticas son puntuales dependiendo la patología o lo que queramos conseguir con ellas, no deben mantenerse por periodos de tiempo prolongados porque resultan nutricionalmente incompletas.

Las etapas de las dietas progresivas son absoluta, líquida, semilíquida, blanda, de fácil digestión y basal.

2 Objetivos

- Exponer las clases de dietas terapéuticas que se logran aplicar, depende de la patología o afectación del enfermo.
- Clasificar según la consistencia de la dieta.

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: PubMed y Google Academy, páginas de nutrición hospitalaria, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la modificación en la consistencia de los alimentos, las dietas logran ser:

- Dieta normal o también llamada basal o libre o estándar.
Sin necesidad especial. Es normocalórica y nutricionalmente equilibrada.
- Dieta absoluta.
Prohibida la ingesta de sólidos y líquidos por vía oral. El enfermo logra tener una perfusión de suero. De corta duración, no se debe dar nada durante 24-48 horas. Anterior de una intervención quirúrgica y en el postoperatorio inmediato.
- Dieta líquida.

Los alimentos que la componen se hallan en estado líquido y a temperatura ambiente. Contiene escaso residuo y se absorbe con facilidad. No es nutricionalmente equilibrada (valor calórico aproximado de 500 kcal. con 100 gr. de hidratos de carbono), siendo su aporte calórico-proteico insuficiente.

Logra ser:

1. Dieta líquida simple o clara. Se emplea en periodos cortos de tiempo, como el postoperatorio. Su objetivo es hidratar a base de líquidos claros, con escasos residuos y de fácil absorción, como caldos, zumos, bebidas.

2. Dieta líquida completa. Será suficiente para cubrir las necesidades básicas. Alimentos triturados hasta darle una consistencia líquida. Incluye alimentos semisólidos y líquidos. Para enfermos con dificultad para deglutir o masticar o con función intestinal reducida.

La dieta en que se eliminan todos los nutrientes, menos el agua, se denomina dieta hídrica.

- Dieta semilíquida o de transición.

Constituye el paso siguiente a la dieta líquida en el postoperatorio. Se incluirán alimentos evitando las grasas y residuos. No llevan alimentos sólidos. Consiente una fácil digestión y absorción, aunque todavía no cubre las necesidades de energía y nutrientes del enfermo.

Es una dieta llamada de transición entre la dieta líquida y la semiblanda, añadiendo leche, natillas, crema de cereales, caldo de legumbres.

- Dieta semiblanda.

Es el paso intermedio entre la dieta semilíquida y la blanda. Se meten paulatinamente los segundos platos, de modo que sí se cubrirán las necesidades energéticas y de nutrientes.

Esto será para fomentar la masticación y la modoción del bolo alimenticio.

Incluirá segundos platos a base de carne, pescado o huevos con guarnición. Se incluyen primeros platos con alimentos ligeros enteros tipo arroz, pasta y patata cocida, con hortalizas y verduras en modo de puré. Las técnicas culinarias serán suaves (hervido, asado, planchas) para evitar las digestiones pesadas.

Dieta blanda.

Última etapa de las dietas progresivas antes de alcanzar la alimentación basal o normal. Trata de facilitar la digestión a través de la ingesta de alimentos ligeros como vegetales y líquidos para reducir al máximo los trastornos de la digestión. Se deben evitar los alimentos grasos, fritos y guisos y será controlada en fibra. Los alimentos deben ser fáciles de digerir y preparados de modo sencillo.

1. Alimentos líquidos. Como leche, caldos, zumos de frutas. Se consienten salsas suaves.
 2. Alimentos semisólidos. Incluirá purés, huevos pasados por agua, flanes, papillas.
 3. Alimentos sólidos-blandos. Entre ellos el jamón de York, pescado hervido, tortilla francesa. Se incorpora frutas, verduras y hortalizas como guarnición o postre.
- Se evadirán los alimentos como tomate, pimientos, salazones, ahumados, adobados.
- Ideal en postoperatorios, patologías digestivas leves, síndromes febriles como el paso previo a la dieta basal.

- Dieta de fácil masticación.

Indicada en patología digestiva o en el postoperatorio. Debe tener semejantes características en calorías, nutrientes y modo de cocción que la dieta normal, pero adaptada a problemas en la masticación. Los alimentos dificultosos de masticar, como las carnes, cierta fruta y verdura, deben darse en otras preparaciones un ejemplo serio en carne picada, manzana al horno, zanahoria rayada o en zumo. Los enfermos tienen deglución suficiente y funcionamiento digestivo normal.

- Dieta triturada o túrmix.

Conveniente cuando el enfermo tiene dificultad importante para masticar o tragar. Se mezclarán distintos alimentos en una comida. Es poco variada y atractiva, pero logra ser útil en un enfermo anoréxico. Los tipos de cocción y preparación deben de ser sencillos. Ejemplo, purés enriquecidos con leche. El valor calórico es el mismo que en la dieta basal, siendo una dieta completa.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar y ver en esta descripción de las dietas, llegamos a la conclusión y opinión de que nos podemos encontrar una gran adaptación de cada circunstancia y variedad a la hora de poder adaptarnos a la patología o afectación del enfermo desde el contexto hospitalario en las cuales podemos adaptarnos a elaborar un plan de alimentación individualizado para una patología, la cual mejorara la calidad nutricional y se podrá indicar un plan de cuidados y un soporte nutricional en consonancia con las etapas de la patología a las que nos iremos adaptando.

La dieta es un punto muy importante y esencial a la hora de la recuperación del enfermo y sobre todo si están dirigidas a su patología.

6 Bibliografía

1. <http://www.atensalud.com/2017/03/dietas-terapeuticas.html>.
2. <https://books.google.com/books?id=Tv8sDwAAQBAJ>.
3. Técnicas básicas de enfermería.

Capítulo 191

PACIENTE CON ILEOSTOMÍA: FUNCIONES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA JESUS MARTÍN

DIANA SÁNCHEZ PALENCIA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ CONSTANTINO

SANDRA PAVIA BARRONES

CINTIA VICTORIA MARTÍN MACHO BENITO

1 Introducción

La ileostomía es un procedimiento quirúrgico, donde una porción del íleon se aboca a través de una abertura en la pared abdominal, permitiendo así la evacuación de las heces al exterior.

Normalmente, hay que efectuarla en enfermos donde la función del intestino grueso se ve alterada y no logra efectuar convenientemente sus funciones.

Este tipo de afección intestinal inflamatoria suele resolverse con una intervención quirúrgica.

Algunas de las causas por las que se produce este tipo de patología, son las siguientes:

1. colitis ulcerosa: se refiere a una patología de origen intestinal e inflamatoria que suele presentarse con úlceras y donde se ve afectado el revestimiento del colon y el recto.

Sintomatología que presenta:

- Diarrea.
- Premisa urgente de evacuación muchas veces al día.
- Heces sanguinolentas.

2. Patología de Crohn: en este suceso, la afección se localizaría provocando inflamación en diversas partes del tubo digestivo, en la mayoría de los sucesos, en el extremo inferior del intestino delgado y patología del intestino grueso, aunque, además, logra brotar en cualquier parte de tubo digestivo.

Sintomatología que presenta:

- Dolor abdominal (zona del vientre), con cólicos.
- Fiebre.
- Fatiga.
- Falta de apetito.
- Pérdida de peso.
- Sensación exagerada de defecación, aun cuando no hay heces.
- Diarrea acuosa.

2 Objetivos

Exponer como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en qué consiste la ileostomía y la adaptación que requiere el enfermo con este tipo de intervención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Con la ejecución de la ileostomía, permitimos el descanso de una parte del intestino grueso y el recto.

Los resultados suelen ser positivos, dado que la recuperación, normalmente, aunque lenta en las primeras semanas, es óptima, y con esto se consigue que el enfermo pueda recuperar su ritmo de vida con cierta normalidad.

Pasadas las primeras 24 horas, el enfermo podrá iniciar progresivamente la ingesta con una dieta líquida, transcurridas 48 horas, seguirá con una dieta blanda, y siempre que su tolerancia sea buena, a las 72 horas pasara a una ingesta normal. De cinco a siete días, si el enfermo no presenta fiebre, tolera bien la ingesta y hace una evacuación intestinal correcta, logra obtener el alta del hospital.

La incorporación a su vida laboral estará siempre supeditada al tipo de esfuerzo físico que conlleve dicho trabajo, si requiere un esfuerzo físico importante, se demorará más en el tiempo, si, por lo contrario, se refiere a un trabajo relajado, siempre y cuando se encuentre recuperado físicamente y tenga un control de su estoma, su vida no debería sufrir grandes cambios.

Al principio, como cualquier cambio incluido en nuestras vidas, logra dar como resultado la sensación de dificultad en el cuidado que demanda una ileostomía, la práctica y el tiempo, lo harán entender como cualquier hábito cotidiano, ducharse, afeitarse, etc., esto facilitara la aceptación de la nueva situación. Una correcta información junto con un buen cuidado del estoma como debe ser la protección de la piel alrededor del mismo, usar el tamaño conveniente y conveniente en medidas de la bolsa, cambiar el sistema de bolsa recolectora de manera periódica, consentirá así retomar el día a día lo más parecido a como era previamente a la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Con los estomas de eliminación, se tratan algunos trastornos intestinales, esta técnica es el tratamiento más conveniente (desde el punto de vista quirúrgico) para patologías como ciertos tumores de colon y recto, colitis ulcerosa, patología de Crohn y diverticulitis.

Posteriormente a la intervención, una buena información, manejo y tratamiento de su estoma, le servirá al enfermo para poder integrar en su vida la nueva situación, el impacto en su vida se verá afectado por todos estos factores. Está comprobado que la percepción después de los tres primeros meses mejora, una vez que han incluido el cuidado del mismo como cualquier hábito diario más.

6 Bibliografía

1. Arenas Villafranca José Javier, Abilés Jimena, Moreno Gloria, Tortajada Goitia Begoña, Utrilla Navarro Pilar, Gándara Adán Norberto. Ostomías de alto débito: detección y abordaje. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Ago 19]; 30(6): 1391-1396. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001300026&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7894>.
2. Saludsavia.
3. Sandra Guerrero, Angelo Margareth. Impacto de la estoma enteral en el niño y la familia. *av.enferm.* [Internet]. junio de 2010 [citado el 19 de agosto de 2022]; 28 (suplemento 1): 99-108. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000300009&lng=en.
4. MedlinePlus.
5. cancer.orge.
6. enfermeria21.
7. Noda Sardiñas Constantino Luis, Alfonso Alfonso Lázaro E., Fonte Sosa Miguel, Valentín Arbona Francisco L., Reyes Martínez Margarita L.. Problemática actual del enfermo con ostomía. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2001 Nov [citado 2022 Ago 19]; 30(4): 256-262. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000400008&lng=es.

Capítulo 192

TIPOLOGÍAS DE MUESTRAS Y SU RECOGIDA REFERENTE AL ESPUTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ CONSTANTINO

DIANA SÁNCHEZ PALENCIA

MARIA JESUS MARTÍN

SANDRA PAVIA BARRONES

CINTIA VICTORIA MARTÍN MACHO BENITO

1 Introducción

La enunciación del esputo (en latín, sputum) es la flema o secreción que se origina en los pulmones, tráquea, bronquios, laringe, faringe y aún en la cámara posterior de la boca, y que se arroja y expulsa de una vez en cada expectoración y la tos.(1)
(2) Según Wikipedia.

Hoy nos centraremos en una de las varias secreciones, en lo que al cuerpo humano se refiere, vamos a ver y exponer lo referente a la expectoración del esputo. El esputo por ser secreción o producto corporal sirve para determinar y evidenciar el estado del aparato respiratorio y, por lo tanto, su examen al microscopio

es muy corriente en los estudios complementarios de las personas con síntomas de patología respiratoria.(3)

También se designa flema (descendiente del griego "inflamación") por ser esta un fluido segregado por la mucosa en el aparato respiratorio de los mamíferos cuando concurre una inflamación.

Los esputos son acúmulos de mucosidad en el cuerpo, provenientes del aparato respiratorio y de sus vías superiores, que ascienden por la tráquea y se expulsan por la boca mediante una tos profunda o a través de una expectoración fuerte. En ese proceso de expulsión del esputo, se puede dar la situación de que podrían verse teñidos de sangre, infectarse o estar dotados de células anormales que pueden llevar al diagnóstico de diversas patologías o patologías y sus causas.

2 Objetivos

- Exponer los conocimientos de los procesos para la obtención, transporte y conservación de la muestra de esputo.
- Observar las diferentes tipologías de esputo que podemos obtener.

3 Metodología

Se hace una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, tales como: Scielo, Medline y Google académico; utilizando varias páginas de protocolos y recogidas de muestras y de búsqueda en referencia al esputo, restringiendo la búsqueda a publicaciones en español e inglés de las últimas décadas.

4 Resultados

Veremos la diversidad de los métodos de análisis del esputo.

Concurren diferentes métodos para el análisis de una muestra de esputo; en términos generales y en relación con la tipología de análisis que hemos utilizado, estos estudios del esputo lo podremos dividir y clasificar en:

- Estudio macroscópico: Este se va a referir al análisis de lo que se ve y observamos a simple vista de las características visibles y evidentes del esputo como color, consistencia, etc. Se le denomina un estudio básico.
- Estudio bioquímico: nos va a dar la posibilidad de poder establecer el pH, las enzimas, y demás peculiaridades y características y elementos químicos que se pueden encontrar dentro del esputo.

- Estudio microscópico, que a su vez incluye el estudio citológico, que es el que nos permite detectar si existieran las células precancerosas o cancerosas, y el estudio microbiológico es el que nos va a permitir la detección de microorganismos denominados patógenos.
 - Tinciones especiales: como podrían ser la conocida tinción de Gram, la tinción con Lugol, que nos va a ayudar a la detección de algunos bacilos específicos.
- Los siguientes pasos serán los que vamos a seguir a la hora de la toma de la muestra:

1. El esputo debe salir del tracto respiratorio bajo tras una expectoración profunda.
2. Es preferible la recogida a primera hora de la mañana, en ayunas y habiendo enjuagado con agua la boca, siempre que sea posible lo más aséptico. Se dispondrá un bote estéril con una boca ancha.
3. Cuando tengamos la muestra, será llevada al laboratorio inmediatamente, si no se pudiera, se deberá conservar en refrigeración a 4°C y nunca más de 24 horas.

Cuando esté en el laboratorio, el estudio se asentará en dos puntos:

- Consistirá primeramente en un examen macroscópico y microscópico: Se pone un poco de muestra en una placa de Petri estéril y se visualizará la consistencia y el aspecto que tiene.
- En las muestras normales, como deberíamos ver el esputo, su aspecto, acuoso, claro y sin olor. Se deberán recoger las partículas que nos inviten a sospechar y el técnico de laboratorio las pondrá en un portaobjetos con el fin de examinarlo al microscopio.
- Se ejecutará un cultivo del esputo: Mediante esta técnica, el técnico de laboratorio verá al agente culpable de la infección y descubrirá cuál es el antibiótico correcto para el tratamiento preciso.
- Se ejecuta una tinción de Gram y una tinción Ziehl Nielsen (para micobacterias) y se sembrará el resto de la muestra en diferentes medios de cultivo según las sospechas clínicas que se tengan. Los medios se conservarán a la temperatura y tiempo adecuados, que pueden variar desde las 24-48 horas, incluso hasta los 7-15 días.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión y opinión de la importancia que tiene el conocimiento de los varios tipologías concurrentes de esputo y de las técnicas de recogida del esputo, por supuesto, de la buena práctica a la hora de hacerlo correctamente,

para que la muestra sea lo más válida posible, lo cual es función por norma general del Técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

Por lo que vemos es que el análisis del esputo es un procedimiento muy habitual y básico que nos va a permitir el estudio y el diagnóstico, así como el seguimiento de las múltiples patologías que nos podemos encontrar en un enfermo de tipología inflamatorio, infeccioso o tumoral, que pueden cursar con una afectación pulmonar, de ahí su importancia a la hora de ejecutar estos procedimientos correctamente.

6 Bibliografía

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española (22ª ed.). Madrid: RAE; 2001.
2. Folch Amich, Francisco de Paula. Tratado elemental de patología general y anatomía patológica. Barcelona: Imprenta y Librería de Benito Espona; 1845.
3. Piquer A. Las obras de Hipócrates más selectas (volumen 1). Madrid: Imprenta de la Viuda de Ibarra; 1788.
4. <https://es.scribd.com/document/516216808/Esputo>.
5. <https://www.academia.edu/35316879/Esputo>.
6. <https://es.wikipedia.org/wiki/Esputo>.
7. <http://amsecqui5.over-blog.com/1111111-84.html>.

Capítulo 193

EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA

SILVIA PEREZ LOMBRAÑA

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la situación clínica que comprende un cese brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatorias espontáneas. Produce una disminución del transporte de oxígeno a las diferentes partes del organismo dando lugar a una disfunción cerebral en un inicio, y posteriormente, a lesiones celulares irreversibles.

La causa más frecuente de PCR en adultos es la cardiopatía isquémica. La PCR se manifiesta clínicamente como una pérdida de conocimiento, respiración (apnea) y pulso palpable.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) se define como el conjunto de medidas a seguir para sustituir inicialmente y posteriormente restablecer las funciones básicas circulatoria y respiratoria, así como prevenir el daño cerebral secundario a hipoxia. El inicio precoz de una RCP es vital y debe estar protocolizado siguiendo las técnicas establecidas por la American Heart Association y el European Resuscitation Council.

La RCP avanzada realizada por los servicios de emergencia extrahospitalaria implica el uso de equipos y técnicas especiales. La técnica mas adecuada para el control de la vía aérea es la intubación orotraqueal (contraindicada en pacientes

conscientes), y cuando no sea posible la intubación se establecerá acceso a la vía aérea mediante cricotireotomía. Los fármacos empleados, como por ejemplo la adrenalina, se inyectan por vía intravenosa por lo que es fundamental canalizar dos vías venosas periféricas.

Los patrones más frecuentes de PCR en el electrocardiograma son: fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso, siendo la fibrilación ventricular la primera causa de muerte. Por eso, es importante realizar al desfibrilación lo mas precozmente posible, siempre y cuando sea un ritmo desfibrilable, para lograr mayores tasas de supervivencia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y detallar a través de un caso clínico la asistencia precoz de un paciente que sufre una PCR.

Objetivos secundarios:

- Detectar las manifestaciones clínicas típicas de una PCR.
- Conocer el protocolo secuencial de actuación de una RCP.

3 Caso clínico

Varón de 75 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial a tratamiento con metformina y enalapril. Su mujer llama al Centro Coordinador de Urgencias 112 (formado por un médico, un enfermero y dos técnicos de transporte sanitario) por encontrarle en el dormitorio sin responder a ningún tipo de estímulo.

A la llegada del domicilio se comprueba en primer lugar si está consciente, si responde al dolor, si respira y si hay pulso palpable. El paciente no respondía a ningún estímulo y respiraba de forma atípica por lo que confirmamos clínicamente una situación de PCR. El paciente es transferido sobre una superficie dura para poder iniciar la asistencia RCP avanzada. Tras dos minutos de compresiones cardiacas y ventilación con presión positiva a través de una cánula orofaríngea (tubo de Guedel) y balón tipo Ambú, el desfibrilador muestra un ritmo de fibrilación ventricular por lo que se aplica una desfibrilación de 200 Julios (desfibrilador bifásico). A continuación se procede con las compresiones torácicas (30:2) durante dos minutos.

Tras dos minutos de masaje cardiaco y ventilación se confirma un cambio de ritmo cardiaco pasando de una fibrilación ventricular a una asistolia. Inmediatamente administramos 1 mg de adrenalina y continuamos con la RCP. Tras seis minutos, de nuevo aparece un cambio en el ritmo cardiaco, un ritmo idioventricular con pulso periférico palpable. Administramos 300 mg de amiodarona y una vez finalizada su administración se procede a la sedación del paciente por un cambio en el ritmo cardiaco e intento de respiración espontánea, por los que administramos 100 mg de Succinilcolina. Se procede a la inmovilización del paciente para su traslado del domicilio al centro hospitalario.

El paciente es ingresado en la unidad de Cuidados Intensivos, se practica un catesterismo por enfermedad coronaria y se implanta un desfibrilador automático implantable.

4 Discusión-Conclusión

La principal causa de muerte por parada cardiorrespiratoria es de etiología cardiaca, por lo que es imprescindible hacer énfasis en la importancia de realizar una correcta técnica de reanimación cardiopulmonar (30 compresiones torácicas de al menos 6 cm de profundidad a un ritmo de 100-120lpm junto con dos ventilaciones).

Resulta clave para la supervivencia del paciente el inicio precoz de las técnicas de reanimación cardiopulmonar ya que cada minuto que pasa cuenta y disminuye en aproximadamente un 10% las probabilidades de sobrevivir. Por ello, los equipos extrahospitalarios de emergencias deben estar entrenados a la perfección para conseguir resultados efectivos de calidad.

5 Bibliografía

1. American Heart Association (AHA). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1992; 268: 2.171-2.295.
2. European Resuscitation Council. Guidelines for basic and advanced life support. Resuscitation 1992; 24: 99-244.
3. I. Fernández Lozano. Cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP disminuye has un 10% la supervivencia. VIII Reunión anual de la sección de electrofisiología y arritmias de la Sociedad Española de Cardiología. 2009.
4. Jiménez Murillo L. y Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. 4ª ed. Barcelona: editorial Elsevier; 2010.

Capítulo 194

EL MANEJO EN RECOGIDA DE MUESTRAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SHIRLEY ROSA QUINO DUCHEN

1 Introducción

Cuando se habla de recogida de muestras, una de las más recurrentes por su sencillez y bajo coste es la muestra de orina, no es solo un desecho si importancia como tal y sin ninguna utilidad. Su análisis es de vital ayuda para pacientes sanos y en mayor medida en los pacientes enfermos para conocer el estado del cuerpo. Una muy pequeña cantidad de esta excreta y su posterior análisis indica cuál es la situación en ese momento de la salud del paciente y de cómo se encuentra su organismo a muchos niveles. Consiente en lograr descubrir diversas enfermedades o patologías y, por ello, es primordial saber cómo se deben de tratar esas muestras, comenzando por la recogida de las muestras y conservarlas hasta que lleguen al laboratorio.

También el paciente enfermo debe saber y estar informado de cómo prepararse para que la prueba pueda ejecutarse sin contaminaciones, correctamente y sin distorsiones.

El análisis de la orina es una de las herramientas más esgrimidas y básicas, útiles y comúnmente utilizadas en el campo de la medicina, ya que la técnica de obtención de esta es sencilla, segura y el análisis de la muestra por parte del área de laboratorio especializado contribuye con una muy valiosa información sobre

las enfermedades o necesidades que se estén dando en el estado de salud de la persona.

El análisis general de orina es una de las pruebas y muestras más solicitadas y demandadas dentro del laboratorio de análisis clínico e incluye el análisis microscópico, físico y químico.

Consiente diagnosticar si la paciente está embarazada y patologías que afectan al sistema urinario, como podría ser una infección o inclusive la inflamación de la vejiga urinaria, y consiente poner en camino hacia la sospecha de la presencia de enfermedades o patologías que ulteriormente deberán confirmarse mediante otros diferentes estudios más específicos para cada proceso.

2 Objetivos

Describir el modo correcto de recoger las demandadas muestras de orina en los pacientes enfermos por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas sobre el tema que estamos tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La orina es muy importante en los procesos de enfermedad, ya que en el suceso de que se manifiesten molestias urinarias o de que se presente una infección esta revelara cuál es la bacteria responsable, mientras que, en el suceso de las patologías crónicas, como pueden ser la hipertensión o la diabetes, es la orina la que proporciona una información sobre el grado y los parámetros para saber que el riñón estaría dañado.

La albúmina en orina (una proteína que es sintetizada por el hígado) esta surge en cantidades muy pequeñas en los pacientes enfermos diabéticos e hipertensos, que si no se trata puede terminar en un fracaso renal.

Se trata de una enfermedad patología reversible si se logra tratar bien y en un tiempo adecuado, por lo tanto, hallar esta proteína en orina logra facilitar la instauración de un conveniente tratamiento.

1. El mejor momento para tomar la muestra sistemática.

- En las pruebas más habituales en la recogida esta suele recogerse en la primera micción del día, no obstante, se explicará al paciente que deseche el primer chorro y recoger lo siguiente. El motivo de no recoger el primer chorro es que este está más contaminado y además ayudara a limpiar la uretra.

El motivo de la recogida de orina en la mañana es que el cuerpo, al estar en reposo del sueño, está en una situación basal.

2. Cómo debe prepararse al paciente enfermo para poder recoger la muestra esta vez para cultivo

- En la recogida de un urocultivo es de mucha importancia el que la muestra llegue lo más limpia posible al laboratorio, con lo cual anterior a recogerla se deben lavar los genitales con agua y jabón.

En un urocultivo se demuestra si existe alguna infección.

3. Qué cantidad es la conveniente a recoger.

- Se recomiendan unos diez mililitros de orina.

5. Cómo conservar la muestra hasta su llegada al laboratorio.

La muestra debe ser lo más fresca y reciente posible.

6. Cómo recoger orina de 24 horas.

Se comienza desechando la primera orina del día y a continuación ya se comienzan recogiendo todas en un recipiente estéril durante 24 horas, si se puede mantener en el frigorífico y se finalizará recogiendo la primera orina del día siguiente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver y en conclusión es que existen diferentes tipos de análisis de orina que se ejecutan con distintos fines diagnósticos, aunque los más habituales con fines diagnósticos son el que se analiza el sedimento de orina en el que se entrega al laboratorio en un bote estéril, y el análisis de orina de 24 horas en el que se recoge la orina de todo el día.

Son muchas las problemáticas de salud que se logran detectar a partir de estas pruebas en combinación o no con la analítica de sangre, pero los resultados son siempre difíciles de interpretar, especialmente porque hay determinadas condiciones que logran alterar ciertos parámetros (fiebre, ejercicio, haber comido, consumo del alcohol, etcétera) sin que ello suponga la existencia de una patología.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del TCAE respecto a la toma de muestras de orina.

6 Bibliografía

1. Cómo interpretas los resultados de un análisis de orina <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-desalud/prevencionsalud/interpretar-resultados-orina.html>
2. Entrevista en Infosalus a el Dr. Santiago Prieto Menchero https://www.researchgate.net/publication/265412294_El_informe_fisiopatologico_del_laboratorioDr_Santiago_Prieto_MencheroDra_Maria_Santiago_Pacheco_DelgadoDra_Adela_Castaneda_de_la_Mata_Servicio_de_Laboratorio-Clinico_Hospital_Universitario_de_Fuenlabr
<https://www.lne.es/vida-yestilo/salud/2017/07/08/consejos-buen-analisisorina-19258795.html>
3. Conferencia de la Dra. Cristina Muñoz Gil <https://es.linkedin.com/in/cristinamu%C3%B1oz-gil-0180b338>

Capítulo 195

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS EN PACIENTES CON TRANSTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

SERGIO MUÑOZ ROCHA

MARIA DE LOS SANTOS RIVAS GRACIA

MANUELA CARRASCO MANSILLA

ALMUDENA LOPEZ-BUENO NAVARRO

MARÍA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

Según la OMS, los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) son trastornos que presentan comportamientos alimentarios anormales, exceso de preocupación por la comida, el peso y la figura corporal. Dentro de los TCA, uno de los más prevalentes es la Anorexia Nerviosa.

Los TCA son enfermedades mentales graves estas están relacionadas con una conducta alterada en los hábitos alimentarios, lo que se traduce en comportamientos que van desde comer de manera descontrolada hasta la falta de ingesta de comida. Existe una gran variedad de TCA;

- Anorexia Nerviosa (AN).
- Bulimia Nerviosa (BN).
- Trastorno por Atracónes (BED).
- Trastorno Evitativo/Restritivo de la Ingesta Alimentaria (ARFID).
- Trastorno Alimenticio no Especificado (TANE).

Este tipo de alteraciones alimentarias, pueden desencadenar enfermedades físicas graves y, en casos extremos, pueden llegar a provocar la muerte (siendo las causas más frecuentes el suicidio o la desnutrición).

Si la persona que tiene este tipo de trastornos está dispuesta a ponerse en tratamiento, se trabajará con ellos con un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, TCAE y psicólogos especializados en TCA) muchos de ellos ingresan en áreas especializadas en este tipo de trastorno, otros recibirán el tratamiento en un centro de día, y los menos graves seguirán las pautas desde casa teniendo que ir a sus consultas periódicamente, pudiendo llegar a curarse. Este tipo de tratamientos son largos y complejos, ya que un rasgo habitual en este tipo de pacientes es la falta de conciencia de la enfermedad. Esto significa que este tipo de pacientes no son capaces de identificar las consecuencias negativas del trastorno, ni de la necesidad de hacer tratamiento, ni tampoco los beneficios del mismo. Esto dificulta el éxito al tratamiento en algunos casos. En este proceso es imprescindible el papel de la familia y el apoyo de éste a la persona afectada.

No existe un tipo específico de TCA. Este se puede manifestar de diversas maneras por lo que se debe estar atento ante cualquier comportamiento.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es muy importante en este tipo de pacientes tanto a la hora de ayudarles físicamente como psicológicamente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los tipos de TCA que existen.

Objetivos secundarios:

- Describir las responsabilidades del TCAE en este tipo de servicios.
- Exponer los protocolos y actuaciones para evitar consecuencias graves.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, hemos realizado una revisión bibliográfica científica en las bases de datos Pubmed, Google académico, protocolos y guías de prácticas clínicas. Se seleccionaron artículos que abordaran los trastornos de la conducta alimentaria siendo el principal criterio de inclusión los estudios de trastornos de la conducta alimentaria. Se seleccionaron artículos en castellano desde 1997 hasta la actualidad. Se excluyeron todos aquellos artículos repetidos y que no estuvieran en castellano. Se aplicaron como términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Para ello hemos utilizado palabras claves como: asistentes de enfermería, anorexia, bulimia nerviosa.

La estrategia de búsqueda seguida: asistente de enfermería AND anorexia AND bulimia nerviosa.

4 Resultados

Se encontraron 12 artículos, de los cuales se seleccionaron 8 que cumplían los criterios de inclusión.

Funciones del TCAE en el paciente ingresado por TCA:

- Asearemos o colaborará en el aseo siempre que sea necesario.
- Cambiáramos las sábanas de la cama.
- Controlaremos y repondrá el carro de lencería.
- Bajaremos a farmacia a por medicación siempre que sea necesario y por prescripción médica.
- Colocaremos los pedidos, revisara y ordenara los almacenes.
- Limpiará y desinfectará todo el material que se haya utilizado y bajara a esterilización el que sea necesario.
- Repondremos los carros de curras.
- Controlaremos las bandejas de comida asegurándose que es la dieta prescrita por el médico.
- Repartiremos las bandejas de comida a cada paciente, este tipo de paciente come bajo vigilancia, pues son pacientes que suelen intentar engañar a la hora de comer, y estarán en todo momento supervisado por el equipo de enfermería.
- Registraremos la cantidad de comida que ha tomado cada paciente, y la ingesta de líquidos.
- Daremos la medicación oral a cada paciente y comprobará que se las han tomado.

- Acompañaremos a los pacientes cada vez que vayan al baño, comprobando siempre el contenido del WC, y seremos nosotros los encargados de tirar de la cadena.
- Registraremos cada vez que van al baño, apuntando cualquier dato que fuese necesario.
- Pesaremos a los pacientes cada vez que sea necesario por prescripción médica y lo registraremos, para llevar un control.
- Colaboraremos con enfermería en todo lo necesario tanto en curas si fuese necesario como en otro tipo de procedimientos, asistiéndole en todo momento.
- Acompañaremos a los pacientes cada vez que tengan terapia con psicólogos, psiquiatras o terapeutas.
- Informaremos a enfermería o a los facultativos de cualquier comportamiento extraño o alteración que veamos en el paciente.
- Motivaremos, animaremos y daremos apoyo moral a los pacientes, pues estos pacientes tienen muchas recaídas emocionales, tendremos una escucha activa en todo momento, pues esto hace que sepamos las necesidades que tiene cada paciente, si se sienten con ansiedad, frustrados, si pueden tener ideas suicidas o cualquier sentimiento, si se diera el caso avisaremos al equipo de enfermería y a los médicos que estén al cargo de este paciente.
- Acompañaremos a los pacientes que puedan salir al recinto hospitalario a dar paseos.
- Daremos apoyo moral a los familiares, pues se encuentran en una situación muy difícil al ver que su familiar está pasando por una enfermedad tan difícil.

5 Discusión-Conclusión

Con los datos obtenidos podemos concluir que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), que es parte fundamental de los cuidados de este tipo de pacientes tanto a nivel de los cuidados básicos del paciente, como psicológico, pues son pacientes que necesitan unos cuidados muy especializados y cada paciente es diferente a otro.

El TCAE deberá tener unos amplios conocimientos científicos, de la unidad en la que se encuentra, de los protocolos y de la forma de actuar en este tipo de servicio.

Deberá tener una madurez física y psicológica que le ayuden a lidiar con situaciones complicadas que puedan surgir, tomando decisiones de manera individual o multidisciplinar para solventar el problema.

Deberá ser una persona responsable, con buena actitud y con valores. Respetando en todo momento la intimidad del paciente y creencias.

6 Bibliografía

1. Marijuán Cuevas, M. (2016). Cuidados de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria.
2. García, Esther Nieto, et al. «Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.» (2008): 1-223.
3. Ángel LA, Vásquez R, Chavarro K, Martínez LM, García J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre Julio/94 y Diciembre/95. *Acta Med Colomb.* 1997;22:111-119.
4. Vásquez R, Ángel LA, Calvo JM, Moreno N. Anorexia nerviosa en adolescentes: un estudio comparativo. *Rev Fac Med UN Col.* 1999;47:190-6.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
6. Basurte Villamor I, Sevilla Vicente MJ, Holguera Ortiz S, et al. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina* 2011; 10(86): 5817-5824.
7. Behar R, Manzo R, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 312-319.
8. Bolaños P. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 2009 (9):956-.

Capítulo 196

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

SILVIA PEREZ LOMBRAÑA

1 Introducción

El dolor torácico es toda sensación dolorosa localizada entre el diafragma y la fosa supraclavicular. Es una de las causas más frecuentes de consulta en urgencias y su significado es en extremo diverso, pues unas veces se debe a pequeñas afecciones que resultan intrascendentes, mientras que en otras ocasiones resulta ser la expresión de procesos de severidad extrema.

Se estima que el dolor torácico representa entre el 5-15% de las consultas que acuden a urgencias. La etiología más frecuente de dolor torácico es el dolor de características osteomusculares seguido de la etiología cardiovascular, siendo el resto de causas de origen pleuropulmonar y psicógeno.

La valoración inicial ante la llegada a los servicios de Urgencias de un paciente con dolor torácico irá encaminada a poder distinguir si la etiología de ese síntoma supone o no un riesgo vital para el paciente. En la mayor parte de los casos esto puede conseguirse realizando una buena anamnesis y exploración física, apoyándose de pruebas diagnósticas complementarias, como por ejemplo una analítica, un electrocardiograma o un ecocardiograma entre otras.

Podemos dividir, a grandes rasgos, la etiología del dolor torácico en: cardiovascular (dolor de tipo isquémico o dolor de tipo no isquémico) y no cardiovascular (dolor de origen pleuropulmonar, digestivo, esquelético y psicológico).

2 Objetivos

- Conocer los distintos perfiles de dolor torácico según su etiología.
- Comprender la importancia de realizar una anamnesis y exploración física adecuadas.

3 Caso clínico

Varón de 54 años derivado desde Atención Primaria por cuadro de dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda de una hora y media de duración que le despertó por la noche, acompañado de sudoración profusa. No se modifica con los esfuerzos.

En el momento de nuestra valoración el paciente se encuentra sin dolor, pero refiere sensación extraña en hemitórax izquierdo. Previo al episodio había presentado sensacional de distensión abdominal inespecífica. Refiere episodios previos de características similares que relaciona con la ansiedad. Niega disnea, tos, náuseas, vómitos, dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal, disuria o clínica a otro nivel. Comenta haber sufrido un cuadro catarral la pasada semana.

Como antecedentes personales de interés es bebedor ocasional, no fuma, no tiene alergias medicamentosas conocidas ni factores de riesgo cardiovascular. Tampoco presenta otros antecedentes quirúrgicos de interés. Como antecedente médico consta un síndrome ansioso-depresivo para el cual toma orfidal ocasional.

A la exploración física el paciente esta consciente, orientado y colaborador con buen estado general. Normocoloreado, normoperfundido y normohidratado con pulsos radiales presentes y simétricos. Sin exantemas ni petequias. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias con ruidos hidroaéreos conservados.

Para diferenciar las causas potencialmente graves de las causas que no necesitan un tratamiento inmediato nos ayudamos de pruebas complementarias básicas: analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma. Los resultados de las pruebas complementarias realizadas a nuestro paciente fueron las siguientes:

Los resultados de las pruebas complementarias realizadas a nuestro paciente fueron los siguientes:

- Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a 69 lmp. Eje +15o. PR 0.14 seg. QRS 0.10 seg. No signos de isquemia aguda, no alteraciones de la repolarización, no

bloqueos de conducción.

- Radiografía (Rx) de tórax: no imágenes sugestivas de patología aguda.
- Determinación de ARN de SARS-Cov2 (PCR): Indetectable.
- Analítica: hemograma y bioquímica normales.

Dado que las pruebas complementarias de nuestro paciente son normales, no se aprecia ninguna alteración significativa, se encuentra asintomático y los test seriados de troponinas fueron ambos negativos, decidimos dar de alta a domicilio.

4 Discusión-Conclusión

El dolor torácico presenta determinadas características de calidad, localización, irradiación, momento de aparición y exacerbación que, valoradas conjuntamente con el resto de los síntomas del paciente, nos permiten detallar con precisión las características del dolor, ayudándonos al enfoque diagnóstico.

Además de las características del dolor, es importante tener en cuenta la edad, los antecedentes familiares y personales, así como los factores de riesgo cardiovascular (sexo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabaco, alcohol y obesidad), de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar y de enfermedad digestiva.

Por estas razones una detallada anamnesis y una correcta exploración física nos encamina a diferenciar las causas potencialmente graves que necesitarán un tratamiento urgente y de inmediato de aquellas otras patologías que no lo necesitan, y cuya sospecha errónea de un proceso potencialmente peligroso para la vida puede dar lugar a consecuencias psicológicas y económicamente negativas tanto para el enfermo como para la sanidad.

5 Bibliografía

1. Torres Murillo JM, Gil Hernández S, Jiménez Murillo L, Gavilán Guirao F, Prado López MF, Montero Pérez FJ. Dolor torácico agudo. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, eds. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5a ed. Barcelona: Elsevier España; 2015. p.182-9.
2. Lee TH. Dolor torácico. En: Harrison. Principios de medicina Interna. 18a ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2015.
3. Lee TH, Godman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. N Eng J Med. 2000; 342: 1187-95.

Capítulo 197

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

MARIA ESTHER SANCHEZ VALERA

1 Introducción

Un traumatismo se define como una lesión tisular por agentes mecánicos, generalmente externos. Los traumatismos pueden ser leves o graves.

Se define al paciente politraumatizado como aquel paciente con al menos una lesión traumática que puede poner en peligro su vida. El paciente policontuso es aquel que presenta traumatismos leves. El paciente politraumatizado puede ser polifracturado si presenta solo lesiones del aparato locomotor, politraumatizado visceral o mixto.

El traumatismo puede ser abierto o cerrado dependiendo de si existe comunicación del medio interno al externo o no.

Existen diferentes tipos de politraumas.

Politraumatismo leve: Paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.

Politraumatismo moderado: con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.

El politraumatismo es la principal causa de muerte e incapacidad en niños mayores de 1 año. El 80% son traumatismos cerrados y dos tercios asocian lesiones cerebrales las cuales suponen el 75% de las muertes.

Las caídas son la causa más frecuente del traumatismo, seguido por accidentes de tráfico e intentos autolíticos. El tipo de trauma más frecuente fue el craneoencefálico, seguido del torácico y de extremidades.

La evaluación de la vía aérea, la respiración y la circulación, el déficit neurológico y la exposición (ABCDE), por sus siglas en inglés) es el principal enfoque de manejo utilizado en el tratamiento de pacientes en estado crítico.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE en el manejo de pacientes politraumatizados.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una intensa investigación buscando en las principales bases de datos de los buscadores Google, Pubmed etc., así como revistas, estudios científicos y diferentes tes protocolos de actuación de distintos centros hospitalarios.

4 Resultados

A todos los pacientes se les realiza una valoración inicial en el sitio del accidente, esta valoración incluye la regla ABCD, llamada así por su significado en inglés, que consta de los siguientes pasos:

A. Manejo Vía Aérea con Control Columna Cervical (AIRWAY).

B. Respiración (Ventilación) (BREATH).

C. Circulación y control de hemorragias. (Circulation).

D. Déficit neurológico.

E. Exposición y proteger del entorno.

Posteriormente es trasladado al centro hospitalario.

Manejo en el ingreso:

A todos los pacientes se les realiza analítica completa con pruebas cruzadas.

Se realizará un TAC total body a la mayoría de los pacientes.

A todo paciente se le realizará una valoración primaria y una secundaria, siendo muy importante la valoración de coloración, temperatura y pulsos en caso de lesiones en extremidades.

Una vez realizado todo esto será valorado por anestesiólogo de guardia y traumatólogo. El anestesiólogo realiza interconsulta y avisa telefónicamente al traumatólogo.

Tras valoración de traumatología en caso de no detectar pulso en un territorio, se realiza, se realizara interconsulta con cirugía vascular, se solicitara arteriografía diagnóstica urgente, avisando al radiólogo intervencionista.

Traumatología realizará una primera cura de posibles lesiones cutáneas (fracturas abiertas) y se comenzará con tratamiento antibiótico profiláctico en caso de lesiones o fracturas abiertas. Posteriormente dependiendo de la estabilidad del paciente se puede derivar a quirófano para osteosíntesis y cirugía definitiva o con control de daños traumatológicos, fijadores externos o control de daños vasculares.

Una vez tratadas las fracturas el paciente volverá a la UCI de Anestesia donde se continúa con su tratamiento y vigilancia intensiva, incluirá la pulxioximetría del primer dedo del miedro afectado de forma continua y la vigilancia de todas las constantes de forma horaria, además del dolor y alteraciones sensitivas.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que todo el equipo médico, enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estén formados en la correcta recepción y atención a los pacientes politraumatizados para un buen funcionamiento de la unidad y sobre todo para poder atender a estos pacientes con la mayor rapidez posible, ya que el tiempo en la atención es primordial para salvar la vida de un politraumatizado

Periodos o tiempos en los politraumatismos:

Se distinguen los siguientes tiempos:

- Tiempo inicial: entre el accidente y la llegada del equipo de rescate.
- Tiempo de rescate: entre el accidente y la llegada al hospital del paciente.
- Tiempo de intubación: entre accidente e intubación.
- Tiempo de resucitación: entre la llegada al hospital y el primer tratamiento quirúrgico o ingreso en UCI.
- Tiempo quirúrgico: duración de la 1ª cirugía.

6 Bibliografía

1. Guía de manejo del trauma grave del CHUA 2012.
2. www.aeped.es

- . Manejo del paciente politraumatizado.
- 3. www.unita.secot.es.

Capítulo 198

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA

SERGIO NAVÍO PÉREZ

JUANA MARÍA FRANCO CUARTERO

VIRGINIA MUÑOZ CAMARGO

FRANCISCO JAVIER PIQUERO LÓPEZ

MAR MARTIN

1 Introducción

La pediatría es la rama de la medicina que se encarga del estudio del crecimiento y desarrollo de los niños, además del tratamiento de sus enfermedades. Cabe destacar que la pediatría no solo se encarga de estudiar las enfermedades y tratamientos, sino que también se encarga del estudio de las características físicas, psíquicas y sociales de los niños desde que nacen hasta la adolescencia. Se trata de una especialidad médica que aborda total y completamente la vida del niño.

El neonato o recién nacido se trata de un niño que tiene menos de 28 días de vida. Estos primeros días son fundamentales para que el niño se adapte a la vida y al nuevo medio que le rodea.

Después del parto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel fundamental, ya que es el personal sanitario que lleva a cabo los primeros cuidados del neonato, siempre supervisado por el matron o matrona. El auxiliar de enfermería no solo lleva a cabo una labor asistencial sino que tiene también una labor fundamental en educación sanitaria, ya que ayuda a la madre a amamantar correctamente al bebe, explica a la madre como debe realizar el aseo del neonato, entre otras muchas cosas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer cómo llevar a cabo la valoración inicial que se le realiza al neonato.

Objetivos secundarios:

- Saber cuáles son los primeros cuidados del neonato que lleva a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Conocer las características propias de un recién nacido sano.

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 primera valoración que se le hace a un recién nacido consiste en:

1. Determinar el índice de Apgar: el test de Apgar se trata de la suma de las calificaciones de frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, respuesta refleja y color de la piel. Esto indica el nivel de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Se realiza al minuto y a los 5 minutos de nacer, y los valores normales son entre 7 y 10.
2. Realizar una inspección de neonato:
 - Inspeccionando la morfología del cuerpo.
 - Comprobando la permeabilidad de las fosas nasales y ano.
 - Comprobando que hay 3 vasos sanguíneos en el cordón umbilical.

- Observando la presencia de meconio y orina o Auscultando la frecuencia cardíaca.
- Verificando una respiración regular y efectiva.

Los primeros cuidados al recién nacido lo llevan a cabo el pediatra y/o matró/a con ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, y se trata de:

- Facilitar la expulsión de las secreciones de las vías respiratorias superiores.
- Mantener una temperatura corporal entre 36 y 37 °C.
- Promover la alimentación justo después del parto. La madre debe comenzar a amamantar al recién nacido lo más pronto posible.
- Se debe favorecer el vínculo padre-hijo, si no está contraindicado, para que la relación afectiva ayude al neonato a la adaptación al medio que le rodea.
- Identificar al recién nacido con un brazalete en el tobillo del recién nacido y otro en la muñeca de la madre. Debe constar el nombre de la madre y un código numérico.
- El cordón umbilical debe estar pinzado, limpio y con antiséptico.
- Llevar a cabo una correcta profilaxis ocular, aplicando antibióticos en los ojos del recién nacido para evitar infecciones.
- Prevenir las hemorragias con la administración de 1 mg de vitamina K, vitamina de la que carece el neonato.
- Llevar a cabo un control del peso y la talla después de nacer, y una vez al día mientras permanezca en el hospital.

Realizando todas estas labores, se debe observar al recién nacido para detectar alguna pequeña anomalía. Para ello, hay que vigilar las características que presenta un recién nacido sano que son:

- Características antropométricas: el peso medio de un neonato debe oscilar los 3200 gramos, la longitud oscila entre 50 centímetros y el perímetro craneal debe oscilar entre 33-36 centímetros.
- Características generales: o debe presentar un piel suave, elástica y rosada o la cabeza debe ser proporcional a la cuarta parte de su cuerpo o los ojos son edematosos las primeras horas de vida o la boca debe presentar una salivación mínima o el perímetro del tórax debe oscilar entre 30-33 centímetros, o abdomen muy prominente, blando y depresible o los genitales en las niñas se debe visualizar la vagina y la uretra, y en el niño, la uretra, glándula y testículos o la espalda debe presentar la piel lisa y la columna simétrica o la extremidades deben ser simétricas en movimientos.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene una labor fundamental tras el parto. No solo ayuda a los demás profesionales sanitarios durante el parto y en la realización de cuidados al neonato, sino que ayuda tanto a la madre como al recién nacido a adaptarse a la nueva etapa que les espera. Ayuda a la madre con cualquier problema y duda que le surja sobre el cuidado de su pequeño, sino que también lleva a cabo una labor muy importante están pendiente en todo momento a cualquier cambio en las características del recién nacido que se presente, para evitar así cualquier anomalía o patología.

6 Bibliografía

1. <https://www.infosalus.com/enfermedades/pediatrica>.
2. <https://es.wikipedia.org/wiki/Pediatr%C3%ADa>.

Capítulo 199

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN APOYO A LOS CUIDADOS A LA MUJER GESTANTE

SERGIO NAVÍO PÉREZ

JUANA MARÍA FRANCO CUARTERO

VIRGINIA MUÑOZ CAMARGO

FRANCISCO JAVIER PIQUERO LÓPEZ

MAR MARTIN

1 Introducción

La mujer gestante necesitará de unos cuidados especiales durante el embarazo. En Andalucía se realizan desde 1980 por profesionales tanto de centros de salud como de hospital.

Una gestación normal es aquella que transcurre en un periodo de 38 a 42 semanas. Esta empezará a contar a partir de la última regla. Durante este tiempo pueden aparecer en la mujer problemas de salud que dificulten el normal desarrollo de la gestación, que podrían también influir en el parto y el puerperio. Para ello el seguimiento médico de todo este proceso será algo que ayudará a prevenir posibles complicaciones.

Cualquier embarazo puede conllevar un riesgo que podría llevar incluso a la muerte de la madre, el feto e incluso ambos.

Sería conveniente que el control gestacional se llevase a cabo incluso antes de la concepción y debe durar todo el embarazo, realizándose mediante controles periódicos.

Control prenatal se trata de un conjunto de acciones encaminadas a la promoción de la salud durante esta etapa, nos servirá para controlar el buen desarrollo del embarazo y preparar a la madre para el momento del parto y para la crianza del bebé.

Desde la primera visita a la matrona que será la encargada junto con el ginecólogo y con el apoyo de la auxiliar de enfermería de llevar todo el proceso de gestación se le trasladará la importancia de acudir a todos los controles.

En estos controles se le enseñará a la futura mamá los signos y síntomas que debe reconocer como señal de alarma, se le instruirá sobre preparación al parto y lactancia materna se le formará en estimulación fetal nutrición, sueño y descanso etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar factores de riesgo que puedan influir en el correcto funcionamiento de este periodo.

Objetivos secundarios:

- Educar a la madre, promoviendo y manteniendo la salud física, mental y social de esta y del bebé.
- Desarrollar un plan de preparación para el parto.

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 realizó una búsqueda sistemática de libros y también se han revisado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, eligiendo artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas. Utilizando como palabras clave: gestación, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), asistencia sanitaria, atención sanitaria, embarazo, cuidados a la gestante.

4 Resultados

Para comenzar hablaremos del proceso de gestación que se lleva a cabo desde que el espermatozoide fecunda el ovulo y este se implanta con éxito en el útero materno.

Durante los primeros meses se forman cerebro, órganos internos y extremidades, es un periodo muy crítico en el que la mujer debe llevar acabo un cuidado especial de la alimentación, actividad y uso de medicamentos.

Cambios anatomofisiológicos en el periodo de gestación:

Los signos y síntomas que vamos a encontrar durante todo este proceso son muy variados. El primero que a la futura mamá le hará sospechar de un posible embarazo será la amenorrea. Una vez pasados entre 7 y 15 días de la fecha que esperaba la regla y esta no llegase (en mujeres con menstruación de periodos cíclicos) este será un signo de alarma de posible embarazo. Otro factor a tener en cuenta serán los cambios producidos en las mamas que aumentarán de tamaño y se volverán muy sensibles, además las venas en esta zona se volverán muy visibles y los pezones se oscurecerán y se agrandaran apareciendo en ellos los tubérculos de Montgomery (pequeñas protuberancias en las aureolas). La vagina cambia de color (signos de Chadwick).

Es frecuente que aparezcan náuseas y vómitos a comienzo del embarazo que tenderán a desaparecer entorno al fin del primer trimestre. Para controlarlos se recomienda hacer pequeñas pero frecuentes ingestas de comida evitando aquellos alimentos de olor fuerte.

El estreñimiento y las hemorroides son muy frecuentes al final del embarazo debido a una disminución en la motilidad intestinal que viene causada por el aumento del útero provocando este una presión venosa.

Otro síntoma al principio de la gestación será el cansancio y la sensación de somnolencia.

El dolor de espalda será uno de los factores que se producirán por el aumento de peso. Se aconseja no usar tacones, mantener la espalda recta, usar un colchón de consistencia firme y a la hora de coger algo del suelo deben flexionarse las rodillas.

Debido a la presión abdominal causada por el aumento de peso es probable que se produzcan varices para evitar su aparición se recomienda no pasar grandes periodos de tiempo de pie y poner las piernas en alto el mayor tiempo posible para facilitar que la circulación fluya mejor.

Este aumento brusco de peso en tan breve espacio de tiempo puede causar en la futura mamá estrías en el pecho, abdomen, muslos, caderas, etc. Para inten-

tar evitar su aparición será recomendable el uso de cremas hidratantes o aceites específicos.

Entre los signos y síntomas probables, se reconocen:

- Crecimiento del abdomen: cuando nos acercamos al final del tercer mes, podremos sentir el útero debajo de la pared abdominal, por encima de la sínfisis púbica.
- El útero aumenta de tamaño, se alarga y disminuye su grosor conforme avanza la gestación.
- Cambio en el cuello uterino:

De la seis a la octava semana de gestación, el cuello útero está bastante blando (signo de Goodell).

Las funciones del auxiliar de enfermería:

Cuando la mujer gestante acude a la consulta el TCAE tendrá que llevar a cabo una serie de funciones tales como:

- Tomar el peso y la altura de la gestante.
- Colaborar con la matrona en la exploración ofreciendo la ayuda que esta necesite.
- Se encargará de preparar el material necesario para la exploración ginecológica tales como, peso tensiómetro, fonendo, estetoscopio de pinard, cinta métrica, ecógrafo y gel conductor.
- Participar en la educación para la salud y apoyo psicológico en las necesidades específicas durante la gestación.

Alimentación de la gestante:

En este periodo las necesidades energéticas necesarias serán mayores por lo tanto será necesario un mayor aporte de nutrientes teniendo en cuenta no aumentar en exceso de peso.

Haciendo una dieta equilibrada tanto en calidad como en cantidad se consigue un buen estado nutricional.

No se recomienda hacer ayuno ya que este puede provocar estados de cetosis que podrían afectar directamente al feto.

Se recomienda evitar el consumo de alimentos o sustancias que no sean nutritivas y que puedan interferir en la absorción de nutrientes. Entre otros no se debe consumir alcohol, tabaco ni otras drogas.

Se desaconseja el consumo de carnes crudas o poco cocinadas por el alto riesgo de contraer toxoplasmosis que desencadenara en graves consecuencias en el desarrollo del feto.

Solo consumir medicamentos bajo supervisión médica.

Y tener muy presente restringir el consumo de sal.

Diferentes estudios demuestran que hay situaciones que condicionan el estado nutricional de la mamá gestante, como:

- Tener problemas económicos en la familia.
- Ser menor de 16 años.
- Malos hábitos alimenticios previos al embarazo.
- Consumo de tabaco, drogas, alcohol ...
- Peso bajo al comienzo del embarazo.
- Enfermedades previas.
- Embarazos con menos de dos años entre una gestación y la siguiente.

Higiene:

Hablaremos de higiene de la gestante a todas las acciones que vayan dirigidas a mejorar la salud de la embarazada.

Será imprescindible una buena higiene personal, de los alimentos y del entorno donde viva y le rodee. Esto le ayudara a evitar infecciones e intoxicaciones. Debe evitar manipular productos tóxicos al igual actividades un sobreesfuerzo físico.

Otras medidas higiénicas a tener en cuenta incluyen el cuidado de la boca, durante el embarazo aumentan las posibilidades de caries por lo que una visita al dentista será fundamental.

Cuidado de las mamas:

La succión a la que se verá sometida una vez este amamantando al bebe puede provocar grietas o fisuras en el pezón por lo que una buena preparación durante el embarazo será fundamental.

Consejo de cuidados:

- Debe de llevar el sujetador solo unas horas al día.
- Es conveniente tener los pezones y areolas aireadas.
- Cuando la embarazada se duche se frotrará los pezones y areolas suavemente con una esponja.
- Su secado debe realizarse suavemente con toalla, terminando su secado al aire.

Relaciones sexuales:

Se podrán llevar a cabo siempre que el médico no indique lo contrario. Aunque debe de tomarse algunas precauciones en cuanto a la postura evitando aquellas que el pene pueda tomar contacto con el cuello del útero como es la aquella en la que el hombre se coloca detrás de la mujer por la posibilidad de poder provocar hemorragia.

Vestido y calzado:

Debe ser cómodo y que no oprima el cuerpo de la madre. Los zapatos de tacón bajo, anchos esto evitara dolores de espalda y posibles caídas.

Ejercicio y reposo:

La actividad física no está prohibida, pero se evitarán grandes esfuerzos, una buena propuesta sería caminar y ejercitar el suelo pélvico.

La realización de ejercicio puede ayudar a sentirse mejor aliviando con ellos los dolores de espalda y mejorando la postura corporal, será de ayuda para preparar el cuerpo para el parto si los músculos están fuertes.

También proporcionara alivio de estrés y ayudara a conciliar el sueño.

El descanso nocturno debe incluir al menos ocho horas de sueño.

Preparación al parto:

Servirá de guía y ayuda a la mama a la hora del parto, es muy importante que aprenda a relajarse mediante el control de la respiración, las clases de preparación al parto puede servir de gran ayuda si se ponen en práctica cuando legue el gran momento.

Estas clases deben cumplir algunos objetivos tales como:

- Eliminación de falsos mitos sobre embarazo, parto y puerperio.
- Acortamiento de duración del parto para reducir la morbilidad y las complicaciones.
- Encaminar a la mujer hacia hábitos de salud y bienestar.
- Dar a la mujer y su pareja las herramientas necesarias para vivir el cambio que supone un nacimiento.
- Disminuir en lo posible el dolor del parto gracias a la toma de conciencia potenciando e autocontrol.
- Promover la lactancia materna.

5 Discusión-Conclusión

Tras comparar los resultados encontrados durante el proceso de investigación comprobamos que los controles rutinarios deben de continuar siendo realizados gracias a la efectividad que tiene entre las gestantes, durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Tras comparar varios estudios llegamos a la conclusión de que el tiempo empleado en dichos controles y asesoramientos debe de ser de un tiempo de no menos de 20 minutos, teniendo en cuenta que las acciones realizadas en estas consultas deben estar encaminadas al cuidado integral de la gestante y su futuro hijo, teniendo en cuenta las características de cada mujer tanto físicas, psicológicas y sociales. Todos estos aspectos han de ser tenidos en cuenta debido al gran número de cambios en los que se verá inmersa en los meses posteriores a la fecundación.

Es recomendable registrar todas las actividades, recogida de información, intervenciones realizadas y formación que se realice durante los controles de una

forma clara para la posterior comprobación y estudio si fuese necesario del profesional.

6 Bibliografía

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

Capítulo 200

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA FAMILIA DEL PACIENTE

SERGIO NAVÍO PÉREZ

JUANA MARÍA FRANCO CUARTERO

VIRGINIA MUÑOZ CAMARGO

FRANCISCO JAVIER PIQUERO LÓPEZ

MAR MARTIN

1 Introducción

El auxiliar de enfermería es uno de los profesionales que trabajan en la atención al paciente. Desarrollan varias funciones en una labor de equipo de carácter multidisciplinar (distintas especialidades) donde complementan a los demás (médico, enfermero, celadores, administrativos ...).

Un equipo es un grupo organizado de personas que tiene un objetivo común.

Un equipo de trabajo de atención sanitaria, está formado por profesionales de distinta formación, que realizan actividades complementarias de atención a los enfermos.

El equipo de enfermería es parte del equipo de profesionales sanitarios. Para trabajar en equipo se necesita, además de formación específica, una cierta práctica en el trabajo en equipo.

Las funciones del auxiliar son variadas, y se dividen en 2 grupos:

- Funciones técnicas, son aquellas que realiza sin tener contacto con el paciente, bien porque se realicen en los lugares que este no tiene acceso, o bien porque el paciente no esté presente en ese momento. En estos casos la única preocupación y función es realizar la tarea con la atención, diligencia y conocimientos necesarios.
- Funciones relacionales, son actividades que se realizan con el paciente (información, apoyo y asesoramiento). Se exigirá la máxima atención y diligencia, pero además se debe tener en cuenta que se está tratando con una persona. El comportamiento del auxiliar debe ofrecer una atención adecuada, cálida, agradable, ya que influye positiva o negativamente en el desarrollo de la enfermedad del paciente y en su recuperación o restablecimiento (curas, comidas, higiene, toma de muestras...)

El auxiliar lleva una parte importante de la responsabilidad del proceso de asistencia sanitaria, debido a:

- Atención directa y continuada al paciente.
- Necesidad cada vez más aceptada de mejorar la humanización de la asistencia, que exige una mejor preparación del Auxiliar.

2 Objetivos

Analizar las funciones del Técnico Auxiliar de Cuidados en Enfermería en relación con la atención a la familia del paciente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica ya existente, también se ha realizado una búsqueda de libros seleccionando artículos de revistas procedentes de publicaciones académicas revisadas, además se han consultado artículos de las principales bases de datos como Scielo, utilizando como palabras claves auxiliar de enfermería, familia del paciente.

4 Resultados

Conviene recordar cuáles son los principales objetivos y funciones del auxiliar de enfermería en relación con el paciente:

1. Acoger al paciente en el hospital: debe sentirse bien recibido, y no como alguien inoportuno o molesto. Hay que atenderle lo antes posible, escuchar atentamente lo que el paciente tenga que decir y contestar a sus preguntas, si es posible.
2. Permitirle conservar sus objetos personales, que le hacen sentirse en su ambiente. Pero no se podrán tolerar los hábitos ni los objetos que molesten a otros pacientes.
3. Procurarle un ambiente confortable, en el que los ruidos sean los mínimos y donde los profesionales sanitarios y los familiares hablen en voz baja. Ventilar a menudo la habitación y asegurarse que las instalaciones (timbres, teléfonos...) sean adecuadas a las limitaciones del paciente
4. Facilitarle que reciba visitas, porque le proporcionan afecto y apoyo. Hay que ser atentos y amistosos con las visitas, y si es posible dejarles intimidad con los pacientes. Sin embargo, hay que estar pendientes de que no lleguen a molestar o a cansar al enfermo: si ocurre esto, pedirles que le dejen descansar.
5. Respetar al paciente: no tutearle sin su permiso, dirigirse a él con el respeto que se merece. Llamar a la puerta y esperar un momento antes de entrar. Explicarle siempre qué se le va a hacer y por qué.
6. Ser discreto: no comentar las cuestiones personales del paciente con sus familiares, ni con los compañeros de trabajo.
7. Hacer que adquiera confianza en el Centro y en todo el personal que le atiende. Para ello hay que tratarle con interés, dedicación y corrección. En todo momento hay que ser amable e inspirarle calma. Cuando pregunte por su enfermedad. Se le debe dirigir al médico, ya que le corresponde a él darle las explicaciones, tanto por los aspectos técnicos como por los psicológicos.
8. Ofrecerle apoyo: escuchar sus problemas y sus inquietudes sobre su estado físico o psíquico. La separación de su entorno lo impulsa a buscar la amistad y la simpatía de otros, especialmente de quienes más tiempo pasan con él, y que mejor le pueden ofrecer comprensión y afecto. Se le debe acompañar y hablar con él si se siente solo y ayudarle a conseguir la ayuda espiritual que solicite, según sus creencias.
9. Potenciar su iniciativa y su autosuficiencia: animarle a relacionarse con la gente y a planear su futuro. Dejarle disponer de sus actos, siempre dentro de las limitaciones de su enfermedad y de las normas del Hospital. Se debe potenciar su autoestima y darle seguridad en sí mismo.

En relación con la familia, es importante tener en cuenta que la repercusión de la enfermedad varía según el papel del paciente en la familia, del siguiente modo:

- Cuando el paciente es el cabeza de familia a los temores de la enfermedad se le sumarán las preocupaciones económicas y sociales. En este caso se deberá poner

en contacto a la familia con el asistente social.

- Si el paciente es la persona que se encarga del funcionamiento del hogar, el resto de miembros deberán reorganizarse para repartirse las tareas del hogar.
- Cuando el paciente es el hijo, los padres experimentan temor y sensación de culpabilidad. Se acrecienta esta sensación si se toma la hospitalización como un peligro para la relación con sus hijos y consideran al personal sanitario como rivales.

Las actitudes de la familia varían en función del tipo de dolencia del enfermo, el grado de incapacidad que supone la enfermedad y de la gravedad o irreversibilidad del estado. En cada caso el papel del auxiliar también debe ser diferente, del siguiente modo:

Si el paciente es agudo o de urgencias, la función del auxiliar será:

- Una labor informativa.
- Indicará el horario de visitas.
- Indicará la ubicación de los servicios del hospital.
- Indicará los trámites burocráticos.
- Indicará los objetos de uso personal que deben aportar.
- Los datos de interés para el cuidado básico del enfermo.
- Tranquilizará a los familiares y facilitará el encuentro entre el personal médico responsable y los familiares.

La familia, debido a la angustia, ansiedad y miedo, traducen estos procesos con preguntas insistentes acerca del estado del paciente, incluso conductas agresivas.

Si el paciente es crónico:

Por su estancia prolongada o repetidos ingresos, la tarea del auxiliar deja de ser orientativa y se dedica a enseñar a los familiares qué es lo más adecuado para el cuidado del enfermo, para que puedan cooperar en la atención del paciente.

El auxiliar debe obtener información sobre los hábitos y costumbres del paciente y conocer cuál es el nivel de cooperación que puede esperar de la familia. No debe dar información médica a la familia, solo la información sobre las comidas, la actividad, el estado de ánimo... La información médica debe de proporcionarla el médico.

Si el paciente es infeccioso:

La tarea del auxiliar será informar a la familia sobre las vías de transmisión de la enfermedad y sobre las medidas a tomar en el contacto con su pariente enfermo. Debe hacerles tomar conciencia del riesgo real y adoptar actitudes responsables. Por otro lado, debe tener cuidado para dar una información veraz y realista, y evitar alarmarles y asustarles de forma innecesaria.

La familia debe dar apoyo, evitar el temor irracional al contacto, y el rechazo hacia el enfermo.

Si el paciente es terminal:

La emotividad que conlleva la cercana muerte de una persona, afecta al auxiliar y a todos los que le rodean.

El auxiliar debe de poner todos los medios para dar facilidades y atención en esos momentos y prepararlos para aceptar los acontecimientos.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería acompaña en todo momento al paciente y se encarga de que el paciente se encuentre lo más cómodo posible en su estancia en el hospital. El auxiliar de enfermería puede hablar con los familiares pero nunca revelará información médica, ya que eso le corresponde al médico.

La familia del paciente, puede suponer un sistema de apoyo natural al enfermo y diversos estudios han demostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar soportan mejor las crisis de la vida.

El impacto de estrés en el enfermo con familia es menor, ya que proporciona un marco de seguridad en el cual la persona puede poner en marcha sus mecanismos personales para resolver la situación generadora de estrés.

Las características más importantes de la familia es la reacción emocional entre sus miembros, lo cual implica que lo que sucede a uno de sus componentes repercute en los demás.

La enfermedad de uno de los miembros supone una crisis, una situación nueva que hay que resolver.

6 Bibliografía

1. Macmillan profesional. Autores: Carlos Galindo, Regina Cardelus, Agustín García, Manuela Heredia, Concepción Romo.
2. <https://blog.opositatest.com/que-hace-un-tecnico-en-cuidados>.
3. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid

Capítulo 201

ZONAS RADIOLÓGICAS Y SU CLASIFICACIÓN

MARÍA JOSÉ SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Cuando trabajamos con radiaciones ionizantes, los lugares de trabajo se clasificarán dependiendo del riesgo de exposición que se tenga en diferentes zonas.

Dicha clasificación deberá ser actualizada y estar correctamente señalizada.

Solo podrán acceder a estas zonas el personal autorizado.

Las zonas se clasifican en zona controlada y zona vigilada.

Por razones de vigilancia y control, los trabajadores expuestos a las radiaciones ionizantes se clasifican en dos categorías.

La pertenencia a una categoría u otra dependerá del riesgo que corra mientras realiza su trabajo. No podrán asignarse a menores de 18 años tareas que pudieran convertirlo en un trabajador expuesto.

- Categoría A: esta categoría incluye a aquellas personas que pueden recibir una dosis efectiva superior a 6 mSv/año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de alguno de los límites de dosis equivalente fijados en el RPSRI para el cristalino, la piel o extremidades.

- Categoría B: a dicha categoría pertenecen las personas a las que es muy improbable que reciban una dosis efectiva superior a 6 mSv/año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de alguno de los límites de dosis fijados en el RPSRI para el cristalino, la piel o extremidades.

En el desarrollo de este capítulo vamos a ver en detalle cada zona y como se identifica o señala.

2 Objetivos

Dar a conocer como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la señalización de las distintas zonas radiológicas y su clasificación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Elsevier y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Diferenciaremos dos zonas:

1. Zona controlada:

En esta zona cabe la posibilidad de recibir una dosis efectiva superior a 6 mSv/año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de algunos de los límites para el cristalino, la piel y las extremidades.

A su vez, estas zonas se pueden dividir en las siguientes:

- Zona controlada libre: corresponde con lo dicho anteriormente.
- Zona controlada de permanencia limitada: existe el riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis fijados para los trabajadores.
- Zona controlada de permanencia reglamentada: existe el riesgo de, en breves periodos de tiempo, recibir dosis superiores a los límites de dosis fijados para los trabajadores, y que, por lo tanto, se necesitan prescripciones especiales.
- Zona controlada de acceso prohibido: existe el riesgo de en una sola exposición recibir dosis superiores a los límites de dosis fijados para los trabajadores.

2. Zona vigilada:

En esta zona existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 1 mSv por año oficial o una dosis equivalente superior a 1/10 de los límites de dosis equivalentes para el cristalino, la piel y las extremidades.

3. Señalización de las zonas:

El riesgo de irradiación estará señalizado con el símbolo internacional: un trébol enmarcado por una orla rectangular del mismo color que el símbolo y de idéntica

anchura que el diámetro del círculo interior del mismo.

Los colores de los tréboles indicarán la clasificación de la zona.

En orden creciente al riesgo asociado, estos son:

- Gris azulado: zona vigilada.
- Verde: zona controlada de permanencia libre.
- Amarillo: zona controlada de permanencia limitada.
- Naranja: zona controlada de permanencia reglamentada.
- Rojo: zona de acceso prohibido..

Cuando exista solamente riesgo de radiación externa, el trébol vendrá rodeado de puntas radiales.

En cambio, si el riesgo es de contaminación, el trébol irá sobre campo punteado.

Si existen ambos riesgos irá rodeado de puntas radiales y sobre campo punteado.

Además, en la parte superior de la señal una leyenda nos indicará el tipo de zona, y en la inferior otra el tipo de riesgo. Dichas señales se colocarán visiblemente en la entrada y en lugares significativos de las zonas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal técnico de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear algunas cuestiones básicas relacionadas con la clasificación y señalización de las distintas zonas o áreas radiológicas según su peligrosidad.

Existen básicamente 2 zonas:

- La zona controlada donde es posible recibir dosis de más de 6mSv/año y dónde se pueden diferenciar la zona controlada libre, la zona controlada de permanencia limitada, la zona controlada de permanencia reglamentada y la zona controlada de acceso prohibido.
- Por otro lado está la zona vigilada donde existe la posibilidad de recibir dosis superiores a 1mSv/año.

La señalización de estas zonas se hace mediante un trébol, con distintos colores según el nivel de peligro y dependiendo de si hay riesgo o no de radiación externa se indicará esta con un punteado sobre el trébol.

Es importante el conocimiento y correcta formación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería de estas cuestiones básicas relacionadas con la señalización de las distintas zonas radiológicas y su clasificación.

6 Bibliografía

1. Clasificación de Zonas en un Servicio de Radiodiagnóstico- Autor: José Méndez Nozaleda- Revista Ocronos- 2020- disponible en <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/clasificacion-zonas-servicio-radiodiagnostico/>.
2. Clasificación y Señalización de las zonas de trabajo- disponible en <https://thales.cica.es/rd/Recursos/rd99/ed99-0504-01/clasificacion.html>.

Capítulo 202

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SERGIO CASTELLANOS LARA

NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ

CECILIA GÓMEZ FERNÁNDEZ

MARIA TERESA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

CARLOS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

En 1958, el Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, creó la primera Unidad de Cuidados Intensivos donde se aplicaba la terapia intensiva a los enfermos que allí permanecían debido a la gravedad de la enfermedad que presentasen y la cual la aplicaba un equipo asistencial el cual se mencionara en este apartado entre los cuales se encuentra el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

La terapia intensiva es la atención médica para personas que tienen lesiones y enfermedades que pueden ser mortales. Este tipo de paciente se encuentra en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) donde se encuentra un equipo de personas que velan por el paciente las 24h del día. Este equipo de personas puede

ser mayor o no, dependiendo de las necesidades de la unidad, pero constará de las siguientes categorías:

- Personal médico.
- Personal de enfermería.
- Personal de TCAE.
- Personal de celadores.

Pudiendo ampliarse en otras categorías como pueden ser Técnicos en Rayos, etc.; según las necesidades del servicio.

En este tipo de unidades el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene un papel fundamental ya que este tipo de pacientes requieren de especial atención y están expuestos a un alto riesgo de que cesen sus funciones vitales, esto hace que el personal esté expuesto a momentos de gran presión y con un elevado índice de estrés debido a la gravedad de los pacientes que allí se encuentran.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en la UCI.

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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña las siguientes funciones:

- Garantizar las existencias del material que se vaya a usar dentro del box.
- Realizar la higiene y cuidados de la piel del paciente junto con el equipo de celadores y enfermería.
- Vaciar diuresis.
- Ayudar al paciente en la alimentación en caso de que no pueda realizarse por sí mismo.

- Garantizar la correcta limpieza del material “común” de la unidad (material que se puede usar con más pacientes como puede ser el ecógrafo).

El paciente que ingrese en esta unidad puede estar tranquilo de que los diferentes tratamientos pautados se van a ejecutar correctamente con el material que se precise en ese momento y en las condiciones correctas en las que se deba de encontrar al igual que pretenderá que los tiempos de descanso del paciente sean los correctos y siempre en las mejores condiciones para garantizar un descanso de calidad del paciente.

Por parte del TCAE a parte de las funciones descritas anteriormente también debemos aportar un apoyo psicológico a paciente e intentar mitigar las alteraciones emocionales que le puedan surgir al paciente dado la inestabilidad que pueda presentar, así mismo, no solo este tipo de apoyo se le deben de dar al paciente si no también a la familia que en la gran mayoría de casos presentan incertidumbre, miedo y desconfianza dado la gravedad de su familiar y el impacto que se les presenta al comunicarles al tipo de unidad en la que va a permanecer su familiar teniendo en cuenta sus patologías y que no van a poder estar con él 24h si no que hay un horario donde se limita el tiempo en el que puedan visitar al paciente y el medio por el que se le van a comunicar las noticias relacionadas con la evolución del paciente.

Es por ello por lo que el TCAE debe tener gran capacidad de comunicación para aclarar cualquier duda que les pueda surgir tanto al paciente como familiares con tal de conseguir el bienestar antes explicado, siempre y cuando la información que se vaya a dar a ambos esté autorizada a comunicarla ya que en ciertos casos no seremos nosotros los encargados de informar, si no el equipo de enfermería o médico, dependiendo el caso. Siempre respetando la Ley de Protección de Datos.

5 Discusión-Conclusión

En este tipo de unidades el TCAE tiene una gran importancia ya que de él, depende el correcto funcionamiento de la unidad y por ello también depende que el tratamiento que se le administre al paciente sea de calidad y eficaz ya que si el equipo de enfermería no dispone del material necesario y en las condiciones correctas, la calidad de los cuidados que se le prestan al paciente pueden ser más lentos, ineficaces y peligrosos por la posible presencia de bacterias que pueden contagiar al paciente, por lo tanto podría peligrar la vida del paciente ya que en este tipo de unidades el paciente que se encuentra en ellas es muy crítico.

Es por ello por lo que el TCAE está muy valorado en esta unidad y siempre se le tiene en cuenta al practicar cualquier tratamiento al paciente para asistir al

equipo de enfermería o de medicina siempre que estos entran a cualquier box donde se encuentran los pacientes, ya no solo por conocer la ubicación de todo el material que puedan usar si no también a la hora de por ejemplo, valorar algún tipo de tratamiento producido por la lesión en la piel producido por los largos tiempos que pasa el paciente en la cama y en los que se encuentre algún tratamiento en el que se incluyan cremas, aceites o masajes.

El TCAE debe de reflejar los cuidados prestados durante el turno en el programa ofimático que se use en el servicio, en el caso de SESCOAM es el Mambrino. Este tipo de publicación siempre debe de ser de manera objetiva y con información clara y concisa la cual no pueda dar lugar a errores al personal que se pueda basar en esa publicación para continuar con los cuidados del paciente.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.blog.ugto.com.
3. www.medlineplus.gov.

Capítulo 203

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ARTRITIS Y ARTROSIS

MARÍA JOSÉ GARCÍA FRESNEDA

MARÍA FRANCISCA CHAMORRO PEÑAS

MANUELA TORRES LOPEZ DEL CASTILLO

MARIA DOLORES GONZÁLEZ BUSTAMANTE

JUANA RUIZ MUÑOZ

1 Introducción

La artrosis y la artritis son enfermedades reumáticas que producen dolor, afectan a una o a varias articulaciones y son más frecuentes en mujeres que en hombres. La artrosis (terminación OSIS significa proceso patológico, destrucción, desgaste, enfermedad), es una lesión degenerativa, efecto de la edad, destructiva de los cartílagos articulares y proliferación de tejido óseo, también puede afectar a las sinoviales.

Las causas son la edad, el uso y desgaste, puede determinar una predisposición genética, sobrecarga en las personas obesas, traumatismos repetidos (deportes, ocupaciones), trastornos en la alineación de los huesos que forman la articulación.

La artritis (terminación ITIS significa inflamación), inflamación de las articulaciones, afecta preferentemente tejido sinovial (el líquido sinovial sirve como lubricante), esta membrana recubre internamente la articulación. Es una enfermedad autoinmune crónica (el sistema inmunitario ataca por error las células sanas de los órganos y tejidos) que afecta a múltiples articulaciones. Con el tiempo la erosión del hueso y del cartílago se produce y deja sin protección la articulación y esta se va deformando y a la vez produciendo inmovilidad.

También puede ocasionarse por una infección bacteriana o vírica. Su proceso es crónico e intermitente apareciendo en forma de brotes. Esta inflamación puede afectar a cualquier órgano, riñones, pulmones, ojos.

2 Objetivos

Conocer las diferencias que hay entre la artritis y la artrosis, identificando los síntomas, diagnóstico precoz, tratamiento para controlar el dolor y la inflamación 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 también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La artrosis, es una enfermedad frecuente, según se avanza en edad, se aumenta su frecuencia, el 80 % de las personas mayores de 75 años, tienen artrosis, esta produce dolores y a veces invalidez funcional. Es una enfermedad de los huesos y articulaciones que se centra en el cartílago, se produce una degeneración, el deterioro de la articulación comienza cuando el roce constante de ambos extremos óseos hace que el cartílago se desgaste por completo, esto producirá dolor, limitación, signos inflamatorios, hinchazón de la articulación.

Al faltar esta capa de protección, el hueso también comienza a destruirse e intenta recuperar parte de la movilidad para aumentar la superficie articular, este crec-

imiento se le llama osteofitos (excrecencias óseas). La artrosis es más frecuente en las caderas y rodillas ya que son las articulaciones que más peso soportan. Los factores dependen del paciente, la edad, ser mujer, factores genéticos, enfermedades metabólicas (hemocromatosis, exceso de hierro que se acumula en el cuerpo; condrocalcinosis, acumulación excesiva de cristales de calcio en los huesos; acromegalia, exceso de producción de hormona de crecimiento en la hipófisis, rotura de ligamentos, sobrecarga en una articulación concreta, enfermedades articulares de la infancia, obesidad, actividades exageradas y repetitivas de la articulación por causa de deporte o trabajo, inmovilización prolongada de la articulación.

El síntoma es el dolor de la articulación, generalmente en movimiento a lo largo del día y mejora en reposo. En fases avanzadas incluso en reposo cuando el paciente está descansando en la cama y suele aumentar en las temporadas de frío. A veces el dolor acompaña a la rigidez y los episodios inflamatorios de varias articulaciones (en ocasiones con líquido interno en la articulación) el dolor en reposo y rigidez al levantarse. Deformaciones o nódulos óseos (de Heberden y de Bouchard) que produce la articulación, en las distales de los dedos y las proximales.

Se ha comprobado que la reducción de peso en personas con obesidad es determinante para enlentecer la evolución asintomática de la artrosis. El diagnóstico se suele hacer a través de datos clínicos, exploración física y radiológica. Si hubiese líquido en el interior de la articulación, se le extrae mediante una artrocentesis para comprobar si es una condrocalcinosis, artritis inflamatoria o gota. Al ser una enfermedad crónica y progresiva, se puede prevenir los síntomas manteniendo el peso, ejercicio físico adecuado, evitar sobrecarga en la articulación acompañado del tratamiento para reducir el dolor y mantener el funcionamiento normal de la articulación.

Algunos consejos de La Sociedad Española de Reumatología son: Mantener reposo durante el proceso de los brotes de dolor y sobre uso de la articulación, para evitar la atrofia de los músculos y la inmovilidad de la articulación, el reposo se limita a 48 horas. Evitar actividades que sobrecarguen la articulación (subir y bajar escaleras, reducir el peso corporal). Ejercicios individualizados para fortalecer los músculos que rodean la articulación, a veces son más tolerados si se realizan dentro del agua. Distribuir la carga de la zona de la articulación con férulas, rodilleras, plantillas o muletas. Calor local, preferentemente húmedo para reducir el dolor.

El tratamiento farmacológico que se recomienda es comenzar con analgésicos

(paracetamol o metamizol), si el dolor no cede, el especialista le puede recomendar anti-inflamatorios (ibuprofeno), acompañado de comida o protectores estomacales. Los antiinflamatorios en crema, cremas que aumentan el calor en la zona. Hay analgésicos más potentes para dolores muy intensos, inyección de corticoides dentro de la articulación, etc. La acupuntura ha demostrado pequeños beneficios en la artrosis de rodilla. Si el tratamiento médico falla, puede indicarle la colocación de una prótesis si es en rodilla o cadera.

Las articulaciones más afectadas son las manos, limitación de movilidad y dolor (dedos, aparición de nódulos); hombros, dolor en la parte anterior del hombro (tendinitis de manguito de los rotadores); rodilla, dolor crónico, la articulación puede fallar o bloquearse (daño acompañado del menisco) y deformación progresiva del ángulo de la pierna; cadera, dolor en la región del glúteo o en la ingle e incluso reflejarse en la rodilla que puede asociarse con la limitación de la movilidad de la cadera; columna, en la zona cervical, al final de la columna torácica o en la columna lumbar, si hay crecimiento anormal del hueso (osteofito) puede comprimir nervios como el ciático y producir estrechamiento del canal lumbar (estenosis).

La artritis, es una enfermedad autoinmune, inflamatoria crónica que afecta a varias articulaciones en manos, pies, muñecas, hombros, codos, caderas y rodilla se produce dolor, rigidez e hinchazón por la inflamación de la membrana sinovial, después de periodos de reposo largos, generalmente por la mañana. Puede afectar a otros órganos como el corazón, pulmón, riñón, piel, ojos, glándulas salivales, tejido nervioso, médula ósea, vasos sanguíneos y si la inflamación es considerable, puede provocar episodios de fiebre, astenia, pérdida de peso y de apetito La artritis afecta a la membrana sinovial, que es la que sirve para lubricar la articulación, en el caso de la artritis el líquido se esparce por la articulación en vez de ser reabsorbido originando una erosión en el hueso y el cartílago.

Esta patología engloba en sí muchas alteraciones como la artritis psoriásica que produce dolor en los dedos de los pies, manos, muñecas y rodillas puede afectar a la columna vertebral provocando rigidez y dolor. Esto causa inflamación, dolor, hinchazón y elevación de la temperatura de la zona. Puede ser hereditario, es más común en los hombres, después de la menopausia y las personas que consumen niveles altos de alcohol, otros factores pueden ser la diabetes, enfermedad renal, obesidad, anemia, leucemia y otros cánceres de la sangre, también las personas con ciertos medicamentos como los diuréticos pueden tener el nivel alto de ácido úrico. Las articulaciones más frecuentes son las rodillas, el tobillo y e

dedo gordo del pie. El dolor comienza de repente, es intenso, pulsátil, opresivo, las articulaciones suelen estar calientes, sensibles e hinchadas, incluso producir fiebre, puede durar días y retornar con el tiempo. También pueden formar protuberancias alrededor de las articulaciones, codos, punta de los dedos y orejas e incluso supurar una sustancia blanquecina.

Los factores que aumentan el riesgo de padecer artritis son, la edad, el sexo (las mujeres son más propensas), antecedentes familiares, tabaquismo, sobrepeso y puede aumentar el riesgo de desarrollar, osteoporosis (afección que debilita los huesos y los hace más propensos a fracturarse); nódulos reumatoides en cualquier parte del cuerpo incluso en los pulmones y corazón; sequedad en los ojos y en la boca; infecciones (los medicamentos que se utilizan pueden dañar el sistema inmunitario); síndrome del túnel carpiano (inflamación que puede comprimir el nervio que irriga la mayor parte de la mano y los dedos); problemas cardíacos (inflamación del saco que rodea el corazón, endurecimiento y obstrucción de arterias); enfermedad pulmonar (la cicatrización de los tejidos pulmonares a causa de la inflamación puede provocar falta de aire); aumento de linfoma.

El diagnóstico es complicado en las fases tempranas debido a su similitud con otras enfermedades, la exploración será física en la cual el médico revisará las articulaciones, enrojecimientos, hinchazón, temperatura, reflejos, fuerza muscular, análisis de sangre (VSG o tasa de sedimentación, nivel proteína C, anticuerpos reumatoides, antipéptidos cíclicos citrulinados), pruebas de diagnóstico de imagen (radiografías, resonancia magnética, ecografía) ayudan a determinar la gravedad de la enfermedad. El tratamiento será según la gravedad de los síntomas pueden ser antiinflamatorios no esteroides (ibuprofeno, naproxeno sódico) y antiinflamatorios más potentes que pueden ocasionar irritación estomacal, problemas cardíacos y daño renal. La toma de esteroides como corticosteroides (prednisona) que reducen la inflamación y el dolor y atrasan el daño articular, los efectos secundarios pueden aumentar el peso, diabetes o afinamiento de huesos.

El objetivo de los esteroides es aliviar los síntomas rápidamente y reducir gradualmente la medicación. Otros medicamentos antirreumáticos que pueden retrasar el avance y evitar que otros tejidos y articulaciones sufran daños permanentes que pueden causar daño hepático e infecciones pulmonares graves, modificadores de la respuesta biológica, es una nueva clase de medicación antirreumática (estos medicamentos también aumentan el riesgo de contraer infecciones); medicamentos modificadores de la enfermedad sintéticos y con diana

específica que en dosis altas aumentan el riesgo de coágulos sanguíneos en los pulmones, procesos cardíacos graves y cáncer. La terapia ocupacional o fisioterapéutica ayuda a mantener las articulaciones flexibles.

La cirugía que puede reparar las articulaciones dañadas, restaurar la capacidad de usar la articulación, reducir el dolor y mejorar la función, esta cirugía puede incluir la sinovectomía (extraer membrana sinovial); reparación del tendón que rodean la articulación, fusión de la articulación (realinear la articulación y aliviar el dolor); reemplazo total de la articulación (quitar parte dañadas e introducir prótesis de metal o plástico).

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, estas patologías afectan a la calidad de vida de las personas que padecen artrosis y artritis, los dolores, molestias ocasionadas por la rigidez, deformaciones, disminución y pérdida de movilidad deterioran la vida del paciente llegando a incapacitarlo. La artrosis es un problema de salud debido al aumento de la longevidad por lo cual su gasto sanitario es alto.

Está relacionado con estos costes sustanciales la artroplastia de cadera y rodilla en adultos mayores de 50 años y prevalencia mayor en mujeres. La artritis se puede presentar en cualquier edad, su prevalencia es mayor en mujeres de entre 40 y 60 años y un importante porcentaje tiene que renunciar a sus actividades de la vida diaria y laboral, por lo cual al igual que la artrosis afecta al entorno del paciente y al sistema sanitario.

Estas lesiones que son crónicas, irreversibles e incapacitantes, hace que el daño se acumule y la persona tenga que aprender a vivir con el dolor acostumbrándose a él. Una buena relación con el reumatólogo será crucial para el tratamiento, las terapias farmacológicas en combinación con otras terapias como yoga, taichí, masajes son efectivas. Tener en cuenta el estado emocional de estos pacientes es fundamental para mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <http://www.conartritis.org/>.
2. <https://www.aecosar.es/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001243.htm>.

4. <https://svreumatologia.es/conoce-enfermedad-sociedad-espanolareumatologia-ser/>.
5. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rheumatoid-arthritis/symptoms-causes/syc-20353648>.
6. 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 204

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

MARÍA JOSÉ GARCÍA FRESNEDA

MARÍA FRANCISCA CHAMORRO PEÑAS

MANUELA TORRES LOPEZ DEL CASTILLO

MARIA DOLORES GONZÁLEZ BUSTAMANTE

JUANA RUIZ MUÑOZ

1 Introducción

La Educación para la salud es una práctica antigua, aunque a lo largo del tiempo ha ido variando su enfoque ideológico y metodológico debido a los cambios en relación al concepto de salud. La salud es el bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias.

Con lo cual, tener salud es estar bien con uno mismo, con los demás y con el entorno. La nueva visión en el entendimiento del proceso salud-enfermedad, modifica la orientación en la asistencia sanitaria, la cobertura a cubrir en la población, la relación profesional sanitario-usuario, los objetivos a conseguir y la metodología a utilizar. Es decir, el proceso educativo dirigido a educar, potenciar y promover a la población en SALUD. Denominando actualmente la antigua “Educación Sanitaria en Educación para la Salud.”

Todo ello realizado proporcionando los conocimientos y habilidades necesarias, realizando un examen crítico de los problemas de salud y responsabilizando a los individuos y grupos sociales en la elección de los comportamientos que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud física y psíquica tanto de las poblaciones en general como del ciudadano en particular. Es importante que la educación para la salud se aplique en varios ámbitos, siendo los fundamentales: el educativo, el sanitario y el comunitario en el que se incluye el laboral.

2 Objetivos

Destacar la importancia de la educación para la salud, resaltando el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en su promoción.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, búsqueda en libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo. Se estableció como criterio de selección diferentes combinaciones de las siguientes palabras clave, tanto en español como en inglés: educación sanitaria, educación para la salud, salud, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otros.

4 Resultados

Las características de los programas de EPS son: Incorporar métodos de aprendizaje activos Dirigirlos a las influencias sociales y medios de comunicación Reforzar valores individuales y normas grupales Promover el desarrollo de habilidades sociales fundamentalmente.

Es especialmente efectivo el trabajo en grupo de iguales. Tiene unos beneficios primordiales: Mejor encaje de los contenidos y estrategias. Mayor motivación y crédito de la información. Ejemplo: durante la adolescencia el joven concede más valor a la información obtenida en el grupo que la suministrada desde “arriba”.

Para ello el educador debe jugar el papel de facilitador y el alumno hacer suya la actividad de aprendizaje. El educador usará métodos participativos que fomente la adquisición de 538 habilidades, la comunicación, la resolución de conflictos e incidirá en la responsabilidad, autoestima y toma de decisiones. Las actividades

de la educación para la salud deben ser participativas, ya que la finalidad es que las personas se impliquen en el cuidado y en la búsqueda de soluciones a sus problemas de su salud.

Estarán basadas en una programación de las actividades a realizar:

Análisis de la situación: Determinar las necesidades de la población según los problemas de salud y el análisis de los recursos y/o servicios de los que dispone la comunidad. valorar las posibilidades de intervención y estudiar las características de los colectivos implicados.

Determinación de prioridades: Eligiendo los problemas que serán objeto de las intervenciones y su contenido educativo (captación y selección de los participantes, organización de la actividad...) para lograr el objetivo.

Determinación de objetivos: Definir claramente que se quiere conseguir con la experiencia.

Selección de actividades, material, tecnología educativa y métodos: Es la definición de las acciones concretas a realizar, determinación del contenido y la forma del lenguaje.

Elegir el método educativo adecuado como por ejemplo: Representaciones o juegos de rol Exposiciones audiovisuales Ejercicios prácticos Debates Conferencias Trabajos en grupo Estudio de casos clínicos decidir quienes van a intervenir y de qué manera, el material necesario (material bibliográfico, diapositivas, vídeo, folletos, etc.).

Ejecución: Realizar la actividad según el plan de trabajo establecido (duración, número de contactos).

Evaluación de la actividad de todas las fases y resultados obtenidos. Debe ser un proceso continuo, basado en criterios preestablecidos y usando instrumentos de medida fiables y válidos.

Al finalizar la actividad, se formulan las conclusiones de la misma. Una forma de educación de la población es la información sanitaria concreta.

El objetivo es proporcionar a las personas datos y conocimientos que les ayuden a valorar su estado de salud, interpretar los signos de malestar y crear estilos de vida sanos. La información sanitaria se realizará a través de actividades informativas directas o indirectas (prensa, carteles, medios audiovisuales, folletos,

etc.). redactada de forma clara, precisa y fácil de entender, con contenidos científicos y veraces, dando normas de actuación específicas y concretas y con una presentación sencilla y atractiva.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en educación para la salud, aunque este no tendrá la responsabilidad de su concepción, organización y presentación, puede ejercer tareas de colaboración y apoyo.

Sus principales tareas serán la educación sanitaria (hábitos saludables y técnicas de autocuidado básico) del paciente y su familia de manera informal aprovechando el contacto cotidiano con ellos o de manera formal si así se establece en el equipo de enfermería. Todo ello con la profundidad que le permitan sus conocimientos y sus funciones concretas. Una de sus funciones más importantes es educar en la enfermedad para ayudar al paciente a asumirla y superarla en la medida de lo posible (apoyo psicológico).

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el cambio del concepto negativo de salud a una visión positiva dirige al individuo a fomentar estilos de vida sanos y no solo a prevenir las enfermedades.

La educación para la salud, cuyo fin es mejorar la salud de las personas actúa desde las dos perspectivas:

La preventiva que faculta a las personas para que, mediante su propio control de las situaciones de riesgo, eviten los problemas de salud y sus consecuencias. De esta forma podrá tomar las decisiones más adecuadas en relación con la salud (consumos, alimentación, actividad física, sociabilidad, autocuidados, sexualidad, emociones y relaciones) y otros aspectos de la vida cotidiana.

La de promoción de la salud, educando a la población para adoptar formas de vida saludables.

Por lo tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar formado para ello y capacitarse para formar parte del equipo multidisciplinar de la educación para la salud.

6 Bibliografía

1. <http://www.xtec.cat/>.
2. <http://enferupp.blogspot.com.es/2008/07/nuevo-blog-enfermero-en-educacionpara.html>.
3. <http://eps.aragon.es>.
4. <http://www.who.int/es/>.
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 205

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CUIDADOS Y FUNCIONES EN HIPERBILIRRUBINEMIA DEL NEONATO RECIÉN NACIDO

MARIA JOSÉ OTERO BARROSO

SUSANA CUADRADO JIMENEZ

RAQUEL GOMEZ TORRES

MERCEDES SÁNCHEZ DEL CERRO

MONTSERRAT JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La fototerapia es un método y procedimiento muy recurrente en los servicios de cuidados intensivos de neonato recién nacidos y postnatales para descender los niveles altos de la bilirrubina en el neonato recién nacido. Es un proceso muy fácil y que este va a proceder a través de la aplicación de luz a una distancia de entre 30 y 40 cm separada de la superficie corporal encima de la piel desnuda del neonato recién nacido.

En cuanto a los síntomas clínicos, que se puede evidenciar en el neonato recién nacido, es la llamada ictericia neonatal o medicamento denominada como hiper-

bilirrubinemia, que se observa en un tono de la piel en coloración amarillento, además, de en las membranas de las mucosas. El porcentaje esta entre el 53 al 73 % en los neonato recién nacidos, que evidencian esta conocida ictericia neonatal y en cuanto a los prematuros la prevalencia se ve aumentada.

La fototerapia es uno de los métodos, técnicas y tratamientos más prevalentes sobre la piel desnuda del neonato recién nacido que con la exposición de la irradiación de la luz va a tener la finalidad de la eliminación de la bilirrubina expulsándola a través de la orina y las heces.

La finalidad y objetivos de este artículo es conocer y saber los posibles efectos negativos que aparecen en el neonato recién nacido durante el proceso del tratamiento con la fototerapia para su rápida manifestación, además de establecer unas pautas de cuidados de enfermería más correctas para prevenir y tratar, dando una asistencia en cuidados sanitarios de eficacia al neonato recién nacido (1).

Requiere de asistencia médica tiene una incidencia alta y es la patología, más dada, durante el período en los que son considerados neonato recién nacidos. Esta patología hace su aparición, en la primera semana de vida, incrementándose las cifras en los prematuros hasta en más del 80 %.

2 Objetivos

Ver en que consiste la manifestación de los síntomas en la ictericia en el neonato recién nacido y las precauciones que precisa, el proceso de la fototerapia.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La ictericia del neonato recién nacido es una alteración o patología y que es sobrevenida por la acumulación de la bilirrubina en la sangre, las responsables

serán las alteraciones en el metabolismo y que pueden ser en cuanto a su etiología por diversos y múltiples factores.

En caso de no padecer patologías alguna de base, en una gran mayoría de los neonatos o recién nacidos, la ictericia se registra como, un suceso leve y es puramente fisiológica. No será preciso ningún tratamiento, aunque no por eso se debe descuidar o no estar pendiente y tenerlo en consideración, con lo cual debemos ser muy observadores y prestar atención, por si incurriese en la condición de la ictericia patológica.

Otra causa que nos podemos encontrar y que manifieste en una ictericia neonatal es debida a la lactancia materna. Se evidenciaría en la primera semana de vida. Cuando no se da una completa ingesta, los movimientos peristálticos se ven atenuados, estos últimos son los que ayudaran a la reabsorción de bilirrubina, cuanto mayor sea el número de tomas durante los tres primeros días, incrementara el número de deposiciones y descenderá la cifra de bilirrubina (1).

Para poder saber los niveles y medir en que concentración está la bilirrubina se trabaja una prueba a través del bilirrubinómetro transcutáneo, la medición en la concentración se obtiene, al poner en el esternón, la sonda de medición, como primera alternativa o en la frente del niño. Se hará presión tres veces consecutivas despacio en el lugar de medida, y se registrará la medición.

La fototerapia como tratamiento será prescrita por los facultativos, está será pausada cuando, se manifieste un incremento anormal de las cifras de bilirrubina. La fototerapia va a proceder a metabolizar que es la finalidad, la bilirrubina que no es conjugada por bilirrubina si conjugada, procediendo a que el neonato recién nacido lo expulse por la orina y las heces. Es el proceso más esgrimido, por sus buenos resultados y además no es excesiva en costes y baja la posibilidad de tener que realizar la exanguinotransfusión, se aplica a nivel local. La luz azul será la más efectiva.

Procedimiento y cuidados durante la fototerapia:

- Comprobación del conveniente equipo.
- Entre la posición de la lámpara y el techo de la incubadora, concurrirá una distancia mínima entre 5 y 8 cm.
- Dotar al neonato recién nacido de protección ocular opaca.
- Constantes vitales, siempre controladas.
- No poner crema ni aceites por riesgo de quemaduras.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos desde las evidencias y cifras en los estudios de la patología en el neonato recién nacido, que la ictericia neonatal va a afectar entre el 56 y el 76 % de los neonatos recién nacidos y los prematuros están más vulnerables a padecerla. Por eso, la detección precoz es de alta prioridad para evitar las reacciones negativas que pueden ocurrir, las cuales llegan a ser tan críticas como el daño cerebral y con consecuencia de parálisis, alteraciones en la visión o pérdidas y trastornos auditivos, pudiendo llegar a una discapacidad del intelecto.

Por lo que, desde nuestros cometidos como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, es de esencial relevancia el dar una asistencia, correcta en los cuidados y seremos los responsables junto con enfermería de prevenir y detectar los síntomas y signos que pueden verse manifestados de la Ictericia en el neonato recién nacido.

6 Bibliografía

- 1 <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-la-fototerapia-del-recien-nacido-con-ictericia/>.
- 2 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001559.htm>.
- 3 <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/ictericia-neonatal-2/>.
- 4 Durán M., García J.A., Sánchez A.. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 2022 Sep 11]; 12(1): 41-45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100007&lng=es.

Capítulo 206

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIÓN ENTORNO Y SALUD

SUSANA CUADRADO JIMENEZ

MARIA JOSÉ OTERO BARROSO

RAQUEL GOMEZ TORRES

MERCEDES SÁNCHEZ DEL CERRO

MONTSERRAT JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Es de requerimiento que respetemos y cuidemos del medio ambiente ya que es de vital importancia y trascendencia en lo referente a la contaminación de nuestro planeta este problema ha encaminado y ocasionado de que existan patologías correspondidas a la contaminación tanto la referente acústicamente, alimentariamente y como el entorno o medio ambiental.

La salud se concierne de modo muy estrecho con el ambiente en el que vivimos. El aire que respiramos, los alimentos que consumimos, ,el agua y por supuesto como el entorno o medio y el lugar donde vivimos repercute en nuestra salud. A aportado ventajas pero asimismo, desventajas, el crecimiento de la economía, debido a la gran proliferación y creación de industrias en las que debido a la

mala utilización de estas tecnologías se fue incrementando una contaminación de los ríos por los desechos que ocasionan, incluso en las talas de bosques para la colocación de esta industrialización con una nefasta repercusión para nuestro ecosistema.

Los experimentos con los animales ,los estudios de laboratorios, tanto epidemiológicos y toxicológicos se las concierne con patologías y asimismo, con el medio ambiente contaminado. Se sabe por las evidencias que depende de algunas sustancias, estando por debajo de niveles tóxicos, que no eran peligrosas, pero no así con otras de estas sustancias como logran ser, los alérgenos estos sí que podrían derivar en un peligro incluso en sus niveles más bajos. De estos alérgenos derivan las patologías respiratorias sobre todo en el sector infantil.

Los cambios climáticos repercuten en olas de calor, en cambios de temperatura pasando de frío a calor en condiciones extremas, por lo que nuestro cuerpo no logra aclimatarse.

2 Objetivos

- Ver las referencia y encomiendas que nos referencia la OMS sobre la salud y como repercute el entorno o medio ambiental.
- Observar las estrategias europeas para el equilibrio del medio ambiente.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica concurrente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales asientos de datos: Google y Google Academy, páginas de cuidados paliativos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La salud se ve concerniente y en consonancia al medio ambiente se conjuntan muy estrechamente y se verá afectada la salud a niveles químicos, biológicos y físicos. Estos logran ocasionar resultados negativos en nuestra salud y esto se logra evitar con una educación ambiental y la puesta en práctica de hábitos saludables.

Según nos referencia la OMS nos concreta la salud en el año 1946 como el bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de la patología.

En asiento a los documentos consultados podemos decir que 24 % de las muertes se deben a diversos elementos ambientales perjudiciales para nuestra salud.

Asimismo, se encarga del estudio, la salud pública de las patologías infecto-contagiosas y como en estas patologías cuando se diagnostican se observa y deriva que es por la influencia del medio ambiente.

La OMS gestionará unos departamentos de salud pública y medio ambiente donde se establecerán objetivos y fomentarán políticas en conjunción con la salud pública y medio ambiente habrá servicios en los cuales dependiendo de las cifras obtendrán resultados de los casos de morbilidad y mortalidad en todo el mundo y que sus causas sean por elementos ambientales adversos.

No solo la OMS no plantea estrategia asimismo, vemos la estrategia europea y los objetivos que quieren conseguir como logran ser:

Apoyar a que se vean reducidas las patologías que son causadas por las adversidades de los elementos ambientales, así asimismo, como prevención e identificación de los peligros para la salud causadas por estos elementos adversos del medio ambiente.

Los puntos que logran derivar en un daño en la salud ambiental y su equilibrio será el crecimiento del sector, los trasportes, las industrias y crecimiento socioeconómico.

Los seres humanos somos la especie que más contaminación y más daño efectúa al medio ambiente, se está viendo afectada, la flora y la fauna del planeta unos recursos que el planeta nos da y que requerimos para nuestra propia supervivencia, son recursos que cuando se pierden ya no son renovables, pero asimismo, concurren otras tipologías de contaminación como la acústica, acuática, atmosférica y sobre todo la contaminación a través de los residuos.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión a través de la exposición en nuestro artículo, de que es de esencial importancia el cuidado y la educación y prevención en lo que respecta al medio ambiente y al ámbito en el que vivimos, del buen comportamiento racional de los humanos en esta materia va a derivar nuestra supervivencia y la conservación de lo que el propio planeta nos ofrece, cuando cuidamos el medio ambiente esto va a incurrir en unos beneficios para nuestra salud y que todo va a depender del propio humano tanto individualmente como colectivamente, lo referente a

las instituciones asimismo, deberán poner de su parte, enfocando las políticas sanitarias y medioambientales a obtener beneficios para el bienestar y la salud.

6 Bibliografía

1. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n2/editorial1.pdf>.
2. Ocronos-Editorial cientifi Tecnica google.
3. <https://pdfcoffee.com/maneracion-y-orientacion-laboral-transversales-maneracion-y-orientacion-laboral-transversales-cf-cf-maneracion-y-orientacion-laboral-maria-eugenia-caldas-blanco-aurora-castellanos-navarro-maria-luisa-hidalgo-ortega-pdf-free.html>.
4. <https://es.scribd.com/document/76531708/01-libro-legislacion-sanitaria>.

Capítulo 207

CONOCIMIENTOS Y EXPOSICIÓN EN CÁNCER COLORRECTAL POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RAQUEL GOMEZ TORRES

MARIA JOSÉ OTERO BARROSO

SUSANA CUADRADO JIMENEZ

MERCEDES SÁNCHEZ DEL CERRO

MONTSERRAT JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El cáncer colorrectal se logra 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 varias tipologías y lo gran 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 logra dar iniciación el despertar de los tumores colorrectales.

Esta tipología 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 logra 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, ulteriormente 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 unos 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 diagnosticará por el proceso de cribaje.

Dieta: A este cáncer se le atribuyen malos hábitos en la alimentación sobre todo en afectados que llevaron o llevan dietas abusivas en cuanto a grasas y sobre todo muy pobres en fibras.

Herencia: Es un cáncer que debido a su predisposición genética se logra transmitir hereditariamente, aunque esta opción es la que mejor se logra 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 esta tipología de cáncer de colon.

Estilo de vida: En lo que concierne a los hábitos de vida saludable sé 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 anda 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 diagnóstico de cáncer colorrectal lo antes posible.

Los síntomas más recurrentes que se logran presentar serían los de cambios en el hábito de nuestro ritmo intestinal, como diarrea o estreñimiento que va cambiando en periodos alternantes, otro síntoma muy visible sería el de presencia de sangre en las heces pudiendo ser esta roja o negra lo cual se deberá de tratar inmediatamente porque logra derivar en una anemia por la pérdida 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 pérdida 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 logra 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 logra 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 porque 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 logra prevenir con estos cribajes, sino asimismo, con unos hábitos de vida saludables como logran 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 208

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA FARMACIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANA BELEN GARCIA MASSO

SHEILA PADILLA NUÑEZ

JUANA MARIA RUIZ ARANDA

CRISTIAN DEL OLMO DIAZ

ANA MARIA RUIZ BLANCO

1 Introducción

Los centros sanitarios de internamientos a partir de 100 camas deberán tener un servicio de farmacia de centro de hospitalización bajo la supervisión y responsabilidad de un farmacéutico habilitado en este ámbito para ejercer las funciones y labores que implica el hospital. En base a la capacidad, actividades y tipo de centro hospitalario se establecerá un reglamento y protocolo para una mayor presencia de farmacéuticos adicionales en la farmacia del hospital. Las farmacias hospitalarias se conocen en centros de salud especializados que deben tener estos servicios o unidades de acuerdo con el mínimo establecido bajo la ley. Los productos farmacéuticos del hospital son uno de los servicios centrales del hospital y dependen de directores médicos directos y descentralizados. Esto incluye decanos, jefes de departamento, asistentes y personal médico y no médico del

pueblo. En centros hospitalarios más pequeños con menos de 100 camas, el jefe de departamento puede no aparecer y realiza deberes y funciones específicas como jefe de departamento. 1. Personal médico, incluidos supervisores, enfermeras y técnicos de enfermería.

(TCAE) y Auxiliar de Farmacia. 2. Personal no médico, como administradores y guardias de seguridad. Existen los denominados centros de acogida upline y los identificados cuentan con departamentos o unidades de farmacia clínica.

2 Objetivos

Conocer y explicar las funciones y labores del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la farmacia de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para completar este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo principal de profundizar en el papel de los técnicos auxiliares de enfermería en los servicios de farmacia hospitalaria actuales.

Para ello se recurrió a diversas fuentes, de las cuales se obtuvo amplia información. Palabras clave: farmacia hospitalaria, funciones de los trabajadores asistenciales, etc.

4 Resultados

El servicio de farmacia del centro hospitalario es un servicio que proporciona el equipamiento médico necesario al resto de las unidades hospitalarias. Hay dos tipos, dependiendo de la masa del material:

Productos farmacéuticos a granel o pesados: Cualquier cosa que supere cierto peso en volumen y tamaño, como el suero. Medicamento suave: Se llama dosis diaria que se debe dar a cada paciente de forma individual, se llama dosis única. Los medicamentos se administran diariamente a través de un carro de fábrica con una caja numerada para cada paciente y cada habitación, y los medicamentos requeridos se introducen o administran a través de una máquina que se repone diariamente en la fábrica. Una farmacia hospitalaria debe realizar las siguientes funciones (aunque a continuación nos centraremos en las funciones que realiza un técnico de enfermería): Las funciones que se especifican a continuación están delegadas en los técnicos. Responder a la demanda, proteger y asistir en la

preparación general de la prescripción y distribución de los medicamentos adecuados para las actividades del centro y para los tratamientos ambulatorios que requieran seguimiento, control y supervisión.

Cree un método de administración de medicamentos satisfactorio y seguro, garantice la administración, el almacenamiento y la distribución adecuados de los medicamentos durante la duración del estudio, y garantice el cumplimiento de las leyes sobre medicamentos para psicoestimulantes u otras drogas especialmente reguladas. . Miembro del comité del hospital. La estructura de la unidad de medicamentos de prescripción y los métodos de control de medicamentos dentro y fuera del hospital. Llevar a cabo actividades educativas basadas en el trabajo. Investigar y participar en ensayos clínicos de productos farmacéuticos. Apoyar las estructuras locales de atención primaria y especializada. Realiza funciones que facilitan un mejor uso y manejo de los medicamentos. Apoyar y cooperar con la gestión de compras de medicamentos y productos médicos del hospital.

Funciones del Técnico de Enfermería de Farmacia:

- Cooperar con un profesional de la salud calificado o un auxiliar de farmacia para la dispensación y eliminación de efectos para la salud. • Apoyar la transferencia de formulaciones y sustancias nocivas para la salud, siempre que su volumen y peso no excedan los límites establecidos por la legislación aplicable.
- Manejar otras relaciones de farmacia con unidades de enfermería y departamentos y servicios del centro. • En general, todas las actividades son de carácter no profesional y están dirigidas a facilitar el funcionamiento de médicos y enfermeras.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando de la gran importancia que tiene la unidad de farmacia en los centros sanitarios y la labor del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en ella.

Los servicios de farmacia del centro hospitalario son básicos, ya que proporcionan medicamentos para el resto de servicios. Por ello, los servicios de farmacia hospitalaria realizan mejor las funciones y tareas de administración, uso y control racional de los medicamentos.

Los Técnicos Auxiliares de Enfermería del servicio realizan funciones básicas para el mantenimiento del servicio y son los encargados, entre otras cosas, de preparar las recetas suministradas a la fábrica y mantener el stock de medicamentos según normativa.

6 Bibliografía

- http://www.auxiliarenfermeria.com/funciones_auxenf.htm
- <http://www.cgtsanidadlpa.org>
- <http://www.boe.es/>
/ El servicio de farmacia. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios. • <https://revistamedica.com/funcionesauxiliarenfermeria/>

Capítulo 209

LA ORGANIZACION DE LOS CARROS DE CURAS POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELEN GARCIA MASSO

SHEILA PADILLA NUÑEZ

JUANA MARIA RUIZ ARANDA

CRISTIAN DEL OLMO DIAZ

ANA MARIA RUIZ BLANCO

1 Introducción

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es quien, entre otros, recibe inicialmente al paciente en el servicio de urgencias una vez que ha pasado por los servicios de admisión y triaje. Le identifica, le acomoda y si es preciso le ayuda a desvestirse y vestirse, proporcionándole además todo lo necesario y preservando su intimidad en todo momento. Entre las funciones del TCAE podemos destacar:

- Ayuda a la inmovilización y transporte del paciente.
- Ayudar a vestir y desvestir al paciente (tanto en su llegada como en su alta o traslado).

- Recoger sus pertenencias a una bolsa identificando dicha bolsa con su nombre y apellidos.
- Preparar al paciente antes de su exploración.
- Ayudar a los pacientes en las comidas y administración de medicamentos por vía oral.
- Supervisión y control de boxes.
- Limpieza y reposición del carro de curas.
- Cuidado, limpieza y mantenimiento del material instrumental y aparatos clínicos.
- Ayudar al DUE en la administración de medicamentos.
- Ayudar al DUE en la colocación de sondas: rectales, nasogástricas, de diuresis.
- Tramitar las solicitudes pedidas por los doctores y a su vez por el DUE, de muestras de analíticas de sangre, análisis de orina, cultivos.
- Recogida de muestras de esputos, heces y orina.

2 Objetivos

Describir e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de Urgencias y sus responsabilidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Todas y cada una de las funciones del TCAE en el servicio de urgencias son de gran importancia, ya que es una pieza clave en el equipo para que se desarrolle el trabajo de una manera rápida y eficaz. Hay muchas funciones a destacar, pero entre las más importantes tenemos:

- Hacer los electrocardiogramas.
- Entregar y recoger el material estéril en la central de esterilización.
- Mantener el secreto profesional.

- Colocación de la pulsera identificativa del paciente, mientras permanezca en el centro debe llevarla siempre.

- Reposición y colocación del carro de curas.

El carro de curas es un sistema de transporte de material de curas habitualmente utilizados en las diferentes áreas de especialización. Su importancia en el servicio de urgencias es vital. Principalmente, son de elementos metálicos (acero inoxidable) dotados de dos bandejas, debajo de la superior horizontalmente colocada dos cajones que mezclan acero y plástico para una fácil limpieza y conservación, portando cinco cajones a lo largo de su extensión vertical siendo el último el de mayor volumen. Vienen dotados de ruedas para su fácil movilización y de un departamento para lo sucio. En la parte superior está colocado un contenedor rígido de residuos biológicos para material punzante y cortante, al lado de esto siempre hay que tener antisépticos y sueros fisiológicos junto a gasas y esparadrapos y por supuesto guantes desechables de todas las tallas para la necesidad de cada sanitario. También es importante tener una batea para instrumental de sucio.

La colocación de los cajones suele ser:

- Primer cajón: todo lo relacionado con vías venosas, catéteres de vías centrales, agujas y jeringuillas.

- Segundo cajón: suturas, bisturí, pinzas, estilete, porta agujas.

- Tercer cajón: gasas, apósitos, compresas, guantes estériles.

- Cuarto cajón: apósitos especiales como hidrocoloides y pomadas.

- Quinto cajón: vendas, esparadrapos, malla tubular y paños de campo.

5 Discusión-Conclusión

En cada servicio y especialidad de un hospital, el TCAE preparará el carro de curas adaptándolo a las necesidades de cada especialidad. En el servicio de urgencias tiene una gran importancia tenerlo todo colocado y dispuesto para cualquier momento. Su limpieza y desinfección será diaria usando desinfectantes para los plásticos y alcohol para el acero inoxidable. El proceso de reposición del material utilizado, se hará tantas veces como sea necesario para que el servicio esté atendido en cualquier momento, pero normalmente se hace una vez en cada turno laboral (mañana, tarde y noche).

El trabajo del TCAE en el servicio de urgencias es un trabajo totalmente coordinado.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asis-

tenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. www.educativo.es.
2. portalesmedicos.com.
3. auxiliaresenferm.blogspot.com.
4. revistamédica.com.
5. enfermeríadeurgencias.com.
6. alvadornavarro.net.

Capítulo 210

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGÍA

ANA BELEN GARCIA MASSO

SHEILA PADILLA NUÑEZ

JUANA MARIA RUIZ ARANDA

CRISTIAN DEL OLMO DIAZ

ANA MARIA RUIZ BLANCO

1 Introducción

Uno de los ámbitos de trabajo del (TCAE) son las consultas. Cuando hablamos de consultas, nos referimos a la atención especializada, pero programada. Es decir, dependiendo de ciertas patologías, enfermedad o necesidad del paciente, el médico de atención primaria, puede considerar derivarle a una consulta clínica especializada.

En cada consulta, se encuentra un equipo multidisciplinar cualificado para el asunto médico que se trata o se busca tratar.

Existen miles de consultas con especiales médicas, a continuación, mencionaremos algún ejemplo:

- Consulta de neurología: Donde se tratan problemas de migrañas y cefaleas, tumores, etc.
- Consulta de traumatología: Donde se tratan problemas de articulaciones crónicas, musculares, etc.
- Consulta de alergología: Donde se tratan múltiples de alergias.
- Consulta de psiquiatría: Donde se tratan trastornos mentales como una depresión, anorexia nerviosa, esquizofrenia, etc.
- Consulta de dermatología: Donde se tratan infinitas afecciones de la piel, tales como la dermatitis, psoriasis, etc.

En este capítulo, hablaremos del TCAE en la consulta de endocrinología y las funciones que desempeña dentro de este servicio, y la repercusión que tiene su presencia respecto al paciente.

La endocrinología es una disciplina médica que estudia el sistema endocrino y todas las enfermedades asociadas a este.

Ciertas enfermedades que aparecen debido a su alteración son la diabetes mellitus (deficiencia de insulina o resistencia), hipotiroidismo, hipertiroidismo, excesiva secreción de cortisol por las glándulas suprarrenales, incluso problemas de anorexia.

Esta consulta médica tiene mucho que ver con la alimentación. El endocrino (facultativo especialista en este ámbito), comenzará a tratar al paciente cambiando ciertos hábitos alimenticios.

2 Objetivos

- Relacionar correctamente al TCAE en las consultas de endocrinología.
- Conocer la importancia de este profesional y las funciones que realiza.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE desarrolla ciertas funciones en la consulta de endocrino, que resultan vitales para conocer el desarrollo y el avance del paciente.

A continuación, vamos a enumerar todas las funciones que desempeña. Es importante destacar, que todo dependerá de cada hospital de atención hospitalaria, de la organización de trabajo y del facultativo, pero estos cometidos que vamos a mencionar, suelen ser los más comunes:

- El Técnico, deberá acondicionar la sala. Encendiendo los ordenadores, preparará sábanas o entremetidas cerca de la camilla de exploración para cambiarlas entre paciente y paciente (en la consulta de endocrino suelen utilizarse las camillas, pero en ciertas ocasiones, si se precisa de ellas).
- También deberá preparar todos los materiales necesarios para la consulta, como el tensiómetro, la báscula y el tallímetro.
- Una vez que esté todo a punto, deberá revisar la lista de citas que cursan ese día, subrayando las horas y el nombre, para poder observarlo con mayor facilidad. Es importante, consultar en el ordenador las modificaciones que puedan existir, como anulación de citas, por ejemplo, y eliminarlas de la lista que hemos sacado previamente.
- Cuando el facultativo especialista en endocrinología, da la orden, el Técnico en Cuidados de Enfermería, comenzará a llamar por orden de la lista de citas, todo dependerá de si se hace de una manera manual o a través de un monitor que indica el número, fuera de la manera que fuere, el TCAE será quien realice esa función.
- Una vez que el paciente entra en la consulta, normalmente suele haber una antesala a la del médico, que será donde el TCAE, medirá, pesará y tomará la tensión al paciente. Todos estos registros se apuntarán en su historia, y se le facilitarán al especialista, para que pueda comparar el progreso del paciente. Es importante destacar, que, a la hora de tomar el peso del paciente, este, se coloque de espaldas, así se evitará que pueda ver su peso. Esto es muy utilizado con pacientes que tienen sobrepeso o bajo peso.
- Si el paciente, no dispone de etiquetas, y fueran necesarias para añadirlas a su historia, el profesional deberá facilitárselas, mediante el programa informático donde se encuentran sus datos e historial médico.
- El TCAE, también deberá recoger llamadas, respondiendo a cualquier duda sobre la cita, o cambios si fuera estrictamente necesario.
- También, realizará justificantes médicos para el trabajo del paciente, exámenes, o cualquier actividad que los precise.

- Una vez que el paciente termina con el endocrino, el TCAE, deberá proporcionarle una cita nueva. Todo dependerá de las órdenes del facultativo, si quiere una cita anual, trimestral, semestral, etc. Las citas suelen facilitarse a través del programa destinado a estos cometidos. Cada hospital o centro de atención especializada disponen del suyo.
- El Técnico en Cuidados de Enfermería, deberá facilitar al médico lo que precise a la hora de la consulta con el paciente.
- A lo largo de la mañana, el TCAE, deberá reponer el material necesario como agujas, sueros, etc. si fuera necesario.
- El técnico, siempre deberá tratar al paciente con el merecido respeto, siempre deberá repetir, por favor y gracias, cuando deba hacerse. Mostrará la mayor empatía posible y deberá participar en todos los procesos de atención que sean necesarios y requeridos por el paciente. Así como, la resolución de dudas que puedan surgir.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE como hemos comentado anteriormente, desempeña una serie de funciones que resultan fundamentales para que el funcionamiento de la consulta de endocrino, haciendo así que el trabajo fluya, y se lleguen a los objetivos en el horario establecidos. Es decir, gracias a este profesional el trabajo será eficaz y eficiente.

En caso de no realizarse dichas funciones citadas en el anterior apartado, la lista de espera se alargaría aún más, los pacientes citados serían menos o la impaciencia podría crear un clima desagradable, podrían existir fallos y errores en cuanto al diagnóstico y el trato al paciente.

Debemos comprender la importancia del Técnico en Cuidados de Enfermería (TCE) y sus labores tan fundamentales en el ámbito de las consultas.

6 Bibliografía

1. <https://salud.ccm.net/faq/8354-endocrinologia-definicion>.

Capítulo 211

LOS CUIDADOS POST MORTEM POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA CORTES LORENZO GONZALEZ

MARIA SOL GONZÁLEZ GÓMEZ

ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA

MARIA DOLORES ROMERO DE LA CASA

MANUELA GARRIDO MOYA

1 Introducción

El personal sanitario desempeña unas funciones fundamentales en la recuperación del paciente. Incidirá directamente, a través de la atención asistencial, en su rehabilitación tanto física como psicológica y emocional, influyendo en su posterior mejoría a corto y largo plazo. Por ello, el personal sanitario debe disponer de una serie de habilidades y capacidades que le permitan implicarse en la ejecución correcta de sus funciones, tales como: empatía, dinamismo, fortaleza o racionalidad. Generar y aplicar dichas competencias, no es fácil ni sencillo, pues los planes curriculares no suelen contemplar el trabajo de las mismas más que a un nivel teórico (García Solís, Araujo Nava, García Ferrer y García Hernández, 2014).

En este sentido, los cuidados a pacientes críticos y post mortem se han ligado, de manera clásica, al desarrollo de trastornos ansioso-depresivos en el personal que los desarrolla. Situaciones en las que el propio profesional acaba sumido en un duelo, son habituales en los centros sanitarios. Así pues, para ser profesional de esta área no solo basta con un conocimiento técnico, sino que será fundamental disponer de una especial sensibilidad, así como de habilidades sociales que le permitan afrontar con eficacia una situación de la complejidad expuesta. Estas cualidades no sólo permitirán un adecuado desarrollo de sus tareas como generadores de cuidados, sino que además podrán proteger al propio trabajador en situaciones de estrés y ansiedad, habituales en centros sanitarios.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones de un auxiliar de enfermería en los cuidados post mortem.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Los cuidados post mortem son aquellos que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, realiza a la persona fallecida tras haber certificado la muerte de manera oficial. El auxiliar de enfermería deberá aplicar adecuadamente una serie de pautas en el caso que serán las de colocar el cuerpo en decúbito supino, con las extremidades extendidas; mantener su boca cerrada y su cabeza apoyada sobre una almohada; cerrar sus párpados, presionando levemente con un algodón empapado en alcohol, con el objetivo de que no se abran; asear el periné en caso de ser preciso.

El Auxiliar de enfermería debe tener en cuenta que, para poder llevar a cabo estos cuidados, lo mejor y más adecuado es que el rigor mortis aún no haya aparecido, pues esto dificultaría la ejecución de los mismos.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería es un profesional que debe tener un especial cuidado en mantener una correcta higiene durante todo el procedimiento, garantizando al fallecido un cuidado respetuoso que asegure su dignidad.

Por otro lado, la formación del Auxiliar de enfermería tiene que pasar por incluir en sus aprendizajes el desarrollo de capacidades que le permitan reconocer aquellas señales emocionales indicadoras de una mala gestión de la situación, capacitándole de forma añadida en habilidades de afrontamiento adecuadas.

Estas cualidades de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, no sólo ayudan a permitir un adecuado desarrollo de sus tareas como generadores de cuidados, sino que además podrán proteger al propio trabajador en situaciones de estrés y ansiedad, habituales en centros sanitarios. La exposición al sufrimiento y a la muerte puede dar lugar a problemas importantes en caso de que el sanitario no sepa afrontar y gestionar de manera adecuada las emociones negativas.

5 Discusión-Conclusión

Por otro lado, los estudios analizados son pocos y, en general, la figura de un auxiliar de enfermería no está estudiada en profundidad, sino que se hace comparación con un grupo más frecuente analizado, que es el personal de enfermería. En este sentido, prestar una mayor atención al profesional auxiliar de enfermería es esencial, pues es quien se encarga de los cuidados básicos del paciente, en su mayor medida, y quien de manera más continuada interactúa con él. Por ello, el desgaste profesional y estrés generado tras un fallecimiento, puede presuponerse mayor.

Se concluye que el auxiliar de enfermería es una figura fundamental dentro de los equipos multidisciplinares, especialmente en las áreas analizadas. La aplicación de los cuidados post mortem debe realizarse de forma apropiada, con una sensibilidad especial por parte del sanitario, debiendo atender asimismo a su propio autocuidado personal.

6 Bibliografía

1. Pubmed.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 212

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDÍACO GANZ

MARIA CORTES LORENZO GONZALEZ

MARIA SOL GONZÁLEZ GÓMEZ

ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA

MARIA DOLORES ROMERO DE LA CASA

MANUELA GARRIDO MOYA

1 Introducción

Un cateterismo cardíaco con un catéter Swan-Ganz se utiliza en aquellos pacientes que tiene un diagnóstico crítico y se utiliza para medir aquellos parámetros hemodinámicos en las cavidades cardiacas y grandes vasos.

El cateterismo cardíaco derecho o cateterización de Swan-Ganz es un tipo de cirugía o procedimiento médico, por el cual se pasa una sonda delgada hasta el lado derecho del corazón, para poder monitorizar el paso de la sangre a través del corazón y vigilar aquella función cardíaca en pacientes que están bastante enfermos. El catéter permite realizar unas medidas en las presiones de la aurícula derecha, ventrículo derecho, arteria pulmonar y la aurícula izquierda. Esto ayuda a obtener una presión de enclavamiento, este tipo de presión es un buen marcador

de la precarga. Con el catéter podemos obtener sangre venosa mixta (justo antes de oxigenarse) y medir el gasto cardiaco.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe hacer una correcta manipulación y un tipo de cuidados específicos del cateterismo cardiaco, esto ayudan a la curación de los pacientes sometidos a este tipo de cateterismo.

En aquellos pacientes que son más críticos, este tipo de cateterismo queda obviado por la desconexión de un paciente con el medio por lo que el paciente estará sondado y sedado probablemente.

2 Objetivos

Los principales objetivos de estos capítulos son conocer la implementación del protocolo de vigilancia del cateterismo por parte del Técnico en cuidados auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, prepara el carro de paradas, revisando con la medicación de urgencia, una mesa con bata, paños de campo, pinzas, guantes estériles para equipo médico, compresas estériles, jeringas, suero, llaves de tres pasos, bisturí, anestésico local, dilatadores, fijadores, catéter swanz ganz, monitor de gasto cardiaco, con sus componentes de mediciones.

Una vez que el equipo médico decide la zona de inserción del catéter y, tras un rasurado previo de la zona si está poblada de vello, lo cual evitará infecciones indeseadas, se procede a cubrir con yodo la zona perimetral de intervención y la auxiliar prepara el campo y el material. El médico decide la postura indicada para el paciente según tolerancia del paciente y posibilidades.

Tras la canalización de los grandes vasos y una exitosa intervención del equipo intervencionista y cubierto la entrada del catéter con apósitos estériles, la tarea del auxiliar será cuidar y vigilar todos los pequeños detalles que alrededor del catéter puedan resultar en incidencias, como inflamación de la zona, supuración

serosa, eritema, edema, etc. Así como el funcionamiento de la monitorización y los posibles acodamientos o avulsión de vías, extravasación etc. Asistir a la enfermera en los cambios de apósitos de la zona de inserción y cubrir los registros de su competencia: diuresis, estado perimetral del catéter, estado general de la piel del paciente, entre otras, e incidir en el cuidado al movilizar al paciente durante los aseos, ya que este tipo de intervenciones suele llevar consigo algún dispositivo más susceptible de acodamientos o incidencias con consecuencias graves para el paciente. En pacientes conscientes que portan un Swan-Ganz debe de ayudárseles a comer, instaurando dietas de consistencia blanda, hiposódica y líquidos y batidos nutrientes si su estado es de caquexia y desnutrición.

5 Discusión-Conclusión

La educación y formación del personal sanitario para el campo y desarrollo de este tipo de técnicas estériles es hoy fundamental y un punto clave para abordar los posibles problemas quirúrgicos a día hoy en el medio hospitalario y seguir unas pautas correctas por parte del equipo médico, tras el alta del paciente y seguir en su domicilio con estos cuidados, debiendo educarlos para adquirir unos hábitos y una vida saludable.

Una correcta manipulación y cuidados del cateterismo cardiaco, por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, son influyentes en los índices de mortalidad y curación del paciente, demostrando que un manejo de la técnica estéril es más efectivo frente a posibles infecciones del sistema sanguíneo.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 213

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL MANEJO DE LA CLORHEXIDINA EN EL PACIENTE CRÍTICO

MARIA DE LOS ÁNGELES ÁLVAREZ MEANA

CRISTINA ALONSO ALONSO

MARIA DE CORTES MALDONADO MUÑOZ

YESICA FERNÁNDEZ POSADA

PABLO SUAREZ FERREIRO

1 Introducción

La piel es “un órgano grande y heterogéneo que protege la entrada de los patógenos y que permite la presencia de microbiota”. Sin embargo, en los pacientes hospitalizados puede dar lugar a cambios en la flora cutánea, que puede pasar a estar colonizada por distintas bacterias que, en caso de atravesar la barrera cutánea, pueden provocar infecciones.

Aunque el cuidado y la higiene de la piel forma parte de los cuidados diarios de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, se ha de evitar la fricción y la humedad en la piel para evitar favorecer la aparición de estas lesiones cutáneas. En los sistemas sanitarios la higiene de la piel se ha realizado

durante décadas con agua y jabón, sin embargo, presenta distintos elementos que pueden ser nocivos para la piel. Como se ha mencionado, la humedad y la fricción favorecen lesiones cutáneas; además, los jabones con PH alcalino pueden modificar el PH de la piel y, por otro lado, la utilización de palanganas puede dar lugar a las colonizaciones bacterianas. Es por ello que, desde hace poco tiempo, la higiene cutánea se puede realizar también mediante toallitas individuales con o sin antiséptico y que incluyen ventajas como la evitación de la utilización de agua y jabón, disminuyendo la fricción. El auxiliar de enfermería será el principal encargado de desarrollar estas funciones.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar las funciones de los auxiliares de enfermería en la higiene y antisepsia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

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 analizar distintos documentos científicos relacionados con el objeto de estudio se encuentra que las infecciones por bacterias multirresistentes son numerosas en el ámbito sanitario. Estas se encuentran, además, muy asociadas al aumento de la estancia hospitalaria y a una mayor mortalidad, así como, a largo plazo, al incremento de los costes en sanidad. Es por ello que, en vías de disminuir dichas infecciones, se han incorporado, en la unidad de cuidados intensivos -de una manera generalizada-, los lavados con clorhexidina.

En diversos estudios se ha comparado la utilización del lavado con agua y jabón y con la solución de clorhexidina, encontrando que en aquellos pacientes con los que se utilizaba la clorhexidina se produce una reducción de un nueve por ciento de estas infecciones. Además, parece que la utilización de clorhexidina reduce

las infecciones nosocomiales, encontrando recomendaciones diversas: en primer lugar, la higiene con toallitas impregnadas con clorhexidina al 2 %. Se basan en usar toallitas con clorhexidina al 2 %, individuales, siguiendo las instrucciones del fabricante. Para la preparación, normalmente se calientan unos segundos al microondas. En tercer lugar, se utilizan las toallitas en orden secuencial para la higiene de toda la superficie corporal, a excepción de la cara, heridas abiertas y la zona perianal.

También encontramos la opción de utilizar clorhexidina jabonosa al 4 %. En este caso, las recomendaciones son limpiar los materiales sucios de la piel, evitando zonas de la cara, heridas abiertas y zonas perianales. Se procede, luego, al vaciado de la palangana y relleno con solución de una mezcla de clorhexidina 4 % y agua caliente para conseguir una concentración del 2 %. Finalmente, se sumergen las toallitas en la solución para limpiar todas las zonas corporales restantes.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el principal encargado de realizar la higiene y la antisepsia cutánea de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. A pesar de que, de manera generalizada, se ha utilizado agua y jabón, en los últimos años se ha incorporado el lavado universal con clorhexidina, que presenta grandes beneficios, ya que reduce las infecciones multirresistentes y las infecciones nosocomiales. Además, disminuye la transmisión cruzada. Sin embargo, no se debe olvidar que el factor fundamental para evitar todas estas problemáticas es la higiene de manos del personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Maya, J. J., Ruiz, S. J., Pacheco, R., Valderrama, S. L., & Villegas, M. V. (2011). Papel de la clorhexidina en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud. *Infectio*, 15(2), 98-107.
2. López, M. D. L. C. T., Álvarez, M. D., & Morales, A. A. (2017). La clorhexidina, bases estructurales y aplicaciones en; la estomatología. *Gaceta Médica Española*, 11(1), 8.
3. Salas Campos, L., Gómez Ferrero, O., Villar Miranda, H., & Martín Rivera, B. (2000). Clorhexidina. *Rev. Rol enferm*, 23(9), 637-640.

4. Lardiés Galindo, S. (2011). Clorhexidina versus povidona yodada en la asepsia del campo quirúrgico. Rev. clín. esp.(Ed. impr.), 480-480.

Capítulo 214

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA MUJER GESTANTE. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

ADRIAN LOPEZ SANTOS

MARÍA PETRA GONZÁLEZ VALVERDE

NINA KELLNER

MARIA DE LOS ANGELES SANTOS GONZALEZ

ANA BELEN COMESAÑA LEBRANCON

1 Introducción

Antes de hablar de la mujer gestante debemos de diferenciar entre Obstetricia y Ginecología. La Obstetricia es la parte de la medicina que se ocupa de la mujer relacionada con el embarazo desde su fecundación hasta el parto sin embargo la Ginecología es la parte de la medicina que se ocupa de las enfermedades del aparato reproductor como infecciones de transmisión sexual, tumores, etc. También se encarga de las patologías que se presentan en las mamas, además de los medios anticonceptivos. Una mujer embarazada no es una mujer enferma, sino que va a haber una serie de cambios fisiológicos a todos los niveles orgánicos. La gestación va a comprender una serie de manifestaciones en las cuales comprende aproximadamente de la semana 37 a la semana 42, es decir unos 280 días,

por eso el Obstetra calcula mediante varios cálculos como por ejemplo la regla de Naegele la cual consiste en sumar 7 días al primero de la regla, después se restan 3 meses y sumándose después un año. La FIGO (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras) recomienda que la edad gestacional se mida a partir del último periodo menstrual. Los signos y síntomas de la mujer gestante comprende una serie de variabilidades inespecíficas como pueden ser: cansancio, hiperémesis gravídica, aumento de las mamas. El diagnóstico de embarazo se hace mediante un test en orina, buscando la hormona Beta-HCG (Hormona gonadotropina coriónica), dicha hormona se evidencia alrededor de la semana y media, hay veces que dicha hormona no se evidencia debido a que la concentración en orina es baja observándose más rápidamente en sangre. Aunque como hemos dicho anteriormente la mujer gestante no es una mujer enferma, debemos de prevenir una serie de problemas que pueden dañar la vida de la futura madre como la del feto, como puede ser hipertensión arterial, infecciones, problemas bucodentales, circulatorios, diabetes gestacional entre otros. Por eso se ve necesario la prevención mediante una dieta saludable, pasear, cuidados de la piel y de las mamas antes del trabajo de parto, evitar el alcohol y el tabaco y controlar el peso. Los controles ecográficos como los controles analíticos deben de hacerse de forma regular para evitar ciertas patologías tanto del feto como de la madre en estos casos, por eso hay veces que por la edad de la madre es necesario recurrir a pruebas diagnósticas cruentas como la amniocentesis, cuya prueba evidencia el síndrome de Down y otras patologías de tipo congénito y hereditarias de la madre al feto.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados básicos de enfermería que se proporcionan a la mujer gestante en el centro hospitalario.

3 Metodología

Hemos hecho una consulta de libros de enfermería y de libros de Técnicas básicas de enfermería como en páginas web: Dialnet, Scielo y Pubmed. También hemos consultado en Google académico con las palabras claves de Gestación y cuidados en la gestación, además de revisar revistas de enfermería.

4 Resultados

El TCE es un profesional que ejerce también su función en las consultas de Obstetricia con un equipo multidisciplinar entre médicos y matronas. Normalmente la TCE es la encargada de ayudar desvestir a la gestante y de acomodarla en la camilla de exploración manteniendo su intimidad en todo momento. La exploración se hace de una forma ordenada donde el médico va a explorar en primer lugar:

- Palpación abdomino - pélvica: el médico en la gestante dependiendo de su tiempo gestacional hará ecografía a la gestante para observar la posición fetal, medición de la edad cronológica del feto, así como colocación del feto y de la placenta. En gestantes con tiempo de gestación más avanzada (8 o 9 meses de gestación), el médico realiza una palpación de del abdomen de la embarazada llamada maniobra de Leopold donde pone observa la colocación del feto dentro del abdomen de la madre.
- Exploración Vaginal con espéculo: Donde se va a observar el moco vaginal y las secreciones vaginales, para eso la TCE colocará a la gestante en posición de litotomía dorsal y cubierta con una entremetida.
- Exploración de las mamas: No es muy común que el obstetra explore las mamas en dichas circunstancias a la mujer gestante, pero es importante para prevenir diversas grietas durante el embarazo debido a la tensión de las mismas.

A continuación se procede a realizar una tocografía mediante un tocógrafo que consiste en objetivar los latidos cardiacos y posibles contracciones que la gestante tenga antes del trabajo de parto. Estos registros junto con la exploración del Obstetra y de la Matrona se guardarán en la historia clínica de salud maternal. Se le dará consejos y educación sanitaria con respecto a los nuevos acontecimientos que les pueda surgir antes del trabajo de parto.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los cuidados que se realizan a la gestante en sus sucesivas consultas, se ha llegado a prevenir múltiples patologías tanto para ella como para el feto. Una de los principales cuidados que debe de hacer el personal de enfermería con respecto a la gestante es llevar a cabo cuidados de a cerca del bienestar tanto de la madre como la del feto, dando consejos preventivos a lo que se refiere como el cuidado del calzado y de la vestimenta, es decir que lleva un zapato cómodo, nada apretado y ropa holgada sin apreturas que les posibilite la buena circulación sanguínea. Se debe hacer una educación sanitaria con respecto al cuidado de la

higiene bucodental, recomendado ir al odontólogo cuando tenga algún problema, además se debe prestar atención en el cuidado de las mamas y de los genitales externos, observando el tipo de secreción vaginal para consultarla con el médico, se debe recomendar también una dieta saludable con aumento de folatos y de vitaminas B12, para prevenir la espina bífida o canal neural del feto, por eso es recomendable que la gestante tome dichas vitaminas en los primeros 4 meses de embarazo por la formación del mismo.

Todo lo que se refiere a educación para la salud de la gestante, se va a tratar en la atención primaria de salud, por el control de la Matrona, donde se hará también una disminución de la ansiedad del parto mediante la preparación del trabajo de parto. Es importante recordar a la gestante el control del peso como la toma de la tensión arterial para evitar la preeclampsia gestacional como la diabetes.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.2017.
2. Obstetricia para Matronas. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2018.
3. Nuevos retos en los cuidados: detección de la ansiedad en la gestante de riesgo. Enfermería Clínica, 2019 – Elsevier.
4. Cuidados alternativos en la atención del embarazo. Cuadernos de Salud Pública, 2017 - SciELO Public Health.

Capítulo 215

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS HEMORRAGIAS EN PRIMEROS AUXILIOS: CUIDADOS

ADRIAN LOPEZ SANTOS

MARÍA PETRA GONZÁLEZ VALVERDE

NINA KELLNER

MARIA DE LOS ANGELES SANTOS GONZALEZ

ANA BELEN COMESAÑA LEBRANCON

1 Introducción

Las hemorragias se definen como la salida de sangre al exterior procedente de la circulación sanguínea (vasos como: arterias, venas y capilares), aunque también puede ser una hemorragia interior. La hemorragia externa es debida a la rotura de cualquiera de los vasos antes citados como fracturas abiertas, cortes con arma blanca, sin embargo la hemorragia interna puede ser debido a múltiples causas: úlceras de estómago, varices esofágicas, perforación intestinal grave, etc. Las hemorragias siempre va a suponer una emergencia por la pérdida evidente de sangre. Cuando ocurre este problema el organismo empieza a padecer lo que se llama hipovolemia que es la disminución del contenido del volumen de sangre

dando como clínica una serie de manifestaciones del shock hipovolémico, también debemos comentar que la hipovolemia no solo se puede dar en estos casos, sino también en la deshidratación severa, quemaduras, etc. Al haber pérdida de sangre se produce una vasoconstricción dando lugar a que algunos órganos no puedan hacer su función de manera correcta y dejen de funcionar, por eso es una emergencia de la cual se debe actuar lo más rápidamente posible.

La clínica que se puede objetivar es:

- Taquicardia: El corazón late más deprisa para compensar al organismo la llegada de oxígeno a los tejidos.
- Ansiedad e inquietud, debido a que hay poca cantidad de sangre a nivel cerebral y produciendo una hipoxia cerebral (poca cantidad de oxígeno en el cerebro).
- Hipotensión: Debido a la poca cantidad de volumen sanguíneo.
- Pulso débil y rápido.
- Piel fría y diaforética debido a que los vasos sanguíneos se produce una vasoconstricción periférica y palidez cutánea debido al bajo aporte de sangre.
- Respiración rápida: Por la compensación que el organismo demanda oxígeno.
- Sed y boca seca: Por la pérdida de líquido y la falta del mismo en el organismo.
- Mirada distraída.
- Llenado capilar lento, una de las pruebas que se hace es presionar una zona de la piel o vitropresión la cual tarda en llenarse la zona presionada.

También hay que observar el color de la sangre que sale del exterior para hacernos una idea si la sangre es arterial: Si fuera arterial el color de la sangre es de color rojo vivo debido a la cantidad de oxígeno que transporta la hemoglobina (oxihemoglobina) y saldría de forma intermitente al igual que el bombeo del corazón, Si fuera venosa: Si fuera venosa la sangre sería de color rojo oscuro debido a la cantidad de carboxihemoglobina que lleva la sangre no habría pulsación en ella y la sangre saldría de forma continua.

La sangre capilar habría una hemorragia en sabana y saldría en forma continua pero mucho más despacio.

Aun así debemos adoptar todas las precauciones de emergencia en las hemorragias.

2 Objetivos

- Clasificar las hemorragias para un perfecto reconociendo de las mismas, sabiendo en todo momento como tratarlas según su clasificación.
- Conocer los métodos de procedimiento para atender cada clasificación de las hemorragias.

3 Metodología

Hemos buscado a través de libros de primeros auxilios a cerca de las hemorragias externas, como también se ha consultado a través de Google académico, con las palabras claves: hemorragias, primeros auxilios. Se ha realizado consultas en distintos libros a cerca de las hemorragias en libros de Técnicas básicas de enfermería, como en páginas web de carácter sanitario como: Dialnet, Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Las hemorragias tienen una clasificación dependiendo de las zonas de sangrando. En primer lugar debemos de diferenciar si la hemorragia es arterial, venosa o capilar, ya que el protocolo para cada una de ellas será totalmente distinto. Por eso es importante saber si es externa o interna. En el caso que la sangre salga al exterior puede salir por la nariz, boca, ano, vagina, oído, llamándose de distintas maneras a la hora de su salida.

En el caso que la sangre salga de la nariz se llamará epistaxis. Si su salida es por el oído se llamará otorragia, si la salida se produjo por tos se llamará hemoptisis, si fue por boca mediante vómito se llamará hematemesis.

En las hemorragias internas la sangre no sale al exterior, sino que la misma se encuentra en un órgano o en el tejido celular subcutáneo produciendo un hematoma.

Según la gravedad se puede clasificar como:

- Hemorragias leves: cuando la pérdida es inferior a los 400 ml.
- Hemorragias moderadas: cuando la pérdida de sangre esta en torno a los 400 y 1000 ml.
- Hemorragias graves: cuando la pérdida de sangre es superior a los 1000ml, perdiendo así el 15 al 30 % del volumen total de los elementos formes, dando lugar a una hipovolemia.
- Hemorragias muy graves: la pérdida de sangre se encuentra en torno de los 1500 a los 3000ml dando lugar a un shock hipovolémico.
- Hemorragia severa o mortal: Siendo la pérdida de sangre mayor de los 3000ml, perdiendo así el 60 % del volumen de sangre total.

Protocolo de actuación en una hemorragia externa:

Antes de nada debemos saber si la hemorragia es arterial, venosa o capilar. Aun así deberemos:

1. Dejaremos la zona de la lesión expuesta al aire.

2. Pondremos compresas o paños limpios en la zona donde se ha producido el sangrado haciendo presión en la zona sangrante.
3. En caso de extremidades elevaremos el miembro por encima de la víctima.
4. En caso de que fracase la maniobra se procederá con el torniquete utilizando materiales blandos, flexibles y que no corten.

Protocolo de actuación de hemorragias internas:

1. Colocaremos a la víctima en posición decúbito supino en posición trendelenburg.
2. Arropar a la víctima para que no tenga pérdida de calor.
3. Evacuar a la víctima lo antes posible al hospital.

5 Discusión-Conclusión

Las hemorragias de todo caso, se deben atender con la mayor rapidez posible, siempre valorando a la víctima en lo que se refiere a su consciencia, pulso, sudoración, etc., ya que la atención inmediata se va a evitar problemas mayores e incluso la muerte de la víctima. Es importante conocer la clasificación de las hemorragias para darnos una idea si es arterial o es venosa, ya que la arterial la persona puede desangrarse con más rapidez que la venosa. También hay que destacar que toda persona que atiende a una víctima con una hemorragia debe estar entrenado o al menos conocer los protocolos de actuación que se va a necesitar en cada momento, para así poder actuar lo más rápidamente posible. En caso de hemorragias internas no se dará nada por boca y se pondrá a la víctima en posición trendelenburg para que la sangre oxigenada llegue al cerebro.

Es recomendable poseer en todos los lugares un botiquín donde se encuentren compresas o en caso de no tenerlas hacerse de paños limpios para su utilización. En caso que la hemorragia no cese se debe hacer un torniquete el cual se debe de apuntar siempre la hora de comienzo.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. 2018.
2. Manual de primeros auxilios. N Rodríguez – 2017.
3. Hemorragias - Revista de..., 2017 - revistasbolivianas.ciencia.bo.
4. Primeros auxilios en el aula. GARCÍA - archivos.csif.es.

Capítulo 216

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO

ADRIAN LOPEZ SANTOS

MARÍA PETRA GONZÁLEZ VALVERDE

NINA KELLNER

MARIA DE LOS ANGELES SANTOS GONZALEZ

ANA BELEN COMESAÑA LEBRANCON

1 Introducción

Un paciente encamado es aquel que por diversas causas debe estar en la cama según la patología que tenga y la prescripción médica que haya dado el mismo para que el enfermo no pueda moverse del lecho. Hay otras veces que debido a la enfermedad el paciente no puede levantarse de la cama y eso también acarrea más dificultades a la hora de curarse. Por eso es fundamental que existan unos cambios posturales para que no se produzcan heridas en la piel por el apoyo prolongado de las prominencias óseas en la cama, con lo cual los cambios posturales tendrán un protocolo de horario, estas se harán cada 2 o 3 horas y según

la prescripción médica para prevenir heridas que sean difíciles de controlar y que causen infecciones tras el trayecto de la misma. Debemos tener para este menester camas acondicionadas sobre todo articuladas con el fin de facilitar el movimiento al paciente y también al personal de enfermería, como el resto de enseres como almohadas, cojines que van a disminuir la presión del paciente ejercida en el lecho de la cama. Tendremos también en cuenta la colaboración del paciente para este tipo de técnicas, ya que no es igual un paciente joven que se haya fracturado un fémur sin patologías previas que les incapacite su mediana movilidad, al paciente que por circunstancias patológicas no pueda moverse por su debilidad. Con los cambios posturales el paciente mejora en condiciones significativas su circulación sanguínea, se evita la maceración de zonas declives del cuerpo y alivia el dolor en muchas ocasiones. En los pacientes encamados en los que no haya una movilización o cambios de postura dichos pacientes también van a dar lugar a problemas como:

- Sistema nervioso, produciendo privación de los sentidos, disminución cognitiva y motora, y trastornos de la coordinación.
- Respiratorios: Debido a la poca movilidad del mismo con lo que las secreciones no se mueven produciendo mayor cantidad de infecciones respiratorias.
- Digestivos: Menor peristaltismo intestinal, con lo cual mayor probabilidad de padecer estreñimiento.
- Cardiovasculares: Dando lugar a hipotensión ortostática cuando el paciente se levanta de la cama después de estar mucho tiempo encamado.
- Músculo esquelético: Apareciendo una atrofia muscular que se corrige con fisioterapia, pero que tarda en restablecerse.

Por eso es fundamental mantener una serie de cambios posturales adecuados acompañados de una buena higiene del paciente para que no se produzcan heridas, que es lo que trata todo el personal de enfermería para evitar a toda costa este problema de salud. Dependiendo de la unidad en la que se trabaje el TCE y la Enfermera deben de planificar dichos cambios posturales, respetando las horas de sueño prolongado dichos cambios cada 4 horas.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los cambios posturales más adecuados en los pacientes encamados con el fin de prevenir heridas en la piel que puedan ocasionar complicaciones añadidas del proceso patológico que el paciente tiene de base.

3 Metodología

Hemos realizado una consulta a través de Google Académico con las palabras: Cambios posturales. Además, hemos consultado también en libros de enfermería como en libros de técnicas básicas de enfermería y en la base de datos de otros sitios web como: Dialnet, Scielo, Pubmed.

4 Resultados

En primer lugar, antes de realizar dichos cambios posturales por parte del personal de enfermería, tanto el TCE, como la Enfermera/o deben de evaluar el estado de salud del paciente, y la colaboración que este presenta a la hora de poder hacer dicha técnica y la prescripción médica. Todo ello hace que los cambios posturales se hagan de una forma adecuada y organizada o que no se puedan realizar por lo antes mencionado.

Es necesario saber cuáles son los cambios posturales que necesita el paciente en esos momentos, sabiendo que se puede realizar como:

- Posición decúbito supino: El paciente se encuentra acostado boca arriba con la cabeza apoyada en la almohada. Se puede colocar una almohada en los pies con los talones al aire para que no haya roce ni fricción de los mismos, se puede colocar almohadas en los brazos para que no haya presión en la cama.
- Posición decúbito lateral: Se puede hacer mediante decúbito lateral derecho e izquierdo, el paciente descansa sobre uno de sus laterales del cuerpo, se apoyan almohadas en la espalda para que no recline el cuerpo ante el colchón.
- Posición decúbito prono o ventral: Es una posición que no se suele hacer de forma rutinaria, ya que supone para el paciente incomodidad a la hora de dicho cambio postural. Se ha utilizado en casos de neumonías bilaterales porque se ha visto que mejora la capacidad pulmonar del paciente.
- Posición fowler pura o modificada: Se coloca al paciente sentado en cama con un ángulo de 90° y con las piernas estiradas. Se puede modificar dicho cambio postural poniendo una almohada en los huecos poplíteos del paciente.

Es fundamental hacer una serie de planes de cuidados para este tipo de pacientes encamados y de ser rigurosos a la hora de hacerlos y no exceder más de 2 o 3 horas dichos cambios debido a los problemas que pueden sobrevenir después, siempre respetando las horas de sueño que se harán cada 4 horas o bien la prescripción médica.

5 Discusión-Conclusión

El TCE tiene una labor muy importante en este tipo de cuidados al igual que la Enfermera/o, ya que la observación y la vigilancia del paciente para poder evitar heridas corre a cargo de ambos profesionales de la salud. Con los cambios posturales además de conseguir la prevención de algunas enfermedades, también se proporciona bienestar y comodidad al paciente desde un punto integral y holístico, por eso es fundamental que el equipo de enfermería se encuentre involucrado en dichos cuidados en todos los turnos de trabajo, es decir no sirve que unos los hagan y otros no, ya que de poco sirve el esfuerzo que se ha hecho en el paciente. Es importante también destacar que el paciente que se le moviliza en cama se le debe de estimular la circulación con cremas hidratantes, en zonas declives, como en zonas de prominencias óseas para evitar heridas en la piel. Con los cambios posturales, aprovechamos para estirar las sábanas y quitar las arrugas de las mismas y dejar al paciente lo más cómodamente posible. Otra de las cosas que debemos de prestar atención, es en la colaboración del paciente como en las necesidades que estos tienen y la prescripción médica. Hay veces que la prescripción médica no se puede llevar a cabo debido al estado de salud del paciente encamado, con lo que el cambio postural no se puede realizar. Se debe de tranquilizar también a la familia, ya que la ansiedad que les produce ver a su familiar encamado y que no se puedan mover llega a demandar dichos cambios posturales, siendo esto totalmente normal por ver la inmovilidad del paciente, lo que a la familia les provoca preocupación y malestar.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.2017.
2. <https://www.clinicahumana.es/blog/importancia-cambios-posturales-en-pacientes-encamados/>.
3. http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_Enfermería/Enfermería/procedimientos/procedimientos_2012/g1_cambio_postural.pdf.

Capítulo 217

LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN MÉDICA PARA UN CORRECTO DIAGNÓSTICO

ANDREA VIGIL MANTEROLA

1 Introducción

Se entiende por exploración médica al conjunto de técnicas o acciones realizadas por un médico o enfermero con el fin de recabar información sobre el estado de un paciente.

Para ello previamente es imprescindible realizar una anamnesis, es decir, una recopilación de información proporcionada por el propio paciente con el fin de obtener datos relacionados con la dolencia o síntomas descritos por el mismo. El comportamiento del paciente y la comunicación no verbal sirve de información de interés para posteriormente realizar la exploración.

Tanto la anamnesis como la exploración médica son esenciales para un correcto diagnóstico.

Una exploración médica debe realizarse una vez el paciente haya sido informado por el personal facultativo. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el encargado de acompañar al paciente a la zona donde se realiza la exploración, informar del cambio de ropa si es necesario y brindar el apoyo emocional que el paciente precise, ya que en muchos casos provoca inseguridad y miedo.

Una buena anamnesis y una correcta exploración clínica evita la realización

de pruebas clínicas o exploraciones complementarias más complejas y costosas. Además, la exploración médica establece un contacto físico estrecho entre el personal de enfermería y el médico con el paciente, consiguiendo de esta forma una confianza necesaria en la relación enfermero o médico y paciente.

En la anamnesis el principal objetivo es la recogida de datos del paciente para que el personal facultativo pueda establecer un diagnóstico primario. La exploración física ayuda a establecer el diagnóstico que previamente ha dado la anamnesis con el paciente.

El facultativo debe inspeccionar, palpar, auscultar y percutir con el fin de determinar algún problema que el paciente no tiene conocimiento. Para ello puede complementar la exploración con instrumental específico.

2 Objetivos

Describir la importancia de una adecuada exploración médica para llegar a un diagnóstico correcto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente y material de estudio propio. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consultado artículos en Google Académico así como material propio de estudio.

Para ello se han utilizado palabras clave como: exploración médica, anamnesis, sala de exploración, diagnóstico por imagen, etcétera.

4 Resultados

La exploración médica se realiza en la consulta médica de atención primaria, atención especializada u hospitalaria. En todas ellas debe de haber mobiliario e instrumental adecuado para una correcta práctica durante la exploración médica.

La sala de exploración debe disponer de:

- Zona de higiene o baño.

- Mesa auxiliar para instrumental y carro de curas.
- Camilla de exploración.
- Contenedores para residuos y material desechable.
- Sábanas y tallas.
- Guantes desechables y estériles para técnicas más complejas
- EPI's.
- Lámpara.
- Bateas.
- Esfingomanómetro y fonendoscopio.
- Termómetro.
- Báscula.
- Espéculo.
- Lubricante.
- Diapasón.
- Oto y rinoscopio.
- Oftalmoscopio.
- Depresores linguales (plásticos o de madera).
- Martillo de reflejos.
- Linterna.

Funciones del Auxiliar de Enfermería en la sala de exploración:

- Sustituir papel de la camilla en cada exploración.
- Cubrir al paciente con sábanas y toallas limpias en caso de ser necesario.
- Acompañar al paciente y ayudar con facultativo con la iluminación en caso de ser necesario.
- Disponer de todo el material necesario para la exploración y reponer en caso de necesidad.
- Mostrar empatía y apoyar al paciente ante situaciones desconocidas que pueden provocar miedo o nerviosismo.

Tipos de exploración:

La exploración médica puede ser no instrumental o instrumental. A continuación, se detalla cada una de ellas.

Exploración no instrumental:

- Inspección: Observación detenida del paciente inspeccionando múltiples signos como pueden ser la edad aparente, coloración de la piel, presencia de manchas,

eccemas o lesiones dermatológicas, uñas, respiración o actitud del paciente.

- **Palpación:** Con la palpación se obtiene información muy importante. Se lleva a cabo tocando distintas partes del cuerpo utilizando distintas partes de las manos según la profundidad o el tamaño de la zona a realizar la exploración. Durante la palpación se puede detectar dolencias, acúmulos de aire o líquido, temperatura, zonas sensibles, etc.

- **Olfato:** Exploración que determina enfermedades hepáticas, intoxicaciones, halitosis o problemas bucales por falta de higiene y cuidados, etcétera.

- **Percusión:** Acción de golpear para transformar la fuerza física en sonido y determinar un diagnóstico.

- **Auscultación:** Exploración en la que se escucha los sonidos producidos por el movimiento del aire o líquidos corporales pudiendo ser normales como ruidos cardiacos o anormales como soplos o estertores pulmonares. Esta exploración es muy común en el embarazo.

Exploración instrumental:

La exploración médica instrumental puede realizarse con termómetros, tensiómetros, saturadores de oxígeno, fonendoscopios, otoscopios, oftalmoscopios entre otros. La exploración instrumental aporta mucha información sobre el estado de salud del paciente y junto con la exploración no instrumental ayuda a establecer con mayor precisión un diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

El paciente con frecuencia comunica al personal sanitario la situación en la que se encuentra y las dolencias que padece. Estas pueden ser señales verbales o no, como pueden ser lágrimas en los ojos, temblores, suspiros o pueden presentar síntomas vagos que enmascaran un problema más grave, como puede ser la depresión.

De ahí la importancia de la exploración primaria, la escucha activa y las pruebas complementarias que se realicen con el fin de determinar el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

El trabajo del personal sanitario en la exploración primaria del paciente es clave para detectar posibles enfermedades y evitar complicaciones más graves.

6 Bibliografía

1. Exploración de la salud, enfermedad y dolencia [Internet] [Citado 13 de Marzo de 2017]

Disponible en: <https://www.medicosfamiliares.com/persona/exploracion-de-la-salud-enfermedad-y-dolencia.html>

2. Importancia de la exploración clínica [Internet] [Citado 2021] Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/bachillerato-mexico/higiene-y-salud-comunitaria/importancia-de-la-exploracion-clinica/10945502>

3. Material propio de estudio FP [Libro en papel y apuntes]

Capítulo 218

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

ALFONSA OLMO LOPEZ

VERÓNICA CATALÁN FLORES

CAROLINA MORENO FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES

ALVARO TORNERO ROSCO

1 Introducción

La actuación de todo el personal del servicio de urgencias pediátricas, incluido el del auxiliar de enfermería determina la posterior evolución de los pacientes con patologías urgentes que llegan al hospital.

Todos y cada uno de ellos, desde el personal de limpieza al administrativo, son fundamentales y necesarios para una actuación eficaz y rápida ante las urgencias. Es fundamental unificar los criterios y protocolos, ya que así se facilita el aprendizaje, se agiliza la estancia del paciente, se evitan posibles olvidos y se protege ante reclamaciones que no prosperarán si se actuó según lo establecido.

La actuación de todo el personal del servicio de urgencias determina la posterior evolución de los pacientes con patologías urgentes que llegan al hospital. Las

situaciones de urgencia que puede presentar un niño requieren atención inmediata y de alta calidad en cualquier medio donde se presenten: centros de atención primaria, transporte sanitario de emergencias, o urgencias hospitalarias o de otros centros sanitarios.

Las funciones del auxiliar de Enfermería son muy extensas y diferentes dependiendo del servicio donde se encuentre.

Por ello, el Servicio de Urgencias, quizás, es el lugar donde todas esas funciones se reúnen. Es un área donde existe el contacto con todas las patologías y edades, y donde se han de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

2 Objetivos

Describir las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en urgencias pediátricas.

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 llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en el servicio de urgencias son de gran importancia ya que da los cuidados para contribuir a la recuperación. El TCAE es un miembro más del equipo de enfermería trabajando en coordinación con enfermería, apoyando su actividad aparte de ofrecer al paciente un trato humanizado con una atención integral, valorando sus necesidades. Planifica y ejecuta sus cuidados hasta su alta hospitalaria. El TCAE colabora en:

- Su transporte.
- A la llegada, el paciente le dará su nueva indumentaria propia del hospital y se le facilitará una bolsa para sus pertenencias que será clasificada y guardada con su nombre y apellidos. En el caso de que necesite ayuda para vestirse o desvestirse, el TCAE le ayudará.
- El TCAE colabora con la higiene, la alimentación y cuidados del paciente.
- El TCAE atenderá a las llamadas de los pacientes.

- El TCAE anotará y comunicará cualquier tipo de incidencia u observación (ingesta, eliminaciones).
- Estar pendiente de los boxes, del carro de paradas y del carro de curas de su reposición, su mantenimiento y su limpieza.
- El TCAE colabora con el enfermero en la toma de constantes, recogida de muestras.
- Mantener el secreto profesional.
- Complementar los registros que establece el hospital.
- Facilitar información ya sea del tipo régimen de visitas, accesos, ubicación El TCAE en el servicio de urgencias debe transmitir serenidad y confianza al paciente y a sus acompañantes.

La conclusión es que los profesionales del equipo de urgencias y emergencias tienen mucha responsabilidad, ya que estos profesionales son los primeros en llegar a una urgencia, emergencia o catástrofe, para evaluar y así poder realizar un plan para salvar todas las vidas posibles.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) realizará y supervisará cada alta o traslado que se produzca en la unidad, ayudando al paciente si lo requiere y retirando el material que haya utilizado, dejando el box listo para su limpieza, y prepararlo posteriormente para otro paciente.

El TCAE ha de saber cómo actuar en determinados momentos sin dubitación, y ha de trabajar en una comunicación constante con el Enfermero, participando conjuntamente en el plan de cuidados de cada paciente, y al que comunicará cualquier cambio observado en él.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería tiene que tener la suficiente formación y experiencia para poder trabajar en este servicio con el resto de profesionales de la salud.

Por último, decir que el TCAE tiene que saber actuar en todo momento sin dudar en ningún instante, ya que de ello va a depender la vida del paciente pediátrico.

El servicio de urgencias pediátricas es un servicio especializado, por lo que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha de tener los conocimientos necesarios para desempeñar sus funciones en él colaborando como un miembro del equipo multidisciplinar, en la planificación de cuidados y la asistencia de forma precisa, precoz y eficaz ante situaciones de urgencias y emergencias de pacientes pediátricos.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. “Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones”. Año 2010
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 219

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

ALFONSA OLMO LOPEZ

VERÓNICA CATALÁN FLORES

CAROLINA MORENO FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES

ALVARO TORNERO ROSCO

1 Introducción

La rehabilitación se define como una especialidad médica que abarca un conjunto de procedimientos médicos, psicológicos y sociales, encaminados a que un paciente pueda conseguir alcanzar su máximo desarrollo, siendo compatible con su deficiencia en todos los ámbitos de su vida ya sea físicos, psicológicos o sociales. El papel principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es de colaborar con el equipo de rehabilitación, proporcionando los cuidados básicos de enfermería y diversas funciones de ordenación, limpieza, la realización de ejercicios dada por el fisioterapeuta y labores administrativas como, controlar la agenda de citas, la atención de llamadas y a los familiares. Para todo eso debe contar con un curso de especialización en este ámbito.

Según la OMS, la rehabilitación en ciencias de la salud, se define como "el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posible". Al ser el concepto de Rehabilitación muy amplio, esto hace que incluya una amplia variedad de disciplinas, y que a veces resulte complejo conocer las funciones de cada una de ellas, no solo por los pacientes, si no incluso por los propios profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros, TCAEs, etc), que en ocasiones no saben o desconocen lo que hacen sus propios compañeros.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en rehabilitación y explicar el papel del tcae en esta área.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en libros y artículos en las principales bases de datos Scielo, así como el buscador google.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en la Unidad de Rehabilitación son:

- La limpieza y ordenación del material utilizado en la Unidad, bajo supervisión del Fisioterapeuta.
- Controlar las posturas estáticas de los enfermos, con supervisión del Fisioterapeuta.
- El aseo y limpieza de los pacientes.
- Ayudar al rehabilitador en la colocación o fijación del paciente en el lugar especial de su tratamiento.
- Desvestir y vestir a los pacientes cuando lo indique su tratamiento.
- Realizar la distribución de los pacientes para la mejor ordenación en el horario de trabajo.
- Realizar la acogida y orientación personal de los enfermos.
- Realizar la escritura del libro de registro y volantes.

- Realizar la recepción de volantes y documentos para proceder a la asistencia de los pacientes.
- Retirada y entrega de la ropa sucia.
- Mantener y colaborar en la conservación del aparataje.
- Recibir y colocar el pedido de farmacia, controlando la medicación de nevera.
- Realizar la limpieza y ordenación del material.
- Recoger y colocar el material de lencería.

Mediante la Rehabilitación se pueden reducir los efectos de problemas de salud, como lesiones ,traumatismos,etc...La rehabilitación se puede llevar a cabo en el gimnasio , en casa ,o en el médico ,según las necesidades de cada persona, las lesiones leves y graves suelen ser atendidas en un centro por un fisioterapeuta, mientras las más graves se atienden en el hospital.Las rehabilitaciones más frecuentes son las destinadas a la recuperación parcial o total de algún tipo de patología, traumatismo y otra lesión derivada de cualquier accidente.Entre los profesionales que desarrollarán esta labor se encuentran los fisioterapeutas y los técnicos de cuidados auxiliares de Enfermería.

Las funciones del TCAE vienen recogidas en los artículos 74 al 84, con las prohibiciones referidas en el artículo 85, del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que realiza el tecnico en cuidados auxiliares de enfermeria dentro de la Unidad de Rehabilitación son muy importantes para facilitar que el personal profesional sanitario pueda realizar su labor de forma eficaz y el paciente se recupere lo antes posible.

La unidad de rehabilitación deberá contar con unas características que faciliten el desarrollo de las actuaciones a llevar a cabo, además debe de contar de espacios diferenciados ya que existen diferentes tipos de rehabilitación según la patología a tratar. Una vez derivado por el médico especialista a dicha área, cada paciente irá al espacio específico diseñado para su rehabilitación.

6 Bibliografía

B.O.E. del 28 y 30 de Abril de 1973 www.revistamedica.com

Capítulo 220

PRIMEROS AUXILIOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALFONSA OLMO LOPEZ

VERÓNICA CATALÁN FLORES

CAROLINA MORENO FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES

ALVARO TORNERO ROSCO

1 Introducción

El auxiliador, antes de prestar ayuda debe cuidarse el primero, no exponerse a peligros asegurando su propia integridad. Solo cuando su salud no corra riesgo, se debe asistir a la víctima, hay que basarse en las siglas PAS: proteger, alertar, socorrer.

La principal técnica que deben aprender los técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la RCP(reanimación cardiopulmonar) ya que es el estado mas peligroso que puede entrar una persona.

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.

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.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es 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

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que actuar en base a unos principios de actuación básicos: 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 este cerca, están todos fuera de peligro.

AVISAR: Llamar al 112, nosotros o 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.

La principal tecnica que deben aprender los técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la RCP(reanimacion cardiopulmonar) ya que es el estado mas 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 estimulara sacudiendo los hombros.
- Si respira se coloca en posicion lateral de seguridad y se vigilara.
- Si no responde ni respira estamos ante una PCR y es vital iniciar la reanimación sin pérdida de tiempo.
- Se realizara la apertura de la via aerea: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 seg , hay que mirar hacia su pecho para ver si sube y baja el tórax y oír la respiración y sentir si respira.
- Todo muy rapido 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.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy necesario que conozca todas las tecnicas de primeros auxilio y la RPC(reanimacion cardiopulmonar) ya que es la persona que mas contacto tiene con los pacientes y la que mas tiempo pasa ya que en caso de urgencia es la primera persona que va actuar hasta que lleguen los enfermeros o medicos.Estos primeros auxilios, son parte fundamental del aprendizaje del sanitario pues la correcta realización de la reanimación cardiorrespiratoria (RCP) hace posible mantener el estado vital del paciente hasta los medicos se hagan cargo de la situación con aparatología y fármacos y solventen la situación del paciente.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Capítulo 221

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN QUEMADO Y SU NUTRICIÓN

MARÍA DOLORES GARRIDO RUIZ

ROSA MARIA LOPEZ TORNERO

ANA ROSA SANCHEZ - MAROTO NIEVA

M^aDEL PILAR MERINO SANCHÉZ- MIGALLÓN

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

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, colocándose 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 can-

tividad 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/spanish/>

Capítulo 222

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON COLOSTOMÍA

MARÍA DOLORES GARRIDO RUIZ

ROSA MARIA LOPEZ TORNERO

ANA ROSA SANCHEZ - MAROTO NIEVA

M^aDEL PILAR MERINO SANCHÉZ- MIGALLÓN

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

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 está 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 223

PROCESO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESIÓN

MARÍA DOLORES GARRIDO RUIZ

ROSA MARIA LOPEZ TORNERO

ANA ROSA SANCHEZ - MAROTO NIEVA

M^aDEL PILAR MERINO SANCHÉZ- MIGALLÓN

PATRICIA OCHOA JIMENEZ

1 Introducción

Vamos a hablar de las úlceras por presión que se le forman a los pacientes que están encamados sin movimiento, sobre todo en las unidades de uci. Se consideran lesiones causadas por apoyo constante, presión o una combinación de ambos en un único punto de apoyo. Son isquémicos y pueden causar un importante daño tisular que forma parte de la zona de mayor presión. En la mayoría de los casos, pueden evitarse siguiendo ciertas precauciones que deben ser conocidas por un profesional competente o gerente o familiares. Las úlceras por presión pueden provocar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner en peligro la vida. Pueden ser un problema para las personas en centros de enfermería especializada.

Se dividen en dos grupos:

Úlcera por presión: ocurre cuando el tejido se comprime entre dos planos de resistencia. Úlceras vasculares: el origen se manifiesta como problemas de circulación alrededor de las extremidades inferiores y superiores, especialmente las extremidades inferiores.

A menudo se encuentra en:

Posición supina: occipucio, escápula, codo, sacro y talón. Posición lateral: costilla, oreja, cresta ilíaca, tobillo, hombro, trocánter posición acostada: mejillas, pecho, genitales, rodillas, dedos, nariz. Primero revelará su apariencia, y mientras el paciente está deshecho, la carga de la prevención recaerá en la observación.

2 Objetivos

Explicar las recomendaciones para la prevención de las úlceras por presión, ya que de esta manera se puede minimizar el riesgo de aparición.

3 Metodología

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.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda son: úlceras por presión, prevención de úlceras por presión, escalas de úlceras por presión.

4 Resultados

Para prevenir el desarrollo de úlceras por presión, es necesario evaluar a cada paciente. A la hora de afrontar estas úlceras por presión, los pacientes de riesgo son una clara prioridad y pueden ser valorados mediante diferentes escalas: Norton, Braden y Emina. La escala de Norton incluye cinco parámetros:

- Estado general (bueno, malo, malo o muy malo).
- Estado mental (vigilia, apatía, confusión o coma).
- Actividad (caminar, con ayuda, sentado o acostado en la cama).
- Liqueidez (plena, reducida, muy limitada o inmóvil).

- Incontinencia (no, a veces, incontinencia urinaria o doble incontinencia). La escala de Braden debe considerar seis aspectos del paciente:
- Percepción sensorial, que mide nuestra capacidad de reacción y respuesta a las presiones que ejercen los pacientes.
- Exposición a la humedad. Mida el número de veces que la piel del paciente ha estado expuesta a la humedad, como la orina o las heces.
- Actividad física, que mide la capacidad de caminar.
- Movilidad, que mide la capacidad de cambiar de posición en la cama.
- Nutrición, que mide hábitos alimentarios, calidad y cantidad.
- Se debe tener en cuenta el roce de la piel y el riesgo de lesiones durante la movilización. La escala Emin incluye los siguientes factores:
- Nutrición.
- Mentalidad.
- Ejercicio.
- Líquido.
- Humedad/incontinencia. Esto debe hacerse en el centro donde vive su médico de cabecera o en una consulta especializada para todos los pacientes con los siguientes factores de riesgo: cambios en la piel (humedad, incontinencia), deterioro, falta de alimentación. Una vez valoradas las distintas partes del cuerpo, se establecen pautas continuas de higiene, nutrición, revisión de la piel y control de peso. En pacientes postrados en cama, el cambio de posición es importante para la prevención de heridas y debe realizarse cada 2, 4 o 6 horas según lo determine el médico tratante del paciente, según corresponda. Cambios. Un buen ayudante para prevenir las escaras es un colchón antiescaras, que ayuda a calmar y masajear estas áreas para mejorar la circulación sanguínea y reducir el riesgo de caídas del paciente. La buena comunicación entre las diferentes personas que tratan al paciente es muy importante. Actividades clave realizadas por un auxiliar técnico de enfermería.

Centrarse en las necesidades del paciente debido a la enfermedad. Cambie de posición al menos cada 2 o 3 horas. Movilización. Participar en actividades físicas activas y pasivas. Informar a la familia de todos los cuidados necesarios para prevenir las consecuencias si el paciente no puede moverse. Distribuya el peso por igual. Fisioterapia respiratoria para mejorar la ventilación pulmonar. Protección de proyecciones óseas.

Seleccione una superficie compatible superficie estática.

Airbag estático- almohada. Colchones hechos de fibras especiales - almohadas.

Almohadilla de espuma especial. Colchón viscoelástico - almohada. superficie dinámica.

Alternativa colchón de aire-almohada-almohada. Colchones de aire cambiables - Colchones con flujo de aire. Cama fluida. Coloque la cama y el colchón de lado. Cama para bajar de peso. Camas que permiten tumbarse y sentarse.

5 Discusión-Conclusión

Todos los materiales se comunican de diferentes formas: libros, planes de prevención de úlceras por presión, planes de cuidados para recabar opiniones sobre distintas pautas a seguir, pero siempre básicas, localización y manejo del estrés, movimiento, control, cuidado personal, en proceso de sucesión y la cooperación de especialistas. Hay varios otros factores de riesgo como el tabaquismo, la diabetes, etc. Además de ayudar a cubrir las necesidades básicas y enfatizar sus sentimientos por los pacientes, el TCAE es una parte fundamental en el proceso de toma de decisiones del equipo médico y la base para la prevención y el tratamiento de una serie de enfermedades traumáticas, incluido el trauma...
Úlceras (UL).

6 Bibliografía

1. Enfer dermatol Internet 2014;8 (22):50-1.3-gillis piel.
2. Guía práctica para el cuidado de personas con úlceras por presión.
3. Prevention and treatment ulcers.2014-6-consejería de Asturias.

Capítulo 224

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS

GEMMA RIESCO GONZALO

ELSA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los hospitales es uno de los ámbitos donde el auxiliar de enfermería puede desarrollar su trabajo, como en, quirófanos, consultas, unidades especiales... Urgencias en un servicio básico en un centro sanitario.

El trabajo en el servicio de urgencias es un trabajo en equipo, muy bien coordinado y donde todos conocen cuáles son sus funciones. El TCAE forma junto a médicos/as y enfermeros/as el equipo que atiende a los pacientes hasta su alta o traslado de unidad, con ayuda en algunas de las tareas, de los/las celadores/as.

Trabajar en este tipo de servicios es muy duro e incluso agobiante, ya que requiere mucha responsabilidad por parte de los profesionales sanitarios.

Es un área donde existen el contacto con todas las patologías y edades y donde se necesita plasmar y proporcionar todos los conocimientos adquiridos por cada uno de los trabajadores.

El auxiliar de enfermería debe tener una gran calma para poder afrontar todo el estrés que supone este trabajo con situaciones frenéticas. Debe estar preparado para asistir a otros compañeros ante cualquier problema que surja.

El trabajo del auxiliar de enfermería es muy importante en este servicio, debe de tratar a los pacientes que presentan todo tipo de enfermedad e indisposición. Debe de estar preparado para asistir al médico y a la enfermera.

Es muy importante también, tener claro el compromiso y serenidad, de manera tal que pueda transmitir tranquilidad y confianza al paciente y sus familiares más cercanos.

2 Objetivos

- Exponer e investigar las funciones del técnico de auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias.
- Reflejar y valorar la importancia del papel que tiene el TCAE en un servicio tan complejo.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo presentado, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre el tema plasmado. 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 auxiliar de enfermería tiene diversas funciones dentro del servicio de urgencias de las cuales vamos a hablar para reflejarlas en el trabajo.

Son quienes reciben al paciente en urgencias, lo identifica y acomoda, y en caso de que fuese necesario le ayuda a desvestirse y vestirse, siempre preservando su intimidad; ya que es muy importante observar el grado de dependencia o autonomía para saber el nivel de necesidad de ayuda.

Durante largas estancias en urgencias, es necesario los cambios posturales para prevenir las úlceras por presión. Si se identifica en las exploraciones que el paciente presenta lesiones en la piel se le informa al enfermero correspondiente.

Además, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de obtener las muestras de orina, vómitos o heces, registrando en todo momento. De los sanitarios presentes el auxiliar es quién más cerca se encuentra de las necesidades fisiológicas del paciente.

En la ayuda de la toma de constantes vitales, anotando todos los datos en el registro correspondiente, en caso de ser necesario es el encargado de la realización del electrocardiograma.

Es muy importante que sepa el protocolo de actuación dependiendo del tipo de enfermedad o afecciones que se presenten, ya que es el encargado de preparar al paciente como el material necesario para la técnica que se precisa.

También, es el responsable del instrumental que se utiliza y de su limpieza y envío a esterilización. Así como, de recibirlo y ordenarlo a su llegada en el stock. La revisión que realiza del aparataje que se encuentra en los boxes es fundamental, comprobando que funciona correctamente y anotando las incidencias.

Y, por último, es el responsable de informar a los pacientes o a sus familias el régimen de visitas, horarios, número de acompañantes y lugar de información médica. Y con ello en la ayuda del alta o traslado de cada paciente, ayudándolo y una vez que se haya ido de alta retirando todo el material, dejando el box preparado para el siguiente paciente.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico auxiliar de enfermería en la unidad de urgencias, ha de saber cómo actuar en determinados momentos con fluidez, pues indica el tipo de paciente que llega a esta unidad y precisa de una asistencia rápida en todo momento, por lo que trabajará en comunicación constante con el enfermero, desempeñando funciones importantes y vitales para el buen funcionamiento de la asistencia al paciente y al que comunicará cualquier cambio que se produzca y observe. Ha de saber priorizar sus tareas y protocolos necesarios en función de las necesidades del servicio y en concreto de cada paciente, manteniendo la calma ante situaciones muchas veces vitales.

6 Bibliografía

CURSOS FNN – FUNCIONES DAUXILIAR ENFERMERIA URGENCIAS.
REVISTA MÉDICA – TCAE SERVICIO DE URGENCIAS.

Capítulo 225

LAS SOBREDOSIS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

CRISTINA RATO DOPAZO

1 Introducción

La sobredosis la presenta alguien cuando toma una cantidad de algo mayor a lo normal o recomendado, suele ser a menudo una droga aunque no tiene por qué ser el caso. Una sobredosis puede ocasionar síntomas graves y dañinos o la muerte. Si usted toma demasiada cantidad de algo a propósito, se denomina sobredosis intencional o deliberada.

La sobredosis por drogas ocurre cuando se consume una cantidad de droga suficiente para producir efectos adversos graves o síntomas que ponen en peligro la vida o causan la muerte. Una sobredosis puede ser intencional o accidental.

Los medicamentos se causan más daños juntos son:

SSRIS + Opioides (antidepresivos + analgésicos)

Opioides + Benzodiacepinas (analgésicos + ansiolíticos)

Opioides + Benzodiazepinas + Carisoprodol (analgésicos + ansiolíticos + relajante muscular).

No todas las sobredosis se dan con medicamentos extraños o difíciles de conseguir también se puede dar con algo tan común y que se vende sin ningún problema como puede ser el ibuprofeno. Este medicamento puede ocasionar Agitación, confusión, incoherencia (no se le entiende) Somnolencia, hasta coma. Convulsiones. Mareos. En caso de que ocurra una sobredosis ya sea voluntaria o involuntaria se debe acudir con rapidez a un centro médico en el que será atendido inmediatamente con un código rojo e ingresará como normal general en el área de paradas.

2 Objetivos

Conocer cuales van a ser las medidas a tomar en el caso de recibir en el área de urgencias a un paciente con una sobredosis, independientemente del medicamento o sustancia tomada.

3 Caso clínico

Avisan desde la Uvi móvil, de que trasladan a un varón de 22 años que ha sufrido una parda cardiorrespiratoria debida a la ingesta excesiva de algún medicamento se desconoce la sustancia tomada. El personal se dispone a acudir a la zona de PCR a la espera de su llegada preparando el material necesario. Los DUE preparan la vía venosa, mientras e TCAE prepara todo el material para realizar un sondaje vesical. A la llegada del paciente llega intubado y con sedación para evitar que muerda el tubo. Se le retira toda la ropa y se le recogen tanto muestra de orina como de sangre, se comienza a pasar solución salina y glucosa sanguínea debido a una hipoglucemia severa a su llegada. Una vez estable se le lleva a realizar un tac craneal, ya que el paciente fue encontrado en el suelo y se sospechaba un traumatismo craneoencefálico, mientras se realiza la prueba se avisa a la unidad de cuidados intensivos para valorar traslado a su unidad. A la vuelta al box de paradas el paciente comienza con diarrea profusa sin poder controlar, se sigue administrando suero salino para evitar la deshidratación, las constantes no son estable, presenta una hipotensión severa de 65/32 y con un pulso irregular. Los intensivistas valoran al paciente y dan la noticia de que no es candidato a la unidad de cuidados intensivos, ya que presenta una muerte cerebral irreversible. El médico trasmite a la noticia a la familia la cual al hablar con el médico se llega a la conclusión de que el paciente llevaba minutos en parada respiratoria cuando la familia lo encontró y a pesar de ser reanimado por el samur los daños son irreversibles. Se traslada a un box cerrado a la espera de su fallecimiento acompañado por su familia.

4 Discusión-Conclusión

Las sobredosis se dan por la ingesta de una sustancia en exceso que crea daños en el organismo siendo algunos de ellos irreversibles como es en el caso anterior en el cual debido a la sobredosis en paciente varón de 22 años sufre un desvanecimiento y posteriormente una parada cardiorrespiratoria que a pesar de ser revertida por el personal del samur que acude al domicilio sufre daos celébrales y a

pesar de todos los esfuerzos por el personal de médico y de enfermería ninguna medida fue suficiente para lograr salvarle la vida, no fue candidato a uci y no se pudo donar sus órganos, el paciente falleció tiempo después.

5 Bibliografía

United Nations. Office of Drugs and Crime (UNODC) Web: www.unodc.org

2. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Web: www.fad.org

3. Plan Nacional sobre drogas. Observatorio Español sobre drogas. Ministerio del Interior. Web: www.mir.es/pnd/0bserva

Capítulo 226

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS, NEBULIZADORES

MARIA ISABEL LOPEZ LABRADOR

MARIA LUCIA MONTERO USERO

MARÍA INMACULADA PERAL SANTOS

JOSE MIGUEL GARCÍA SOBRINO

MARIA ISABEL MORAL BAENA

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación para administrar fármacos a pacientes a través de nebulizadores. Pero, ¿Qué es un nebulizador? La palabra nebulizador proviene de la familia de nebulizar, palabra proveniente del latín (lengua indo-europea) formada a su vez por dos raíces latinas bien diferenciadas: nébula y el sufijo izar. Que se traducen literalmente en niebla y convertir en, por lo tanto, nebulizar se traduce por convertir en niebla y en consecuencia el nebulizador es el aparato que convierte en niebla un líquido.

Atendiendo a su etimología, vamos a definir nebulizador como una pequeña máquina que convierte el medicamento líquido en vapor que permite, al paciente con su aplicación durante unos 15 minutos, a través de las inspiraciones del paciente, la incorporación del medicamento a las vías respiratorias.

Existen tres tipos de nebulizadores según su funcionamiento:

- Los nebulizadores con boquilla, cuyo funcionamiento es accionado con un compresor.
- Los nebulizadores ultrasónicos, cuyo funcionamiento está basado en vibraciones de alta frecuencia.
- Los nebulizadores de malla, cuyo funcionamiento está basado en un movimiento vibratorio y una membrana con pequeños orificios.

Los inhaladores se utilizan fundamentalmente para suministrar fármacos a paciente con enfermedades respiratorias, como pueden ser las bronquiectasias (dilatación irreversible de los bronquios) y la bronquitis o bronquiolitis (Inflamación de la mucosa bronquial).

2 Objetivos

Poner en conocimiento protocolo de actuación para llevar a cabo la correcta aplicación de medicamentos a pacientes, por medio de nebulizadores.

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, etimología de la palabra nebulizar, nebulizadores, tipos de nebulizadores según la base de su funcionamiento, patologías donde se utiliza el nebulizador para la aplicación de fármacos y protocolo de actuación para llevar a cabo la correcta administración de fármacos por medio de nebulizadores.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, etimología de la palabra nebulizar, nebulizadores, tipos de nebulizadores según la base de su funcionamiento, patologías donde se utiliza el nebulizador para la aplicación de fármacos y protocolo de actuación para llevar a cabo la correcta administración de fármacos por

medio de nebulizadores, artículos en castellano que como máximo tuvieran 20 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo la correcta aplicación de medicamentos a pacientes, por medio de nebulizadores:

Recursos personales necesarios:

- DUE.
- TCAE

Recursos materiales necesarios:

- Mascarilla FFPII.
- Toma de oxígeno/aire.
- Caudalímetro.
- Equipo de aerosoles (mascarilla con nebulizador y alargadera).
- Medicación prescrita.
- Suero fisiológico.
- Jeringa.
- Fonendoscopio.
- Celulosa.
- Guantes no estériles.

Comprobar fecha de caducidad de los productos, correcto funcionamiento de aparataje y que la medicación es coincidente con la prescrita.

- Una vez que se ha realizado la preparación del material y las correspondientes comprobaciones, colocarlo al lado del paciente.
- Comprobar que el paciente es coincidente con la hoja de prescripción.
- Lavarse las manos.
- Ponerse guantes no estériles,
- Preservar confidencialidad e intimidad del paciente.
- Explicar a paciente y/o sus familiares actuación que vamos a realizar.
- Confirmar que el paciente no es alérgico al medicamento que tiene prescrito.
- Solicitar su colaboración, atendiendo a sus posibilidades.
- Pedir al paciente que se ponga en posición sentada, de Fowler o semi Fowler (explicándole previamente en que consisten dichas posiciones) y si él no puede por si solo ayudarle para que las adquiera.
- Colocar la dosis indicada por el facultativo del fármaco y/o suero fisiológico prescrito en el recipiente del nebulizador.

- Conectar el caudalímetro a la toma de aire/oxígeno.
- Conectar el nebulizador al caudalímetro directamente.
- Proceder a regular el flujo de oxígeno/aire (debe ser de 6 a 8 litros/minuto).
- Comprobar la salida de la solución nebulizada.
- Con el nebulizador en vertical, poner la mascarilla al paciente.
- Una vez finalizado el tratamiento (de 10 a 15 minutos) retirar el equipo e insistir que el paciente realice higiene bucal.
- Acomodar al paciente, si necesita nuestra ayuda para ello.
- Recoger el material empleado, colocando cada cosa en el lugar adecuado y desechando el material utilizado que debe ser depositado en el contenedor adecuado.
- Quitarse los guantes y desecharlos.
- Lavarse las manos.
- Anotar en la historia de enfermería del paciente (en el programa Mambrino XXI, la actuación realizada, fecha y hora de realización y cuantas incidencias se hayan podido observar durante el proceso).

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de fármacos con nebulizadores es una actuación muy común y eficaz para humectar la mucosidad que tiene el paciente y ayudarlo a su expulsión (la incapacidad de expulsar la mucosidad es una patología que presentan muchos pacientes, principalmente niños de muy corta edad y ancianos), los técnicos de auxiliar de enfermería debemos conocer y saber aplicar el protocolo para la administración de fármacos con nebulizadores y saber como llevarlo a cabo (por ejemplo, tenemos que saber el flujo que hay que poner en el caudalímetro que como ya hemos dicho en el desarrollo del tema debe ser de 6- 8 litros por minuto).

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
3. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
4. <https://www.msmanuals.com>.
5. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
6. <https://www.cun.es/enfermedades>.

7. <https://www.omron-healthcare.es/es/salud-y-estilo-de-vida/salud-respiratoria/terapia-de-nebulizacion/tipos-de-nebulizador-nebulizadores-con-boquilla-de-malla-y-ultrasonicos.html>.
8. [http://etimologias.dechile.net/?nebulizar#:~:text=La%20palabra%20%22nebulizar%22%20est%C3%A1%20formada,%2Dizar%20\(convertir%20en\).](http://etimologias.dechile.net/?nebulizar#:~:text=La%20palabra%20%22nebulizar%22%20est%C3%A1%20formada,%2Dizar%20(convertir%20en).)

Capítulo 227

ESTERILIZACIÓN POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ANTONIO MAZUECOS OTALORA

CAROLINA MAZUECOS OTALORA

MARIA LÓPEZ LÓPEZ

DIANA GARCIA RUIZ

SANDRA GARCÍA RUIZ

1 Introducción

El proceso de esterilización consiste en una técnica tras la cual vamos a obtener un producto que se encuentra libre de microorganismos viables.

Un proceso de esterilización debe de ser diseñado de tal manera que se asegure de que la técnica es capaz de eliminar toda la carga microbiana de un producto, instrumento o equipo; pudiendo ser este resultado validado mediante técnicas objetivas.

La central de esterilización es la unidad del hospital donde se llevan a cabo los procesos de esterilización, se entiende que es la única manera posible para poder certificar que un producto está en un estado “estéril” después de su haber pasado por los distintos procesos que se llevan a cabo en la central de esterilización, siguiendo la normativa europea e internacional.

Como parte de la prevención de la Infección Nosocomial de un centro hospitalario, la esterilización es uno de los pasos fundamentales para lograr cumplir con

este objetivo, normalmente la central suele estar ubicada en el semisótano del hospital, de forma que esté situado en una ubicación centralizada que pueda dar acceso o cobertura a todo el conjunto del hospital, sobre todo a las áreas quirúrgicas y los servicios intensivos.

Este servicio lo componen personal de enfermería que supervisa al resto de trabajadores, la maquinaria y el material; ayudados por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y por celadores que se encarguen de transportar el material para su recogida y posterior distribución por todo el centro sanitario.

2 Objetivos

Conocer cómo técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como funciona una unidad o central de esterilización, como está estructurada y las funciones básicas que desempeña allí el 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

Funcionalmente, una central de esterilización de un hospital está estructurada en las siguientes zonas:

Área de recepción y clasificación del material no estéril (zona sucia), área de preparación y empaquetado de material textil (paños, sábanas quirúrgicas, batas), área de los esterilizadores, área de descarga, entrega y almacenamiento del material estéril (zonas limpias).

El servicio de esterilización debe estar en comunicación con el resto de servicios y unidades del hospital mediante un circuito limpio y un circuito sucio:

- El circuito de sucio consiste en una comunicación horizontal y/o vertical, por la que se recibe todo aquel material que está contaminado o que ha sido usado para su limpieza, desinfección y proceso de esterilización, ya sea a través del

transporte por parte de un TCAE, mediante carros de material que transporta el celador hasta la unidad o de manera vertical a través de un montacargas.

- El circuito de limpio consta también de dos modalidades: de forma horizontal se sirve material estéril a través de la ventanilla del área de almacenamiento y entrega de material estéril a todas las unidades del hospital y de forma vertical se sirve el material estéril al bloque quirúrgico, UCI y REA a través de un montacargas.

La Central de Esterilización es un servicio centralizado que, como ya hemos dicho, trabaja para ofrecer cobertura a todo el centro, aunque el quirófano y las unidades intensivas sean con las que más nos comunicamos.

El proceso de esterilización se lleva a cabo mediante una serie de fases:

- En primer lugar se lleva a cabo la limpieza del material, ya que la presencia de suciedad en los dispositivos puede producir que el proceso de esterilización no resulte del todo efectivo, al impedir que el agente esterilizante penetre en el material de forma correcta. Gracias a una correcta limpieza del material vamos a poder eliminar cualquier resto de materia orgánica, sangre o suciedad que pudiera quedar adherida en el material. Esta limpieza no se inicia en la central, sino que debe realizarse en las propias unidades, debiendo enviarse el material correctamente secado.

- Después pasaremos a la recepción y clasificación del material: En esta zona se recibe todo el material que llega de los distintos servicios del hospital, se contabiliza y se comprueba que esté correctamente reflejado en el volante de entrada, donde además se debe de incluir a que servicio pertenece. Es muy importante en este paso que se identifiquen de forma correcta las entradas, para poder llevar un seguimiento de los flujos de material y poder verificar el estado del material.

En esta zona se ejecutan labores de preparación del material para el siguiente proceso.

- Una vez recepcionado y clasificado el material, pasaremos a realizar la preparación y empaquetado del mismo: En esta área clasificaremos todo el material textil que va a ser usado para preparar los distintos equipos textiles y se realiza el empaquetado de sábanas y paños quirúrgicos, batas, etc.

- Después se llevará a cabo el proceso de esterilización en las máquinas correspondientes, para una vez finalizado el proceso pasar al almacenamiento y entrega de material ya estéril: Aquí organizaremos el trabajo de salida de todo el material estéril después de haber pasado por los distintos autoclaves. Se comprueba la integridad de los paquetes, se verifica que el control químico externo sea correcto y que cada equipo esté perfectamente registrado con su fecha de esterilización, de caducidad, el n.º de autoclave que ha realizado el proceso y el n.º de programa

usado.

En la central de esterilización se dispone de un sistema informatizado para gestionar la elaboración de etiquetas para el material y las cajas con un código de barras informatizado.

El material que tiene como destino el quirófano, UCI o el servicio de reanimación se enviará por el montacargas, donde será recogido por el personal que trabaja en estas unidades.

El resto del material de otros servicios se almacena para ser entregado posteriormente.

Todo el material debe colocarse de tal forma que se evite al máximo su manipulación, en estanterías con agujeros en la zona estéril o limpia, el material pequeño se colocará en cestas de almacenamiento, y estas en raíles colgados para evitar que se acumule polvo en el fondo.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajan en una central de esterilización, cómo se estructura la unidad, las distintas áreas por las que pasa el material hasta su completo proceso de esterilización, así como qué es el proceso de esterilización y que se hace en cada parte de la central. La central de esterilización debe estar muy bien conectada con los servicios de quirófano, UCI, reanimación y urgencias, ya que es dónde más necesidad existe de tener material e instrumental para realizar el proceso asistencial de los pacientes.

Los envases para el material deben ser herméticos y no deben estar dañados, preservando en todo momento la esterilidad del material que contienen.

6 Bibliografía

1. Unidad Central de Esterilización- comunidad de Madrid- disponible en <https://www.comunidad.madrid/hospital/summa112/profesionales/unidadcentralesterilizacion>.
2. TCAE en el servicio de esterilización-<https://www.contenidoscumlaude.com/sanidad/tcae-en-el-servicio-de-esterilizacion-8782>.

Capítulo 228

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE FARMACIA

ANTONIO MAZUECOS OTALORA

CAROLINA MAZUECOS OTALORA

MARIA LÓPEZ LÓPEZ

DIANA GARCIA RUIZ

SANDRA GARCÍA RUIZ

1 Introducción

La farmacia hospitalaria normalmente suele estar ubicada en la planta baja del edificio de hospitalización, con acceso directo desde el exterior para la entrada y salida de suministros, disponiendo de unas buenas comunicaciones con el resto del hospital.

Es el servicio encargado de la elección, preparación, almacenamiento, combinación y dispensación de medicamentos y productos sanitarios, se esfuerza por mantener y mejorar continuamente la gestión de medicamentos y la atención farmacéutica de los pacientes en el entorno hospitalario.

El servicio está dividido en varias áreas:

- El área administrativa, el área de dispensación, el área de farmacotecnia, área de almacenes, áreas de apoyo, áreas de pacientes externos y el área de preparaciones estériles.

Para ejercer como técnico de cuidados en auxiliar de enfermería (TCAE) en la unidad de farmacia en un hospital ahora mismo no se requiere de otra titulación más que la propia de TCAE, aunque existe en España la titulación de técnico en farmacia y parafarmacia. Para ser un buen profesional TCAE en la unidad de farmacia no solo se requiere de una formación en el servicio, sino también disponer de unas habilidades y aptitudes personales: saber atender a los pacientes del hospital, disponer de capacidad para trabajar en equipo y disponer de habilidades informáticas. Como personal en la unidad de farmacia se ha de disponer como mínimo de 3 farmacéuticos especialistas, uno de ellos será el responsable de la unidad, además del personal necesario de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y técnicos administrativos suficientes según las necesidades del servicio.

2 Objetivos

Conocer e indicar cuáles son las funciones que desempeñan los TCAE (técnicos auxiliares de enfermería) dentro del servicio/unidad de farmacia.

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 auxiliar de farmacia hospitalaria, en este caso TCAE, tiene que recibir normalmente una formación específica en farmacia y parafarmacia. Su labor siempre está dirigida y supervisada por el farmacéutico, y sus funciones varían dependiendo del puesto de trabajo donde esté ubicado: almacenes, dispensación, laboratorio, unidad de mezclas, etc.

Como funciones del TCAE en el servicio de farmacia caben destacar las siguientes:

- Derivadas de la actividad asistencial: colaborar en el recuento de stock en los almacenes, proporcionar ayuda a cualquier miembro del equipo, conocer y apoyar

en el funcionamiento de las dosis unitarias, realizar preparaciones de citostáticos, realizar preparaciones de nutriciones parenterales, supervisar periódicamente la limpieza y orden de cajetines y neveras, limpieza de forma diaria de las campanas de flujo laminar en las que se halla desarrollado el trabajo, colaborar en la realización de los estándares de calidad de la unidad, evaluar las tareas realizadas, controlar la temperatura de las neveras para la correcta conservación de los medicamentos así como de la sala general.

- Derivadas de la función administrativa: dar salida a los albaranes de reposición de los botiquines de planta y los de dispensación de medicamentos a los pacientes externos y centros de salud; realizar los pedidos de almacén, escritorio, esterilización o colaborar con la supervisora de la unidad en su realización; registro de las preparaciones estériles, nutriciones parenterales, y citostáticos; colaborar en la evaluación de la calidad del material utilizado.

- Derivadas de la función docente e investigadora: realizar las actividades necesarias de formación para alcanzar un correcto nivel profesional, colaborar en la formación de nuevo personal, plantear nuevas necesidades de formación, colaborar en la realización de los trabajos de investigación y mejora realizados en el propio servicio, colaborar con otros profesionales del servicio en las investigaciones que puedan surgir.

- Por ausencia o delegación puede asumir ciertas tareas de la supervisora: gestión de almacén, pedidos, control de stock, dispensar medicamentos a los pacientes externos que acudan a la farmacia hospitalaria, prepara los listados de pacientes para la preparación de las dosis unitarias que se sirven a las unidades de planta hospitalaria de forma diaria, recepción y preparación de pedidos (de sueros, unidosis, reposición de botiquines de planta y preparación de los mismos), envasado y etiquetado de comprimidos y jarabes, recepción de paquetes y colocación de los medicamentos en las estanterías del almacén y la nevera.

El auxiliar de enfermería realizará además otras labores generadas en el propio servicio, como pueden ser: atender al teléfono, cursar las posibles reclamaciones de medicación, atender las solicitudes de medicación a través del tubo neumático, reponer los botiquines móviles de todas las unidades de enfermería con unidosis, transcribir las órdenes médicas al programa informático, apoyo en la unidad de reenvasado, revisar las caducidades de los medicamentos para proceder a su retirada si es preciso.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión, tenemos constancia de cuáles son las funciones básicas que va a desempeñar un técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del servicio o la unidad de farmacia dentro de un centro hospitalario: ayudar en la reposición de las unidades de los pacientes de forma diaria, reponer los carros de medicación, preparar los pedidos de las diferentes unidades del hospital, recepcionar y ayudar cuando lleguen los pedidos, gestionar el almacén, controlar el stock de los medicamentos y del almacén, retirar el material en malas condiciones o caducado, reenvasar los medicamentos necesarios, controlar el buen estado de estanterías y neveras y colaborar en general en todas aquellas actividades que faciliten el buen funcionamiento de la unidad. Es importante que el TCAE tenga una buena formación para desarrollar correctamente sus labores.

6 Bibliografía

1. Funciones del TCAE en la farmacia- 24 agosto 2017- Almudenadisponible en <http://www.aprendebytuaulaonline.es/funciones-del-tcaelafarmacia/>.
2. Funciones de los auxiliares de enfermería en el servicio de farmacia- disponible en http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm.
3. El TCAE en el servicio de farmacia- Por Folguera Vicent Posted 19 junio, 2019 - disponible en <https://www.folgueravicent.com/el-tcae-en-elserviciode-farmaci>.

Capítulo 229

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD DE LUPUS

ANTONIO MAZUECOS OTALORA

CAROLINA MAZUECOS OTALORA

MARIA LÓPEZ LÓPEZ

DIANA GARCIA RUIZ

SANDRA GARCÍA RUIZ

1 Introducción

El lupus es una enfermedad inflamatoria crónica que ataca por error a los órganos y tejidos sanos de nuestro cuerpo. El sistema inmunitario es el responsable de que sustancias desconocidas no afecten al nuestro cuerpo como virus o bacterias. El lupus es una enfermedad que ataca a la mayoría de partes de nuestro cuerpo, en mayor medida a la piel, riñones, articulaciones, cerebro y sistema nervioso, llega a limitar la vida cotidiana de quien lo padece y su diagnóstico es difícil de determinar y su tratamiento es muy complejo.

Como principales síntomas, el Lupus manifiesta una multitud de problemas como son los cutáneos, hematológicos, musculares, articulaciones, a las que se suman la fiebre y el cansancio. Síntomas generales: es la pérdida de peso y la falta de apetito, la fiebre y el cansancio. Afectación de piel y mucosas: es la inflamación

y enrojecimiento de las mejillas y zona de la nariz, causando picor, piel tirante y quemazón. Para todo ello se aconseja en mayor medida no exponerse al sol e hidratarse bien al salir a la calle con días soleados, ya que puede acentuar más la enfermedad. En el lupus discoide, los rasgos que puede dejar son cicatrices u otras erupciones cutáneas. Las llagas en la boca también son un problema causado por el lupus, como también es la caída de cabello y las manchas cutáneas.

- Afectación renal: el riñón es afectado por el lupus, lo que causa la inflamación de este y no puede eliminar de forma adecuada los residuos de nuestro organismo, pudiendo causar incluso encharcamientos.

- Afectación a las articulaciones: lo más frecuente es la artritis, que es la inflamación y dolor en las articulaciones, que es muy frecuente en la enfermedad de lupus.

- Afectación neuropsiquiatría y problemas cerebrovasculares: Los principales síntomas son los dolores de cabeza, ansiedad, trastornos del lenguaje, orientación, habla y memoria e incluso podrían hasta convulsionar. Por otro lado los problemas cerebrovasculares pueden causar coágulos de sangre que pueden complicar todo el funcionamiento de nuestro organismo, incluso pudiendo llegar a padecer una trombosis.

- Afectación pulmonar: este problema puede causar con neumonitis intersticial (inflamación con cicatrización en los pulmones), hipertensión pulmonar (presión más alta de los pulmones) o pleuritis (inflamación de la membrana que cubre los pulmones).

- Problemas gastrointestinales: puede causar gastritis que es la inflamación del revestimiento que recubre el estómago o la úlcera péptica que es una llaga en la mucosa que recubre el estómago.

Todo esto es una parte de la multitud de síntomas que tiene el Lupus y según que tipo de lupus se tenga son unos u otros síntomas. La forma de diagnosticar el Lupus es buscando salida en la multitud de síntomas que hay y cuál está padeciendo, su diagnóstico puede ser bastante complejo, ya que el Lupus se tarda en diagnosticar y tiene que padecer dos o más síntomas que afecten a órganos o al sistema de nuestro cuerpo para poder decir que esa persona tiene Lupus y poder valorarla con más tipos de pruebas para diagnosticar así la enfermedad.

2 Objetivos

- Establecer una serie de cuidados para favorecer en la medida de lo posible una mejor calidad de vida ante la enfermedad.

- Dar a conocer los tipos de lupus que hay y sus síntomas.

3 Metodología

Realizando una revisión bibliográfica por las diferentes bases de datos como son: Pubmed, Scielo y Evidence, entre los años 2015 al 2019, hemos encontrado diferentes artículos de los cuales hemos sacado lo más importante, valorando sobre todo el papel que ejerce el auxiliar de enfermería y excluyendo las revisiones que no hagan mención al papel que desempeña el TCAE ante esta enfermedad.

4 Resultados

Existen diferentes tipos de lupus entre los que nos podemos encontrar son: Lupus neonatal, Lupus originado por fármacos, Lupus cutáneo y LES (Lupus Eritematoso Sistémico) que es el más común a día de hoy y sobre todo después de pandemia que han salido más casos.

- Lupus neonatal: es una enfermedad que pasa de la madre al feto a través del paso transplacentario de anticuerpos maternos. Las estadísticas son más altas de personas que lo padecen son del sexo femenino.
- Lupus originado por fármacos: este tipo de lupus es como consecuencia a la reacción de un fármaco, los más comunes son: isoniazida, procainamida o la hidralazina.
- Lupus cutáneo: Es una enfermedad que afecta a la piel y que no tiene un tratamiento con garantías de curabilidad, pero sí un tratamiento en el que es posible ralentizar o minimizar los síntomas de la enfermedad, como son las manchas y los picores, entre muchos otros.
- LES (Lupus Eritematoso Sistémico): esta enfermedad afecta a todo el organismo por error, ya que el sistema inmunitario ataca al tejido sano. Las partes que se ven más afectadas son: Riñones, articulaciones, cerebro, la piel y otros órganos. Un diagnóstico a tiempo de esta enfermedad es fundamental para aplicar un adecuado tratamiento farmacológico que frene los posibles dolores y demás efectos que provoque esta dolencia, ya que todavía no hay tratamiento para que la enfermedad desaparezca y es muy dolorosa. Como TCAE podemos ayudar a estas personas en las AVD (actividades de la vida diaria) y a su vez brindar apoyo y acompañamiento en momentos difíciles para ellos, ya que son muchos. Hay que tener mucho tacto con este tipo de pacientes, ya que esta enfermedad afecta físicamente pero aún más mentalmente.

5 Discusión-Conclusión

El lupus es una enfermedad crónica que afecta a muchas personas, sobre todo a mujeres. Esta enfermedad produce síntomas muy variados, por lo que es importante que desde el momento en el que el paciente sienta algún síntoma pueda hacerse un diagnóstico, para así evitar el agravamiento y progresión de la enfermedad administrando un tratamiento. No solo es importante instaurar un tratamiento farmacológico, sino que, es fundamental las intervenciones de Enfermería.

El personal de Enfermería debe informar tanto a pacientes, como a familiares y cuidadores del alcance y evolución de la enfermedad, así como los cuidados que debe llevar día a día el paciente para mejorar la comprensión y conocimiento de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <http://scielo.org/es/>.
3. <https://www.evidence.nhs.uk>.

Capítulo 230

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ÁMBITO SANITARIO: ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA ÓTICA

MARIA ISABEL LOPEZ LABRADOR

MARIA LUCIA MONTERO USERO

MARÍA INMACULADA PERAL SANTOS

JOSE MIGUEL GARCÍA SOBRINO

MARIA ISABEL MORAL BAENA

1 Introducción

La administración de medicación por vía ótica hace referencia a la administración de un fármaco en estado líquido en el conducto auditivo externo del oído para diferentes efectos terapéuticos, uno de estos es ablandar el cerumen para facilitar el lavado ótico.

El oído es el órgano perceptor de los sonidos con una estructura compleja compuesta por tres capas:

Oído externo; formado por la oreja y el conducto auditivo externo (que va desde la oreja hasta el tímpano).

Oído medio: formado por una cadena de huesecillos (martillo, estribo y yunque) que conectan el oído externo con el interno.

Oído interno: formado por el laberinto óseo (conductos semicirculares, vestíbulo y caracol) y laberinto membranoso (conductos semicirculares, utrículo, sáculo y conductor coclear).

Cerumen: acumulación de aceite ceroso segregado por las glándulas que revisten (para su protección) el conducto auditivo externo.

Aunque el cerumen es una forma de protección para el ser humano (ya que limpia, cubre y protege el oído) en algunas ocasiones se acumula y se endurece demasiado para poder ser expulsado de forma natural (lo que produce una serie de síntomas como pueden ser dolor de oído, ruidos en el oído, pérdida auditiva, mareos, etc.).

Y al protocolo de administración de fármacos por vía ótica para emblandecer este cerumen para su extracción es a lo que vamos a dedicar el desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

Poner en conocimiento el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para la aplicación de fármacos por vía ótica.

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, vía ótica, oído, partes del oído, cerumen y protocolo para la administración de fármacos por vía ótica.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, vía ótica, oído, partes del oído, cerumen y protocolo para la administración de fármacos por vía ótica, artículos en castellano que como máximo tuvieran 20 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo la correcta administración de fármacos por vía ótica para ablandar el cerumen del oído:

- Preparar el material necesario: fármaco prescrito (controlado la caducidad y coincidencia exacta con prescripción médica y debe estar a temperatura ambiente), suero salino, gasas estériles y guantes desechables.
 - Ubicar todo el material para que se tenga fácil acceso por parte del personal que lo va a administrar.
 - Lavarse las manos y ponerse los guantes.
 - Identificación del paciente, es decir, comprobar que es coincidente con el paciente que aparece en la hoja de prescripción facultativa.
 - Informar al paciente y/o familiares del procedimiento a realizar, como así mismo las cosas que nos tiene que comunicar.
 - Pedir colaboración por parte del paciente en función de sus posibilidades.
 - Identificar y cerciorarse de que el oído que aparece en la hoja de prescripción es el mismo que el paciente dice que tiene la patología (tapón de cerumen).
 - Asegurarse que el paciente no es alérgico al fármaco prescrito.
 - Colocar al paciente con la posición adecuada para la administración del fármaco. Si este es menor, pedir ayuda a celador o familia para que haga la contención.
 - Administración de fármaco: Limpiar el pabellón de la oreja y el conducto auditivo externo, enderezar el conducto auditivo para facilitar que el líquido penetre a lo largo de todo el conducto y tirar de la oreja hacia arriba y hacia atrás (Siempre evitando que el dispositivo del fármaco toque en la oreja o pabellón auricular). Y administrar el número de gotas exacto al prescrito a lo largo de la pared lateral del conducto auditivo. Apretar suavemente varias veces el trago de la oreja y mantener la posición del paciente durante unos tres minutos después de la administración.
- Si durante la administración, se echa más dosis de la indicada o hay cualquier incidencia rápidamente, hay que avisar al otorrinolaringólogo.
- Despedirse del paciente.
 - Una vez finalizado el proceso de administración, recoger el material, depositar el material desechable en el contenedor indicado para ello.
 - Quitarse los guantes, desecharlos y lavar manos con agua y jabón con pH neutro.
 - Registro en la historia de enfermería del paciente de la aplicación del fármaco,

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería necesitamos conocer todos los protocolos de actuación de enfermería, bien porque los tengamos que hacer íntegramente o por estar de apoyo con el enfermero que lo realiza (ya que en este último caso tenemos que preparar todo el material necesario para ejecutarlo). Si

no tenemos los conocimientos necesarios para la aplicación de medicamentos por vía ótica y no hemos procedido, por ejemplo, a la comprobación de la fecha del fármaco que se va a suministrar en un paciente de corta edad que necesita ser inmovilizado cabeza y pies para su suministro y tenemos que suspender la administración porque el fármaco está caducado, la segunda inmovilización será mucho más complicada porque el paciente ya sabe lo que se le va a hacer y va a presentar mucha más resistencia que en la primera ocasión.

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
3. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
4. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
5. <https://www.msdmanuals.com>.
6. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
7. <https://www.cun.es/enfermedades>.
8. <https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus>.

Capítulo 231

TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA ISABEL LOPEZ LABRADOR

MARIA LUCIA MONTERO USERO

MARÍA INMACULADA PERAL SANTOS

JOSE MIGUEL GARCÍA SOBRINO

MARIA ISABEL MORAL BAENA

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de administración de medicamentos (centrándonos en los enemas de limpieza y de retención, que es función específica de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería) por vía rectal. Hablamos de administración de fármacos por vía rectal cuando se utiliza el recto como vía de administración de los medicamentos y otros líquidos, en directamente este tipo de administración, los fármacos son absorbidos por los vasos sanguíneos del recto y fluyen por el sistema circulatorio del cuerpo, el cual los distribuye a los órganos y sistemas corporales sin necesidad de pasar por el hígado.

Pero anatómicamente la vía rectal es el segmento terminal del tubo digestivo (15-19 cm). Formado por una capa serosa peritoneal, una túnica muscular, una capa submucosa y una capa o túnica mucosa.

La administración de fármacos por vía rectal se utiliza:

- En paciente que no pueden ingerir la medicación por vía oral.
- Cuando la medicación prescrita pueda irritar la mucosa gástrica.
- Cuando la medicación prescrita pueda ser destruida por las enzimas digestivas.
- Para medicamentos que por su sabor u olor no pueden ser administrados por vía oral.
- Para la administración de enemas de limpieza o evacuadores y enemas de retención.

2 Objetivos

- Poner en conocimiento el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para la aplicación de fármacos por vía rectal con fines evacuadores.
- Poner en valor la figura del TCAE en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, vía rectal, vía rectal anatómica, principales causas por las que se administra una medicación por vía rectal y protocolo de actuación para llevar a cabo una correcta aplicación de fármacos, con fines evacuadores, por vía rectal.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, vía rectal, vía rectal anatómica, principales causas por las que se administra una medicación por vía rectal y protocolo de actuación para llevar a cabo una correcta aplicación de fármacos, con fines evacuadores, por vía rectal, artículos en castellano que como máximo tuvieran 20 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo una correcta aplicación de fármacos sólidos o líquidos, con fines evacuadores, por vía rectal:

Para llevar a cabo este protocolo es necesario recursos personales (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y/o Diplomado Universitario de Enfermería (TCAE y/o DUE)) y recursos materiales (guantes de un solo uso, batea, gasas, vaselina y fármaco prescrito), preparado el material y ubicado cerca del paciente proceder al lavado de manos y puesta de guantes.

- Mirar concordancia entre paciente y hoja de prescripción facultativa.
- Preservar intimidad del paciente.
- Informar al paciente y/o sus familiares de la actuación y de los que tiene que hacer una vez suministrado el fármaco.
- Asegurarse que el fármaco no está caducado y que el paciente no tiene ningún tipo de alergia a este.
- Pedir la estrecha colaboración del paciente, en la medida de sus posibilidades y de acuerdo con las patologías que presente.
- Pedir al paciente que se ponga en posición de Sims (explicarle como es la posición) y si no puede ejecutarla por si solo ayudarle a adquirir la posición de forma correcta.
- Proceder a la administración, para ello, primeramente, ofrecer al paciente la posibilidad de autoadministrársela, si no puede o prefiere que lo hagamos, nosotros se separan las nalgas con la mano izquierda (si somos diestros o con la derecha si somos zurdos) y con la otra administrar el fármaco.
- Una vez insertada la medicación pedir que al paciente que mantenga las nalgas contraídas durante unos diez minutos, para que esta pueda realizar el efecto.
- Recoger todo el material empleado, desechando cada cosa en el contenedor apropiado, quitarse los guantes, desecharlos e iniciar la higiene de manos.
- Anotar en la historia de enfermería del paciente (Mambrino XXI) fecha y hora de la administración, fármaco administrado, dosis administrada, cualquier anomalía que hayamos detectado durante el proceso y respuesta del paciente al tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería seguimos sin ser considerados personal sanitario, pero nos vemos en la obligación de saber aplicar todos los protocolos de actuación de enfermería en el ámbito sanitario. Somos conscientes

que nuestra labor asistencial a los pacientes es muy importante (en este caso la administración de enemas por vía rectal), que debemos tener conocimientos de anatomía del cuerpo humano, que debemos mantener en la medida de los posibles la actitud para ayudar a realizar cualquier protocolo o efectuarlo según sea o no función específica de los TCAE. Pero creemos que dado nuestro nivel de implicación en el desarrollo de actuaciones con pacientes deberíamos ser considerados personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill..
3. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
4. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
5. <https://www.msdmanuals.com>.
6. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
7. <https://www.cun.es/enfermedades>.
8. <https://femora.sergas.gal/Administracion-demedicacion/Administraci%C3%B3n-de-medicaci%C3%B3n-por-v%C3%ADa-rectal?idioma=es>.

Capítulo 232

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO

ANTONIA SUSANA LOPEZ FLORES

1 Introducción

Las arritmias, según la RAE, se denomina como “irregularidad y desigualdad en las contracciones del corazón”, o lo que es lo mismo, es un trastorno de la frecuencia cardíaca. Esta alteración puede producirse de tres modalidades distintas:

- Taquicardia: el corazón late demasiado rápido de manera regular, es decir, más de 100 latidos por minuto.
- Bradicardia: el corazón late demasiado lento de manera regular, es decir, por debajo de 50 latidos por minuto.
- Arritmias irregulares: el corazón puede latir tanto rápido como lento, desordenadamente.

La atención a las personas con marcapasos definitivo requiere de una valoración individualizada, con enfoque multidisciplinar, entre el Equipo de Atención Primaria y Atención Especializada para llevar a cabo un Plan de Cuidados exhaustivo de acuerdo a sus necesidades y estado actual, estableciendo unos objetivos terapéuticos personalizados consensuados entre el equipo, el paciente y familia/cuidador, centrados principalmente en tratar la causa, evitar las posibles complicaciones de su implantación o no implantación, y ofrecer una Educación Sanitaria óptima para garantizar una buena calidad de vida.

Los estudios analizados hasta el momento reflejan como la presencia de la enfermera en todo el proceso, es decir, ante el diagnóstico, durante el proceso perioperatorio como al alta y cuidados posteriores hasta el fin de sus días, se ha vuelto

indispensable, permitiendo así que estas personas tengan la máxima calidad de vida y una recuperación rápida con una adaptación adecuada, a la vez que exige que el equipo de enfermería esté en continua formación.

Por lo tanto, la enfermera como facilitadora de cuidado holístico y promotora de unos cuidados adecuados es indispensable en la atención al paciente con marcapasos tanto transitorio como definitivo.

2 Objetivos

- Conocer algunas recomendaciones para mejorar la utilización del marcapasos.
- Analizar las ventajas de los avances en los marcapasos.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en castellano de libros como Revista de Medicina Intensiva, Sociedad Española de Cardiología y Revista de Medicina Clínica de Scielo; y entre las principales Bases de Datos como

Cuiden, Medline, Dialnet y Teseo.

Para llevar a cabo la búsqueda, se han utilizado los operadores booleanos clásicos (Y/AND,

O/OR, NO/NOT) junto con términos claros, sencillos y concretos relacionados con el tema:

- Nurs*, Nursing Care, Nurse, Cuidados de Enfermería.
- Enf*, Enfermería.
- Intervenciones de enfermería, Educación para la Salud.
- Bloqueo auriculoventricular completo, Complete atrioventricular block.
- Bradicardia, bradicardia.

También se ha realizado una búsqueda en internet en los siguientes buscadores: Guía del paciente portador de marcapasos elaborada por el Ministerio de Sanidad y consumo, Google Académico, Inbiomed, Organización Mundial de la Salud (OMS), Scielo y Sistema Nacional de Salud (SNS).

4 Resultados

Cuidados antes y durante el procedimiento quirúrgico:

- Informar al paciente y su familia, con palabras claras según su nivel de comprensión, del procedimiento que se le va a realizar y duración, explicación de la técnica, etc., para conseguir su máxima colaboración y tranquilidad, invitándoles a preguntar todas sus dudas.
- Verificar que el paciente o su representante legal ha firmado el consentimiento informado, así como el ayuno previo de 6h a la intervención quirúrgica.
- Comprobación de que todas las pruebas solicitadas están en la historia clínica (radiografía, analítica, electrocardiograma (ECG), etc.), así como de que el marca-pasos definitivo que se le va a implantar funciona adecuadamente.
- Asegurar máxima asepsia durante todo el procedimiento, preparando la zona: rasurar el tórax (si precisa), lavar la zona con jabón antiséptico y secar con gasas estériles. Posteriormente, aplicar solución antiséptica y cubrir con paño estéril; y preparando la mesa quirúrgica con ayuda del auxiliar de enfermería. Además se revisará el desfibrilador, carro de paradas analizador de umbrales, aparato de fluoroscopia, electrocardiógrafo y osciloscopio, por si hiciese falta.
- Canalizar vía venosa periférica en el brazo contrario al lugar de implantación y comprobar su permeabilidad.
- Vigilancia de las constantes vitales del paciente a través del monitor antes y durante la realización de la técnica para identificar cualquier anomalía, con la frecuencia indicada en el protocolo del centro hospitalario y siempre que la situación clínica lo requiera.
- Vigilar nivel de conciencia, siempre y cuando la intervención se realice bajo anestesia local.
- Vigilancia exhaustiva del ECG del paciente: ver si entra en ritmo sinusal, presencia de EV, cambios de ritmo, etc.
- Vigilar cualquier alteración del paciente notificándola, en su caso, al médico intensivista responsable, y registrándola en la hoja de enfermería.
- Administrar los fármacos que vaya indicando el médico responsable
- En caso de hemorragia en el punto de inserción: compresión local y aplicación de hielo.
- Informar al paciente en todo momento del lugar donde se encuentra, de lo que se está realizando y en la medida en que el paciente lo requiera, ya que permanecerá despierto.

Cuidados después del procedimiento quirúrgico:

Los cuidados, una vez finalizada la intervención quirúrgica los podemos dividir en cuidados inmediatos (los que se llevan a cabo desde que sale del quirófano hasta las 24h siguientes) y cuidados tardíos (los que se llevan a cabo desde que se le da el alta al paciente a las 24h en adelante).

El primer día permanecerá hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y si todo transcurre con normalidad, a las 24-48h se dará el alta a su domicilio.

- Cuidados inmediatos:

Prevención de infección: debe inspeccionarse diariamente y durante todo el procedimiento hasta la cicatrización completa de la intervención quirúrgica, el punto de incisión en búsqueda de enrojecimiento, edema, dolor o hemorragia anormal. Realizar esta técnica con la máxima asepsia, se curará diariamente el punto de inserción y se cubrirá con apósito estéril. Este cuidado se vigilará hasta el cierre completo de la incisión quirúrgica.

Evitar hematoma en el bolsillo subcutáneo, para ello, como ya hemos comentado en el apartado de las complicaciones, colocar un peso en dicha zona a la vez que un vendaje compresivo las primeras 24h y frío local. Esta medida la podrá seguir realizando en casa en la semana siguiente.

Inmovilización del brazo durante las 24h siguientes.

Reanudación de la ingesta según tolerancia.

Radiografía de tórax para comprobar la posición de los electrodos.

Vigilancia de las constantes vitales del paciente a través del monitor después la realización de la técnica para identificar cualquier anomalía, con la frecuencia indicada en el protocolo del centro hospitalario y siempre que la situación clínica lo requiera.

Medida de parámetros del marcapasos y ajuste de los mismos, si se precisa.

ECG de 12 derivaciones.

Si todo está correcto, podrá irse a su domicilio, junto con la entrega del informe médico y la tarjeta identificativa de marcapasos.

Citar en consulta de medicina intensiva para seguimiento de marcapasos, según establezca el protocolo y el estado del paciente.

Cuidados al alta y posteriormente:

- Revisión periódica y cura de la herida por la enfermera de Atención Primaria y retirada de los puntos a los 8-10 días siguientes a la intervención.
- Vigilancia de la aparición de seroma, hematoma así como la temperatura del paciente.
- Vigilar el posible rechazo al marcapasos con síntomas como febrícula, fluctuación a nivel local del implante, etc.
- Durante el primer mes, y en especial durante la primera semana, se evitará apoyos sobre la zona, realizar movimientos bruscos y cargar peso con el brazo del lado de la intervención así como levantar el brazo afectado sobre el hombro o dormir en decúbito lateral sobre ese lado. En el caso de las mujeres, se recomienda

el uso de sujetador, ya que el peso de las mamas puede producir desplazamientos del generador.

- A partir de los 4-5 días del implante o recambio, debe ir realizando ejercicios suaves con hombro y brazo del lado donde está implantado el generador.
- Analgesia escalonada con paracetamol (1gr c/8h) durante los primeros días si lo precisa por el dolor local.
- No conducir vehículos durante el primer mes. El marcapasos no es una contraindicación para llevar puesto el cinturón de seguridad en los coches.
- No usar ropa apretada, mochilas ni sujetadores con tirantes muy apretados sobre la zona del marcapasos.
- Llevar en todo momento la tarjeta identificativa europea de portador de marcapasos.

Dicha tarjeta aportará información importante sobre el proveedor y atención médica urgente.

- No existen contraindicaciones conducir un vehículo. Los radares utilizados por los agentes de seguridad del Estado no producen interferencias. Únicamente evitar conducir y viajar durante el primer mes tras el implante.
- Se pueden mantener relaciones sexuales con toda normalidad; las mujeres portadoras de un marcapasos pueden quedarse embarazadas y dar a luz sin ningún tipo de problema.
- Alimentación: se puede llevar a cabo la dieta habitual. Seguir las recomendaciones del médico según la enfermedad de corazón que se padezca, pero el marcapasos no precisa de una dieta especial, aunque como a la población en general se recomienda llevar un estilo de vida cardiosaludable.
- Con respecto a la medicación, habitualmente los fármacos no influyen sobre el funcionamiento habitual del marcapasos, aunque se ha observado aumento de los umbrales de estimulación con flecainida, propafenona y espironolactona.
- Tratamientos dentales: pueden interferir el funcionamiento con el uso del fresado y los ultrasonidos (inhibición transitoria); pero no dañan el marcapasos. Ante esta situación el fresado o los ultrasonidos se utilizarán de forma intermitente, no se apoyarán los instrumentos sobre el generador y los marcapasos que tengan modulación de la frecuencia se desprogramarán. Por ello, informar al médico o dentista sobre la presencia de marcapasos antes de realizarse estudios médicos o tratamiento.
- Ejercicio: se podrá seguir con la actividad normal de forma gradual una vez el médico indique que se puede realizar de manera segura. Sin embargo, se deberá evitar el deporte de contacto físico ya que podría provocar caídas o golpes en el área del implante, dañándolo. Caminar, nadar o montar en bicicleta son las

actividades más recomendables para cualquier persona con y sin marcapasos.

- Viajes: se puede viajar sin restricciones, si el resto de patologías médicas adyacentes no lo impiden. Únicamente se recomienda anticiparse al viaje, consultando antes con su médico las recomendaciones a seguir, qué hacer ante malestar y llevando localizado un servicio de urgencia por si se precisa.

Pasar por el arco de seguridad de un aeropuerto, juzgado o museo, por ejemplo, no implica riesgos ante el marcapasos, pero se debe avisar siempre y mostrar la tarjeta identificativa ya que, debido a su formato metálico, la alarma se activará. No obstante, se debe evitar el contacto prolongado con estos detectores.

- Electrodomésticos: como el ordenador, microondas, lavadora; no suponen ningún riesgo, siempre y cuando se encuentren en buen estado y cuenten con una toma de tierra. Sólo interfieren si se colocan directamente sobre el marcapasos. Para evitar problemas, los enchufes de los electrodomésticos deben tener toma de tierra y no se pondrán en funcionamiento encima del marcapasos. También se pueden utilizar radios, mantas eléctricas, afeitadoras eléctricas, etc.

- Telefonía: se recomienda usarlo del lado opuesto al corazón para evitar interferencias en el marcapasos a causa de las ondas electromagnéticas que emite, es decir, a 15 cm de distancia del lugar del implante del generador.

- Maquinaria: no se deben utilizar taladradoras, motosierras y maquinaria con grandes motores, ya que las vibraciones pueden confundir temporalmente el ritmo del marcapasos.

- Depilación eléctrica: está contraindicado en zonas del cuello y tórax.

- Tomar el sol: con precaución sin exposición prolongada, debido a que puede calentarse el metal que envuelve el generador y producir una quemadura interna.

- Se debe evitar manipular ni estar cerca de imanes ya que puede perjudicar el funcionamiento correcto del marcapaso, al igual que evitar fuentes de alta tensión o voltaje.

- Respecto a procedimientos médicos se evitará:1. Electrocauterio o bisturí eléctrico: producen inhibición de uno o varios latidos, inhibición total del marcapasos o fallo permanente del mismo. Cuando se vaya a utilizar este instrumento, en el preoperatorio hay que determinar si el paciente es dependiente del marcapasos o no. Si se utiliza cauterio monopolar hay que ubicar el electrodo de masa con suficiente pasta conductora en la extremidad inferior o lo más alejado posible del marcapasos, procurando no utilizarlo a una distancia menor de 15 cm de la zona del marcapasos, y de forma intermitente y con la menor energía posible.

2. Cardioversión eléctrica y desfibrilación: puede provocar reprogramación, aumento de los umbrales de estimulación, fallo permanente e infradetección temporal. En estos casos es preferible usar las palas en posición anteroposterior. Si

no es posible, utilizar palas precordiales con posición perpendicular a la línea entre el marcapasos y la punta del electrodo ventricular. Utilizar las palas a una distancia mínima de 10 cm del generador y nunca sobre el marcapasos utilizando la mínima energía posible.

3. Ablación eléctrica: puede producir aumento transitorio de los umbrales de estimulación y de sensibilidad, con inhibición o infradetección y ciclos irregulares. Durante la emisión de corriente de radiofrecuencia es preciso colocar el imán sobre el generador para tener un modo asíncrono fijo.

4. Radiación terapéutica: puede desprogramar y provocar alteraciones de la detección y de la estimulación, por ello, se evitará la irradiación sobre el generador y, si no fuera posible, se cambiará el generador de lado. Durante cada sesión se protegerá de las radiaciones, y el generador se analizará después de cada sesión.

5. Resonancia magnética: produce alteraciones por sus campos magnéticos y de radiofrecuencia. No debe someterse a esta técnica a ningún paciente con marcapasos.

6. Litotricia: los marcapasos unicamerales pueden ser inhibidos temporalmente, y los bicamerales pueden ser inhibidos o producir arritmias. Ante esta técnica se programará el marcapasos en modo VOO, y el punto focal del litotriptor se colocará al menos a 15 cm del marcapasos.

7. Electroshock: no suele dañar los marcapasos pero pueden crear miopotenciales capaces de inhibir el marcapasos con detección monopolar. Es necesario monitorizar el

ECG y posteriormente revisar el generador.

- Sin embargo, procesos como tomografía axial computarizada (TAC), ecografía, radioterapia, litotricia, etc. son seguros ante la presencia de un marcapasos.

- La enfermera deberá enseñar al paciente que en caso de fallecimiento la persona portadora de marcapasos en el que la familia manifieste su deseo de incinerar el cadáver, deberá extraer el marcapasos o hacérselo saber a los servicios funerarios, ya que el generador al quemarse provocaría una explosión.

- Explicar al paciente que la duración de la batería depende en gran medida del tipo de trastorno por el que se implantó, de las funciones que tenga programadas y del estado de los cables. En general, un marcapasos moderno dura aproximadamente 8-

10 años. Durante las revisiones periódicas, además de comprobar la integridad del sistema, se revisa el estado de la batería. Cuando la batería se aproxima a su fin de vida el programador nos da una alerta y un tiempo aproximado de la vida que le queda a la batería. En estos casos, las revisiones serán más cercanas hasta que se plantee el recambio del dispositivo.

- Consultar siempre ante: hipo prolongado, sudoración, mareos o síncope, hinchazón de miembros inferiores, cansancio y dificultad para la actividad diaria, frecuencia cardíaca lenta o rápida, disnea, note que el marcapasos produce sonidos o vibraciones, etc.

La primera revisión tras su implantación se suele realizar a los tres meses de la intervención. Posteriormente, las revisiones serán periódicas cada 6 a 12 meses. Además de comprobar el correcto funcionamiento del dispositivo, es importante saber si durante ese periodo han aparecido síntomas sospechosos, como mareos o palpitaciones, con el fin de modificar o ajustar la programación si fuera necesario.

5 Discusión-Conclusión

El marcapasos artificial definitivo demostró ser un reto, pero a la vez el tratamiento ideal para establecer un ritmo cardíaco regular y adecuado, gracias a la capacidad de este invento, de conseguir que las personas que lo portaban, recuperasen su vida plena anterior. La profesión médica se vio dotada así, con una ayuda técnica que ha llegado a ser una de las más útiles de nuestro tiempo. Para llevar a cabo una acción terapéutica y un cambio beneficioso en su estado de salud, es necesario ayudar a las personas con marcapasos y/o familiares/cuidadores, proporcionándoles conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes necesarias de forma individualizada, con la ayuda del personal sanitario, fundamentalmente la enfermería.

Los estudios analizados llegan a la conclusión de que la actuación de enfermería en este ámbito se ha vuelto indispensable en todas sus fases, desde que se le diagnostica la alteración en el ritmo cardíaco, hasta que pasa por el quirófano y permanece hospitalizado, o incluso una vez que le dan el alta y de forma crónica durante años, para ayudarle a afrontar su vida diaria y resolver todas sus dudas que estén a nuestro alcance, así como proporcionar los autocuidados adecuados, es decir, conseguir una recuperación rápida y adaptación adecuada y la máxima calidad de vida. Esto exige a la enfermera una formación continua en el tema para cumplir dichas expectativas y proporcionar una educación sanitaria óptima tanto al paciente como a sus familiares.

Nuestra labor principal como enfermeras únicamente no engloba el revisar la infección mediante cura aséptica o la retirada de grapas, sino que va más allá, englobando al paciente como un ser biopsicosocial, al cual deberemos resolver sus miedos y dudas ayudándole a transmitírnoslos y mostrándole nuestra ayuda, ya que el miedo a depender de un dispositivo artificial que en cualquier momento puede fallar o agotarse la batería, si no resolvemos esos problemas, pueden hacer

que desarrollen otro tipo de síntomas o patologías. Por ello, una actitud comprensiva y tranquilizadora puede facilitarles la reinserción a su vida habitual.

Debemos asegurarnos de que la persona portadora de marcapasos lleve consigo siempre la tarjeta identificativa.

El seguimiento de este tipo de pacientes debe ser regular y de por vida, por parte de los médicos intensivistas en unidades específicas. Además, es fundamental que las personas que llevan consigo un marcapasos implantado, comprendan que se trata de una enfermedad crónica cuyo tratamiento adecuado es esa implantación con la que deben aprender a convivir. A pesar de ello, el equipo de atención primaria, formado por médico y enfermera, debe conocer datos mínimos sobre este tipo de pacientes y marcapasos, para cualquier posible incidencia relacionada o, incluso, tener la facilidad de ponerse en contacto con Medicina Intensiva. Nuestro objetivo debe ser maximizar todo lo posible la longevidad del generador sin arriesgar el bienestar del paciente, así como programar las revisiones acordes como el recambio, cuando precise.

La educación sanitaria en un paciente al que se le va a y/o acaba de implantar un marcapasos es primordial, para conseguir un autocuidado lo más eficiente posible y llevar una vida normal tras ello y así, poder desarrollar las actividades que venía realizando en su vida cotidiana. Los objetivos en esta etapa son mejorar la calidad de los cuidados antes, durante y después de la implantación, consiguiendo que el paciente esté lo más tranquilo posible sabiendo al proceso al que va a ser sometido. Pero debemos tener en cuenta que hay ciertas situaciones en las que se deben tomar precauciones para evitar una falla en este aparato.

6 Bibliografía

1. Medtronic [Internet]. Madrid: España. 2020; [citado 2022 junio 30]. Disponible en: <https://www.medtronic.com/es-es/tu-salud/tratamientos-yterapias/bradicardia/vivir-con.html>.
2. Secardiología [Internet]. Madrid: España. Sociedad Española de Cardiología; 2021 [citado 2022 mayo 30]. Disponible en: <https://secardiologia.es/>.
3. Pombo Jiménez M, Cano Pérez O, Chimeno García J, Bertomeu González V. Registro Español de Marcapasos. XVII Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (2019). *Rev Esp Cardiol*. 2020; 73(12):1038-1048.
4. Martínez Ferrer, J. Guía del paciente portador de marcapasos. Gobierno de

- España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Sección de Estimulación Cardíaca y Sociedad Española de Cardiología; 2015.
5. Gómez Navarro R, Carrasco Bonilla S. El paciente portador de marcapasos en la consulta de Atención Primaria. *Elsevir*. 2005; 31(8):365-369.
 6. González Rocafort A, Arreo V. Marcapasos. Tratamiento de las arritmias lentas o bradiarritmias. *Cardiopatías Congénitas*. [Consultado 31 enero 2021]. Disponible en: <https://cardiopatiascongenitas.net/arritmias/marcapasos/>.
 7. Vega Pozuelo SF, Herrera Torres I, Carreras Salcedo E. Plan de cuidados de enfermería en la colocación de un marcapasos definitivo. *Rev electrónica Portal Médicos*. 2018.
 8. Martínez Coco MT, Pablos Irazola C. Cuidados de enfermería en los marcapasos temporales. *Rev Esp Cardiol*. 2015; 68(1):1182.
 9. 26. Soriano Torres A, Sánchez Romero MC, Maestra Lozano M. Atención de enfermería en el paciente con implante de marcapasos definitivo. *Paraninfo digital*. 2018;12(28):1-3.
 10. Oter Rodríguez R, De Juan Montiel J, Roldán Pascual T, Bardají Ruiz A, molinero De Miguel E. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología.
 11. Pérez Hernández E, Ruíz Piñeiro R. Intervenciones de enfermería en el implante de marcapasos definitivo. 2007; 15(2):67-70.

Capítulo 233

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PREPARACIÓN DE LOS CARROS DE ENFERMERIA

BEATRIZ LOPEZ TORNERO

MARIA AGUDO LOPEZ

MÓNICA ROBLES IGLESIAS

NURIA DE LAS HERAS PAREDES

VERÓNICA GARCÍA LORENZO

1 Introducción

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es quien, entre otros, recibe inicialmente al paciente en el servicio de urgencias una vez que ha pasado por los servicios de admisión y triaje. Le identifica, le acomoda y si es preciso le ayuda a desvestirse y vestirse, proporcionándole además todo lo necesario y preservando su intimidad en todo momento. Entre las funciones del TCAE podemos destacar:

- Ayuda a la inmovilización y transporte del paciente.
- Ayudar a vestir y desvestir al paciente (tanto en su llegada como en su alta o traslado).

- Recoger sus pertenencias a una bolsa identificando dicha bolsa con su nombre y apellidos.
- Preparar al paciente antes de su exploración.
- Ayudar a los pacientes en las comidas y administración de medicamentos por vía oral.
- Supervisión y control de boxes.
- Limpieza y reposición del carro de curas.
- Cuidado, limpieza y mantenimiento del material instrumental y aparatos clínicos.
- Ayudar al DUE en la administración de medicamentos.
- Ayudar al DUE en la colocación de sondas: rectales, nasogástricas, de diuresis.
- Tramitar las solicitudes pedidas por los doctores y a su vez por el DUE, de muestras de analíticas de sangre, análisis de orina, cultivos.
- Recogida de muestras de esputos, heces y orina.

2 Objetivos

Describir e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de Urgencias y sus responsabilidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Todas y cada una de las funciones del TCAE en el servicio de urgencias son de gran importancia, ya que es una pieza clave en el equipo para que se desarrolle el trabajo de una manera rápida y eficaz. Hay muchas funciones a destacar, pero entre las más importantes tenemos:

- Hacer los electrocardiogramas.
- Entregar y recoger el material estéril en la central de esterilización.
- Mantener el secreto profesional.

- Colocación de la pulsera identificativa del paciente, mientras permanezca en el centro debe llevarla siempre.

- Reposición y colocación del carro de curas.

El carro de curas es un sistema de transporte de material de curas habitualmente utilizados en las diferentes áreas de especialización. Su importancia en el servicio de urgencias es vital. Principalmente, son de elementos metálicos (acero inoxidable) dotados de dos bandejas, debajo de la superior horizontalmente colocada dos cajones que mezclan acero y plástico para una fácil limpieza y conservación, portando cinco cajones a lo largo de su extensión vertical siendo el último el de mayor volumen. Vienen dotados de ruedas para su fácil movilización y de un departamento para lo sucio. En la parte superior está colocado un contenedor rígido de residuos biológicos para material punzante y cortante, al lado de esto siempre hay que tener antisépticos y sueros fisiológicos junto a gasas y esparadrapos y por supuesto guantes desechables de todas las tallas para la necesidad de cada sanitario. También es importante tener una batea para instrumental de sucio.

La colocación de los cajones suele ser:

- Primer cajón: todo lo relacionado con vías venosas, catéteres de vías centrales, agujas y jeringuillas.
- Segundo cajón: suturas, bisturí, pinzas, estilete, porta agujas,
- Tercer cajón: gasas, apósitos, compresas, guantes estériles.
- Cuarto cajón: apósitos especiales como hidrocoloides y pomadas.
- Quinto cajón: vendas, esparadrapos, malla tubular y paños de campo.

5 Discusión-Conclusión

En cada servicio y especialidad de un hospital el TCAE preparará el carro de curas adaptándolo a las necesidades de cada especialidad. En el servicio de urgencias tiene una gran importancia tenerlo todo colocado y dispuesto para cualquier momento. Su limpieza y desinfección será diaria usando desinfectantes para los plásticos y alcohol para el acero inoxidable. El proceso de reposición del material utilizado, se hará tantas veces como sea necesario para que el servicio esté atendido en cualquier momento, pero normalmente se hace una vez en cada turno laboral (mañana, tarde y noche).

El trabajo del TCAE en el servicio de urgencias es un trabajo totalmente coordinado.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asisten-

ciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. www.educativo.es.
2. portalesmedicos.com.
3. auxiliaresenferm.blogspot.com.
4. revistamédica.com.
5. enfermeríadeurgencias.com.
6. alvadornavarro.net.

Capítulo 234

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

BEATRIZ LOPEZ TORNERO

MARIA AGUDO LOPEZ

MÓNICA ROBLES IGLESIAS

NURIA DE LAS HERAS PAREDES

VERÓNICA GARCÍA LORENZO

1 Introducción

La mala noticia se define como aquella que altera o cambia la perspectiva del paciente y su familia de manera drástica y negativa; causa alteración emocional de forma adversa o grave, y afecta su visión futura. El tema se ha investigado en todo el mundo, su interés aumentó en la década de 1980, debido a problemas como: la protección ante la respuesta agresiva del paciente en función de la seguridad física, reputación y aspectos legales contra el médico; y a causa de que el paciente exige mayor información sobre su enfermedad, debido al fácil acceso a los medios de comunicación. Esto ha generado la realización de manuales, protocolos y cursos; e incluso se han modificado leyes o reglas para dar las malas noticias.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), lo primero que tiene que darse cuenta de que una noticia es mala en función del impacto emocional que causa en el paciente y la actitud que puede desarrollar después al conocer la noticia.

Al comunicar una mala noticia, la subjetividad de cada interlocutor se ve afectada mutuamente. Por un lado, la subjetividad del paciente, con muchas particularidades socioculturales que el sanitario puede no saber. Por ello se recomienda que el profesional centre sus esfuerzos en comprender al paciente lo mejor y de la forma más rápida posible, y adaptar su mensaje a las circunstancias específicas del paciente.

Es frecuente que médicos, pacientes y familiares se introduzcan en la fase terminal mediante una conversación en la que se tiene que informar sobre lo sombrío del diagnóstico o de la ausencia de tratamientos curativos para el proceso que sufre el paciente. Tarde o temprano, al clínico le llega el momento en que se debe dar un diagnóstico de cáncer o explicar al paciente o a su familia que la enfermedad pulmonar o cardíaca que padece no va a mejorar. La experiencia, por la propia naturaleza de la conversación, puede resultar desagradable o estresante tanto para el profesional como para el paciente o sus familiares. Además, si se es poco hábil al informar de las malas noticias, se puede generar un sufrimiento añadido para el paciente o su familia y, como consecuencia, deteriorar la relación posterior con el profesional que dio las malas noticias. Por el contrario, saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional sobre el paciente en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y, al mismo tiempo, afianzar la relación sanitario-paciente.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de dar malas noticias de una forma correcta y recomendaciones a la hora de darlas.
- Saber cuáles son las dos circunstancias en las cuales el profesional de la salud se libera de comunicar noticias.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión ortográfica y bibliográfica basada en una búsqueda activa de literatura científica en las diferentes bases de datos como PubMed, Medline o Google Académico. Así como artículos publicados en diferentes revistas de ámbito científico.

Las palabras clave han sido: funciones TCAE, tareas TCAE, personal de urgencias.

4 Resultados

Una correcta comunicación de una mala noticia consigue que disminuya el impacto emocional sobre el paciente, logrando que vaya asimilando la información paso a paso y enfocando el paso a la adaptación. Además, se llega a una consolidación de la confianza entre el paciente y los familiares con los profesionales sanitarios, en colaboración con la adaptación psicológica del enfermo y su posterior seguimiento (adhesión al tratamiento, consultas de control...). Además de todo esto, disminuye el estrés del profesional que ha de otorgar la información en estas situaciones.

Hay dos circunstancias en las cuales el profesional sanitario no es responsable de dar las malas noticias. Estos casos son los siguientes: uno, en el momento en el que el paciente muestra su deseo expreso de no ser informado de la situación que está viviendo y dos, cuando hay elementos objetivos, como puede ser una necesidad terapéutica, que hacen que la manifestación de esa mala noticia ocasiona un efecto perjudicial para el paciente. Un ejemplo sería, si se está ante un caso de que el paciente refiera antecedentes psiquiátricos.

Los elementos que influyen en el proceso de comunicación de una mala noticia son: la propia enfermedad, el profesional, el paciente y el entorno del paciente o contexto psicosocial.

El equipo de salud, equipo en el que el TCAE es un profesional clave, es el encargado de comunicar las malas noticias, y todo el equipo ha de estar informado y colaborar en función de sus posibilidades para que la transmisión de la información sea lo más adecuada en forma y contexto posible. En primer lugar, la información ha de ser recibida por el propio paciente. Es de vital importancia, por la cultura, en este caso española, que, si el paciente va a ser informado de una mala noticia, el paciente se muestre acompañado de un familiar o una persona de su máxima confianza, con el objetivo de encontrar en él un soporte que funcione como apoyo en ese preciso momento. Generalmente, esta figura suele ser el cuidador principal, que además de estar presente en ese momento, normalmente, se convertirá en un elemento clave para el cuidado futuro del paciente. En cuanto al canal, las malas noticias, siempre y cuando sea posible, se han de dar cara a cara, y conviene, respecto al código, la reflexión previa del profesional antes de proceder a comunicar la mala noticia.

Si algo en todo este ambiente, tiene importancia mayor es el contexto. Con con-

texto se hace referencia al momento y lugar en el que se da la información. Esta se ha de dar en un lugar privado, donde el paciente pueda sentarse y estar acompañado.

5 Discusión-Conclusión

Ser consciente de las consecuencias que va a generar una mala noticia en la persona a la cual se transmite el mensaje dará claves sobre cómo comunicarla. Según diferentes profesionales de la salud, es clave que la persona que va a comunicar una mala noticia haya entrenado su capacidad empática para conectar con el receptor, al cual debe acompañar tanto en el dolor como en el sufrimiento y, de igual forma, es necesario que ese profesional sea capaz de soportar el silencio y potenciar la neutralidad.

Algunas recomendaciones que serán de vital importancia a hora de transmitir una mala noticia son: escuchar con empatía. La expresión mostrada por el profesional debe estar acorde con la información comunicada, tener más paciencia que en otras situaciones comunes. Los pacientes que van a recibir la noticia necesitan tiempo para interiorizar la información, ya que esta va a desencadenar un impacto emocional. No tranquilizar, ni dar seguridades de forma prematura. Facilitar, en todo momento, al paciente que verbalice las dudas que tenga respecto a miedos, culpas y que se desahogue (técnica de vaciado) y, principalmente, no se puede caer en la trampa de preguntas racionales teniendo en cuenta que el paciente no siempre pregunta con el objetivo de obtener información, sino que en ocasiones lo que busca son respuestas emocionales.

6 Bibliografía

1. Ramírez-Ibáñez MT, Ramírez-de la Roche OF. Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. *Aten fam* [Internet]. 2015 [citado el 29 de julio de 2022];22(4):95–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revistaatencion-familiar-223-articulo-como-comunicar-malas-noticias-practicaS14058871163006084>
2. José J, Salvador R. LA COMUNICACIÓN DE LAS MALAS NOTICIAS [Internet]. *Paliativossinfronteras.org*. [citado el 29 de julio de 2022]. Disponible en: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/02-LA-COMUNICACION-DE-LAS-MALAS-NOTICIAS-Rodriguez-Salvador_1.pdf
3. Macías RN. ¿Sabes cómo dar una mala noticia? [Internet]. *La Vanguardia*. 2021 [citado el 29 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/>

<vivo/psicologia/20210916/7720538/como-dar-una-mala-noticia.html>

Capítulo 235

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

BEATRIZ LOPEZ TORNERO

MARIA AGUDO LOPEZ

MÓNICA ROBLES IGLESIAS

NURIA DE LAS HERAS PAREDES

VERÓNICA GARCÍA LORENZO

1 Introducción

En la actualidad, la enfermedad cardiovascular es el grupo de enfermedades con mayor hospitalización y mortalidad en los países desarrollados (Álvarez & Moro, 2011; Barros & Cavalcante, 2017). Aproximadamente 16,7 millones de personas murieron por enfermedades cardiovasculares en el mundo, superando la enfermedad del cáncer (Herrera, 2008). Esto revela la importancia del correcto manejo de los pacientes con estas cardiopatías durante la fase de prevención y rehabilitación (Álvarez & Moro, 2011).

Dentro del departamento de cardiología, los auxiliares de enfermería se enfrentan a diversos desafíos, y es fundamental contar con una gran cantidad de conocimientos y habilidades para brindar una atención de alta calidad a los pacientes con enfermedades cardiovasculares (Barros & Cavalcante, 2017).

En el rol de personal de apoyo como personal de enfermería, Thompson (1982) señaló que deben realizar un seguimiento físico y brindar asistencia a los pa-

cientes durante la mayoría de los pacientes que permanecen en el departamento de cardiología para que se puedan detectar las complicaciones. Bermejo, Dandónis, Alvarez, Barrentxa y Cabezudo (2003) señalaron que los asistentes deben tener las habilidades para manejar eficazmente la ansiedad, la depresión y el estrés en estos pacientes.

Las funciones de un auxiliar de enfermería pueden variar según la enfermedad que se esté tratando. Para los pacientes con enfermedad coronaria, es importante observar, tratar la arritmia y mantener al paciente relajado. Esto significa que los técnicos auxiliares de enfermería (TCAE) deben estar capacitados para cada enfermedad cardiovascular.

En el equipo de enfermería, el conocimiento y la experiencia del cuidado de las enfermedades cardiovasculares son diferentes, mostrando un desempeño inconsistente. Además, el aumento de la carga de trabajo y el cambio de rol de los cuidadores en el departamento cardiovascular han dado como resultado que algunas tareas se prioricen más que otras, por lo que las personas tienen poca comprensión de las funciones que deben realizar.

.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones que realizan los técnicos de auxiliar de Enfermería en la especialidad de cardiología.
- Exponer cuáles son las enfermedades más comunes que pueden encontrarse en este ámbito

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 técnico auxiliar de Enfermería tiene múltiples funciones en el área de cardiología, entre las que cabe destacar las siguientes:

Higiene y aseo del paciente.

Movilización del paciente y cambios posturales si fuese necesario.

Preparación de la cama.

Tener una adecuada ventilación de la habitación.

Facilitar las comidas al paciente.

Facilitar al paciente su estancia durante el ingreso, al igual que a la familia o acompañante.

Apoyar al equipo médico durante las intervenciones.

Todas estas funciones son de gran importancia, puesto que van dirigidos al bienestar del paciente durante su ingreso hospitalario, al igual que la atención a sus familias.

Es muy importante que el auxiliar de Enfermería también observe al paciente para detectar algún cambio que haya de ser notificado con urgencias al equipo médico y su precise de una rápida intervención.

Son múltiples las enfermedades cardiovasculares que afectan a las personas hoy día, las más comunes son:

Insuficiencia cardíaca: desequilibrio entre el bombeo de la sangre y las necesidades.

Hipertensión: estrechamiento de las arterias más pequeñas.

Infarto de miocardio: se produce por la obstrucción de una arteria.

Angina de pecho: falta de flujo sanguíneo en el corazón.

Entre los síntomas que aparecen cuando se sufre alguna patología cardiovascular, se encuentra la falta de aire para respirar, fuerte dolor de pecho, cansancio extremo, debilidad en piernas y brazos.

Es muy importante adoptar una serie de medidas de prevención para disminuir el riesgo de padecer alguna de estas enfermedades, como es la de llevar una vida saludable (dieta equilibrada, realización de ejercicio, control del colesterol y vida activa).

La población más propensa a padecer alguna enfermedad cardíaca es: la población más envejecida, el consumo de tabaco, la diabetes, la obesidad y el estrés; también pueden producirse por antecedentes familiares, puesto que serán más propensos aquellas personas cuyos familiares padecen algún tipo de enfermedad cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones del auxiliar de Enfermería en el área de cardiología, además del cuidado del paciente y sus necesidades, es la de observar cualquier cambio

que pueda padecer el paciente e informar lo más rápido posible al equipo médico. Esta revisión sistemática enfatiza que los auxiliares de enfermería deben desempeñar un papel importante en la atención de los pacientes con enfermedades cardiovasculares como parte de un equipo interdisciplinario. Al controlar los factores de riesgo, Heery et al. (2019) señalaron que el personal de enfermería debe contar con los conocimientos y la práctica más recientes para prevenir las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, son muchos los factores que dificultan el buen desempeño de los enfermeros y auxiliares de enfermería, como la enorme diferencia entre la capacidad de gestión y las experiencias cardiovasculares son la principal causa de muerte en países desarrollados, por lo que se hace imprescindible tener personal especializado en este ámbito. Además, se hace de vital importancia la concienciación de la prevención de dichas enfermedades.

6 Bibliografía

1. Álvarez, J&Moro, O. (2011). Cuidados al paciente con alteraciones cardiacas. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
2. Astin F, Carroll D, De Geest S. & Martensson, J. (2014). Working Group of the Education Committee of the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. Education for nurses working in cardiovascular care: A European survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13, 532–540.
3. Barros, A. & Cavalcante, A. Nursing in cardiology: state of the art and frontiers of knowledge. *Revista Brasileira de Enfermería*, 70(3):451-2.
4. Bermejo, C., Dandonís, R., Álvarez, S., Barrentxa L., & Cabezudo A. (2003). Protocolo de Enfermería en la atención al paciente y familiar al ingreso en la unidad coronaria. *Enfermería en Cardiología*, 30(3), 32-35.
5. Bryar, R., Kendall, S. & Mogotlane S (2011). Reforming Primary Health Care: A Nursing Perspective. Contributing to health care reform, issues and challenges. *International Council of Nurses*

Capítulo 236

INFARTO DE MIOCARDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ELSA GARCÍA RODRÍGUEZ

ANTONIA MAROTO UBEDA

MARÍA TORIBIO CERVANTES

1 Introducción

El infarto de miocardio junto a la angina de pecho, son enfermedades que se producen debido a la arteriosclerosis coronaria. Sin embargo, el infarto surge de manera más repentina cuando se obstruye completamente una de las arterias.

Un infarto es la necrosis o muerte celular en un órgano o una porción de este, debido a la ausencia de riego sanguíneo provocada por una obstrucción o estenosis de una arteria. Cuando este ocurre en el músculo del corazón, se denomina infarto agudo de miocardio.

El infarto agudo de miocardio se produce en los siguientes pasos:

- Estrechamiento de las arterias coronarias
- Hipoxia del miocardio
- Falta de energía para movilizar el músculo
- Necrosis del tejido

Existen diferentes causas que pueden producir el estrechamiento de las arterias coronarias, siendo las más comunes:

- Coágulo sanguíneo

- Aterosclerosis

La aterosclerosis se produce debido a la acumulación de grasas como el colesterol en la pared arterial, por lo que acaba formándose una placa que disminuye o impide el flujo sanguíneo, puesto que la pared se estrecha.

Existen diversas causas que provocan que las arterias se obstruyan, como, por ejemplo:

- Hipertensión

- Niveles elevados de colesterol

- Tabaquismo

- Obesidad

- Falta de ejercicio o sedentarismo

- En edades avanzadas es más probable que ocurra

2 Objetivos

- Exponer el concepto de infarto de miocardio

- Indicar los conocimientos necesarios sobre el tema para el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (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

Los síntomas que pueden indicar que se está produciendo un infarto son:

- Dolor pesado en el centro del pecho que no cambia al moverse ni en reposo, intenso y que puede irradiar a la mandíbula y sobre todo al brazo izquierdo. Pueden aparecer también el sudor, el mareo y frío.

- Puede aparecer también con disnea o desmayo. Se pueden presentar latidos cardiacos anormales, vómitos, dolor en la zona abdominal. Puede aparecer súbitamente o mientras se está ejercitando o realizando algún esfuerzo.

Es importante que el TCAE sepa reconocer los síntomas y signos del infarto, puesto que la rapidez en la actuación determinará qué extensión de tejido cardíaco se necrosará. Cuando las células del miocardio mueren, el daño no es reversible. Este evento es potencialmente mortal.

A veces antes de que se produzca un infarto aparece una angina, lo cual indica la mayoría de ocasiones que se puede producir un infarto agudo de miocardio posteriormente o incluso la muerte súbita.

El tratamiento del infarto se basa en diferentes métodos.

- Cirugía: se puede realizar una angioplastia o cateterismo cardíaco. Este consiste en la colocación de un stent en las paredes obstruidas para permitir que se reestablezca el flujo sanguíneo. Esta colocación se realiza a través de una arteria como, por ejemplo, la arteria femoral, introduciendo un catéter que sirve de canal o vía para que el stent llegue a colocarse. También existe el bypass coronario, el cual se define como la implantación de un puente que permite que se desvíe el flujo sanguíneo del vaso sanguíneo que está obstruido.
- Farmacológico: dependiendo del caso de forma individual el tratamiento será tanto quirúrgico como farmacológico, o solo uno de estos, lo cuál será indicado por el médico. Las estatinas son los fármacos que disminuyen los niveles de colesterol, el ácido acetilsalicílico previene la formación de las placas en las paredes arteriales, los betabloqueantes disminuyen la presión arterial.

5 Discusión-Conclusión

El infarto de miocardio tiene una alta incidencia que puede llegar a ser mortal, sobre todo en personas mayores. Según la Sociedad Española de Cardiología se puede observar un ascenso de la mortalidad en los casos de mayores de 85 años. La incidencia, la tasa de mortalidad y la letalidad hospitalaria aumentan con la edad de forma exponencial. Además, el 75 por ciento de los infartos de miocardio que resultan graves ocurren fuera del hospital. Es importante que el TCAE reconozca los síntomas y signos del infarto para dar el aviso lo más rápido posible y evitar la necrosis de gran parte del tejido.

6 Bibliografía

1. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [actualizado el 1 de julio de 2021; consultado 3 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infarto-miocardio>

2. Fundación Española del Corazón [Internet]. [actualizado el 1 de julio de 2021; consultado 3 octubre 2022]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>
3. Sociedad Española de Cardiología [Internet]. [actualizado el 15 de noviembre de 2018; consultado 3 octubre 2022]. Disponible en: <https://secardiologia.es/blog/rec/10049-incidencia-y-mortalidad-del-infarto-de-miocardio-en-adultos-mayores>

Capítulo 237

MANIOBRA DE HEIMLICH EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: EL PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ELSA GARCÍA RODRÍGUEZ

MARÍA TORIBIO CERVANTES

ANTONIA MAROTO UBEDA

1 Introducción

En numerosas ocasiones es posible que ocurra un atragantamiento por alimentos, siendo la segunda causa de muerte por asfixia. El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería debe estar formado para atender este tipo de emergencias en los pacientes, que pueden resultar en accidentes mortales. Para cuando ocurren estas situaciones, existe la maniobra de Heimlich, que es una técnica que trata de evitar que el cuerpo extraño situado en la faringe, laringe o tráquea, quede en esa posición y bloquee el paso de aire por las vías aéreas, impidiendo la respiración. La técnica varía para niños y lactantes respecto a los adultos, lo cual debe conocer el TCAE. Además, es fundamental que la técnica se lleve a cabo con rapidez, puesto que durante el atragantamiento la persona deja de recibir oxígeno, y si esta situación se alarga alrededor de cuatro minutos comienza a aparecer daño cerebral permanente.

Es importante saber reconocer los signos que indican el atragantamiento, puesto que la persona, aunque al principio se encuentra consciente no se puede comunicar hablando. Estos signos son:

- Tos improductiva o muy débil
- Sibilancias al intentar inhalar aire
- La persona se lleva la mano al cuello como signo de falta de aire
- La piel comienza a volverse azul debido a la falta de oxígeno

2 Objetivos

- Exponer el concepto de la maniobra de Heimlich
- Explicar el protocolo de actuación de la maniobra de Heimlich y cómo se lleva a cabo por el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería

3 Metodología

Tras la revisión de diversas fuentes de literatura científica y la recopilación de la información tras llevar a cabo la investigación correspondiente, se ha realizado el presente capítulo. Las fuentes utilizadas se encuentran revisadas y actualizadas, y son libros de formación y artículos de investigación científica entre otros.

4 Resultados

El TCAE debe conocer esta técnica y saber llevarla a cabo en todo momento y con pacientes de cualquier edad. Para realizar la maniobra de Heimlich se llevan a cabo las siguientes indicaciones, en orden:

- Primero, animar a la persona a toser y darles golpes secos en la espalda hacia arriba, intentando que el objeto salga de esta forma. Se deberá llamar a emergencias si la persona no se encuentra ya en el hospital.
- Si no funciona, rápidamente situarse detrás de la persona rodeándola con los brazos
- Colocación de las manos cerradas en un puño, situando el pulgar hacia dentro de las manos, por debajo del esternón de la persona o por encima del ombligo.
- Una mano agarrará a la otra con forma de puño, realizando fuertes compresiones en dirección hacia arriba y hacia adentro. Con este movimiento lo que se pretende es que se compriman los pulmones gracias al diafragma y que el aire que sale hacia afuera por la fuerza ejercida consiga expulsar el objeto que causa

el atragantamiento. Estas compresiones deben durar hasta que el objeto salga, o en el caso de que la persona quede inconsciente sin pulso comenzar a realizar la reanimación cardiopulmonar.

- En el caso de los lactantes, el profesional que realice la técnica debe encontrarse sentado. Se cogerá al bebé situándolo sobre el antebrazo con una mano, mientras que la mano libre se colocará en la mitad del esternón. El bebé se colocará boca abajo sobre el antebrazo. En este momento se deben dar cinco golpes fuertes y rápidos en la espalda del bebé con la parte inferior de la mano, siendo la dirección del golpe hacia arriba, intentando que el objeto salga disparado.

5 Discusión-Conclusión

La maniobra de Heimlich es una técnica que se realiza en situaciones de atragantamiento, de vital importancia para estas situaciones de emergencia y que la población general debería conocer, siendo de mayor importancia en los profesionales sanitarios, incluyendo al Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería. La correcta realización de esta técnica puede salvar la vida de la persona, puesto que el objeto atascado está obstruyendo la vía aérea y produciendo una falta de oxígeno que puede conducir a la muerte de la persona. Es importante conocer la posición del paciente y las diferencias entre los niños y los adultos a la hora de llevar a cabo esta maniobra.

6 Bibliografía

1. Manual MSD. [Internet]. [consultado 9 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/c%C3%B3mo-hacer-procedimientos-b%C3%A1sicos-de-la-v%C3%ADa-a%C3%A9rea/c%C3%B3mo-hacer-la-maniobra-de-heimlich-en-el-adulto-o-el-ni%C3%B1o-inconsciente>
2. Auxiliar de Enfermería 7ª edición. Edición 2016. Evangelina Pérez de la Plaza.
3. Pérez E, Fernández AM. Auxiliar de enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2009.

Capítulo 238

HEMORRAGIAS: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ELSA GARCÍA RODRÍGUEZ

ANTONIA MAROTO UBEDA

MARÍA TORIBIO CERVANTES

1 Introducción

Una hemorragia es un sangrado o pérdida de sangre que puede clasificarse en externo o interno. Las causas son muy diversas, pueden ser debidas a traumatismos, a lesiones en órganos internos... etcétera. Cuando se produce una herida las plaquetas viajan hasta el tejido dañado para formar un coágulo sanguíneo que impida la salida de sangre excesiva. Sin embargo, hay momentos en los que la hemorragia no puede detenerse por sí misma y habrá que actuar para pararla. También puede ocurrir que el paciente sufra un trastorno de coagulación por el que no se produzcan suficientes plaquetas y sea incapaz de formar el coágulo en la hemorragia.

Es importante que el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería sepa actuar respecto a las hemorragias que se producen, tanto externas como internas. En el

caso de las hemorragias internas notará diferentes signos de los que debe informar rápidamente al médico para que se realice el tratamiento correspondiente. Por ejemplo, puede aparecer falta de aire, pérdida de visión, tos con sangre, midriasis, mareo. En este caso se realizarán pruebas diagnósticas de imagen como el TAC o la resonancia magnética.

Sin embargo, el presente capítulo se centrará en las hemorragias externas y cómo actuar ante estas.

2 Objetivos

- Exponer el concepto de hemorragia
- Explicar los pasos a seguir en caso de hemorragia por el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería

3 Metodología

El método utilizado para realizar este capítulo ha sido una investigación en la cual se han revisado diferentes fuentes de información de contenido científico de actualidad. Estas fuentes son por ejemplo páginas web de publicaciones científicas y artículos de investigación entre otros.

4 Resultados

En las hemorragias externas, se producirán diferentes síntomas. La presión arterial disminuirá debido a la pérdida del volumen sanguíneo, se acelerará el pulso y la frecuencia cardíaca, puesto que al perder sangre el corazón deberá bombear más rápido para que llegue suficiente riego sanguíneo. El paciente estará pálido y puede aparecer confundido o desmayarse.

Una vez se ha producido la hemorragia y se ha detectado, se procederá a colocarse los guantes si hay tiempo, colocar al paciente tumbado y a retirar la ropa en caso de que tenga tapada la zona donde se ha producido el corte. Se utilizarán gasas, compresas o toallas limpias para presionar en el lugar de la herida, no retirándolas o sustituyéndolas por otras sino poniendo más gasas encima en caso de que sea necesario, para evitar romper el tapón de coagulación. Se puede elevar el miembro que se ha lesionado si se trata de una extremidad, para que la sangre no salga a presión.

En el caso de que los pasos anteriores sean insuficientes, se localizará la arteria principal que riega el vaso que ha sido lesionado y en el cual se está produciendo la hemorragia para presionarlo y evitar la salida excesiva de sangre.

La pérdida de sangre definirá si es necesario que el paciente reciba una transfusión. En el caso de que se haya perdido alrededor de un 10 o un 30 por ciento del volumen sanguíneo, el propio organismo puede recuperarse generando el volumen perdido.

En los casos en los que la pérdida haya sido mayor al 30 por ciento y hasta el 60 por ciento, el paciente deberá recibir una transfusión de sangre de forma inmediata para evitar el shock hipovolémico.

Cuando el organismo pierde una cantidad mayor al 60 por ciento de su volumen, supone la muerte.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la gravedad que puede suponer una hemorragia, es importante que los profesionales sanitarios sepan actuar ante esta. El TCAE debe conocer los pasos a seguir en esta situación y aplicar presión en la hemorragia sin romper el coágulo sanguíneo. Una pérdida de más del 60 por ciento del volumen sanguíneo será mortal para el paciente, por lo que presionar la arteria principal que riega la zona en caso de que no hayan funcionado los pasos anteriores será de gran importancia. Solo se debe realizar un torniquete en casos de amputación traumática, miembros catastróficos y hemorragias graves que no se puedan controlar y debe hacerlo un especialista que domine la técnica.

6 Bibliografía

1. Medline Plus [Internet]. [actualizado el 8 de diciembre del 2021; consultado 30 septiembre 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/bleeding.html#:text=El%20sangrado%20o%20hemorragia%20es,un%20corte%20o%20una%20herida>.
2. Revista Médica Ocronos. [actualizado el 5 de septiembre de 2022; consultado 30 septiembre 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/hemorragias-tipos-actuacion-enfermeria/>
3. Urgencias y emergencias. [actualizado el 15 de julio de 2018; consultado 30 septiembre 2022]. Disponible en: [https://www.urgenciasyemergen.com/derribando-mitos-el-torniquete-ya-no-se/#:text=%C2%ABEl%20uso%20de%20torniquetes%](https://www.urgenciasyemergen.com/derribando-mitos-el-torniquete-ya-no-se/#:text=%C2%ABEl%20uso%20de%20torniquetes%20)

20est%C3%A1,presi%C3%B3n%20directa%20o%20vendaje%20compresivo%C2%BB.

Capítulo 239

CONOCIMIENTOS DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) DE LA BRONQUIOLITIS

ROCÍO RAMÍREZ DUEÑAS

ALBA MARIA ZAMORA FERNÁNDEZ

SANDRA CAPITÁN RODRÍGUEZ

ÁNGELA MARÍA MERINO BENITEZ

ELVIRA GARCÍA PRIETO

1 Introducción

La patología de la bronquiolitis es un problema respiratorio. Un TCAE debe saber todo lo relacionado con la oxigenación y sus materiales, y por supuesto la función respiratoria del paciente.

La bronquiolitis es una infección que afecta a los bronquiolos en niños menores de 2 años. La condición siempre es viral.

Puede considerarse una lesión estacional con mayor incidencia entre noviembre y marzo. Esta enfermedad, que afecta a niños menores de 2 años, es la causa más común de infecciones respiratorias en niños menores de 12 meses y la enfermedad con mayor número de hospitalizaciones en niños menores de 6 meses.

Hay muchas personas que confunden la bronquitis con la bronquiolitis, por eso añadimos la diferencia entre ellas. La bronquitis afecta a varias causas infecciosas, la alergia afecta a la "mayor parte" de los bronquios. La bronquiolitis viral a menudo afecta las partes más distantes y pequeñas del árbol bronquial.

Se caracteriza por el hecho de que afecta a los niños pequeños. El tratamiento debe ser individualizado, incluyendo a sus respectivos padres, para evitar estancias hospitalarias prolongadas de los niños.

Por esta razón, un plan estandarizado común ayudará a crear una base y luego se pueden agregar diferentes partes de un plan personal.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas de la bronquiolitis en niños con TCAE.
- Describir qué tipo de inhalador u oxigenoterapia puede ayudar al paciente.

3 Metodología

En nuestra revisión bibliográfica, mediante una búsqueda bibliográfica en Internet, encontramos bases de datos que aparecían en textos que valoraban los beneficios de comprender la bronquiolitis y sus características subyacentes.

Las bases de datos utilizadas fueron las bibliotecas Medline, Scielo y Cochrane. Las palabras utilizadas en DECS son entrenamiento, oxigenación, virus, alimentación.

4 Resultados

Nuestra revisión bibliográfica podría explicar que quisiéramos añadir todos los artículos que ya nos explicaban qué cuidados necesitan los niños con bronquiolitis y qué es lo correcto en TCAE. Los síntomas enseñados y explicados por todos los autores son tos, fiebre, dificultad para respirar, sudoración, etc.

Es necesario controlar los diuréticos y líquidos que el paciente es capaz de tomar alternativamente. Equilibre la ingesta y la eliminación de líquidos cada día. Es importante controlar los signos vitales como fiebre, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación.

Esto puede conducir a la pérdida de apetito y se debe realizar alimentación enteral si la ingesta es baja o nula. Se realiza por DUE utilizando un TCAE colocado en un ambiente estéril con todo el material debidamente preparado.

La alimentación enteral se administrará a través de una bomba ubicada al pie de la cama del paciente. Se planificará y programará una alimentación adecuada según las indicaciones médicas. En cuanto a los inhaladores destinados al tratamiento de la bronquiolitis, se suelen utilizar broncodilatadores.

Los broncodilatadores son medicamentos que a menudo se usan como aerosol para ensanchar las vías respiratorias al relajar los bronquios.

Los más usados son de dos tipos: los adrenérgicos y los anticolinérgicos. Los adrenérgicos son fármacos que producen broncodilatación porque relajan el músculo liso de los bronquios. Según la duración del efecto hablamos de dos tipos, los de acción corta y los de acción prolongada. Son efectivos para ayudar a niños mayores y adultos con asma.

Las complicaciones que podemos notar son el miedo de los padres, la ansiedad del niño por circunstancias desconocidas en las que no puede influir. Esto conduce al llanto y la irritabilidad, lo que complica la situación básica. TCAE Apoyo incondicional a los padres cuando se encuentran en una situación que les puede agobiar y rechazar o sucumbir a lo que les está pasando.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el tema elegido sea comprensible en un lenguaje claro para cualquiera que pueda leerlo. Como escribimos en nuestra bibliografía de resultados, concluimos que la bronquiolitis es una enfermedad respiratoria que puede presentarse desde los primeros meses de vida hasta los 2 años de edad.

En conclusión, es importante ayudar a los padres a entender y afrontar una situación que puede parecer inapropiada, para que no puedan afrontarla con serenidad y desasosonamiento en general.

También confirmamos que el TCAE comprende el inhalador, la oxigenoterapia y por supuesto todo el material necesario para apoyar al paciente durante la estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

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

Capítulo 240

ADMINISTRACION DE UN ENEMA CARMINATIVO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE)

ROCÍO RAMÍREZ DUEÑAS

ALBA MARIA ZAMORA FERNÁNDEZ

SANDRA CAPITÁN RODRÍGUEZ

ÁNGELA MARÍA MERINO BENITEZ

ELVIRA GARCÍA PRIETO

1 Introducción

El enema suele ser administrado por el TCAE a menos que se vaya a utilizar una sonda rectal, que ya debe administrarse por un enfermero (DUE). Un enema es una solución para eliminar las heces acumuladas en el colon, pero existen miles de definiciones.

Un enema o lavado es el proceso de introducir un líquido en el recto y el colon a través del ano. Un enema se puede realizar por razones médicas o higiénicas, con fines de diagnóstico o como parte de una terapia tradicional o alternativa. Existen varios tipos de enemas, cada uno de los cuales cumplirá una función dependiendo de la utilidad que le corresponda.

Los enemas carminativos, de los que hablaremos en este tema, son enemas que se utilizan para favorecer el paso de los gases intestinales. También se llama enema de Harris. Suministra la parte inferior del colon y el recto para aliviar la hinchazón relacionada con los gases.

Pero como ya se mencionó, hay muchos más enemas para limpiar los intestinos o enjuagar. Por ejemplo, un enema de retención: en este tipo de enema, el objetivo principal no es limpiar los intestinos, sino que el paciente debe mantener la solución en los intestinos durante 20 a 30 minutos para lograr la máxima absorción del medicamento administrado. Algunos subtipos de enemas de retención incluyen:

Enema antiséptico: Contiene principios activos que destruyen gérmenes y bacterias.

Enemas emolientes: su finalidad es lubricar y proteger la mucosa intestinal.

Enemas Desparasitantes: Mata ciertos parásitos en los intestinos.

Enema médico: se utiliza para administrar medicamentos.

2 Objetivos

- Conocer la forma de actuar del TCAE en los enemas carminativos en pacientes hospitalizados.
- Describir las posibles complicaciones del tratamiento con enema.

3 Metodología

Durante la revisión bibliográfica, mediante una búsqueda bibliográfica en Internet, encontramos bases de datos en las que aparecían textos que evaluaban los beneficios de la acción de los TCAE ante un enema carminativo.

Las bases de datos utilizadas fueron las bibliotecas Medline, Scielo y Cochrane. Las palabras utilizadas en DECS son enema, oclusión, formación, administración.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica, nos gustaría agregar los artículos que encontramos para saber qué tipo de administración es adecuada para la administración de enemas carminativos. Todos los materiales adecuados, como enemas, ropa, etc., deben estar listos por el gobierno en ese momento.

El TCAE estará equipado con guantes no necesariamente estériles. Es útil informar al paciente sobre lo que debe hacer y colocarlo en decúbito lateral izquierdo. Los caminos están torcidos. Si el paciente es dependiente y no puede hacer esto por sí mismo, se avisará al personal de enfermería para ayudarnos a ubicarlo en esta posición.

Una vez que el paciente esté en esta posición, la tela se colocará debajo del paciente si el paciente no puede sostener el enema todo el tiempo. A medida que surgen complicaciones, el tratamiento es difícil porque el paciente no coopera o está inconsciente.

La perforación intestinal puede ocurrir como una complicación si el enema se administra a través de un tubo rectal. También puede ocurrir que el enema no sea retenido y expulsado durante la administración.

También puede causar como complicación una reacción vagal, que se observa cuando el paciente comienza a sudar, se desmaya, pierde el conocimiento, entra en coma, etc.

Por lo tanto, debe presentarse acostado sobre el lado izquierdo. Dependiendo de la situación clínica, los enemas se pueden realizar 1 o 2 veces (250 ml) al día. Los efectos suelen aparecer unos 5 minutos después de su uso. No debe ser utilizado por pacientes que hayan sufrido un traumatismo abdominal.

Las contraindicaciones generales para la administración de cualquier enema son: Pacientes con lesiones anorrectales (hemorroides, fisuras anales, abscesos, etc.) o intervenciones quirúrgicas recientes en la zona perineal o abdominal y pacientes con cardiopatías. No se recomienda el enema si se sospecha apendicitis, peritonitis o cualquier tipo de patología abdominal.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos demostrado, la actitud ante la administración es importante para evitar todas las complicaciones que puedan surgir durante la administración del enema. Cualquiera que haga esto debe estar familiarizado con la operación y si no, avisar a al profesional que corresponda en cada caso.

Como conclusión, podemos referirnos a que nuestros resultados son claros y precisos para ilustrar todas las complicaciones, incluso problemas, que puede tener el TCAE al realizar dicho enema. Ayudar a otros miembros del equipo de atención médica con la administración de enemas también debe ser un punto central para nosotros que debemos ayudar a enfermería en todo momento.

6 Bibliografía

Rodrigo, L., Teresa, M., Giménez Maroto, A.M. (2001). Métodos y Procedimientos: Sondas rectales. Haz un enema de limpieza. Extracción de tumores fecales. Metas de enfermería, 2001, n° 36, p. 10-14.

Reynaud, P. y Lucrecia, N. (2009). Técnicas de manejo del enema de evacuación del adulto (Tesis de grado). Dorta, C. B. Haz un enema de limpieza. palma, j. P. (1998).

Enema: tipos y técnicas de administración: preparación intestinal para exploración e intervención. En la práctica quirúrgica preclínica (p. 209-217)

Capítulo 241

CUIDADOS DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) A PACIENTES CON OSTOMIA

ROCÍO RAMÍREZ DUEÑAS

ALBA MARIA ZAMORA FERNÁNDEZ

SANDRA CAPITÁN RODRÍGUEZ

ÁNGELA MARÍA MERINO BENITEZ

ELVIRA GARCÍA PRIETO

1 Introducción

Un estoma es un procedimiento quirúrgico para abrir los órganos internos al exterior.

Permite que los residuos se eliminen de una manera diferente a la que se encuentra en la naturaleza. Por lo general, excepto en circunstancias especiales, se realiza un estoma para extirpar el cáncer. Según en qué órgano se encuentre el estoma, se le dará uno u otro nombre; entonces podemos encontrar los términos si es íleon entonces ileostomía y si es colostomía.

También se pueden encontrar otros tipos de estoma, pero en este estudio solo se enfocará el tracto gastrointestinal, o enterostomía. El cáncer de colon afecta principalmente a la zona del colon sigmoide y recto generalmente.

El cáncer de colon y recto comparten varias características comunes. Fundamentos del tratamiento. Por lo tanto, a menudo puede encontrar combinado en una palabra; cáncer colonrectal.

Por ejemplo, al ver su influencia en la colostomía, la forma de pensar del paciente cambia, no quiere irse, se aísla del entorno mas cercano.

Todo ello contribuye a cambios en la imagen corporal, incontinencia y alta necesidad de cuidados del estoma, especialmente en la zona periestomal, para asegurar una buena fijación de la bolsa colectora. Estos son los términos que discutiremos en esta revisión.

2 Objetivos

- Describir todos los cuidados necesarios para mejorar la calidad de vida de los pacientes con un estoma por el TCAE.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica de publicaciones en Internet, lo que nos llevó a bases de datos de texto que nos muestran qué cuidados necesitan los pacientes ostomizados.

Las bases de datos utilizadas fueron las bibliotecas Medline, Scielo y Cochrane. Las palabras utilizadas en DECS son formación, bolsa, colostomía, evacuación.

4 Resultados

Nuestra revisión bibliográfica nos permitió evaluar qué tipo de cuidados requeriría un paciente sometido a un estoma de un TCAE, y con ello mejorar la calidad de vida del paciente. Para realizar la atención necesaria, debe comprender los diversos equipos del paciente en forma de bolsas y colectores.

También debe revisar el estoma en busca de hinchazón o enrojecimiento.

Inicialmente, las placas derivadas de la piel tendrán un círculo en el centro de la placa y, a medida que el estoma se estabilice, el círculo en el centro de la placa cutánea se hará más pequeño.

Las bolsas deben cambiarse antes de que estén llenas para evitar que se rompan y se produzcan fugas fecales. Además, comprueba que la bolsa esté completamente pegada al tablero y evita las burbujas de aire que pueden dificultar el pegado.

Cada vez que se cambia la bolsa, se debe limpiar el estoma con suero fisiológico y secarlo completamente. En algunos casos, incluso se aplica polvo seco alrededor del estoma porque la placa puede causar daños por fricción.

Algunas bolsas también absorben olores para que el paciente pueda llevar una vida normal, salir y socializar. Cuando los pacientes son dados de alta, ya deben saber cambiar bolsas y colectores para que podamos mejorar su calidad de vida fuera del hospital.

Otro aspecto importante y preocupante es a nivel mental, pues de repente te quedas con una bolsa que debes cuidar para que no se rompa, el cuidado de la piel antes es completamente autónomo y no requiere ninguno de los cuidados mencionados arriba.

Muy a menudo, la formación de un estoma puede afectar negativamente a los usuarios y, por lo tanto, cambiar su calidad de vida, provocando cambios en todos los aspectos de sus vidas, desde depresión, ansiedad, problemas sociales y sexuales y más.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es importante para comprender cómo se presenta el material y cómo se debe colocar la bolsa de colostomía. Como se explica en nuestros resultados, es importante que la piel esté seca para que la bolsa se adhiera correctamente a la piel en todo momento de lo contrario se despegara.

Como conclusión, podríamos hacer una observación que los pacientes deben estar informados sobre su cuerpo y salud, cómo colocar placas y bolsas de colostomía en casa y, por supuesto, compasión por el paciente. No se deprima y piense que el mundo se está cayendo a pedazos después de este procedimiento quirúrgico.

6 Bibliografía

- 1- Bonil C. Dos aspectos de la enfermedad. La experiencia humana de una ostomía. *Índice de Enfermería*. 2008. g. 17. 1. lpp: 58–62.
- 2- Simmons K., Smits Dž., Bobs K., Lilss L. Ajuste de colostomía: aceptación del estoma, autoeficacia en el cuidado del estoma y relaciones interpersonales. *Revista de Enfermería Avanzada*. 2007;60(6):627-635.
- 3- Silva A. Shimizu H. Correlación de la red de apoyo al estoma. *Rvdo. bh III* 2007;60(3). 307-311.

Capítulo 242

UN REPASO A LA CADENA DE SUPERVIVENCIA PARA EL T.C.A.E.

GREGORIO LÓPEZ MARTÍN

ROBERTO MOYA GONZÁLEZ

RAÚL GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La parada cardiaca es considerada la primera causa de muerte en los países industrializados. La realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar básica son claves para aumentar la supervivencia de las paradas cardiorrespiratorias, con independencia de su etiología.

Un alto porcentaje de las víctimas de PC presentan Fibrilación Ventricular, entendida como la arritmia caracterizada por una actividad eléctrica caótica, de modo que el corazón pierde su función coordinada y deja de bombear sangre de una manera efectiva. Esta actividad eléctrica desordenada, a medida que pasa el tiempo va transformándose en una asistolia (ausencia de actividad eléctrica en el miocardio).

En la atención a la parada cardiaca hay más posibilidad de resucitación cuando la asistencia se presta en el tiempo en que existe todavía actividad eléctrica en el corazón, de modo que cada minuto que retrasamos la asistencia a una FV disminuye un 10% la supervivencia. Si se realizan maniobras de soporte vital básico hasta la llegada de un desfibrilador, el margen de tiempo para lograr una desfibrilación eficaz aumenta notablemente.

El tiempo de respuesta desde la llamada hasta la llegada del Servicio de Emergencias Médicas es superior a 8 minutos en la mayoría de las comunidades, por lo que las posibilidades de supervivencia de las víctimas de PSC puede doblarse o triplicarse con el inicio precoz de las maniobras de RCP por parte de los testigos del evento.

2 Objetivos

Entre los objetivos de esta publicación destaca la intención de exponer en qué consiste la cadena de supervivencia y de qué pasos consta.

3 Metodología

Para poder elaborar este capítulo se ha realizado una investigación basada en la revisión bibliográfica de distintos recursos científicos existente. Se ha procedido a realizar una búsqueda y se han consultado artículos en las bases de datos de interés, como: PubMed, Medline o Scielo, entre otras, clasificando los artículos científicos con contenidos centrados en el tema de estudio.

4 Resultados

La cadena de supervivencia es una secuencia de actuaciones que realizadas de forma ordenada, consecutiva y en el menor tiempo posible han demostrado ser lo más eficaz para conseguir con éxito revertir una parada cardiorrespiratoria. Consta de cuatro eslabones que, ordenados, son los siguientes:

1- ALERTA DEL SEM

La activación de los servicios de emergencias se realiza a través del número telefónico de emergencias: 112. Si la llamada tiene carácter sanitario se transfiere al Centro Coordinador de Urgencia médicas (CCU). El CCU recibe la llamada y asigna el recurso más apropiado en función de la gravedad y ubicación del suceso y se ordena su movilización. Su objetivo es garantizar la respuesta precisa a la demanda tanto de información sanitaria como de atención médica urgente en cualquier punto. El personal lo constituyen teleoperadores y médicos reguladores con presencia física durante las 24 horas del día y los 365 días del año.

Los medios a movilizar son: UVIs móviles, médicos y enfermeros de Atención Primaria, ambulancias de soporte vital básico, ambulancias convencionales de urgencias

,helicópteros medicalizados...

Para conseguir un acceso precoz a los sistemas de emergencias sería necesario que los ciudadanos estuviesen entrenados en el reconocimiento de situaciones de pérdida de conocimiento u otros signos de alarma como dolor torácico, disnea o pérdida de fuerza en extremidades, y estos signos fuesen comunicados a los centros coordinadores de urgencias, encargados de la rápida movilización de recursos.

2- SOPORTE VITAL BÁSICO: RCP

Comprende un conjunto de maniobras encaminadas a la sustitución de las funciones cardíaca y respiratoria que se pueden llevar a cabo sin necesidad de ningún material y pueden ser realizados por cualquier persona, ya que sólo se precisa saber cómo realizar estas técnicas.

El rápido inicio de dichas maniobras de RCP Básica es un factor crítico para aumentar la supervivencia de las personas que sufren una parada. Es el mejor tratamiento que puede recibir un paciente con parada cardiorrespiratorio hasta la llegada de un desfibrilador.

3- DESFIBRILACIÓN PRECOZ

El acceso rápido a la desfibrilación es un eslabón tan importante como el resto dentro de la cadena de supervivencia. Dado que la mayor parte de las paradas cardiorrespiratorias en adultos son de origen cardíaco y debutan generalmente con Fibrilación Ventricular, el

éxito de la reanimación depende en gran medida de la aplicación precoz de la desfibrilación, ya que cada minuto que retrasamos la desfibrilación a una FV disminuye un 10% la supervivencia.

4- SOPORTE VITAL AVANZADO

Son medidas que requieren equipamiento sanitario, realización de técnicas complejas y administración de fármacos que buscan la estabilización del paciente que ha sufrido una

PCR. Son realizadas por profesionales sanitarios cualificados que cuentan con el equipo y el entrenamiento necesarios para restablecer las funciones vitales.

5 Discusión-Conclusión

Revisada distinta información bibliográfica relacionada con el tema en cuestión, se puede concluir que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, como

personal sanitario, debe conocer el funcionamiento de los servicios de emergencia, así como la importancia de aplicar un protocolo que garantice una mayor probabilidad de supervivencia de los pacientes que sufren un grave problema de salud: la cadena de supervivencia.

Es preciso incidir, además, en que el número de teléfono de emergencias en nuestro país, es el 112, gratuito y accesible durante las 24 horas del día y los 365 días del año.

Y, por último, señalar que todos los eslabones de la cadena de supervivencia son importantes en una emergencia y han de llevarse a cabo de forma ordenada y organizada.

6 Bibliografía

- 1- Guía de Primeros Auxilios (2019). Cruz Roja Española.
- 2- Soporte vital básico y desfibrilación. (2021). IAAP.
- 3- Álvarez Merino, M. (2018). La cadena de supervivencia. ASEMO.

Capítulo 243

URGENCIAS OBSTÉTRICAS EXTRAHOSPITALARIAS

BEATRIZ FERNANDEZ LANZA

1 Introducción

Una urgencia es aquella situación que se inicia rápidamente, pero no bruscamente solo que necesita asistencia rápida, aunque no es inmediata.

Suelen ser situaciones sin riesgo vital inmediato pero pueden llegar a presentarlo en un periodo breve si no se diagnostica precozmente y se trata de la forma correcta, (neumonía, obstrucción intestinal,...)

Y también diferenciamos lo que es una emergencia, la cual es una situación de inicio o aparición bruscamente y esta supone un riesgo vital, pero sí que necesita asistencia inmediata, (neumotórax a tensión, una parada cardiorespiratoria,...)

En el mundo de la Obstetricia la interpretación de estos términos se relativiza en muchos casos, pero aquí no debemos olvidar que nos enfrentamos a dos vidas, una de ellas el (feto) depende de la otra (madre)

Habrán situaciones que en un principio no suponen una urgencia o emergencia para la madre, pero si serán para un correcto desarrollo y incluso la vida del feto. Durante la gestación se produce una serie de cambios anatómicos y fisiológicos en el cuerpo de la mujer cuyo conocimiento va ser importante para poder detectar e interpretar y poder actuar de manera correcta donde las situaciones son posiblemente peligrosas tanto para la mujer como para el feto

2 Objetivos

Mostrar la importancia de:

- Ser capaz de asistir a la paciente embarazada en el servicio de urgencias
- Ser capaz de organizar la logística en un accidente con muchas víctimas
- Ser capaz de asistir al parto en urgencias
- Ser capaz de manejar las situaciones de urgencias en el puerperio

3 Metodología

Para escribir este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica y revisión de artículos y trabajos que tratan el tema sobre las urgencias obstétricas extrahospitalarias procedentes de publicaciones avaladas. Para la búsqueda se han usado términos y palabras como "urgencias obstétricas", "urgencia" o "emergencia"

4 Resultados

El progresivo aumento uterino durante la gestación provocará una serie de cambios en la mujer donde se notará un aumento de volumen abdominal más evidente.

Hasta la semana 12 de gestación el útero es un órgano intrapélvico, pero a partir de ahí empieza a agrandarse hacia la cavidad abdominal, sobre la semana 20 de embarazo es cuando alcanza la altura del ombligo, y alrededor de la semana 36 el margen costal inferior, su altura máxima, desplazando el paquete intestinal hacia el abdomen superior.

El crecimiento uterino tiene varias consecuencias;

- El útero esta cada vez menos protegido por la pelvis
- Las paredes uterinas que son al principio gruesas se van adelgazando progresivamente a la vez que proporcionan menor protección
- Mayor exposición fetal a mayor edad gestacional.

Con el crecimiento del feto también ocurren modificaciones cardiovasculares.

La frecuencia cardíaca se ve incrementada durante el embarazo, llegando a alcanzar entre 15 y 20 latidos mas por minuto en el 3 trimestre, este cambio debe ser tenido en cuenta a la hora de valorar una taquicardia como signo patológico.

En la atención sanitaria que se presta a una paciente gestante, se tendrá en cuenta la posibilidad de que a partir de la segunda mitad del embarazo (semana 20) el gasto cardíaco puede verse reducido por la compresión de la vena cava inferior si se duerme en decúbito supino (boca arriba), se puede evitar durmiendo de lado izquierdo o elevando la cadera con una almohada.

La tensión arterial se suele mantener estable durante el embarazo aunque a partir del 2º trimestre suele experimentar una pequeña caída de 5 a 15mm en la

sistólica como diastólica. También ocurre que hay; MODIFICACIONES HEMÁTICAS, CAMBIOS RESPIRATORIOS, CAMBIOS GASTROINTESTINALES, CAMBIOS URINARIOS Y CAMBIOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

5 Discusión-Conclusión

Las hemorragias obstétricas continúan siendo una causa importante de muerte en la mujer gestante, según datos de la OMS cada día mueren en todo el mundo 830 mujeres por complicaciones en el embarazo o parto. La mayoría de estas muertes maternas son consecuencia de cuadros de hemorragias durante el embarazo, parto o puerperio, un sangrado uterino puede poner en peligro la vida de la madre y del feto. En consecuencia aquella mujer que se encuentre en edad reproductiva y presente sangrado vaginal fuera de lo normal debe ser considerada como gestante hasta que no se demuestre lo contrario, para ello debe hacerse un diagnóstico diferencial con otros procesos relacionados con el tracto urinario, digestivo, infecciones vaginales, pólipos o cánceres cervicales.

6 Bibliografía

1.Serra V, Perales A, Remohí J, Morillas C, Pellicer A, Urgencias en Obstetricia. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2017 MEDICARAMA Cursos para Sanitarios.

Capítulo 244

DELIRIUM EN PACIENTES ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y NO FARMACOLÓGICAS. PAPEL DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

DINA LOPEZ DIAZ

ANA MARIA MENOR DE GASPAR FERNÁNDEZ-ROLDAN

JESÚS ROMERO ROSADO

1 Introducción

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) en ancianos es una patología prevalente y potencialmente grave.

Se caracteriza por una serie de alteraciones:

- Alteración del nivel de conciencia.
- Alteración en la atención con dificultad para centrarla, mantenerla o dirigirla.
- Alteración en las funciones cognitivas: memoria, desorientación (tiempo, espacio, persona), lenguaje, pensamiento (desorganizado), percepción, etc. La alteración de la percepción hace que el paciente pueda malinterpretar la realidad, presentando ilusiones, alucinaciones o miedo e incluso alterando su comportamiento, volviéndose agresivo.
- Inversión ciclo vigilia-sueño.

Estas alteraciones se presentan en un corto periodo de tiempo (horas-días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

Comienzo agudo y curso fluctuante. De duración variable, desde horas hasta semanas.

Es el resultado de la interacción entre un factor predisponente (una demencia), y un factor precipitante (enfermedad médica, uso de fármacos y hospitalización).

El delirium puede confundirse con otros cuadros como:

- Demencia: tiene un curso progresivo y suele ser estable. El nivel de conciencia no suele alterarse, la atención se afecta menos y la desorientación aparece en las fases más tardías.
- Trastorno de ansiedad: se caracteriza por miedo o malestar intensos, de comienzo brusco y que se acompaña de síntomas como sudoración intensa, náuseas, parestesias, disnea, palpitaciones, opresión torácica.
- Depresión: cursa con humor triste, anorexia, fatiga, apatía, insomnio...
- Otros: Esquizofrenia, episodio maníaco...

2 Objetivos

- Conocer las características del delirium (definición, causas, manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial).
- Identificar la labor de TCAE en este proceso, cuidados, prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Usando las palabras clave: anciano, síndrome confusional, delirium, demencia, deterioro cognitivo, trastornos del sueño, prevención y cuidados, se obtiene varios artículos; seleccionando los más relevantes al tema.

4 Resultados

Existen una serie de factores predisponentes al desarrollo de delirium:

- Edad avanzada.

Enfermedad cerebral orgánica previa:

- Deterioro cognitivo.
- Enfermedad vascular.
- Enfermedad de Parkinson.
- Delirium previo.
- Enfermedades graves.

Factores psicosociales:

- Estrés.
- Depresión.
- Escaso apoyo familiar o social.
- Institucionalización.
- Deshidratación o malnutrición.
- Hábitos tóxicos.
- Defectos sensoriales.

Hospitalización:

- Polifarmacia.
- Entorno desconocido.
- Inmovilización.
- Deprivación sensorial.
- Deprivación de sueño.
- Dolor.
- Sondajes vesical o nasogástrico.
- Pruebas diagnósticas.

Existen dos formas de presentación:

- Hiperactivo (15-25 %), se caracteriza por: agitación psicomotriz, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante.
- Hipoactivo (20-25 %): enlentecimiento o inhibición psicomotriz, bradipsiquia, bradilalia, inexpresividad facial, letargia, actitud apática.
- Mixto (30-35 %).

Una vez instaurado el delirium, el tratamiento es menos eficaz. Por ello, prevenir el SCA es la medida más importante para combatirlo, pues reduce el número y duración de los episodios. En ancianos ingresados hasta en el 50%, lo que permite

mejorar el control de los pacientes al reducir la morbilidad y el tiempo de estancia en el hospital.

El tratamiento farmacológico del SCA utilizado como profilaxis no ha mostrado evidencias científicas relevantes, pero sí puede aumentar las complicaciones y los efectos adversos.

Medidas de prevención y de tratamiento no farmacológico:

- Cuidados del paciente: asegurar la vía aérea y la oxigenación, mantener las constantes vitales, evitar vías innecesarias y sondajes, suspender fármacos sospechosos de causar el SCA, movilización precoz, adecuado aporte nutritivo y equilibrio hidroelectrolítico, control analgésico óptimo, evitar el uso de sedantes e hipnóticos (salvo para tratar la abstinencia de alcohol o fármacos), adecuado ritmo sueño-vigilia, ritmo de deposición regular, masaje nocturno, vaso de leche caliente...
- Entorno apropiado: habitación iluminada durante el día, oscuridad en la noche (puede usarse lámpara para disminuir falsas percepciones), reproducir música, eliminar ruidos irritantes (<45 dB durante el día y <20 dB durante la noche), temperatura ambiente entre 21-23 °C, intentar mantenerlo en habitación individual, pero con acompañante permanente para evitar el aislamiento, evitar colocar al paciente junto a pacientes delirantes...
- Reducir desorientación: gafas, audífono, reloj, calendario, objetos personales (fotos, ropa), utilizar la radio o la televisión, hacerle participar en actividades, evitar los cambios de habitación y de acompañantes, informarle con frases cortas y orientadoras sobre su estancia y motivo de ingreso...
- Personas cercanas: trato amable y educado, mantener acompañante permanente, hacer partícipes del tratamiento a los familiares, evitar cambios en el personal que lo atiende...
- Evitar lesiones en el paciente o a terceros: utilizar las barras laterales de la cama, retirar objetos peligrosos... La restricción física solo se indicará cuando peligre la vida del paciente o suponga este un peligro para familiares o personal sanitario o que impida el manejo terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome confusional agudo es una patología altamente prevalente en los pacientes ancianos, asociada a una alta morbilidad.

Existen una serie de factores precipitantes y desencadenantes que son necesarios conocer.

El deterioro cognitivo previo es el factor que más predispone a desarrollar SCA, aunque la presencia de un SCA no implica la existencia de deterioro cognitivo, pero sí una señal de alerta y seguimiento por si estuviéramos ante el inicio de un deterioro cognitivo.

La prevención y la instauración de medidas no farmacológicas es la solución más adecuada, ya que una vez que se instaura es más difícil de controlar.

TCAE juega un papel relevante en estas medidas.

6 Bibliografía

1. Romero L, Martín E, Navarro JL, Luengo C. El paciente anciano: Demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: SEGG. Tratado de Geriátria para residentes. Madrid: IM&C; 2006. p. 33-47.
2. Antón M, Giner A, Villalba E. Delirium o síndrome confusional agudo. En: SEGG. Tratado de Geriátria para residentes. Madrid: IM&C; 2006. p. 189-198.
3. Sassano M. Síndrome confusional agudo (delirium). En: Penny E, Melgar F (editores). Geriátria y Gerontología para el médico internista. Bolivia: La Hoguera; 2012. p. 319-334.
4. Martínez M, Alfonso SA, Juncos G. Síndrome confusional agudo. En: Gil P (coordinador). Manual del residente en Geriátria. Madrid: Grupo ENE Life Oublicidad; 2011. p. 37-47.
5. Petidier R, Martínez N, Alonso J. El anciano con delirium. En: Abizanda P, Rodríguez L (editores). Tratado de Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 507-51.
6. Areosa A, Caballero MA, Petidier R. Trastornos psicoconductuales en el anciano con demencia. En: Abizanda P, Rodríguez L (editores). Tratado de Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 501-506.
7. Carro T, Alfaro A, Boyano I. Trastornos del sueño. En: SEGG. Tratado de Geriátria para residentes. Madrid: IM&C; 2006. p. 265-276.
8. Fernández C, Verduga R, Crespo D. El anciano con depresión y ansiedad. En: Abizanda P, Rodríguez L (editores). Tratado de Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 515-524.

Capítulo 245

INTRODUCCIÓN A LA ACTUACIÓN ANTE LA INTOXICACIÓN AGUDA EN URGENCIAS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROBERTO MOYA GONZÁLEZ

RAÚL GARCÍA FERNÁNDEZ

GREGORIO LÓPEZ MARTÍN

1 Introducción

El acceso de un tóxico al organismo, fruto de una intoxicación aguda, supone una situación que requiere de actuación urgente.

Se puede considerar que un tóxico es aquella sustancia química con capacidad para provocar el fallecimiento o lesiones sobre un individuo.

En la actualidad, se estima que las intoxicaciones agudas supone un serio problema para la salud pública y cuya incidencia varía, en función de factores diversos (nivel de recursos económicos, nivel cultural, zona geográfica...). Si se quieren dar cifras, en torno a un 2-3% de las urgencias atendidas en un hospital pueden tener relación con intoxicaciones agudas.

En las intoxicaciones agudas se puede y debe tener en cuenta una serie de factores como:

- Edad del individuo.
- Finalidad de la intoxicación.
- Tipo de tóxico.
- Etcétera.

A modo introductorio, se puede llevar a cabo una clasificación de las intoxicaciones tomando como punto de partida el tóxico que la causa. El tóxico más frecuente en las intoxicaciones es el alcohol, seguido de los fármacos y de las drogas de abuso (heroína, cocaína...). No se han de olvidar las cifras relacionadas con las intoxicaciones relacionadas con productos de limpieza o similares, por la inhalación de gases, por picaduras y mordeduras de animales, etcétera.

2 Objetivos

Entre los objetivos de esta publicación se pretende:

- Exponer las actuaciones principales del equipo de enfermería ante las intoxicaciones agudas en el servicio de Urgencias

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado unabúsquedasistemática 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 primer paso en la atención de urgencia a una posible intoxicación aguda es la anamnesis, seguida de una exploración física completa y la realización de determinadas pruebas (de laboratorio, de imagen para el diagnóstico...).

La asistencia al paciente dirigida a su pronta recuperación persigue dos premisas, fundamentalmente: a) Preservar las funciones vitales. b) Eliminar o neutralizando el tóxico del organismo (induciendo el vómito, aspirando, haciendo un lavado gástrico, con empleo de catárticos que incrementen el peristaltismo, con carbón

activo, etcétera). En ocasiones, para neutralización del tóxico se requiere administrar un antídoto específico (por ejemplo, en la intoxicación por consumo de benzodicepinas se emplea el Flumazenilo como antídoto).

En la atención al paciente con intoxicación aguda es preciso tratar de concretar la causa de la intoxicación de la manera más real posible. Ello servirá para detectar, por ejemplo, una intoxicación con finalidad suicida y que pueda requerir atención psiquiátrica u, otro tipo (intoxicación con finalidad homicida, intoxicaciones accidentales en el ámbito laboral...), en lo que podrían ser necesarias determinadas actuaciones concretas.

En ocasiones, surge que el paciente no puede informarnos sobre lo que le ocurre (inconscientes, desorientados, niños...), pero es importante considerar que:

En estos casos puede suceder que:

- Los acompañantes o familiares de los pacientes nos pueden aportar información muy útil para el proceso asistencial.
- Además, pese a no tener información alguna, la situación del paciente y la sintomatología que presente puede orientar el diagnóstico y, al personal de enfermería, hacerle sospechar sobre lo que puede estar sucediendo: alteración de la consciencia, compromiso vital sin otra causa que lo justifique (cardíaco y/o respiratorio), acidosis metabólica...

Entre las principales pruebas complementarias que se practican se encuentran: tiras de orina y análisis de orina, análisis de sangre, glucemia capilar, electrocardiograma...

5 Discusión-Conclusión

Las intoxicaciones agudas no suelen asociarse a un alto riesgo de mortalidad siempre y cuando se lleve a cabo una rápida valoración que permita alcanzar un diagnóstico acertado y así, iniciar un tratamiento adecuado para la situación del paciente.

Hoy en día, entre las intoxicaciones agudas, las que se producen por la ingesta de medicamentos (por ejemplo, por benzodicepinas) se han convertido en un reto para la salud pública, especialmente en personas entre los 30 y los 65 años de edad.

Para concluir esta publicación, señalar que el TCAE, enmarcado en un equipo

multidisciplinar, debe conocer el protocolo de actuación en caso de una intoxicación aguda para poder colaborar con el resto de profesionales y así, contribuir a una pronta restauración del estado de salud del individuo.

6 Bibliografía

1. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 33, Nº. 2, 2021, págs. 115-120.
2. Burillo Putze GE. Urgencias hospitalarias por intoxicaciones agudas: estudio multicéntrico nacional. Tesis.bbtck.ull.es [Internet]. Tenerife: Universidad de La Laguna; 2011. Disponible en: <ftp://tesis.bbtck.ull.es/ccppytec/cp611.pdf>.
3. Carrillo Ávila I. Manejo de las intoxicaciones agudas en servicios de urgencias hospitalarios. Repositorio.ual.es [Internet]. España: Universidad de Almería; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/jspui/bitstream/10835/2481/1/Trabajo.pdf>

Capítulo 246

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE URGENCIAS PSQUIÁTRICAS

JESÚS ROMERO ROSADO

ANA MARIA MENOR DE GASPAR FERNÁNDEZ-ROLDAN

DINA LOPEZ DIAZ

1 Introducción

Se puede definir la urgencia psiquiátrica como la perturbación del pensamiento, sentimientos o acciones en las que paciente tiene el riesgo de lesionarse a si mismo o a otros y requiere tratamiento de inmediato.

En ocasiones es el mismo paciente el que personalmente expresa esta necesidad, aunque también la petición de ésta atención puede venir de parte un familiar, quién ha detectado los cambios de conducta.

La entrevista inicial es el primer paso en la evaluación del paciente que va a urgencias psiquiátricas. Si el paciente no colabora, ésta entrevista se les hará a los familiares o acompañantes. Se suelen realizar un examen físico y unas pruebas de toxicología, especialmente si el paciente presenta agitación, comportamiento violento, confusión o anormalidad en los signos vitales. Si el paciente tiene una conducta violenta o está descontrolado se recomienda tranquilizarle mediante antipsicóticos o benzodiacepinas por vía parenteral y después se continuará con

la evaluación . Hay que recordar que durante es importante durante una urgencia psiquiátrica asegurar la seguridad del paciente y acompañantes, incluyendo al personal que lo está atendiendo en ese momento.

Los trastornos psiquiátricos son frecuentes en los pacientes con otras patologías de base , tanto ambulatorios como hospitalizado.

Alrededor de un 5% de las consultas de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, son por causas psiquiátricas.

2 Objetivos

Evitar los problemas derivados de la atención en urgencias psiquiátricas para proteger la integridad tanto del propio paciente como de las personas que en ese momento están a su alrededor.

Entender la diferencia entre el ingreso voluntario y entre el involuntario, las causas y el proceso.

3 Metodología

La confección del actual trabajo, se ha realizado mediante una investigación que consiste en una búsqueda de libros, apuntes personales de oposiciones y páginas webs. Las palabras clave utilizadas son salud mental, psiquiatría, esquizofrenia y enfermo mental. Se han revisado artículos científicos procedentes de conocidas publicaciones académicas.

4 Resultados

Hay una serie de elementos a tener en cuenta ante una urgencia de salud mental:

1 El paciente necesitará un estudio clínico cuidadoso, exámenes y el tratamiento necesario a criterio del psiquiatra.

2 El ambiente humano circundante, que debe evaluarse.

3 El ambiente físico, este se evaluará por el psiquiatra para identificar posible riesgos.

4 El psiquiatra, que como personal cualificado deberá resolver la urgencia con los medios a su alcance.

Una característica necesaria que hay que mantener en la atención de una urgencias la existencia de un clima de seguridad que garantice un entorno tranquilo y

seguro, tanto para el paciente como para los profesionales que le atienden y que van a intervenir en sus cuidados.

Las urgencias psiquiátricas son bastante frecuentes, es uno de los servicios en los que se va generando cada vez más en demanda.

La incidencia entre hombres y mujeres es similar.

Los diagnósticos más frecuentes son trastornos efectivos, y de ansiedad seguidores de esquizofrenia.

En el curso de una entrevista tomará la dirección que la información en el estado del paciente indique para establecer su diagnóstico.

Si la información obtenida del paciente no es creíble hay que obtenerla por parte de los familiares o acompañantes.

Una vez realizada la evaluación se determina si el paciente ingresa o no y se comunicará a sus familiares y el propio paciente las medidas más oportunas a tomar la derivación del paciente a los dispositivos ambulatorios y a las prescripciones terapéuticas.

Si el ingreso es voluntario el paciente debe firmar el consentimiento informado, si por el contrario se trata de un ingreso involuntario, deberá comunicarse al juzgado en las primeras 24 horas.

Una vez que se decide que el paciente ingrese se le lleva a planta donde se hacen cargo el personal de dicha unidad.

Donde se le invita a darse una ducha y cambiar la ropa de calle por un pijama y posteriormente se le asigna habitación y cama

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es el primer contacto que tiene el paciente con las urgencias, por lo que es muy importante recibirle con un trato amable.

El TCAE tiene una gran importancia en el servicio de urgencias psiquiátricas por que la relación que establezca el paciente con él será definitiva y condicionará el grado de confianza que este deposite en el.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener la cualidad de transmitir seguridad al paciente de forma que éste se encuentre bien atendido y que se le respeta su intimidad.

TCAE ha de saber cómo actuar en cada momento sin dudar, debe conocer las técnicas de contención verbal y debe trabajar en constante comunicación con el resto del equipo informando al personal de enfermería de cualquier cambio que observe en el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.google.com/amp/s/www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-un-quiroyano/amp>.
2. <http://es.slideshare.net/mobile/EquipoURG/cuidados-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias>. apuntes Fundaciónfae.

Capítulo 247

EL TCAE EN LA MANIPULACIÓN Y CUIDADOS DE LOS DRENAJES QUIRÚRGICOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA

JESÚS ROMERO ROSADO

ANA MARIA MENOR DE GASPAR FERNÁNDEZ-ROLDAN

DINA LOPEZ DIAZ

1 Introducción

Se define drenaje como “ mecanismo o dispositivo artificial , de mayor o menor complejidad, que se coloca en algún lugar del organismo comunicándolo con el exterior para proteger los tejidos de una colección de líquidos favoreciendo su evacuación.” Mediante los drenajes se puede evacuar ´liquidos normales del organismo, como son orina, sangre o bilis pero también algunos tipos de secreciones patológicas como los exudados o la pus de una herida, un absceso, una víscera o una cavidad natural o quirúrgica.

Son drenajes quirúrgicos, los destinados a las secreciones patológicas utilizados en cualquier procedimiento quirúrgico, ya sea en cirugía mayor o menor (intervenciones quirúrgicas, tratamiento de heridas, abscesos, derrames...) Los drenajes quirúrgicos en general, comunican la parte donde está acumulada la sustancia que hay que expulsar , con el exterior o con un sistema de recogida específico. Estas sustancias se acumulan por distintos motivos, como por ejemplo traumatismos , por una cirugía ...y deben ser eliminadas para evitar infecciones.

Las recomendaciones técnicas exigen que el drenaje quirúrgico no sea lesivo, por ello el material debe ser flexible y plegable. Según las necesidades se eligen modelos laminares o tubulares de mayor o menor consistencia, que estará conectado a un colector que permita medir los exudados. Por otra parte, el material utilizado en drenajes que pudieran ser sometido a vacío, deben ser lo suficientemente consistentes, para evitar un colapso por la aspiración.

2 Objetivos

Promover el proceso de cicatrización

Prevenir la formación y el acúmulo de líquidos o gases en las cavidades orgánicas.

Reducir el riesgo de infección.

Permitir el control exacto del volumen y características del drenado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una búsqueda sistemática de libros, apuntes de oposiciones, páginas web con la palabra clave: drenajes, cirugía, acceso, sangre, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tipos de drenajes Según el tipo de recipiente, la evacuación puede ser pasiva o activa:

Evacuación pasiva.

Se usan sistemas que drenan por capilaridad, por diferencias de presión o por gravedad. Dentro de este grupo se incluyen los siguientes:

Drenaje con gasas: Se utilizan mechas de gasas. Se utiliza este tipo de drenaje en heridas que pueden cicatrizar en falso. Es necesario que la herida esté abierta para poder dejar la gasa dentro, siempre y cuando la gasa no ocluya por completo la herida. Si además se impregnan de algún fármaco, tienen función terapéutica. Penrose. Consiste en un tubo blando, de latex, de una luz, con una banda opaca para poder controlar radiológicamente. Suelen estar fijados a la piel por un punto de sutura, aunque también puede estar suelto. Sirve para drenar líquidos, pero también permite la expulsión de los coágulos. Permite la realización de lavados.

Drenaje en cigarrillo. Este tipo drena por capilaridad. Se rellena un tubo de goma con gasas. El tubo permite que las gasas no se adhieran a los tejidos.

Drenaje Kher. Tubo de goma o silicona en forma de "T". Se emplea para drenar contenido biliar.

Drenaje Silastic: Tubo de silicona perforado transparente. Tiene una versión estriada que se conoce como tejadillo o silastic estriado. Puede desalojar líquidos y sólidos y también se puede realizar lavados a través de él.

Drenaje Axió: es un catéter multiperforado de silicona.

Drenaje Robinson: Se asemeja a una sonda vesical pero no tiene balón.

Drenaje filiforme: Se usan hilos de nylon o de algodón que gracias a su capilaridad drenan heridas pequeñas que no tengan mucho contenido.

Drenaje Cistocath: recibe el nombre de talla vesical. Es utilizado para comunicar la vejiga con el exterior.

Drenaje pleural simple: Indicado para derrames pleurales.

Drenaje abdominal para paracentesis se utiliza para el drenado de líquido ascítico. Se suelen usar catéteres de punción venosa periférica.

Evacuación activa.

Ejercen su función aspirando el contenido. se realiza un vacío gracias a una toma de vacío o mediante la conexión a un recipiente que ejerce una presión negativa o que tenga el vacío hecho.

Sistema Redón: Es un drenaje activo compuesto por un tubo fino de material de plástico con 10 cm de orificios distales por los que drena el líquido. El drenaje va conectado, mediante un tubo de conexión, a un recipiente de evacuación de cristal o de plástico, en el que existe una presión negativa de modo que se produce aspiración de los líquidos acumulados en una cavidad.

Tubo de tórax: Es un sistema de aspiración que sirve para evacuar al exterior el líquido o el aire acumulado, para restaurar la presión del espacio pleural y para reexpandir el pulmón colapsado. Se coloca mediante un catéter de plástico semirígido y radiopaco, que tiene unos orificios en su parte distal para el drenaje. Este catéter se conecta a un sistema de drenaje específico, el Pleur-evac.

5 Discusión-Conclusión

La función del tcae es fundamental en el manejo y conservación de los drenajes y para ellos contribuye con:

- ☒ La limpieza y la desinfección de la zona donde está insertado el drenaje
- ☒ La revisión para detectar la permeabilidad o posible rotura del drenaje.
- ☒ Observar, vaciar y anotar la cantidad de líquido drenado.

☒ Preparar y proporcionar el material correspondiente para la recogida de muestras y envío para analizar en laboratorio.

Los drenajes deben manipularse con la mayor asepsia posible para evitar infecciones. De hecho, cuando se obstruye por cualquier razón, el riesgo de infección aumenta de manera exponencial.

6 Bibliografía

1. apuntes de oposiciones de Fundaciónfae.
2. <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-drenajes/amp/>.
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tcae-insercion-drenaje-toracico-urgencias/>.

Capítulo 248

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE TUBERCULOSO Y SUS RIESGOS

MARIA JESUS LOPEZ CUEVAS

MARIA JOSEFA GARCIA GARCIA

MARIA NAVAS GOMEZ

SHEILA MORA MARTIN AMBROSIO

CRISTINA HERNANDEZ JIMENEZ

1 Introducción

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad de carácter respiratorio, producida por una bacteria , que se propaga y contagia por el aire.

Es una enfermedad muy contagiosa, por lo que desde el primer momento en el que se tenga una mínima sospecha de que el paciente lo pueda tener, es muy importante realizar las pruebas pertinentes para confirmar el diagnóstico. Nunca hay que olvidar que desde el primer momento que se tenga una duda sobre que un paciente puede portar la bacteria causante de la tuberculosis es necesario su aislamiento, para evitar su propagación.

Para determinar un diagnóstico positivo en TBC, es necesario realizar una analítica de sangre de carácter más específico. Y una vez habiendo obtenido el

resultado y siendo este positivo, se debe activar un protocolo de actuación para que tanto el personal sanitario, como el propio paciente como los familiares de este, sepan como actuar y qué medidas se deben tomar para evitar un posible contagio o la propagación de la enfermedad.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, es uno de los profesionales sanitarios, que más contacto y más directo tiene con los pacientes en general, por lo que es muy importante que cumplan de manera tajante los protocolos y las medidas de aislamiento para evitar males mayores.

Habiendo revisado varios artículos y estadísticas, hemos observado, que se estima que la tuberculosis pulmonar afecta a más de un tercio de la población mundial. Siendo los países subdesarrollados donde mayor incidencia hay. Probablemente debido a la situación económica, ya que son países que no cuentan con campañas de prevención como son las vacunas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer mejor en que consiste la enfermedad de la tuberculosis, sus causas y sus consecuencias.

Objetivos secundarios:

- Explicar el protocolo y los cuidados o medidas que debemos adoptar.
- Especificar las tareas que lleva a cabo el T.C.A.E.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo hemos recurrido a la revisión bibliográfica de diferentes artículos, revistas y ponencias que hablan de la tuberculosis pulmonar.

También hemos recurrido a buscadores como Scielo, Google Scholar o Medline para conocer términos como bacteria, fibrosis pulmonar, protocolo de aislamiento, barreras de contacto.

Por último, hemos obtenido datos de la página del gobierno de Castilla la Mancha para verificar la incidencia y según que medidas recomiendan.

4 Resultados

Como hemos visto en el apartado anterior, la tuberculosis pulmonar es una enfermedad contagiosa que afecta principalmente a los pulmones, pero que también puede llegar a atacar a otras partes u órganos del cuerpo, pudiendo convertirse en una afección grave.

Esta enfermedad se contagia a través del aire, por lo que es muy fácil y rápida su propagación.

A priori, no es una enfermedad fácil de diagnosticar, puesto que los primeros síntomas suelen ser tos persistente y fiebre, un cuadro que puede corresponder a infinidad de dolencias.

Con el avance de la enfermedad, ya empiezan a aparecer síntomas más específicos como son expectoraciones con sangre, cansancio extremo, dolor torácico, dificultad respiratoria y pérdida súbita de peso.

El paciente infectado por TBC, que está ingresado en el hospital, debe seguir las siguientes indicaciones o protocolo:

- Aislamiento individual: el paciente es asilado en una habitación, llamada habitación de presión negativa, para evitar la propagación de la enfermedad. Estas habitaciones llevan un circuito de aislamiento y de aire individual, no compartido con el resto del hospital.
- Eliminación adecuada de los residuos que genera. Realizando su recogida en un cubo específico con bolsa roja que posteriormente será quemada y no se trata como el resto de los residuos.
- En cuanto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería se refiere, deberá utilizar los siguientes dispositivos o barreras de aislamiento y seguridad: bata impermeable, desechable, doble guante, gorro desechable, mascarilla FP3, para asegurarnos una completa protección respiratoria.

Es imprescindible que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, cuide extremadamente su higiene, lavándose siempre correctamente las manos, antes de entrar en contacto con el paciente, colocándose el equipo de protección individual y volviéndose a lavar las manos una vez haya finalizado su trabajo.

Cabe resaltar que la mascarilla que se utiliza con este tipo de pacientes NO es reutilizable bajo ningún concepto.

En términos generales, los T.C.A.E., como el resto de profesionales sanitarios, deben tener en cuenta que están tratando con un paciente más vulnerable de lo normal; no solo está enfermo, sino que se encuentra solo, aislado y probablemente asustado ante una situación desconocida. Es por esto que como personal sanitario se debe empatizar con ellos e intentar humanizar más si cabe, el trabajo

y el trato que se les da.

5 Discusión-Conclusión

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad respiratoria que se da en más ocasiones de las que nos pensamos.

A día de hoy tiene tratamiento y no suele presentar mayor complejidad, salvo casos aislados o pacientes con patologías previas que pueden ser más vulnerables. El personal sanitario está muy familiarizado con el paciente aislado y sabe perfectamente como actuar.

Pero sí que es muy importante que intenten ponerse en el lugar de la persona que se encuentra enferma, para poder ofrecerle un trato más humano y normalizando la situación. Si el paciente cuenta con la información real, no le va a generar tanto estrés ni ansiedad la situación y el trabajo será más cómodo y fácil tanto para el enfermo como para el sanitario.

Es tan importante que el personal sanitario conozca a la perfección el protocolo de actuación, como la correcta ejecución del mismo, así nos aseguraremos una asepsia completa y efectiva.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tuberculosis-cuidados-de-enfermeria>.
2. <https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es>.
3. Bases de datos Scielo y Medlineplus.

Capítulo 249

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA

SHEILA MORA MARTIN AMBROSIO

MARIA JOSEFA GARCIA GARCIA

MARIA NAVAS GOMEZ

CRISTINA HERNANDEZ JIMENEZ

MARIA JESUS LOPEZ CUEVAS

1 Introducción

La cardioversión eléctrica programada es el tratamiento que se suele realizar como primera opción para tratar las arritmias cardíacas. Si bien es cierto que no siempre es necesario llevarla a cabo.

Las arritmias cardíacas tienen una gran incidencia hoy en día en nuestra sociedad, pudiendo llegar a provocar secuelas graves si no son tratadas a tiempo y correctamente.

La cardioversión eléctrica programada es el tratamiento que se realiza en muchos casos, por lo que confiere una gran relevancia como tratamiento cardiológico.

Este procedimiento precisa de una técnica que supone muchos riesgos para el paciente, porque es fundamental que el equipo de profesionales sanitarios que

realizan esta técnica esté formado adecuadamente para llevarla a cabo y afrontar de forma satisfactoria las posibles complicaciones que se pudieran presentar.

Es un tratamiento que tiene una probabilidad de éxito en torno al 70 y al 94%, según los diferentes artículos que hemos leído.

La fibrilación auricular (FA), es la arritmia tratada con cardioversión, que con más incidencia se produce, generalmente en personas mayores de 54 años, pero pueden aparecer en gente joven también.

La gravedad y la incidencia de estas arritmias hace de la cardioversión eléctrica programada una técnica fundamental y que requiere un equipo de trabajo bien formado, coordinado entre sí e instruido en su realización.

El personal sanitario del servicio de cardiología debe tener muy claro el procedimiento, así como las funciones de cada uno y por supuesto mantener una buena coordinación a la hora de realizar el trabajo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer en que consiste la técnica de la Cardioversión eléctrica programada.

Objetivos secundarios:

- Saber en qué casos es aconsejable la práctica de este tratamiento y los beneficios y contraindicaciones que puede conllevar su tratamiento.
- Dar a conocer las funciones que tiene el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la realización de esta práctica

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización de este trabajo, hemos realizado una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica que existe relacionada con la cardiología, concretamente con el tratamiento de la cardioversión.

Se han consultado diferentes artículos y publicaciones realizadas en los últimos años sobre la incidencia de las arritmias y el porcentaje que se tratan con este tipo de tratamientos, así como la efectividad del mismo.

Además, se ha realizado diferentes consultas en bases de datos como Scielo o Medline empleando términos como arritmia, cardioversión, unidad de cardiología, unidad coronaria, fibrilación auricular.

4 Resultados

La cardioversión eléctrica programada es una técnica usada para restaurar el ritmo normal del corazón cuando está sufriendo una arritmia cardiaca no autolimitada.

Esta técnica está ampliamente difundida debido a su eficacia y seguridad.

La cardioversión la podríamos definir como una forma de defibrilación, con la particularidad de que el aparato con el que trabajamos incorpora el análisis del ritmo del paciente.

Existen dos tipos de cardioversión eléctrica, dependiendo de la forma en la que se aplique la descarga eléctrica:

- Cardioversión interna o intracardiaca: la electricidad o descarga se realiza de forma directa al corazón, ya sea a través de un dispositivo implantado, un estudio electrofisiológico o durante una cirugía cardiaca.
- Cardioversión externa o transtoracica: la corriente eléctrica es administrada a través del tórax, mediante el uso de palas o electrodos adhesivos. Es el método estándar de cardioversión eléctrica programada.

Para la realización de este tratamiento es de vital importancia que todo el material esté revisado y preparado antes de comenzar. Parte fundamental en este punto es responsabilidad del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

El material que el T.C.A.E. debe revisar y preparar es el siguiente:

- Monitor con esfigmomanómetro, pulsioxímetro y registro cardiaco.
- Electrocardiograma y electros adhesivos o palas de descarga.
- Desfibrilador con modalidad de cardioversión.
- Sistema de aspiración completo.
- Carro de RCP con todo el material necesario por si surgiera alguna complicación.
- Material necesaria para canalizar una vía periférica.
- Medicación para la inducción de sedación al paciente, suele ser Propofol al 1%, Midazolam y Fentanest.
- Mascarilla tipo venturi

Para la ejecución de la cardioversión es necesario explicar bien el procedimiento al paciente, acomodarle e inducirle una sedación corta, mientras se lleva a cabo el procedimiento.

Una vez finalizado, comprobaremos que el paciente se encuentra bien, lo dejaremos que se recupere e incluso hay veces que se les da el alta tras el tratamiento. Tan solo menos de un 5% presenta algún tipo de complicación, por lo que podemos decir que es una técnica con una alta probabilidad de éxito y un riesgo vital mínimo para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La cardioversión eléctrica programada es una técnica compleja que requiere de un aprendizaje y una formación previa por parte de los profesionales sanitarios que se encargan de llevar a cabo esta práctica.

Es muy importante que este tipo de actuación estén perfectamente protocolarizadas para que el procedimiento tenga el éxito que se espera.

Tanto el personal enfermería como los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, deben tener muy claro cuáles son sus funciones a la hora de ejecutar este tratamiento, pero es de suma importancia que entre ellos exista una coordinación absoluta.

Por último, decir que es muy importante transmitirle al paciente un sentimiento de seguridad y confianza en el equipo de profesionales sanitarios que lo van a tratar.

6 Bibliografía

1. Fundacion Española del Corazon (22/07/2019) Tipos de arritmias: <https://fundaciondelcorazon.com>.
2. <https://revistamedica.com/cuidados-de-enfermeria-cardioversion-electrica-programada/amp/>.

Capítulo 250

EL PAPEL DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS TRAS UNA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

MARIA JOSEFA GARCIA GARCIA

MARIA NAVAS GOMEZ

CRISTINA HERNANDEZ JIMENEZ

SHEILA MORA MARTIN AMBROSIO

MARIA JESUS LOPEZ CUEVAS

1 Introducción

La insuficiencia respiratoria es un cuadro complejo que puede darse en multitud de patologías, y consiste en una incapacidad del sistema cardíaco y pulmonar para mantener un intercambio adecuado de oxígeno y dióxido de carbono. Depende de la parte del aparato respiratorio que se vea afectado, puede ser de un tipo u otro, como por ejemplo los problemas en la vía aérea superior producen fundamentalmente trastornos en la permeabilidad, mientras que la vía aérea inferior se altera la ventilación y la perfusión pulmonar.

Dependiendo la edad del niño, las causas más frecuentes que originan la dificultad respiratoria pueden ser las siguientes:

- Menores de 2 años: neumonía, asma, cuerpos extraños, anomalías congénitas de la vía aérea y amigdalitis.

- Mayores de 2 años: asma, neumonía, cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamientos, traumatismos, fibrosis o encefalitis.

La insuficiencia respiratoria se clasifica en 2: la hipoxémica o ventilatoria. La hipoxémica se caracteriza por hiperventilación y se produce cuando las patologías afectan a los alveolos o a los lóbulos pulmonares. La ventilatoria se da por el aumento de la tensión arterial que ejerce el dióxido de carbono, se da en los procesos agudos, en los que aumentan la resistencia de la vía respiratoria y disminuye la elasticidad pulmonar. Se tiene que tener en cuenta una serie de síntomas que tiene los niños cuando se dan este tipo de insuficiencias respiratorias se dividen en 3 grupos:

Iniciales: inquietud, taquipnea, taquicardia, diaforesis.

Descompensación inicial: aleteo nasal, sibilancias, ansiedad, cambios de humor, confusión.

Hipoxia grave: disnea, bradicardia y cianosis.

2 Objetivos

Explicamos de manera detallada cuáles son las funciones del TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) en la unidad de urgencias dentro de una insuficiencia respiratoria en la unidad de pediatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del TCAE en el tratamiento ante la insuficiencia respiratoria es superimportante, ya que se le proporciona al niño un ambiente tranquilo y sin perturbaciones, debemos de tranquilizar al niño a los familiares, ya que con frecuencia los padres entran en un estado de miedo y ansiedad por el pronóstico que le han

diagnosticado a su lactante o niño, durante el ingreso hospitalario debe mostrar signos de cariño para transmitirle una sensación de seguridad y bienestar. Animar a los padres en la asistencia del lactante y aumentar el vínculo familiar, cubrir los cables de monitorización dentro de una manta del lactante, esto hace que se sientan más seguros, hace que aumenten su sensación de confianza de los padres y el evitar que se pongan más nerviosos ante la situación por la que están pasando. Vigilar de manera continua los dispositivos de oxigenoterapia, estén bien colocados, ya que pueden ser retirados con facilidad por el niño. Se deberá de conocer y vigilar el sistema de flujo de oxígeno. Se deberá de vigilar las zonas de presión que puedan ejercer dichos dispositivos de zonas como la nariz, oreja y cara, aliviando las zonas de presión. Se debe de tener buena coordinación y cualquier alteración que noten tendrá que comentarlo a la enfermera responsable del paciente. El papel del TCAE en el tratamiento es importante, ya que es la persona que más tiempo pasa con el paciente seguido de sus familiares. El tratamiento que lleva la insuficiencia respiratoria es farmacología o la oxigenoterapia, que es la técnica terapéutica que administra aire al paciente con una determinada concentración de oxígeno. Aunque esta técnica no está indicada en todas clases de insuficiencia respiratorias, ya que algunas de ellas, podría disminuir más el reflejo respiratorio.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en el servicio de urgencias pediátricas es superimportante, ya que deben de transmitirle confianza y ser amables no solamente con el niño sino también con los padres, ya que por la edad que tienen los niños estos se encuentran más nerviosos. El personal de urgencias está muy bien preparado y se conocen muy bien los protocolos que han de seguir, ya que es un servicio especial. Cada vez hay más niños que entran por urgencias con insuficiencias respiratorias, siendo en invierno y en primavera las estaciones cuándo más visitas de este tipo se realizan, ya que suele ser por problemas asmáticos o por resfriados que se complican y se convierten en bronquitis.

6 Bibliografía

1. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_final.pdf,
2. https://salud.asepeyo.es/wp-content/uploads/2009/06/241_Cuidados_enfermeria_paciente_Urgencias.pdf.

Capítulo 251

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ICTUS

MARIA CLARA MUÑOZ BERNARDO

BEATRIZ FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

El ictus es la causa principal de daño cerebral. Se produce cuando hay una interrupción del flujo sanguíneo en alguna zona del cerebro. Si esto ocurre, provoca la pérdida de alguna capacidad asociada a esta zona donde ha habido una interrupción de dicho flujo sanguíneo.

Se puede decir que existen dos tipos de ictus, el isquémico: en el cual se produce una obstrucción de vasos sanguíneos, lo cual impide el riego de una parte del cerebro, y el hemorrágico: que se produce cuando hay rotura de ramas arteriales con la consiguiente hemorragia cerebral. Este es el más destructivo de los dos.

El ictus, o también llamado accidente cerebrovascular, es una enfermedad que afecta anualmente en España a más de 100.000 personas, según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). En el 90% de los casos se podría evitar la aparición de un ictus con un estilo de vida más saludable y con prevención.

Entre las causas principales del ictus están la edad (hay más probabilidad de sufrirlo entre los 60 y 65 años), el sexo, la genética, la presión sanguínea elevada, fumar, beber alcohol en exceso, presentar una enfermedad cardíaca, entre otros.

Es muy importante que la persona o el entorno conozcan los síntomas asociados con el ictus y sepan detectarlos para poder actuar a tiempo.

2 Objetivos

El TCAE juega un papel muy importante y fundamental en la ayuda de las actividades diarias del paciente, como puede ser a la hora del aseo, de vestirse, ayuda con la movilización, con la alimentación y en cualquier otra necesidad que tenga 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Hay que tratar siempre de mejorar la autoestima del paciente y su calidad de vida, darle fuerza y ánimo para que se implique en su recuperación, tratando de que entienda que esa recuperación es un día a día, poco a poco, que tiene que ser constante y esforzarse en ello, animarlo y motivarlo y tratar de que desarrolle una gran dosis de paciencia para que en ningún momento se desanime.

Después de sufrir un ictus, el paciente puede convivir con secuelas y complicaciones físicas o cognitivas. A pesar de la rehabilitación, no siempre se llega a una recuperación completa y puede quedar una discapacidad secundaria que afecta al movimiento, la coordinación y el control. Los pacientes que han sufrido un ictus pueden experimentar una gran variedad de complicaciones y de limitaciones, que pueden dificultar su recuperación.

Las secuelas más frecuentes son: secuelas físicas (todas las lesiones o complicaciones que afectan al paciente a nivel orgánico), alteraciones en el estado de ánimo que habitualmente se producen en los primeros 3 meses después del ictus, aunque en algunos casos se presenta más tarde, alteraciones cognitivas que se presentan más frecuentemente en forma de demencia, déficits de atención o disminución de la memoria. También hay pacientes que presentan alteraciones

relacionadas con la orientación y también dificultad en la planificación y en la organización de las tareas.

Las recomendaciones y cuidados para los familiares y cuidadores, pueden ser o son comunicación (hablar con naturalidad y utilizando frases cortas sin gritar), movilización (hacer ejercicios recomendados por el fisioterapeuta), sueño y descanso (es recomendable dormir 7 u 8 horas diarias), higiene (promover la colaboración en su higiene personal), indumentaria, barreras arquitectónicas, ocio y actividades recreativas, sexualidad y vuelta al trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El ictus tiene unas consecuencias físicas y emocionales para la persona que lo sufre. La calidad de vida de esa persona va a estar determinada por el grado de afectación neurológica tras el ictus, por la edad del paciente afectado y la presencia de síntomas depresivos en la fase más aguda.

Tras un primer ictus, el 52% de los pacientes puede sufrir la repetición de este accidente en los siguientes 7 días y el 42% en los 30 días siguientes. Existen medidas preventivas para tratar de minimizar este riesgo. Un control adecuado de los factores de riesgo más las recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida puede evitar hasta un 90% de los casos de ictus.

6 Bibliografía

1. <https://stimamayores.es>
<https://neurologia.com>
<https://rithmi.com>
<https://cursosfnn.com>

Capítulo 252

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO: LA DIABETES GESTACIONAL

MELANIA ABAD ORTIZ

MÓNICA FUERTES GARCÍA

MARÍA EUGENIA ALLENDE LOBETO

NURIA FERNANDEZ GARCIA

EVA MARÍA LÓPEZ ALVAREZ

1 Introducción

Durante el embarazo el cuerpo de la mujer experimenta muchos cambios. En ocasiones estos cambios hacen que surjan complicaciones durante el mismo. Una de estas posibles complicaciones es la diabetes gestacional, que como su nombre indica, se trata de un tipo de diabetes que es diagnosticada por primera vez durante la gestación.

Al igual que con otros tipos de diabetes, la diabetes gestacional afecta en la forma en que las células utilizan la glucosa en la sangre.

Las mujeres gestantes deben llevar una serie de controles a lo largo de su embarazo en los que se comprueba, entre otras cosas, que no se haya desarrollado esta patología. Sin embargo, existen una serie de síntomas que debemos conocer que nos indican que se podría estar padeciendo diabetes, en el caso de presentarlos debemos acudir a la mayor brevedad ante los especialistas para que estos puedan diagnosticarnos lo antes posible y así poder indicarnos cuál es el

tratamiento que debemos seguir para intentar controlar estos niveles de glucosa alterados y así evitar que puedan producirse complicaciones derivadas de esta patología que puedan resultar perjudiciales para la salud de la madre gestante o para el feto que se está desarrollando en su interior.

2 Objetivos

- Identificar la sintomatología que se puede presentar cuando sufrimos diabetes gestacional.
- Conocer las recomendaciones y los tratamientos posibles para evitar que surjan complicaciones derivadas de la misma.
- Proveer a la mujer gestante de la información necesaria para controlar su diabetes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores, complicaciones durante el embarazo, diabetes, glucosa, test O'Sullivan, etc., y se han consultado diversas bases de datos de carácter científico, tales como, scielo, pubmed, medline, seleccionando los contenidos que se han considerado más adecuados y actualizados para la realización de esta publicación.

4 Resultados

Entre los síntomas que se pueden presentar, los más frecuentes son el aumento de la sed y la necesidad de miccionar con más frecuencia, síntomas que pueden pasar desapercibidos. Para controlar que no aparezca esta patología, durante la gestación se realizan una serie de exámenes y pruebas médicas, analíticas y pruebas como el denominado test O, Sullivan, que se trata de una prueba en la que la gestante ingiere una cantidad de glucosa mediante un jarabe concentrado y se le realizan varias analíticas para observar los niveles de glucosa en sangre.

Cuando esta prueba sale alterada, se solicitará una nueva prueba en la que se realizará otra ingesta de glucosa y varias analíticas, aunque esta vez de manera más ampliada y durante más tiempo.

En caso de obtener un diagnóstico de diabetes gestacional, se debe proveer a la mujer de las pautas necesarias para su control. Generalmente, mediante una dieta saludable y la realización de ejercicio en la medida posible, podemos llegar

a controlar los niveles de glucosa, aunque en ocasiones es necesario el uso de medicamentos para poder controlarlos.

El riesgo de desarrollar diabetes gestacional está asociado a varios factores que pueden resultar predisponentes como puede ser la obesidad, el sedentarismo, el síndrome de ovarios poliquísticos, antecedentes de familiares directos que la padezcan, haberla desarrollado en un embarazo previo, determinadas razas o etnias, padecer prediabetes, etc.

En los embarazos en los que la madre gestante desarrolla este tipo de patología se realizan generalmente más controles de los habituales. Cuando se obtiene un diagnóstico de diabetes gestacional, la mamá es derivada al endocrino, quien será el encargado de darle las pautas alimenticias adecuadas, explicarle como debe controlarse los niveles de glucosa en sangre diariamente, etc.

5 Discusión-Conclusión

Resulta de vital importancia someterse a todas las pruebas, revisiones, consultas, citas de control, que nos recomiendan los profesionales de la salud durante el embarazo. Ya que cuando se presenta una patología como la diabetes gestacional, ser diagnosticada con la mayor premura posible es indispensable para comenzar a intentar controlar esas alteraciones de la glucosa en sangre que produce, y de esta forma evitar complicaciones derivadas de la misma que puedan afectar a la madre, como presión arterial alta y preeclampsia, parto quirúrgico, riesgo de desarrollar diabetes en el futuro, etc., o que puedan afectar al feto, presentando un elevado peso al nacer, ser prematuro, presentar dificultades respiratorias graves, que presente hipoglucemia, que puedan desarrollar diabetes y obesidad en el futuro e incluso que se produzca su muerte en el útero.

6 Bibliografía

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

Capítulo 253

EL PACIENTE EN URGENCIAS

MILAGROS JASMIN CCOCHACHI BRAVO

BEATRIZ GOMEZ ALONSO

NÉLIDA GARCÍA RODRÍGUEZ

THALIA DEVESA FERNANDEZ

IRMA GARCÍA SAN JUAN

1 Introducción

Los servicios de urgencias son en la mayoría la puerta de entrada al sistema sanitario. A su vez es un servicio receptor de pacientes y proveedor de los mismos a otros niveles asistenciales, ya que desde este servicio de urgencias los pacientes son diagnosticados con diferentes patologías y de acuerdo a ello pueden ser ingresados, derivados a atención primaria, servicios especializados como Uci, Quirófano, Planta Hospitalaria o como muchas veces dados de alta.

Como mencioné antes de acuerdo a ciertos tipos de pacientes quedan en observación 24 o 48 horas para valorar la evolución de dicha patología o dicho diagnóstico dónde el médico lo valora y este mismo decide dónde ubicar al paciente. Diversos autores coinciden en que los servicios de urgencias tienen un alto riesgo de potencial para que se dé incidentes de seguridad, ya que las condiciones de trabajo como la presión asistencial, la falta de coordinación del equipo de trabajo y sobre todo la falta de comunicación o errores son causantes a que desencadene sucesos desfavorables que afectan tanto al paciente como a los trabajadores de los servicios de urgencias.

Los servicios de urgencias han ido introduciendo continuamente herramientas de trabajo y elementos de gestión que han favorecido de manera directa o indirecta a la mejora de la seguridad del paciente.

2 Objetivos

- Identificar los aspectos claves para mejorar la seguridad del paciente en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y verificación en diversas bases de datos como Scielo, Google Académico, Pumbed después de filtrar y valorar estudios relacionados.

También se realizó búsqueda de ciertos artículos con respecto al tema realizado.

4 Resultados

Se incluyen 190 pacientes, de los cuales reingresaron 13. Desde urgencias, 122 asistencias se derivaron a centros de atención intermedia, 71 a hospitalización domiciliaria, 10 al hospital de agudos y un paciente falleció. Los pacientes derivados a atención intermedia eran más complejos, presentaban síndromes geriátricos como motivo de ingreso y diagnóstico de demencia. Los derivados a hospitalización domiciliaria presentaba más enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Los valores medios del índice de Barthel y la polifarmacia, antes del ingreso en urgencias fueron más altos que en el momento del alta del recurso alternativo. La agrupación aproximadamente por áreas asistenciales fue la siguiente: medicina (incluyendo psiquiatría) 3.067 casos (27.4%); cirugía (incluyendo especialidades medicoquirúrgicas [otorrinolaringología, oftalmología]), 2659 casos (23,8%); traumatología, 1874 casos (16,8%); pediatría, 2703 casos (24,2%), y ginecología /obstetricia 885 casos (7.9%).

Se realizaron procedimientos de diagnósticos o terapéuticos y se dedujo que hasta el 50% de los procedimientos realizados corresponden a exploraciones complementarias sencillas y habituales en cualquier servicio de urgencias.

Si la demanda base se incrementa un 10% es necesario utilizar como mínimo 5 médicos, dando como resultado una capacidad utilizada del 82.2% y un tiempo de respuesta de 3 min.; si se incrementa un 20%, la capacidad utilizada será del 89,7%

y cuando se incrementa un 30%, el área de los médicos trabajará a un 97.03% de su capacidad, lo que implica un nivel muy alto de congestión.

Para el escenario de un 40% adicional de la demanda es necesario operar con 6 médicos. Esta capacidad nuevamente soporta un incremento adicional al 50%, sin embargo, nuevamente el nivel de congestión es notablemente alto.

Los resultados del análisis del área de médicos dan la pauta para analizar la operación de los médicos especialistas en su área de trabajo: tiempo invertido para la búsqueda de información, empleo en protocolos y de estudios de tiempos y movimientos para mejorar el proceso, así que como para buscar estrategias de control y administración que sin afectar la prioridad de atención que requiere cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

En el área de Urgencias se ha observado un incremento notable en el número de pacientes a la espera de ser atendidos. Conforme a los resultados, las etapas de ventanilla y triage son etapas que prestan servicio y mantienen una holgura en su capacidad; sin embargo la etapa de los médicos especialistas es el cuello de botella y ha sido sobrepasada por la demanda.

En la mayoría de los pacientes presentan edad avanzada, dificultad, comorbilidad asociada (refiere a dos o más trastornos o enfermedades que le ocurren), que se les derivan a atención intermedia, a hospitalización u hospitalización domiciliaria. La gran parte de ellos son derivados a otros centros para que se hagan carga de ellos y ser tratados como lo merecen.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015
2. https://seguretatdelpacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/professionals/documents/16_emergencias_2012_24_225-233.pdf
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200015
4. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/9403/7021>

Capítulo 254

FALTA DE OXÍGENO EN EL CEREBRO POR NAUFRAGIO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CATALINA LÓPEZ MARTÍNEZ

MAJDA TACHFINE

SAMIRA MIMON MOHAMED

1 Introducción

La disminución del oxígeno disponible para las células del organismo, se denomina hipoxia, produciéndose alteraciones en su normal funcionamiento, al no poder obtener la energía necesaria de los alimentos (carbohidratos, grasas y proteínas).

Si los niveles de oxígeno disminuyen a los 80 o 70, se producirán síntomas graves, incluyendo cambios visuales, mareos, cambios en el estado mental, falta de conciencia, problemas para pensar, y otros. Las saturaciones de oxígeno por debajo de eso durante tiempo prolongado, son mortales.

Los inmigrantes se desplazan en busca de trabajo o de nuevas oportunidades económicas, para reunirse con sus familiares o para estudiar.

Los inmigrantes son personas que trasladan su residencia al interior de un país, entre divisiones territoriales similares. Se refiere a los movimientos migratorios que ocurren al interior de un país, esto es, entre comunas, entre regiones, entre provincias.

Como hemos hecho referencia antes, algunos lo hacen ilegalmente porque no tienen tiempo o dinero para el papeleo, otros lo hacen de manera legal con sus papeles en regla.

En verano es muy continuo ver pateras que buscan entrar en un país, parece que es la forma más rápida, otra como en la valla de Melilla se exponen a saltarla aún sabiendo que puede ser en vano.

2 Objetivos

En este capítulo el objetivo es hablar sobre la falta de oxígeno que sufren personas debido a varias cosas y en el siguiente capítulo por condiciones de la naturaleza.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 helicóptero de la guardia civil ha avistado un grupo de inmigrantes en la costa en un acantilado y se encuentran en una cueva intentando que la mar no llegue a ellos.

Los servicios de emergencia se trasladaron al lugar de los hechos, donde se encuentran los servicios de rescate donde se encuentran preparándose para rescatar a estas personas y con ellos se desplaza un médico.

El médico mediante transmisor nos informa de que algunos inmigrantes sufren de hipoxia y otra hipotermia.

Tras ser rescatados automáticamente, ayudamos al personal de enfermería y de rescate a llevar a estas personas dentro de la ambulancia para su traslado al hospital.

Mientras tanto el personal de enfermería le colocan una vía para comenzar a hidratarlo con un suero, nosotros les colocamos el oxígeno, todo siempre en equipo y bajo supervisión de los enfermeros, para que comience a respirar y le

llegue más oxígeno al cerebro y automáticamente le colocamos una manta térmica para que comience a subir su temperatura.

Una vez que llegamos al hospital ayudamos al personal de urgencias con el paciente donde los enfermeros comienzan su función y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería la nuestra.

Entre ellas les quitan la ropa que a veces es mejor cortarla y colocarle una manta para que entre en calor y si hiciera falta un calefactor como los de quirófano.

Una vez estabilizado, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería le practican un buen aseo, ya que después de tantos días la suciedad les acarrea muchas enfermedades también y finalmente lo desplazan a planta donde permanece ingresado hasta su recuperación.

En planta, el técnico especialista en cuidados auxiliares de enfermería también se encarga de su dieta.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es que hay que tener mucha desesperación para poner la vida en riesgo de esa manera.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería está en todo momento en cualquier contratiempo que pueda surgir y prácticamente una vez ingresados son los que más los tratan.

Por hipoxia entiendo que por falta de alimentos o por condiciones físicas no llega bastante oxígeno a la cabeza y es cuando ya pierdes el control y puede ser mortal si no se trata a tiempo.

Y por inmigración hay mucho por explicar, pero no solo por buscar un futuro mejor puedes poner tu vida en riesgo.

6 Bibliografía

-google académico

Capítulo 255

REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN BEBÉS

SORAYA CORTINA GARCÍA

CLAUDIA MENÉNDEZ PATO

YOANA FUENTE ALONSO

ERIKA ÁLVAREZ ALONSO

DAVID SUÁREZ DEL TORO

1 Introducción

El músculo que actúa como una válvula entre el esófago y el estómago se denomina esfínter esofágico. Para permitir el paso de los alimentos desde el esófago al estómago este debe relajarse y una vez que pase el alimento, este debe permanecer totalmente cerrado para que el contenido del estómago no refluya hacia el esófago y provoque lo que se denomina reflujo gastroesofágico.

En el caso de los bebés que padecen reflujo gastroesofágico este esfínter no está desarrollado o no funciona correctamente, lo que hace que los ácidos del estómago al intentar digerir los alimentos lleguen al esófago y se produzcan regurgitaciones o vómitos.

A medida que el bebé va creciendo y desarrollándose el esfínter puede comenzar a funcionar correctamente y relajarse o cerrarse cuando debe.

Cuando esta afección se prolonga en el tiempo, durante más de doce meses, hablaremos de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Esta complicación causa a los bebés dolor e incomodidad y puede incluso llegar a desarrollar síntomas más severos, lo que en muchas ocasiones hace que el bebé lllore desconsoladamente tras la ingestión de las tomas o durante las mismas, y provoca desasosiego en los mismos y en los padres que no saben lo que le pasa a su hijo y se frustran.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas asociados al padecimiento de esta patología
- Exponer las pautas y tratamientos necesarios para paliar la sintomatología de esta enfermedad.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores reflujo, esófago, estómago, esfínter gastroesofágico, regurgitaciones, vómitos, etc., y se han consultado diversas bases de datos de carácter científico tales como, medline, scielo, pubmed, seleccionando los contenidos que se han considerado más adecuados y actualizados para la realización de este trabajo.

4 Resultados

Debido a la inmadurez de su aparato digestivo los bebés presentar complicaciones a la hora de alimentarse. El reflujo gastroesofágico se trata de una patología muy frecuente entre los mismos. Esta patología suele afectarles sobre todo durante los primeros meses de vida.

Entre los síntomas más característicos que presentan los bebés afectados por reflujo se encuentran los vómitos y las regurgitaciones de la leche ingerida durante su alimentación, y estos suelen ir acompañados de otros como la irritabilidad sobre todo tras la ingesta, arcadas o problemas a la hora de tragar, estornudos frecuentes, tos, ingestas escasas o que se niegue a ingerir alimento, sibilancias o problemas respiratorios tras alimentarse, lloro de manera enérgica durante varias horas diarias sin causa aparente, que arquee la espalda e incline la cabeza hacia atrás cuando coma, cólicos, pérdida de peso, o aumento escaso atendiendo a su edad, etc.

La obtención del diagnóstico se realiza en base a la historia que presente y a los síntomas que este presente. El pediatra debe indicar a la familia las pautas a

seguir antes, durante y después de alimentar al bebé, así como proveerles de la medicación adecuada para paliar la sintomatología si este la precisa.

Los padres suelen acudir al pediatra porque no saben lo que le sucede a su bebé, se sienten agotados y frustrados, ya que este generalmente llora de manera descontrolada habitualmente, no duerme, está irascible, y hace que estos sufran al no saber que le está pasando y como calmarlo.

En muchas ocasiones esta patología se soluciona con la madurez del niño y el comienzo de la introducción alimentos sólidos en su dieta , además de comenzar a alimentarse en posición erguida, lo que favorece que no se produzca el reflujo.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el aparato digestivo del niño se desarrolla y adquiere toda su madurez, mucho de los bebés que se han visto afectados por reflujo durante sus primeros meses de vida dejan de padecer esta patología tan molesta y dolorosa.

Cuando esto no se soluciona, en los casos más graves se deberá someter al niño a una cirugía para intentar solucionarlo, como en el caso de presentar problemas físicos y respiratorios que revistan de una mayor gravedad. Aunque generalmente siguiendo las pautas recomendadas por los pediatras a la hora de alimentar al bebé y utilizando la medicación necesaria para paliar los síntomas estos lo superan sin mayores complicaciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 256

LA TRAQUEOTOMÍA, REALIZACIÓN Y CUIDADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA JOSE LOPEZ TRIGUERO

MÓNICA CAMPOS ALMODOVAR

NATALIA SHUDRAVA PYLYPCHUK

1 Introducción

La traqueotomía es una abertura creada artificialmente a través de una cirugía, que consiste en la creación de una vía aérea para que el paciente pueda respirar. En estos casos el enfermo suele tener la vía bloqueada o tiene que estar conectado de forma permanente a ventilación. Es frecuente que en los pacientes con enfermedades graves se realice esta intervención.

La traqueotomía contiene un tubo de diferentes materiales que comunican el exterior del cuerpo con la tráquea. Se componen de tres partes que son la cánula externa, la cánula interna y el obturador. La traqueostomía permite que se ventile de forma artificial y también que se aspiren las secreciones.

En urgencias a veces es necesario en caso de una pulmonía, un accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco. En estos casos se espera que la traqueostomía sea de carácter temporal.

No siempre es necesario que la cirugía se realice en un quirófano, en situaciones de emergencia a menudo se hace directamente en la cama del paciente.

Es por ello que el TCAE debe conocer el fundamento de esta intervención y sus cuidados, puesto que colaborará con el enfermero o enfermera en las curas y cuidado del paciente realizando diversas funciones que se desarrollan a continuación.

2 Objetivos

- Exponer lo más destacado de la traqueotomía y su realización
- Abordar las funciones del equipo de enfermería en el cuidado de la traqueotomía y el papel del TCAE

3 Metodología

Para la presentación del capítulo presente sobre el tema “la traqueotomía” se han revisado diferentes artículos científicos y libros de formación sanitaria, en concreto sobre el enfoque de la enfermería. La información recogida en este capítulo es de actualidad, menor a 5 años desde su revisión.

4 Resultados

El TCAE participa en la cirugía de la traqueostomía realizando las siguientes funciones:

- Preparación del material: guantes, gorro, bata, calzas y paños estériles, antisépticos como la clorhexidina, suero fisiológico, gasas, bisturí, apósito, cánulas y set de traqueotomía.
- Revisión del respirador y el sistema de aspiración
- Asistir a los diversos profesionales que necesiten ponerse el EPI estéril
- Limpiar el estoma bajo revisión

Tras su realización, se aseará al paciente de forma diaria y se realizarán los cuidados que sean necesarios.

La cura de la traqueostomía recién realizada será con suero y clorhexidina con materiales estériles. Si es necesario se realizará el aspirado, con la asistencia del TCAE, que de nuevo preparará el material necesario y asistirá al enfermero o enfermera en lo que necesite.

El TCAE recogerá el material una vez acabado el proceso utilizando los contenedores correspondientes para desechos.

En cuanto a la limpieza de la cánula, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será quien prepare el material (jabón de clorhexidina, cepillo, agua estéril y gasas) y realizará la limpieza. La cánula debe estar seca para poder ponerla de nuevo. La limpieza de la traqueostomía se realizará dos veces de forma diaria como mínimo. Es posible que la cánula requiera ser cambiada cuando se estropee. Es importante evitar las posibles complicaciones de la traqueotomía en la medida de lo posible, sobre todo la infección, puesto que puede llegar a derivar en una pulmonía en casos graves. Si la traqueotomía está bien realizada y cuidada ayuda al paciente a respirar y en casos necesarios previene otras complicaciones. Es importante que la vía no se desplace ni se forme alguna cicatrización anómala en la tráquea que pueda estrechar la abertura u obstruirla.

5 Discusión-Conclusión

La traqueostomía es una intervención realizada de forma habitual en pacientes con patologías graves o en urgencias tras un accidente cardíaco o cerebrovascular. El TCAE es un profesional indispensable en el tratamiento, curación y mantenimiento de la traqueostomía, puesto que dispensa el material necesario, realiza las limpiezas y la curación y colabora en el aspirado de secreciones. Es importante conocer el material estéril necesario para evitar infecciones como la pulmonía y otras complicaciones posteriores de esta intervención. Por ello se limpiará la abertura de forma diaria en varias ocasiones y se revisará su estado, el estado de la cánula y su recambio.

6 Bibliografía

1. Mayo Clinic. [Internet]. [actualizado el 12 de diciembre de 2021; consultado 3 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/tracheostomy/about/pac-20384673>
2. American Cancer Society. [Internet]. [actualizado el 16 de octubre de 2019; consultado 4 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/traqueotomia/que-es-una-traqueotomia.html#:text=Una%20traqueostom%C3%ADa%20es%20una%20abertura,obstrucci%C3%B3n%20que%20afecta%20su%20respiraci%C3%B3n.>
3. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. [actualizado el 30 de septiembre de 2022; consultado 2 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.revistasanitaria.org/>

[//revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-a-pacientes-traqueostomizados-en-uci-la-funcion-del-tcae/](http://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-a-pacientes-traqueostomizados-en-uci-la-funcion-del-tcae/)

Capítulo 257

SONDAJE VESICAL EN EL PACIENTE Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA JOSE LOPEZ TRIGUERO

NATALIA SHUDRAVA PYLYPCHUK

MÓNICA CAMPOS ALMODOVAR

1 Introducción

La sonda vesical es introducida en el cuerpo desde la uretra hasta la vejiga. Tiene como objetivo recoger la orina. Este tipo de sonda se utiliza frecuentemente. Existen sondas de diferentes tipos y materiales, dependiendo de lo que se necesite. La más común es la sonda Foley, que es una sonda permanente.

Las sondas vesicales se usan en casos de:

- Incontinencia urinaria
- Incapacidad del paciente de vaciar la vejiga de forma normal
- Tras algunas cirugías
- Afecciones que impiden al paciente ser capaz de orinar con normalidad, como, por ejemplo, esclerosis múltiple, demencia, etcétera.

Las sondas pueden ser permanentes o intermitentes. En el caso de las sondas intermitentes pueden utilizarse para drenar la vejiga en un momento dado y luego retirarla. En cambio, con las sondas permanentes se utiliza por un periodo indeterminado de tiempo. La mayoría de las veces la sonda se introduce por la uretra,

pero también se puede realizar una abertura en el abdomen para introducirla. La sonda tendrá un globo al final, que se inflará cuando esté situada en la vejiga y que sirve para mantener la sonda en su sitio y evitar que salga.

El TCAE tiene una serie de funciones relacionadas con el sondaje vesical que se desarrollan en el presente capítulo.

2 Objetivos

- Exponer los aspectos más destacados del sondaje vesical y su realización
- Abordar las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y el cuidado del paciente

3 Metodología

El capítulo actual se ha realizado tras una investigación sobre el tema expuesto. Este tema ha sido investigado mediante la revisión de diversos artículos científicos y libros de formación en enfermería. Las fuentes consultadas tienen información revisada y de actualidad, es decir, ningún artículo tiene más de 5 años de antigüedad.

4 Resultados

El TCAE es el profesional encargado de preparar el material necesario para el enfermero o enfermera que vaya a introducir la sonda vesical.

- Será necesario tanto guantes, como paños estériles, la sonda y la bolsa recolectora, suero fisiológico, jeringas y esparadrapos, antisépticos, agua y jabón.

La sonda será del tipo que se requiera, existiendo diferentes:

- Foley: contiene tres vías y es flexible.
- Robinson: es semirrígida a diferencia de la anterior.

En caso de que la uretra esté dañada o haya variaciones anatómicas del tracto urinario, es posible que la sonda no pueda utilizarse.

Previamente a la colocación el TCAE limpiará al paciente y la zona de inserción de la sonda. Es importante explicarle al paciente el procedimiento.

- El lavado de manos se realizará y se utilizarán guantes, colocando la cortina o el biombo en la habitación donde se encuentre el paciente para mantener su privacidad en el caso de que comparta habitación.

- Se realizará el lavado utilizando agua, jabón y el suero fisiológico. Es importante que la zona esté seca.
- Aparte de estas funciones, el TCAE asistirá al enfermero o enfermera en lo que necesite mientras se coloca la sonda.
- Tras terminar el proceso el TCAE recogerá el material, eliminando los desechos en el contenedor correspondiente.

Existen complicaciones que pueden ocurrir en el sondaje vesical.

- Puede producirse una infección de las vías urinarias que llegue a septicemia en casos graves
- Se puede dañar la uretra

El uso de la sonda por un periodo largo de tiempo tiene otras complicaciones como cáncer vesical, aunque no es habitual puesto que se trata de pacientes que llevan la sonda un tiempo muy prolongado.

Además, el TCAE se encargará del lavado y cuidado de la sonda, alertando al equipo de enfermería si detecta alguna anomalía.

5 Discusión-Conclusión

El sondaje vesical es un procedimiento muy habitual en los pacientes que se encuentran en el hospital y en pacientes que tienen dificultades de distinto tipo y que les impide que su vejiga funcione con normalidad. El TCAE tiene un papel fundamental en el sondaje, por ser la persona que prepara todo el material, prepara al paciente previamente al sondaje, asiste al enfermero o enfermera y se encarga de su limpieza. La sonda vesical puede llegar a ser incómoda para el paciente y el TCAE hará lo posible para mejorar su calidad de vida, vigilando que no se produzcan complicaciones en todo momento.

6 Bibliografía

1. Medline Plus. Bolsa de drenaje de orina. [Internet]. [actualizado el 1 de octubre de 2021; consultado 5 octubre 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000142.htm>
2. Medline Plus. Sondas Vesicales. [Internet]. [actualizado el 1 de octubre de 2021; consultado 5 octubre 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>
3. Revista Médica. [Internet]. [actualizado el 26 de diciembre de 2021; consultado 6 octubre 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion->

tcae-sondaje-vesical/#::text=El%20sondaje%20vesical%20es%20una,forma%
20temporal%2C%20permanente%20o%20intermitente.

Capítulo 258

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES TERMINALES PEDIÁTRICOS

MARIA CORTES LORENZO GONZALEZ

MARIA SOL GONZÁLEZ GÓMEZ

ANGELICA GUEVARA VILLANUEVA

MARIA DOLORES ROMERO DE LA CASA

MANUELA GARRIDO MOYA

1 Introducción

En el grupo de edad neonatal (0-28 días de vida), las causas más frecuentes de muerte son susceptibles de CPP ya que son ciertas afecciones que se originan en el período perinatal y por alguna malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Entre los 2 y 12 meses, las causas más frecuentes de muerte son susceptibles de CPP como son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y ciertas afecciones originadas en el período perinatal (y enfermedades del sistema nervioso. Entre los 2 a los 19 años de vida las causas más frecuentes de muerte susceptibles de CPP son los tumores, enfermedades del sistema nervioso (y Malformaciones congénitas, deformidades. Los procesos malignos y los accidentes y malformaciones genéticas en la actualidad llegan a constituir una de las causas más frecuente de muerte en la infancia. Tanto por el tipo de enfermedad como por el tipo de tratamiento, que

llega a provocar provoca una serie de consecuencias sobre las que los enfermeros/as debe saber actuar, el paciente pediátrico por ser un niño no se deja de ver sometido a problemas de salud y tratamientos específicos que afectan de una manera u otra a la satisfacción de sus necesidades vitales básica y es ahí donde el auxiliar de enfermería tiene un papel de vital importancia en la atención antes estos pacientes.

Entre las patologías oncológicas más frecuentes en la infancia podemos nos encontramos las siguientes:

- Tumores óseos.
- Linfomas malignos.
- Leucemias agudas.
- Retinoblastomas.
- Tumor de wilms.
- Neuroblastomas.
- Tumores del SNC.
- Rabdomiosarcomas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son exponer las características y necesidades de los cuidados paliativos en pediatría y la actuación del Auxiliar de Enfermería en el cuidado y atención a estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los objetivos que tiene seguir un auxiliar de enfermería (TCAE) ante este tipo de pacientes, deben ser dirigidos a la atención de las siguientes necesidades:

- Conservar los hábitos normales de eliminación urinaria e intestinal y controlar sus hábitos de eliminación: respetará la intimidad del niño durante la eliminación y le permitirá seguir sus costumbres habituales controlando siempre la cantidad,

frecuencia y características de la orina y las deposiciones y enseñará a los padres a tratar el estreñimiento y la diarrea mediante la dieta y la medicación. Le ofrecerá al niño un ambiente relajado permitiendo que el niño exprese sus sentimientos, cambiándolo tantas veces como sea necesario y adoptando siempre una actitud positiva.

- Evitar las arrugas de la cama y la humedad para mantener la integridad cutánea y vigilará la caída del pelo del niño, informando al mismo y a los familiares.
- Cuidar la presentación de la comida para que esta atractiva para el niño, procurando ofrecerle sus alimentos favoritos.
- Conseguir que el niño demuestre una buena autoestima y una actitud positiva ante la hospitalización.
- Procurar que el niño realice el mayor ejercicio físico dentro de sus posibilidades. vestirse y desvestirse, etc.
- Conseguir un nivel óptimo de nutrición.
- Mantener los signos vitales dentro de la normalidad: mantendrá la habitación en una temperatura adecuada para conseguir una correcta temperatura corporal, así como el baño. Evitará tomar la temperatura rectal para no producir hemorragias.
- Mantener su patrón habitual de sueño.
- No permitirá que el niño tenga contacto con otras personas enfermas o ambientes cerrados. Vigilar posibles puntos de hemorragia e informar al médico en el caso de que aparezca fiebre o cualquier tipo de infección vírica propia de la infancia.
- Mantener normas de higiene adecuadas y el buen estado de la piel.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería ante la delicada situación de estos pacientes terminales pediátricos, tiene que mostrar empatía, sensibilidad y profesionalidad y además debe de procurarles a los niños todos los cuidados necesarios físicos, es muy importante la atención de los aspectos psicológicos tanto del niño como de su familia.

En caso de que los padres tengan más hijos, el auxiliar de enfermería debe procurar y animar a que no descuiden el cuidado de los mismos en su casa, con la demostración de que el niño recibe una completa atención en el hospital y no se sientan así culpables por dejarle unos momentos solo.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. Pubmed.
3. www.scielo.org.

Capítulo 259

LA OXIGENOTERAPIA EN EL PACIENTE Y LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA JOSE LOPEZ TRIGUERO

MÓNICA CAMPOS ALMODOVAR

NATALIA SHUDRAVA PYLYPCHUK

1 Introducción

La oxigenoterapia es el procedimiento por el cual el paciente recibe oxígeno para aumentar la concentración de este en sangre. Para detectar los niveles de oxígeno puede que el paciente se someta a una gasometría. Una gasometría arterial consiste en la recogida de sangre de una arteria (a veces se puede realizar una gasometría venosa) para medir el oxígeno y dióxido de carbono que se encuentra en la sangre.

El oxígeno que se suministra es una mezcla de diferentes gases, puesto que el oxígeno puro está desaconsejado por producir daño en el pulmón si se consume de forma reiterada. Dependiendo de cómo se suministre el oxígeno, estará en una mezcla con otros gases de forma mayor o menor.

Existen diversos motivos por los que se recomienda la oxigenoterapia. La mayoría de los casos se trata de insuficiencia respiratoria por EPOC (enfermedad

pulmonar obstructiva crónica), por lesiones en el sistema nervioso que llegan a afectar al centro que regula la respiración, por otras alteraciones en el transporte de gases, etcétera.

Existen diferentes formas de que el paciente reciba el oxígeno. Por ejemplo, en el caso de las balas de oxígeno, se usan sobre todo cuando el paciente tiene que trasladarse o incluso para usarlo cuando no se encuentra en el hospital.

2 Objetivos

- Exposición de la oxigenoterapia y sus indicaciones en el paciente.
- Conocimientos necesarios para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Cuando el paciente está ingresado y se encuentra en su habitación, lo más habitual es que reciba el oxígeno mediante la toma que hay en todas las habitaciones que se comunica con las tuberías del hospital. Junto con la bombona de oxígeno tendremos el manómetro de presión, que nos servirá para asegurarnos de que el oxígeno sale, puesto que la presión tiene que ser superior a la presión de la atmósfera. Habrá una toma de conexión.

El humidificador será una parte importante cuando el paciente recibe el oxígeno usando gafas nasales o mascarillas de oxígeno, porque el oxígeno deshidrata y deseca la mucosa de los pacientes.

Existen diferentes tipos de administración, entre las cuales se encuentran:

- Catéter nasal. Esta sonda entra a nivel nasal y sigue por la faringe. La coloca el enfermero o la enfermera, mientras que el TCAE asiste y colabora con él proporcionándole el material que necesita.

- Gafas nasales: este sistema resulta cómodo para el paciente porque puede realizar las funciones diarias sin tener que quitarse el oxígeno, a diferencia del uso de la mascarilla. Sin embargo, este método solo pueden utilizarlo los pacientes que tengan que recibir menos de tres litros de oxígeno por minuto.
 - Mascarilla con bolsa de reservorio.
 - Mascarilla para nebulización.
 - Mascarilla de traqueotomía: esta mascarilla está especializada para los pacientes que tienen realizada una traqueotomía.
 - Campana de oxígeno: este método es utilizado en neonatos o bebés que tienen que recibir más oxígeno.
 - Sistema de insuflación manual.
 - Ventilación mecánica: la enfermera o enfermero llevará a cabo la gestión de los ventiladores, utilizándose sobre todo cuando hay una insuficiencia respiratoria aguda o cuando se necesite intubación endotraqueal.
- Es importante que el TCAE conozca los aparatos y sistemas utilizados en la oxigenoterapia, puesto que asistirá en el uso de los equipos, colocándolo donde se necesite y colaborando con el enfermero o enfermera.

5 Discusión-Conclusión

La oxigenoterapia es una de las herramientas más importantes utilizadas en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria. Es fundamental su uso para reducir el riesgo de hipoxemia, el tratamiento de la hipertensión pulmonar y la reducción del trabajo que realiza el sistema respiratorio y el miocardio. El TCAE debe conocer su fundamento y cómo se utiliza en pacientes, puesto que en numerosas ocasiones será utilizada en las diferentes áreas del centro sanitario. La hipoxia tiene consecuencias a nivel celular y tisular que pueden llegar a ser irreversibles, además el uso de la oxigenoterapia mejora la calidad de vida de los pacientes con determinadas patologías crónicas.

6 Bibliografía

1. Medline Plus. Gasometría Arterial. [Internet]. [actualizado el 8 de marzo de 2020; consultado 6 octubre 2022]. Disponible en: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm#:text=Es%20una%20medici%C3%B3n%20de%20la,\(pH\)%20de%20la%20sangre](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm#:text=Es%20una%20medici%C3%B3n%20de%20la,(pH)%20de%20la%20sangre).
2. Revista Médica Ocronos. [Internet]. [actualizado el 28 de enero de 2022; consultado 5 octubre 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/oxigenoterapia->

caracteristicas-modos-administracion/.

Capítulo 260

LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. INTRODUCCIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RAÚL GARCÍA FERNÁNDEZ

GREGORIO LÓPEZ MARTÍN

ROBERTO MOYA GONZÁLEZ

1 Introducción

La evaluación inicial de un accidentado consiste en realizar una valoración global de su estado. El objetivo es determinar el alcance de las lesiones para así poder establecer las prioridades de actuación y adoptar las medidas necesarias en cada caso, algo aún más necesario si existen múltiples víctimas (traje).

El término triaje tiene su origen en Francia y consiste en priorizar o seleccionar. La historia lo relaciona con los conflictos bélicos de las guerras napoleónicas y, a partir de ese momento, el triaje ha adquirido gran importancia en el terreno de las urgencias y las emergencias médicas, adaptándose e integrándose perfectamente tanto en urgencias hospitalarias como extrahospitalarias.

En los últimos años, la alta demanda de asistencia sanitaria obliga a protocolizar

y priorizar las asistencias sanitarias en base a criterios clínicos y, por ese motivo, el triaje está tan extendido.

Un ejemplo de triaje es el que permite distinguir entre: prioridad inmediata, secundaria, postergada y última prioridad.

- Prioridad inmediata: problemas cardíacos y/o respiratorios, hemorragias severas, inconsciencia, shock, heridas torácicas y/o abdominales profundas, quemaduras en el aparato respiratorio, lesiones graves del aparato locomotor...
- Prioridad secundaria: hemorragias moderadas, traumatismos craneales con buen nivel de consciencia...
- Prioridad postergada: lesiones leves del aparato locomotor, contusiones, abrasiones y quemaduras leves.
- Última prioridad: fallecidos.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta publicación es exponer qué es el triaje y la importancia de su aplicación en el ámbito sanitario, debido a la alta demanda, asistencia que obliga a priorizar el orden de atención de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Hoy en día, en nuestro país, concurren diversos modelos de triaje, pero, por mayoría, destaca el conocido bajo las siglas M.T.S., que corresponden con el Manchester Triage System, surgido en la década de los noventa con la finalidad de establecer una nomenclatura común, contando con definiciones comunes, proponer una sólida estrategia de clasificación, poner en marcha un programa de formación a nivel global y, además, facilitar la autoría del método. Otro de los sistemas de triaje ampliamente extendido en España es el Sistema Español de Triage (SET).

El método M.T.S. recoge 52 supuestos que pueden clasificar en diversas categorías y, de la que van partiendo una serie de preguntas sencillas que permitirán hacer una rápida clasificación del paciente a partir de 4 o 5 preguntas. Determinado el orden de prioridad, se asigna un color preestablecido y al que se asocia un tiempo de espera.

Existen una serie de factores discriminadores como pueden ser: el compromiso vital, el dolor intenso, las hemorragias, la alteración del nivel de consciencia, la fiebre o el tiempo de evolución.

En definitiva, por medio del triaje se puede lograr una gestión del riesgo clínico que permita manejar correctamente los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades superan a los recursos disponibles.

En el ámbito sanitario es preciso tener en cuenta una premisa: "lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente". Por medio del triaje, los pacientes más graves recibirán asistencia en un menor periodo de tiempo, mientras que los pacientes más leves serán reevaluados hasta que puedan recibir la asistencia del médico.

Cabe señalar que el hecho de contar con un sistema de triaje en el Servicio de Urgencias Hospitalarias supone un índice de calidad que permite considerar dos factores claves y estrechamente relacionados: el riesgo y la eficiencia.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de la información consultada y obtenida en diversas fuentes bibliográficas, permite concluir que el triaje ha de seguir una serie de principios. Debe ser válido, reproducible, aplicable y ágil.

El principal cometido del triaje es clasificar a los pacientes en función de su gravedad y así, asignar un orden para recibir asistencia sanitaria, distinguiendo entre pacientes graves y pacientes leves.

Esta clasificación corresponde al personal de enfermería de los servicios de urgencia, que deberán contar con amplios conocimientos y experiencia para poder establecer un óptimo orden de actuación y asistencia.

En el triaje se deben distinguir 3 etapas: la recepción del paciente por parte del personal de enfermería, la valoración a través de una serie de preguntas y/o con-

stantes básicas (tensión arterial, temperatura, saturación de oxígeno, glucemia capilar...) y, por última, clasificación en función de la gravedad, determinando un orden de prioridades.

6 Bibliografía

1. Sevilla Moreno PO, Morejón de Gracia M. Aspectos básicos de triaje: Valoración e intervenciones enfermeras en el triaje intra y extrahospitalario. Módulo 1. Madrid: Fuden; 2017.
2. Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A.. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 55-68. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es&tlng=es.

Capítulo 261

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE UNA HERIDA POR ASTA DE TORO

MARÍA ARANZAZU RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para poder entender este trabajo definiremos la herida como una lesión, normalmente sangrante, que se produce en los tejidos exteriores del cuerpo como consecuencia de un corte, un disparo, una presión, un roce, etc.

En muchas ocasiones se van a encontrar pacientes con diferentes patologías, accidentes, cortes y como no heridas que dependiendo de los trabajos que realice puede acudir al centro hospitalario por la herida ocasionada por un asta de toro.

Podemos hablar de que la herida por asta de toro es considerada como lesiones que se producen por el efecto de un agente externo (el pitón de un animal), actuando de manera brusca en el organismo de la persona herida. Presenta unas características especiales por los importantes destrozos que produce y la contaminación que conlleva que la diferencia de cualquier otro tipo de heridas. Por ello, son consideradas una emergencia que va a requerir una rápida actuación por parte de los equipos médico-quirúrgicos con una amplia formación y experiencia en el manejo de este tipo de lesiones potencialmente graves. Las pautas

asistenciales son las mismas que se aplican a cualquier otro tipo de paciente politraumatizado, es decir, una actuación rápida y urgente para evitar que la herida profundice más y cause más daños.

2 Objetivos

Conocer qué tipo de cuidados tendrá que realizar el TCAE a un paciente que acude a urgencias de un hospital con una herida por asta de toro.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Pubmed, Scielo. Las palabras clave que hemos empleado han sido: Cuidados, herida, asta, urgencia.

También se han incluido protocolos de actuación rápida en estos pacientes. Se incluyeron estudios con carácter científico en castellano e inglés. Se excluyeron textos sin autor, ni título y mal redactados.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos documentado por mediación de artículos los cuidados adecuados ante la rápida o pronta actuación que se debe realizar para ayudar a un paciente que acude a un servicio de urgencias de un hospital por la herida de un asta de toro.
- Lo primero que se ha de realizar inmediatamente después de la llegada de un paciente con estas características es realizar las pruebas pertinentes para una posible intervención quirúrgica urgente.
- El TCAE colaborará quitando la ropa al paciente, se le pondrá un camisón de exploración y se le retirarán objetos metálicos.
- El TCAE realizará un ECG (electrocardiograma), toma de temperatura y TA (tensión arterial).
- El TCAE averiguará cuando ha sido su última de ingesta de sólido o líquido.
- El TCAE debe conocer que la herida por asta de toro es una herida sucia, por lo cual deberá realizar la higiene antes del quirófano aislando esa zona.
- La actuación debe ser rápida para evitar que el paciente sufra una hemorragia y las consecuencias que ello puede provocar, desde un shock hasta la muerte del paciente.

- En la actualidad los heridos que acuden a las urgencias de un hospital con una herida por asta de toro suele ser un profesional del mundo del toro, que ya asumen el riesgo de sufrir un accidente derivado por la embestida de un animal de gran tonelaje el cual puede atravesar su cuerpo, a veces con varias cornadas, produciendo desgarros en órganos vitales y tejidos con la entrada y salida del asta del animal, aparte de diferentes traumatismos. Este tipo de accidentes pueden ser un riesgo vital o con unas consecuencias muy complejas para la vida de la persona que las sufre.

5 Discusión-Conclusión

En este tema hemos aprendido que un paciente que se encuentra con un asta de toro ha de tratarse como un paciente politraumatizado, con lo cual la situación es de riesgo vital. Es primordial y en caso de que necesite intervención quirúrgica urgente, el TCAE ayudará en los cuidados necesarios y en la preparación del paciente para dicha intervención.

Por suerte no son muchos los heridos por asta de toro, porque la mayoría de estos accidentes son de personas que se dedican al mundo del toreo, conocen los riesgos de dedicarse a esta profesión y toman medidas de prevención.

6 Bibliografía

1. Montejo Mailo B. Revisión: cirugía taurina. Situación actual y potenciales mejoras. ¿dónde estamos? ¿Hacia dónde nos dirigimos? ¿Qué podemos hacer por mejorar? Rev Acircal 2015; 2(3):7.
2. Comín Novella L, Del Gil J. M, Moreno Muzas C, Oset García M. El toro: el gran peligro de las fiestas de verano. Cir ESP. 2008; 83(4): 212-9.

Capítulo 262

ACTUACIONES SOBRE UN NIÑO CON ESCARLATINA

CRISTINA REYES DOMÍNGUEZ

ISABEL VIZCAÍNO MARTÍNEZ

ISABEL MARTINEZ DONATE

LORENA GARCIA SEGURA

MIRIAM RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La escarlatina es una enfermedad infecciosa provocada por una bacteria del tipo estreptococo betahemolítico del grupo A (EBHGA).

Al contrario de lo que se piensa no es una enfermedad antigua, está muy presente en la actualidad, pero no es grave y tiene muy baja mortalidad siempre que si siga el tratamiento adecuado.

Suele afectar a los niños mayores de dos años, y aunque también pueden padecerla, es menos frecuente en niños mayores de diez años o adolescentes. Esta enfermedad tiene tres variantes, por lo que una misma persona puede llegar a padecerla hasta en tres ocasiones.

La escarlatina se contagia por contacto directo a través de gotitas de pfluge, que pasan en forma de tos o estornudo desde la boca de una persona contagiada o que es portadora de esta bacteria, y llegan hasta las vías aéreas de la persona

sana, allí la bacteria se aloja en la garganta y va liberando toxinas que al pasar a la sangre provocan la fiebre. Tiene un periodo de incubación de dos o tres días. Los síntomas son fiebre alta que frecuentemente aparece de forma repentina, vómitos, escalofríos, dolor de cabeza y garganta, y pequeños sarpullidos o exantemas en las zonas de los pliegues de la piel, codos, ingles, rodillas y en la cara, aunque suele respetar el triángulo formado por la nariz y los labios. El tratamiento para la escarlatina es la penicilina por vía oral, administrada dos veces diarias y durante diez días.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones que debemos tener ante un niño con escarlatina.
- Diferenciar que es una urgencia de lo que no, con respecto a esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Lo primero que debemos ser conscientes en pediatría es que los pacientes son niños, y bebés, por lo tanto, la sintomatología y signos serán distintos que las de los adultos, y por la condición de niños, en ocasiones no sabrán decirnos con certeza donde les duela y como se sienten, por ello debemos tener otros métodos para conseguir una clínica certera.

Como ya comentamos antes, la sintomatología de la escarlatina es variable, empezará con una fiebre alta de más de 38 °C, el dolor de garganta será lo que más moleste a los pequeños, puesto que se acentúa a la hora de tragar, y los sarpullidos saldrán a los cuatro o cinco días del contagio, ante estas lesiones debemos conocer cuando son exantemas y cuando son petequias, puesto que estas últimas son sintomáticas de una enfermedad más grave, y deberemos acudir de inmediato a una consulta de urgencias. Para un primer examen y descartar las petequias debemos hacer la prueba del vaso positiva, se tratará de poner un vaso de cristal

en la zona donde el paciente tenga las lesiones y hacer una pequeña presión, a través del vaso las lesiones deberán desaparecer, si no es así, es porque son petequias (micro hemorragias en la piel) que son sintomáticas de fiebre reumática entre otras cosas.

Los síntomas de alarma para acudir a una consulta de urgencias con un niño que padece escarlatina serán los siguientes:

- Cuando la fiebre no remita tras dos días de medicación o sobrepase los 39°.
- Cuando el niño este ausente y no responda a estímulos externos.
- Si transcurren más de doce horas sin ingesta incluidos líquidos.
- Si la orina es escasa o nula en el transcurso de ocho horas.
- Si notamos coluria transcurridas dos semanas desde la última toma de antibiótico.
- Si tenemos una prueba del vaso positiva.

5 Discusión-Conclusión

La escarlatina es una enfermedad actual, que no produce mortalidad si se trata con penicilina, que la sintomatología puede confundirse con gripes o varicela, y por eso se debe acudir a la consulta de pediatría, pero a menos que se cumpla uno o varios de los casos citados en el párrafo anterior, no será necesario a la consulta de urgencias.

Los cuidados a seguir con estos pacientes serán la ingesta de líquidos abundantes, pautar paracetamol e ibuprofeno ante los dolores de garganta y cabeza, procurarle un ambiente tranquilo y sereno, y no tratar los sarpullidos, puesto que no pican y si lo hacen es levemente.

Si seguimos estas pautas, el paciente deberá estar en perfecto estado en diez o doce días.

6 Bibliografía

1. “ El Gran Libro De La Pediatría” del doctor Juan Casado.
2. www.mayoclinic.com.
3. www.medlinePlus.com.

Capítulo 263

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA EMERGENCIA POR CRISIS DE EPILEPSIA

CRISTINA REYES DOMÍNGUEZ

ISABEL VIZCAÍNO MARTÍNEZ

ISABEL MARTINEZ DONATE

LORENA GARCIA SEGURA

MIRIAM RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Conocemos como epilepsia a un trastorno neurológico del sistema nervioso central, ocurre cuando la actividad eléctrica cerebral se altera, y no solo produce convulsiones, a veces el paciente solo sufre mareos, perdidas de conciencia o sentimientos extraños (desorientación y fobias).

Las causas que provocan la epilepsia pueden ser genéticas (según la parte del cerebro afectada durante la convulsión), por tumores cerebrales, o infecciones tales como el VIH o meningitis, trastornos del desarrollo como el autismo. Aunque también pueden ser causantes de epilepsia, las lesiones prenatales y los accidentes con traumatismo craneal.

El TCAE como sanitario está obligado a actuar ante cualquier emergencia que pudiera presenciar, y lo primero que debe hacer ante una emergencia será controlar los signos vitales del paciente.

- Temperatura corporal, cuyos valores normales oscilan entre los 36,1 °C y los 37,2 °C.
- Pulso, los valores normales del adulto será de 60 ppm (pulsaciones por minuto) en reposo, y si quien requiere la atención es un bebe, el pulso será de 140 ppm.
- Respiración, los valores normales en el adulto son de 15/20 respiraciones por minuto y la de un bebe podrá ser de hasta 80 respiraciones por minuto. En los casos de la respiración y el pulso debemos tener en cuenta que si hubiera fiebre, estos aumentarían su valor, por cada grado 4 rpm y 10 ppm.
- Presión arterial, no siempre tendremos a mano un esfigmomanómetro, instrumento usado para medir la tensión arterial, así que podremos orientarnos tomando el pulso en una arteria. Si el pulso es fuerte significa que la presión arterial es fuerte, pero si el pulso es débil, puede significar que la presión es baja.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer que es la epilepsia.

Objetivos secundarios:

- Diferenciar los síntomas de cualquier otra crisis.
- Conocer las actuaciones de un TCAE ante una crisis de epilepsia

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Un TCAE no es un facultativo, por tanto, sus actuaciones ante una crisis de epilepsia son evitar que el paciente sufra algún daño mayor, mantenerlo con vida hasta

que lleve la ayuda que previamente ha solicitado y controlar sus constantes vitales.

Cuando un TCAE presencia una crisis de epilepsia, lo primero que debe hacer es diferencia que realmente es epilepsia lo que está sufriendo, puesto que las convulsiones no son un síntoma imprescindible en esta enfermedad, a veces el paciente solo sufre una ausencia, rigidez en los músculos o movimientos espasmódicos involuntarios que le ocasionan caídas.

Mientras que el paciente está convulsionando, el TCAE solo puede asegurar el entorno, despejará su alrededor para que el paciente pueda golpearse con algo y sufra un daño mayor, en ningún caso deberá introducir nada en la boca del paciente salvo que tuviera a mano una cánula de Guedel, puesto que la tensión mandibular que se ejerce en ese momento podría dañar no solo al paciente, sino también al técnico, esta cánula nos permitirá tener abiertas las vías respiratorias del paciente y evitará que se asfixie con su propia lengua.

La convulsión no debe durar más de uno o dos minutos, si en ese tiempo no hemos recibido la ayuda de un facultativo capacitado para ello, el TCAE deberá controlar los signos vitales del paciente, pudiendo también utilizar la escala de Glasgow para indicar al superior en que estado se encuentra el paciente y los cambios que ha sufrido. Una vez estabilizado el paciente, el TCAE solo podrá permanecer con el paciente, tranquilizarlo y en ningún momento dar medicación hasta que llegue el soporte vital. Este tipo de crisis se trata con diazepam, pero el técnico no tiene capacidad de administrar medicación oral sin supervisión de un facultativo.

Otro aspecto que debemos tener en cuenta ante una crisis de epilepsia son las posibles complicaciones que puede ocasionar al paciente aquejado de convulsiones cuando estas duran más de cinco minutos, que podrán ser la muerte súbita, las caídas o la asfixia.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión para este estudio debemos indicar que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser formado no solo de las actuaciones ante una crisis epiléptica, sino ante cualquier tipo de emergencia que se pudiera presenciar, debemos ser conscientes que al pertenecer al grupo de personal sanitario, estaremos obligados a actuar ante cualquier tipo de emergencia, pudiendo incluso ser sancionados por omisión de socorro en caso de no hacerlo.

Es por eso que todo el personal sanitario y en este caso, en concreto los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, deberán tener una formación continua,

reglada y efectiva por parte de las administraciones.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org>.
2. <https://medlineplus.gov>.
3. <https://es.m.wikipedia.org>.
4. <https://epilepsia.sen.es>.

Capítulo 264

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ASMA

CRISTINA REYES DOMÍNGUEZ

ISABEL VIZCAÍNO MARTÍNEZ

ISABEL MARTINEZ DONATE

LORENA GARCIA SEGURA

MIRIAM RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

El Asma es una enfermedad en el sistema respiratorio, que se categoriza por una inflamación de la vía aérea crónica, sus síntomas menos leves son las sibilancias, dificultad respiratoria, tos y opresión torácica. Aunque puede derivar en complicaciones tales como ERGE (enfermedad por el reflujo gastroesofágico) sinusitis o apnea obstructiva del sueño. Las causas más comunes suelen ser ambientales, puesto que es esta enfermedad es una respuesta ante un alérgeno, aunque también se asocian con el asma, la celiaquía, la cesárea y la toma de antibióticos a temprana edad, estos dos últimos porque modifican la flora microbiana y de la misma forma la modificación del sistema inmune. Por último, han sido relacionadas también con el asma, algunas infecciones víricas.

El diagnóstico se puede llevar a cabo mediante distintos métodos, el más rápido es la auscultación, en ella se pueden oír los silbidos, aunque si la obstrucción es grave ya no se oirán. Otras de las pruebas diagnósticas serán las pruebas de alergia, radiografías de tórax y senos paranasales y pruebas de función pulmonar (espirometría, pico de flujo espiratorio, prueba de metacolina y gasometría, esta última en los casos más graves).

El tratamiento podrá ser preventivo, eliminando aquellos factores de riesgo que causen las crisis, y sintomáticos para interrumpir las crisis, mediante corticoides, adrenalina u oxigenoterapia.

Actualmente, no existe una cura para el asma, la única opción que hay es la desensitización, que es un proceso en el que se va exponiendo al paciente al estímulo que causa las crisis.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería como sanitario deberá conocer y formarse sobre esta enfermedad a la hora de hospitalizar a un paciente, sea por esta, o por cualquier otra causa, debido a que el tiempo que este pase en el hospital podría causar crisis de asma si el personal sanitario no es conocedor de su adecuado tratamiento.

2 Objetivos

- Exponer la información necesaria para formar al TCAE en la actuación de un paciente con asma
- Evitar posibles crisis de Asma en un paciente hospitalizado

3 Metodología

Para este estudio se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva en diferentes páginas relacionadas con las ciencias de la salud como Medline, se han consultado textos sin poco o ningún resultado y también se han consultado experiencias a distintos sanitarios del Hospital Universitario de Albacete.

4 Resultados

Por norma general, desde que un paciente es ingresado en una planta de hospital, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es la persona que más tiempo dedica a este paciente, por tanto, aunque no se considere relevante que este conozca sus patologías previas, ni la que le ha llevado a este ingreso, es de

suma importancia que el técnico conozca y sea formado sobre determinados aspectos del paciente, ya que de no ser así, este paciente podría sufrir una crisis de Asma que en caso de ser severo le causaría incluso la muerte.

El primer aspecto a tener en cuenta ante un paciente hospitalizado con asma es la cama, más concretamente la lencería, por lo general en los centros hospitalarios la lencería es lavada con productos hipoalergénicos, no obstante, si un paciente nunca ha estado ingresado no sabe si este tipo de lencería podría causarle alergia y por consiguiente una crisis de Asma. El técnico como responsable de la lencería deberá estar al corriente, tanto de las posibles molestias en el primer contacto con la cama, como de si el paciente sufre Asma antes de su ingreso.

Otro de los aspectos que debemos tener en cuenta es la alimentación, el técnico es el responsable de suministrar la alimentación al paciente, y aunque no está entre sus responsabilidades elegir la dieta adecuada, si es quien lleva los alimentos hasta el paciente y registra los posibles efectos causados por la misma. Aunque las alergias alimentarias no son la principal causante de las crisis de Asma, si son posibles, así que el técnico deberá ser conocedor también en este tema

En lo relacionado con las emociones, está comprobado que en situaciones de estrés y nerviosismo las crisis de asma son más frecuentes y más severas, como ya hemos dicho antes, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es quien más tiempo pasa con el paciente y deberá registrar y avisar si este se encuentra más nervioso de lo normal y, por tanto, puede sufrir una crisis de Asma.

Y por último, la responsabilidad más importante del técnico es el aseo del paciente, por tanto, deberá conocer las patologías previas y las que le han llevado a ser hospitalizado, puesto que una alergia a cualquier producto u objeto podría ocasionar una crisis de Asma.

5 Discusión-Conclusión

Por consiguiente, queda demostrado que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, no es solo un auxiliar en los cuidados del paciente, sino una pieza fundamental en la cadena sanitaria, ya que los facultativos dedican un tiempo limitado y definido por cada paciente, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberán ser los ojos de estos, y deberá registrar y dar aviso ante cualquier síntoma o incidencia que el paciente pueda sufrir, evitando así problemas más graves que ocasionen daños irreversibles.

Dicho esto queda reivindicado que las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería está más cerca del personal facultativo que del personal de limpieza, como actualmente nos quieren hacer ver.

6 Bibliografía

1. www.medlineplus.com
2. www.farmaceuticoonline.com
3. www.google.es

Capítulo 265

TCAE: COMO REALIZAR LA MEDICION DE LA TEMPERATURA A UN PACIENTE

CARMEN RAMOS VILLANUEVA

1 Introducción

La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por el cuerpo (metabolismo, actividad física, etc.) y el ambiente (por radiación en el espacio, contacto con aire, ropa, agua u otros objetos, y convección y evaporación en la piel y superficies respiratorias). El centro de control de temperatura corporal está ubicado en el hipotálamo, en la base del cerebro.

La temperatura humana normal se considera entre 36-37 °C. La más baja se denomina hipotermia y la más alta, según los valores, fiebre baja (37,1-37,9 °C); hipertermia, fiebre o fiebre (38-0°C) o hiperpirexia (por encima de 0°C).

La temperatura corporal se suele medir en la cavidad oral, axila y recto. La mayoría de sus técnicas de medición son no invasivas.

Medición con termómetro clínico:

Desde que la Unión Europea decretó la eliminación de los termómetros de mercurio por su efecto contaminante en 2007, los más utilizados son los digitales, que muestran la temperatura en una pantalla.

Mediciones con termómetros químicos desechables

Contienen una sustancia que cambia de color al entrar en contacto con una fuente de calor, por lo que al colocarlos sobre la piel muestran la temperatura medida con un número o serie de caracteres.

Pueden ser tiras reactivas flexibles, que según el fabricante se adhieren a la piel (normalmente en la frente o el abdomen) durante un tiempo determinado, o tiras que se colocan en la boca. En general, este tipo de termómetro no es muy preciso y no se usa comúnmente en hospitales.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario como realizar la medición de la temperatura a un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Toma de temperatura axilar:

1. Lavarse las manos y usar guantes.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Si la axila del paciente está mojada, secarla con un paño o gasa, frotarla. Si lava el área, espere 10 minutos.
4. Coloque el termómetro en el centro de la axila y cruce el brazo del paciente sobre el pecho.
5. Verificar que el termómetro esté en contacto con la piel y mantenerlo en esta posición hasta el final de la medición.
6. Retire el termómetro, lea la temperatura y registre el resultado en la ficha del paciente y cualquier observación.
7. Apagar el termómetro, lavar y desinfectar.
8. Coloque al paciente, recoja los suministros, quítese los guantes y lávese las manos.

Toma de temperatura rectal:

Este método está indicado para niños menores de 6 años y para pacientes inconscientes. No lo use si el paciente tiene patología rectal, se ha sometido a una cirugía en esta área o está agitado.

1. Lavarse las manos y usar guantes.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Quédate a su lado. Si es un niño, se le colocará en posición supina.
4. Usando una gasa, aplique lubricante al extremo de lectura del termómetro.
5. Eleve la medida máxima, pida al paciente que respire hondo y coloque el termómetro a unos 2 centímetros. Para los niños, sujete el tobillo con una mano y levante las patas del para abrir el ano.
6. Encienda el termómetro hasta completar la lectura y regístrela.
7. Apagar el termómetro, limpiar y desinfectar.
8. Colocar al paciente, recoger suministros, quitarse los guantes y lavarse las manos

Toma de temperatura oral:

No realice este procedimiento cuando el paciente haya terminado de comer, beber o fumar, o esté inconsciente o agitado.

1. Lavarse las manos y usar guantes.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Desinfectar el termómetro y enjuagar con agua fría para evitar irritar las mucosas.
4. Colóquelo debajo de la lengua del paciente en la fosa sublingual y pídale que lo sujete con los labios. Mantenlo en tu boca hasta que termines de leer.
5. Retire el termómetro, lea la temperatura e introdúzcala en el gráfico.
6. Lavar y desinfectar el termómetro.
7. Coloque al paciente, recoja los suministros, quítese los guantes y lávese las manos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario como realizar la medición de la temperatura a un paciente.

Se sabe que La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y el ambiente . El centro de control de temperatura corporal está ubicado en el hipotálamo, en la base del cerebro.

La temperatura humana normal se considera entre 36-37 °C.

Y además, se conoce que las formas de tomar la temperatura son mediante un termómetro clínico que permite tomar la temperatura axilar, oral y rectal y también existen termómetros químicos.

6 Bibliografía

1. Castro MM., Martínez MA., Pérez MT., Hermida R., Castro MI. Procedimiento de determinación da temperatura corporal. (2021) https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas._ta.pdf.

Capítulo 266

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ANTE PACIENTES CON UNA INTOXICACIÓN

MARÍA ARANZAZU RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En este capítulo trataremos de explicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias ante pacientes con intoxicación.

Para empezar vamos a definir la palabra tóxico, que es una sustancia química que al penetrar en nuestro organismo en una cantidad considerable, da lugar a que nuestro organismo deje de funcionar correctamente.

Por lo tanto, se puede decir que una intoxicación se produce cuando de manera accidental introducimos una sustancia tóxica en nuestro organismo y esta nos produce graves problemas de salud en nuestro cuerpo.

En los servicios de urgencias, una de las situaciones clínicas que se repite con frecuencia son las intoxicaciones agudas. Cuando una persona sufre una intoxicación, debe acudir a los servicios de urgencias, ya sea de atención primaria o del hospital, donde será atendida.

Según los estudios realizados, un 60% de las intoxicaciones tiene lugar por vía oral y un 25 % aproximadamente tiene lugar en el domicilio habitual. Esto se puede deber a que en el domicilio existan productos con alto contenido de sustancias químicas.

En cuanto a las intoxicaciones pediátricas, estas suelen ser con mayor frecuencia en el domicilio y es debido a que los niños de forma inconsciente ingieren alguna sustancia tóxica como productos de aseo o limpieza, o medicamentos.

Las intoxicaciones en edad pediátricas son las que más se atienden en los servicios de urgencias.

Existen muchas sustancias tóxicas en el mundo, pero vamos a centrarnos en las intoxicaciones más comunes como son las producidas debido a la ingesta de medicamentos, por abuso de drogas, las que se deben a la ingesta de algún producto de limpieza o también por plaguicidas.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influyen las funciones del TCAE en el servicio de urgencias ante pacientes con una intoxicación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una 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 español e inglés.

4 Resultados

Cuando una persona sufre una intoxicación, lo primero que hace es ir a urgencias. Una vez en urgencias, el médico que lo atiende lo someterá a un examen clínico para valorar su situación y en el caso de que lo vea necesario aplicará un antídoto o un tratamiento para desintoxicarlo.

Si se observa que disminuye la ventilación o la oxigenación en el paciente, habría que administrar oxígeno y si con esto no se consigue estabilizar se procedería a

la ventilación mecánica.

Cuando una persona sufre una intoxicación suele tener hipotensión arterial. Cuando esto sucede se debe colocar en posición Trendelenburg, que es aquella en la que se coloca al paciente en decúbito supino y con la cabeza más baja que los pies, de tal forma que se favorece por efecto de la gravedad el retorno de la sangre venosa hacia el corazón a través de la vena cava inferior, canalizarle 2 vías periféricas y administrarle una infusión de cristaloides.

Es necesario realizar una valoración neurológica, ya que podemos encontrar que el paciente esté en coma o convulsionando. Si está en coma es necesario descartar una hipoglucemia. En el caso de que tuviese convulsiones se le administraría diazepam intravenoso o rectal.

También se ha de realizar una valoración metabólica por si sufre hipertermia o hipotermia. Se le extraerá una muestra de sangre y otra de orina para obtener información del tóxico.

Siempre que el paciente se encuentre consciente, se le preguntará por el tipo de sustancia tóxica que ha ingerido y cuánto tiempo ha tardado en manifestar síntomas.

Para disminuir la absorción de la sustancia tóxica ingerida será necesario las siguientes medidas:

Vía cutánea: quitar la ropa y lavar con abundante agua.

Vía inhalatoria: se administrará oxígeno.

Vía digestiva: realizar aspiración gástrica, lavado de estómago y carbón activo.

Antídotos: son los medicamentos que hacen que disminuyan o desaparezcan los síntomas de la intoxicación.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier servicio de urgencias es muy habitual atender a pacientes que han sufrido una intoxicación debido a que han ingerido alguna sustancia tóxica. En algunos casos de manera involuntaria, pero en muchos otros de forma intencionada.

El papel del TCAE en un servicio de urgencias ante un paciente que ha sufrido una intoxicación es el de colaborar con el resto del equipo, porque en estos casos el tiempo de actuación es clave.

El TCAE tiene que tener los conocimientos necesarios para poder actuar ante una intoxicación.

Sería muy importante que se elaborasen programas de prevención y educación en cuanto a las intoxicaciones.

6 Bibliografía

1. Intoxicación aguda tras ingesta de medicamentos: tratamiento inicial. 2010. *RevPrescrire*,30(319): 356-364.
2. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2009-11. Madrid: Elsevier. MartinezLOpez R. Las intoxicaciones farmacológicas. Publicaciones didácticas. N°50 Septiembre 2014.

Capítulo 267

LESIONES OCULARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. CASO CLÍNICO

MARIA BOLAÑOS YEBENES

MARIA LOPEZ TORDESILLAS

SARA CRUZ GUTIERREZ

LAURA GAMARRA PUNZON

MARIA BELEN GARCIA LOPEZ

1 Introducción

Las lesiones oculares tienen una gran incidencia en el ámbito de la atención primaria, así como en las urgencias hospitalarias. Se estima que son las más atendidas después de las extremidades y afectan a todas las edades.

Normalmente, las lesiones que se producen en la vista suelen ser provocadas por traumas oculares, siendo las menos aquellas causadas por bacterias, o por respuestas autoinmunes u otros factores.

Las lesiones oculares generalmente se suelen tratar de manera farmacológica, con el empleo de medicamentos de uso tópico que se suelen administrar directamente en la conjuntiva o la mucosa ocular. Como ventajas tiene que si alguno

de estos medicamentos generase algún tipo de alergia sería de forma localizada. Igualmente, el modo de administración es mucho más sencillo.

Es muy importante destacar que hay que seguir ciertas precauciones a la hora de aplicar los tratamientos, como hacerlo de una manera lo más aséptica posible, para evitar infecciones y porque es una zona bastante sensible.

Hay que mencionar que aquellas lesiones oftalmológicas que suponen ya una cierta gravedad, aparte del tratamiento inicial que se va a dar en urgencias, precisaran de un ingreso en el servicio de oftalmología para continuar con los tratamientos que fueran necesarios.

Las lesiones oculares generan, importantes cargas económicas por la peculiaridad de sus cuidados, la costosa hospitalización, así como de sus tratamientos y posterior rehabilitación.

2 Objetivos

- Como objetivo principal, con este trabajo intentaremos explicar y desarrollar, mediante la exposición de un caso clínico, el trabajo que se desempeña en el servicio de urgencias ante las lesiones oculares.
- Teniendo en cuenta la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro del servicio de las urgencias oftalmológicas.

3 Caso clínico

Juan Carlos es un paciente de 36 años, trabaja en el sector de la metalurgia desde hace unos 5 años.

Acude al servicio de urgencias hospitalarias, derivado de la atención primaria, debido a referir mucho dolor en el ojo izquierdo.

Comenta que cree que le ha debido, saltar algo y producirle un dolor terrible, aparte de pérdida de visión y lagrimeo continuo.

Nada más llegar a urgencias, es derivado al servicio de oftalmología para una exploración mucho más compleja.

Le ha saltado un cuerpo extraño en la córnea sin que haya habido penetración en el globo ocular.

Se le realiza la historia clínica y la exploración física correspondiente:

- El paciente no refiere ningún tipo de alergia.
- Tiene diagnosticada hipercolesterolemia que trata con Simvastatina de 20 mg.
- Paciente no fumador ni bebedor.
- Una vida más o menos saludable.

Tras la exploración física obtenemos como datos objetivos:

- Una tensión arterial de 120/85 mmHg tomada en brazo derecho.
- Frecuencia cardiaca de 78 lpm.
- Una saturación de oxígeno en torno al 98 %.
- Peso: 86,300 kg.
- Altura: 1.80 cm.

Tras la correspondiente anamnesis y la exploración física se procede a realizar una valoración oftalmológica. Presenta una lesión de carácter leve, que cursa con mucho dolor y limitación de la movilidad ocular y eritema.

Se determina el tratamiento a seguir, siendo este el uso de unas gotas y un gel oftalmológico, ambos de aplicación tópica y reposo para ese ojo, aconsejando llevarlo tapado durante unos días. Posterior seguimiento por el médico de atención primaria. Si se produce empeoramiento, volver a pasar por el servicio de urgencias.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, será el encargado de aplicar el tratamiento ocular y estar pendiente de las necesidades del paciente durante la permanencia del paciente en el servicio de urgencias.

Para aplicar el tratamiento de forma correcta el T.C.A.E., debe realizar los siguientes procedimientos:

- Comprobar la identificación del paciente y el tratamiento que vamos a aplicar.
- Informar al paciente de lo que vamos a realizar.
- Preparar el equipo y el fármaco.
- Realizar lavado de manos y colocación de guantes.
- Aplicar el fármaco.

Una vez administrado el tratamiento, Juan Carlos, recibe el alta para poder marchar a casa.

4 Discusión-Conclusión

Dentro de las diferentes lesiones oculares que se producen, la córnea es la estructura más afectada. Siendo en el mayor de los casos, lesiones de carácter leve que solo implican tratamiento farmacológico. Estos suelen ser colirios o geles tópicos que actúan forma local.

Tratan multitud de lesiones oculares, desde proporcionar analgesia hasta reducir inflamaciones.

La selección del medicamento, al igual que su posología y pautas de administración, van a ir en consonancia con la gravedad del asunto, y de la zona afectada por la lesión.

Como ya hemos dicho, por normal general no se producen gran cantidad de ingresos debidos a este tipo de problemas.

5 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/administracion-tratamiento-oftalmologico-por-tcae-a-paciente-con-lesion-ocular/>.
2. Bases de datos Scielo y Pubmed.

Capítulo 268

HEMORRAGIAS ¿CÓMO ACTUAR? POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA BELEN GARCIA LOPEZ

MARIA LOPEZ TORDESILLAS

LAURA GAMARRA PUNZON

SARA CRUZ GUTIERREZ

MARIA BOLAÑOS YEBENES

1 Introducción

Una hemorragia es la salida de la sangre de los vasos sanguíneos, ya sean venas o arterias provocadas por la rotura de estos. Podría ser un pequeño sangrado debido a una herida superficial de la piel o, por el contrario, la pérdida de una gran cantidad de sangre que le puede llegar a costar la vida al paciente.

Las hemorragias pueden ser externas, que son aquellas provocadas por una herida en la piel, o pueden ser internas producidas por una lesión en los órganos. La gravedad de las hemorragias viene determinada por cuatro factores importantes:

- La velocidad con que perdemos la sangre: cuanto mayor sea, más difícil será atajarla y más complicaciones puede presentar.

- El volumen de sangre perdido: una actuación rápida en la administración de los primeros cuidados es vital para que no surjan complicaciones mayores.
- La edad de la víctima.
- El estado previo del individuo.

Cuando existe sangrado, pero no es capaz de atravesar la piel, se forma un hematoma, que es un sangrado de algún vaso sanguíneo que se ha roto por un traumatismo o de manera espontánea, pero no ha habido pérdida ni rotura de la piel.

Hay hemorragias que no son previsibles ni visibles y pueden acarrear problemas muy serios, como por ejemplo una hemorragia cerebral espontánea, provocando así un accidente cerebrovascular.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el concepto de hemorragia y en que consisten y los tipos que hay.

Objetivos secundarios:

- Explicar como se debe actuar ante una hemorragia, dependiendo del tipo y la gravedad.
- Conocer las causas y las consecuencias de sufrir una hemorragia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, hemos realizado una investigación consistente en la revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones, así como de diferentes protocolos de actuación ante una hemorragia.

Hemos recurrido a diferentes bases de datos como Scielo y Medline, empleando términos como vena, arteria, hemorragia interna o hematoma.

4 Resultados

Como hemos visto anteriormente, una hemorragia es cualquier salida de sangre fuera de los vasos sanguíneos.

Las causas más frecuentes de las hemorragias suelen ser golpes, traumatismos, heridas o sangrados internos, como pueden ser las varices digestivas.

Las hemorragias se pueden clasificar de dos maneras, dependiendo de donde salga la sangre y dependiendo del vaso sanguíneo.

Según el vaso sanguíneo se pueden dar tres tipos:

- Hemorragia capilar: se producen cuando se disecciona un capilar. No es grave ni conlleva ningún riesgo.
- Hemorragia venosa: se produce por la rotura de una vena, es más grave que la anterior, ya que la sangre sale de manera fluida.
- Hemorragia arteria: procede de las arterias, con un flujo muy alto pudiendo llegar a ser muy grave.

Dependiendo de hacia donde salga la sangre estaremos hablando de:

- Hemorragias externas: la sangre fluye hacia el exterior, y la gravedad depende otros factores como el vaso sanguíneo roto o el tiempo de exposición del sangrado.
- Hemorragias internas: la sangre no fluye, simplemente se acumula entre los tejidos en el interior del cuerpo, por este motivo pasa desapercibida. Tan solo se puede intuir si el paciente sufre algún tipo de signo o síntoma.

Ante la sospecha de una hemorragia interna es necesario tomar una serie de medidas como el control de signos vitales, es importante aflojar aquello que comprime al paciente para una mejor circulación, tranquilizar al paciente, intentar colocar al paciente con la cabeza más baja que los pies.

- Hemorragias exteriorizadas: la sangre se vierte en el cuerpo, pero termina saliendo al exterior por un orificio natural, ya sea por el recto, por la boca, por la nariz, por el oído o por la vagina.

Una correcta actuación de primeros auxilios ante una hemorragia puede evitar un empeoramiento progresivo de la hemorragia pudiendo costarle la vida al paciente.

Para controlar un sangrado leve o moderado no es necesaria una actuación médica, simplemente con una buena limpieza de la zona y una buena compresión sobre la misma, conseguiremos formar un coágulo y detener la hemorragia. En el caso de hemorragias graves, será necesaria la intervención del personal sanitario para dar una solución con resultados positivos de la situación. Aunque en un primer momento, si la hemorragia es externa, procederemos a la compresión de la zona, hasta que llegue un facultativo y realice el tratamiento que sea necesario.

Cuando las hemorragias son internas, apenas se puede actuar nada más que esperar que los profesionales sanitarios solucionen el motivo por el que produce, siendo algunas veces irreversible.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante saber como actuar ante una hemorragia fuera de un centro sanitario. Ante una situación de riesgo tenemos que tener muy claro como actuar. En primer lugar, es importante saber distinguir entre una hemorragia leve o moderada y una grave. Dependiendo del tipo de hemorragia, los cuidados que se llevaran a cabo serán diferentes.

Una buena y rápida respuesta ante una situación de este tipo puede ayudar e incluso llegar a salvar la vida del paciente.

Ante una hemorragia leve apenas se necesita actuar, simplemente con mantener limpia la zona y comprimir es suficiente, puesto que el sangrado remitirá solo.

Ya si nos referimos a un sangrado intenso, sí que es necesario tomar ciertas medidas de primeros auxilios y lo más importante intentar tranquilizar a la persona lesionada.

- En primer lugar, retiraremos todas las prendas o restos de la herida, siempre que eso no signifique manipularla.
- Hay que intentar detener el sangrado, ya sea con una venda o un paño limpio, presionando sobre la herida, hasta que consigamos detener el sangrado.
- Se puede recurrir al uso de torniquete, pero solo debe realizarse si se conoce la técnica y si se está capacitado para ello.
- Es muy importante acomodar al paciente y si se pudiera recostarlo, para evitar mareos.
- Por último, hay que intentar inmovilizar la parte del cuerpo que esté lesionada, y llamar a los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/first-aid-severe-bleeding/basics/art-20056661?p=1>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/bleeding.html>.
3. <https://revistamedica.com/primeros-auxilios-hemorragias/amp/>.
4. Bases de datos Scielo y Medline.

Capítulo 269

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO

ROCIO MESA GOMEZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por unos valores elevados de glucosa en sangre. Debido a la gravedad de las complicaciones para la salud que puede producir, por su elevada prevalencia y su impacto en los sistemas sanitarios, la educación sanitaria a los pacientes con diabetes es fundamental. Se abordarán los cuidados que se deben tener con el paciente diabético.

Se trata de mantener los niveles de glucosa en sangre lo más cercanos posible a los normales, para lo que se realizarán controles glucémicos. El paciente puede realizar autoanálisis a través de la sangre (por punción en el dedo) y de la orina (tiras reactivas).

La dieta es el pilar básico del tratamiento y, en algunos casos, la única pauta a seguir. El diabético debe repartir las calorías consumidas a lo largo del día en cuatro o cinco comidas con horarios regulares, evitando azúcares solubles. Si además hay sobrepeso, el paciente tiene que seguir una dieta hipocalórica hasta la consecución de un peso aceptable, evitando así los alimentos grasos y reduciendo los ricos en hidratos de carbono y proteínas. La dieta también debe servir para la prevención y tratamiento de las complicaciones más agudas como la hipoglucemia.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, cuál es la atención que se le debe dar a un paciente diabético

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 la diabetes tipo 2, si la dieta y la actividad física no son suficientes, se recetan antidiabéticos orales. La última medida es el tratamiento con insulina. El método más común para administrar la hormona es la inyección subcutánea, con jeringuilla y aguja o con pluma. La absorción más regular, por ser la zona más vascularizada, es la región abdominal. Hay que enseñarle al paciente cómo inyectarse la insulina.

Para prevenir complicaciones, también hay que mantener una higiene adecuada. Es importante el cuidado de los pies y de la piel, vigilando posibles heridas o úlceras. Si el paciente está en el hospital, hay que procurarle visitas generales a la clínica de podología y exámenes oculares regulares

El auxiliar de enfermería ayuda a instruir e informar al paciente diabético sobre la gestión eficaz de la dieta. Además, supervisa todos los aspectos de su cuidado, como el control de constantes vitales, la vigilancia de la diuresis, el mantenimiento de la integridad de la piel (cambios posturales y lubricación) y la prevención de infecciones. En la higiene bucal, es aconsejable el uso de esponjas o gasas húmedas para la higiene e hidratación de la cavidad oral, acompañadas de cremas labiales para mantener lubricada el área. Estos cuidados tienen el propósito de eliminar las bacterias que aumentan en la boca ante la débil defensa de la saliva, que disminuye su producción por la deshidratación.

El auxiliar puede llevar a cabo análisis de orina de rutina, anotar los resultados y comunicar de inmediato cualquier anomalía. Por lo general, también realiza el monitoreo de la glucosa en la sangre y registra los datos. Cualquier cambio en

el nivel de conciencia o comportamiento del paciente será asimismo reflejado en la hoja de control. Algunos están entrenados para asistir con la terapia mediante bomba de insulina (que administra la hormona de acción rápida las 24 horas del día).

El auxiliar de enfermería debe estar entrenado para reconocer complicaciones y actuar de inmediato, informando a la enfermera o médico a cargo.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cuál es la atención que se le debe dar a un paciente diabético.

Se sabe que la dieta y la actividad física son dos de los factores que mas influyen en el tratamiento de un paciente que sufre diabetes, por tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá aconsejar y apoyar al paciente en esa tarea. Además, en caso de que el paciente este encamado, el personal se encargará de vigilar la piel, hidratar correctamente al paciente y vigilar que sus niveles de azúcar sean correctos.

6 Bibliografía

1. ATENCION AL PACIENTE DIABETICO - M. RAFAELA ROSAS MORALES (Noviembre 2009) <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-atencion-al-paciente-diabetico-abordaje-X0212047X09453514>

Capítulo 270

PACIENTE EN URGENCIAS CON INTOXICACIÓN ETÍLICA

ÁNGELA CLAUDIA NICOLAIESCU

1 Introducción

El alcohol etanol se reparte por todo el cuerpo, es una sustancia tóxica, afectando a casi todo nuestro organismo al haberlo consumido, deteriorando a casi todo nuestro cuerpo y pudiendo aparecer en distintas manifestaciones clínicas.

Dependiendo de la cantidad que tenga en sangre, entre un 2 y un 10% consumido por medio de los pulmones se eliminara, la gran mayoría es metabolizado por el hígado, 90% aproximadamente. La cantidad de etanol en sangre se expresa en gramos de etanol depende de varios factores: Del sexo, de la edad, del peso, de la cantidad de alcohol consumida, del consumo concomitable que pasa de otras sustancias.

De todos ellos el más importante es la cantidad de alcohol que se consuma, se estima que por cada bebida estándar de alcohol que se toma, en ella la concentración de etanol en sangre es 0,02 g/dl. Desde consumos mínimos ya pueden ver cambios en el humor en psicomotricidad y en el comportamiento.

En todos casos de depresión respiratoria o mala evolución, se precisa la intubación del paciente, para ello el personal sanitario debe estar siempre preparado y cualificado.

Actuación del TCAE con el paciente con intoxicación etílica.

Estabilizar, controlar y medidas de mantenimiento, preparación del material y mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea.

Medidas para aumentar la diuresis. Depuración renal.

Descontaminación ocular.

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

2 Objetivos

El objetivo es describir la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente con intoxicación etílico en unidad 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.

4 Resultados

-El diagnóstico del paciente en urgencias con intoxicación etílica.

Ante un caso de coma intoxicación etílica se debe realizar una exploración minuciosa, incluyendo una exploración neurológica. Es imprescindible la toma de constantes vitales básicas: TA, T^a, Sat O₂, frecuencia cardiaca y respiratoria, glucemia y en los casos mucho más graves se deberá realizar una analítica completa: con hemogramas, gasometrías, bioquímicas, EKG para valorar posible existencia de arritmias.

Habría que realizar radiografías de tórax para descartar niveles de etanol para confirmar sospechas de diagnóstico. Sobre cualquier duda, se recomendaría hacer un TAC craneal por si hubiera un traumatismo craneoencefálico.

-Síntomas con los que llega el paciente a la unidad de urgencias.

La principal manifestación del coma etílico es la pérdida de memoria más o menos profunda.

La intoxicación etílica es un motivo habitual del servicio de urgencias, se presenta con un conjunto de síntomas en función de la fase o gravedad del cuadro.

El conocimiento de estos, así como el manejo del paciente, tratamiento o complicaciones, son de especial importancia para la práctica en enfermería.

La intoxicación etílica es el conjunto de síntomas producidos por la toma de bebidas alcohólicas en un periodo corto de tiempo y superando la tolerancia y la cantidad individual de la persona. Por ello, el personal de enfermería es imprescindible que tenga un conocimiento y manejo de estos pacientes.

Se considera intoxicación a partir de 0'5 gramos de alcohol en sangre y sus síntomas son ausencia de reflejos, dilatación de pupilas, hipotensión, presión arterial baja e hipotermia, temperatura corporal baja, pérdida de la conciencia, todo ello tiene riesgo de muerte.

-Tratamiento en paciente con intoxicación etílica.

El tratamiento de la intoxicación etílica es sintomático y debe adecuarse a tiempo transcurrido y al nivel de conciencia: Control de constantes vitales, vía aérea y nivel de conciencia. Situar al paciente en un ambiente tranquilo y evitar autolesiones. Recordar que los efectos del alcohol no desaparecen con café o duchas frías, sino cuando transcurre el tiempo mínimo necesario para su metabolización.

Prevención de la hipotermia. Valorar la necesidad de entubación orotraqueal en caso de coma. Canalización de vía venosa periférica y perfusión de suero glucosado (5% a 21 gotas/minuto).

Administrar vitamina B1 (Tiamina) en dosis de 100 miligramos/24 horas por vía intramuscular como profilaxis del síndrome Wernicke.

Si existe agitación psicomotriz, Tiaprida 100 miligramos/6 horas por vía oral. Como alternativa puede utilizarse Diazepam en dosis de 5 miligramos por vía intravenosa.

Si el paciente presenta vómitos, administrar Metoclopramida 10 miligramos/ 8 horas por vía intravenosa.

En caso de hipoglucemia, administrar 10 gramos de Glucosa en bolo intravenoso. La administración de Tiamina es necesaria al suministrar Glucosa, ya que esta necesita de la Tiamina para su metabolización, pudiendo agotar las reservas de esta vitamina en el paciente alcohólico.

5 Discusión-Conclusión

Este tema es muy importante, ya que es uno de los mayores ingresos en hospitales, sobre todo en personas jóvenes, y no saben el peligro que corren al sobrepasarse de bebidas alcohólicas.

En nuestra opinión es un tema muy delicado, ya que es un tema de actualidad y tomamos el alcohol como algo habitual en nuestras vidas y no debería de ser así, ya que es fundamental en nuestra salud, tener un estilo de vida saludable y debido a ello se producen enfermedades como la cirrosis, cáncer de hígado y muchos más que podría mencionar.

Y sobre todo el número de muertes que ocurren debido a este tipo de imprudencias espontáneas y en otro tipo de muertes por mantener un hábito de vida no saludable a largo plazo con el alcohol.

6 Bibliografía

Redacciónmedica.com
medades/investigaciónetilica

recursos_salud/diccionario_enfer-

Juantoral.com

Capítulo 271

CALIDAD DE VIDA Y HIDROTERAPIA EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

RAQUEL MENCHERO SANCHEZ-CIFUENTES

ROCÍO SÁNCHEZ LINARES

DAVID CANCHAL CRESPO

ALBERTO MUÑOZ LOPEZ

DANIEL REVIEJO MANZANO

1 Introducción

La calidad de vida es un principio muy importante en pacientes con enfermedades neurológicas ya que de ésta dependerá un buen futuro y un desarrollo lento de la enfermedad en muchos casos, ya que una buena calidad de vida conlleva en cierto modo, a una mejora o pausa de la enfermedad.

La discapacidad es un proceso continuado que afecta al estado de salud determinado con condiciones externas e internas que marcan el paso de la enfermedad. La discapacidad y la calidad de vida son conceptos multidimensionales, a la vez que objetivos y subjetivos.

En la medición de la calidad de vida, se tienen en cuenta un amplias posibilidades, que están diseñadas para personas con distintas patologías, cuyo objetivo es evaluar su estado de salud.

Esta medición es importante pues nos permite determinar su estado funcional, es decir, como es su condición física, mental y social, además de incluir una variable

subjetiva que cuantitativamente nos arroje cual es su estado de salud.

Existen escalas para la población general, o por subgrupos de la misma, para programas sanitarios, encuestas de salud, o comparación entre grupos, por ejemplo el SF-36, que no tienen un carácter tan específico para una patología determinada como puede ser párkinson o esclerosis múltiple.

Los beneficios higiénicos y terapéuticos que ya desde la Antigua Grecia le daban al uso de agua como elemento purificador y de vida junto sus propiedades mecánicas, térmicas y químicas, sumados a otros agentes como el movimiento o la influencia climática.

2 Objetivos

- Describir las distintas escalas de calidad de vida
- Relacionar la hidroterapia con la calidad de vida
- Ver la influencia de la calidad de vida en sujetos con enfermedades neurológicas.

3 Metodología

Para este capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos: Medline, PEDro, Cochrane Library y Cinahl. Con la utilización de palabras clave: hidroterapia, terapia acuática, calidad de vida, satisfacción, enfermedades neurológicas, ejercicio acuático. Todo ello combinando en términos Mesh.

4 Resultados

Las variables vienen determinadas por las escalas de CV específica de cada enfermedad neurológica. Las escalas más utilizadas en los estudios son:

- SF 36: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
- MSQOL-54 (parte específica) mide lo cognitivo, la función sexual, la salud, la energía, limitación física y emocional, dolor corporal, y la Función social.
- PDQ-39: movilidad, bienestar emocional, estigma, apoyo social, cognición, malestar corporal.

Variables secundarias que influyen en la CV de pacientes neurológicos: dolor, equilibrio, función motriz, marcha y fatiga.

Todas las variables, en el inicio de cada estudio, mostraron no tener diferencias significativas, por lo que todos los sujetos partían en condiciones similares en

cada uno de los estudios.

En los estudios de párkinson, se obtienen en tres estudios resultados significativos con la puntuación total de PDQ-39. Todas las variables, en el inicio de cada estudio, mostraron no tener diferencias significativas, por lo que todos los sujetos partían en condiciones similares en cada uno de los estudios.

El otro estudio compara la terapia acuática con grupo control, al que sólo se le suministra medicación, donde no se observan diferencias estadísticamente significativas en la CV pero sí una disminución en el puntaje de 5 puntos, en la suma global de la escala PDQ-39, pudiendo tener diferencias significativas clínicas con respecto al grupo control que obtuvo 1 punto.

En estudios con pacientes con esclerosis múltiple, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de ejercicio acuático a partir de la cuarta y octava semana, excepto en los dominios de la salud mental y la función sexual. Las otras subescalas del cuestionario MSQOL-54, salud, energía, limitación física y emocional, dolor corporal y función social, mostraron una mejoría significativa desde el inicio hasta la cuarta y la octava semana después del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Según los datos obtenidos en esta revisión, son pocos los estudios analizados que demuestran la eficacia de la hidroterapia en la calidad de vida de los pacientes neurológicos. Estos estudios analizan la calidad de vida de manera global en la suma de todos sus dominios.

Es significativo resaltar como la adherencia en el tiempo al ejercicio acuático favorece la disminución de los puntos tanto en la escala global como por dominios a partir de 8 semanas, siendo mayor los beneficios en el tiempo que a partir de las 4 semanas.

La diversidad metodológica de las terapias acuáticas, y la poca evidencia encontrada de cada patología neurológica de esta revisión sistemática, hace que sea difícil comparar resultados.

6 Bibliografía

1. Kurt, E. E., Büyükturan, B., Büyükturan, Ö., Erdem, H. R., & Tuncay, F. (2018). Effects of Ai Chi on balance, quality of life, functional mobility, and motor impairment in patients with Parkinson's disease. *Disability and rehabilitation*, 40(7), 791–797. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1276972>.

2. Pérez de la Cruz S. (2017). Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: a randomized clinical trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(6), 825–832. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04647-0>.

Capítulo 272

RELACIÓN ENTRE LA FLEXIÓN DORSAL Y EL ESGUINCE DE TOBILLO. ESTUDIO COMPARATIVO.

DAVID CANCHAL CRESPO

DANIEL REVIEJO MANZANO

ALBERTO MUÑOZ LOPEZ

ROCÍO SÁNCHEZ LINARES

RAQUEL MENCHERO SANCHEZ-CIFUENTES

1 Introducción

La articulación del tobillo, tibioperoneoastragalina o talocrural es una articulación sinovial de tipo tróclea que está formada por 3 huesos: tibia, peroné y astrágalo (1). Como polea que es, realiza un movimiento de flexión dorsal y plantar. Este movimiento tiene lugar en un solo plano, el sagital, a través de un eje transversal orientado de forma oblicua de arriba a abajo y de dentro hacia fuera (2), siendo esta inclinación progresiva (3). Gracias a la morfología del astrágalo y de su articulación con el calcáneo, la articulación del tobillo tiene unos movimientos asociados que son automáticos: inversión y eversión (3,4). La articulación subastragalina asocia los movimientos del tobillo de flexión plantar a supinación y aducción (2,3).

Un esguince de tobillo es una lesión cápsulo – ligamentosa en la que no se produce la pérdida de relación entre las superficies articulares. Consiste en una elongación o solución de continuidad de los ligamentos que mantienen la estabilidad de la articulación, producida por un movimiento brusco de inversión y/o eversión. Es una lesión muy frecuente, incluso en las personas de a pie, siendo su incidencia del 25% (5). La mayoría de las lesiones de los ligamentos del tobillo afectan al compartimento externo, produciéndose por un mecanismo de inversión forzada, frecuentemente combinado con una rotación externa de pierna, siendo el ligamento más lesionado el ligamento peroneo-astragalino anterior (6).

2 Objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

- Analizar la relación entre la flexión dorsal de tobillo y el esguince de tobillo, comparando la amplitud articular de pacientes con antecedentes de esguince de tobillo con pacientes que no lo tengan.
- Analizar la relación entre diferentes patologías relevantes del miembro inferior y alteración en el balance articular de flexión dorsal de tobillo.

3 Metodología

Se trata de un estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo, realizado en un total de 69 sujetos, con edades entre los 18 y 32 años, que tras aplicar los métodos de inclusión y exclusión se quedaron en 62 sujetos sanos (n=62).

Para poder participar en el estudio primeramente los sujetos firmaron un consentimiento informado donde se les explicaba que iban a participar en un estudio y posteriormente rellenaron un cuestionario, donde se hacía una recogida de datos personales como nombre, la talla, el peso, antecedentes de esguinces de tobillo y / o lesiones relevantes de miembros inferiores (como son roturas del ligamento cruzado anterior de rodilla, esguinces de rodilla o roturas fibrilares, entre otras, excluyendo lesiones menores como podrían ser sobrecargas o contracturas musculares).

Se utilizó el test de lunge o weight – bearing lunge test, que consiste en, mediante una posición de tándem o de paso adelante, tocar la pared con la rodilla de la pierna adelantada sin que el talón de dicha pierna se eleve del suelo, midiéndose la máxima distancia entre la pared y el 1º dedo del pie adelantado sin que pierda

el contacto el talón con el suelo (7,8). Los sujetos debían realizar el test con ropa cómoda que no interfiriese en la medición y descalzos. Lo realizaban 3 veces con cada pierna. Se hizo la media aritmética entre las 3 medidas obtenidas.

Se puso una banda de tape blanco, transversal a la pared, donde se pintó una marca por cada centímetro (cm) con una regla partiendo desde la pared, que no debía tener rodapiés, para no interferir en las mediciones. Posteriormente para el manejo de los datos, se utilizó el programa Excel primero para introducir los datos y después volcarlos en el programa estadístico SPSS, donde se hizo todo el trabajo estadístico correspondiente.

4 Resultados

Se trata de un estudio observacional analítico longitudinal retrospectivo, realizado en un total de 69 sujetos, con edades entre los 18 y 32 años, que tras aplicar los métodos de inclusión y exclusión se quedaron en 62 sujetos sanos (n=62).

Para poder participar en el estudio primeramente los sujetos firmaron un consentimiento informado donde se les explicaba que iban a participar en un estudio y posteriormente rellenaron un cuestionario, donde se hacía una recogida de datos personales como nombre, la talla, el peso, antecedentes de esguinces de tobillo y / o lesiones relevantes de miembros inferiores (como son roturas del ligamento cruzado anterior de rodilla, esguinces de rodilla o roturas fibrilares, entre otras, excluyendo lesiones menores como podrían ser sobrecargas o contracturas musculares).

Se utilizó el test de lunge o weight – bearing lunge test, que consiste en, mediante una posición de tándem o de paso adelante, tocar la pared con la rodilla de la pierna adelantada sin que el talón de dicha pierna se eleve del suelo, midiéndose la máxima distancia entre la pared y el 1º dedo del pie adelantado sin que pierda el contacto el talón con el suelo (7,8). Los sujetos debían realizar el test con ropa cómoda que no interfiriese en la medición y descalzos. Lo realizaban 3 veces con cada pierna. Se hizo la media aritmética entre las 3 medidas obtenidas.

Se puso una banda de tape blanco, transversal a la pared, donde se pintó una marca por cada centímetro (cm) con una regla partiendo desde la pared, que no debía tener rodapiés, para no interferir en las mediciones.

Posteriormente para el manejo de los datos, se utilizó el programa Excel primero para introducir los datos y después volcarlos en el programa estadístico SPSS, donde se hizo todo el trabajo estadístico correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

No se puede afirmar que haya una relación entre falta de últimos grados de flexión dorsal y esguince de tobillo, puesto que el resultado estadístico obtenido no fue significativo. Tampoco hay una relación directa entre falta de últimos grados de flexión dorsal y lesiones relevantes en los miembros inferiores. Si que es cierto que hay una pequeña diferencia en las medias de los resultados obtenidos en el test, que en el contexto clínico puede ser indicativo de haber tenido lesión, pero que no son suficientes para afirmar, con evidencia, que este fenómeno se presente cada vez que haya un esguince o una lesión en el miembro inferior.

Estos datos coinciden con los publicados por De Noronha et al (9) y Denegar et al (10), que no vieron una relación suficiente para concluir que este déficit fuera significativo y estuviera relacionado con una mayor predisposición a sufrir un esguince de tobillo (9, pero se contradicen con los publicados por Pope et al (11), donde sí concluyeron que una menor flexión dorsal de tobillo es un factor predisponente para sufrir un esguince de esta articulación.

Las limitaciones del estudio fueron no poder contar con un observador familiarizado con el test. También podría haber sido de gran ayuda contar con una superficie de contacto que detectase electrónicamente la huella plantar para poder determinar si había levantado o no el talón del suelo.

6 Bibliografía

1. Dufour M. Artrología. Anatomía del aparato locomotor, tomo1, miembro inferior. Barcelona (España): Masson, S.A.; 2003. p. 148-163.
2. Donald neuman. Fundamentos de la rehabilitación física. Neuman DA. El tobillo y el pie. Fundamentos de la rehabilitación física. Cinesiología del sistema musculoesquelético. 1ª edición. Estados Unidos: Paidotribo, 2007. p. 485-500.
3. Bonnel F, Mabit C, Tourné Y. Anatomía y biomecánica de la articulación talocrural. EMC. 2016;18(2): 1-15.
4. Hamill J, Knutzen KM, Derrick TM. Sección II. Anatomía funcional. En: Mendoza C. Biomecánica. Bases del movimiento humano. 4ª edición. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2001. p. 209-218.
5. Vicente de la Puente M (2014). Una buena exploración, cómo conseguirla. Universitat de Barcelona, Barcelona.
6. Czajka CM, Tran E, Cai AN, DiPrieta JA. Ankle sprains and instability. Med Clin N Am. 2014. 313-329.

7. Powden CJ, Hoch JM, Hoch MC. Reliability and minimal change of the weight – bearing lunge test: a systematic review. *Manual therapy*. 2015. 1-9.
8. Cejudo A, Sainz de Baranda P, Ayala F, Santoja F. A simplified version of the weight – bearing ankle lunge test: a description and test – retest reliability. *Manual therapy*. 2014. 1-5.
9. De Noronha M, França LC, Haupenthal A, Nunes GS. Intrinsic predictive factors for ankle sprain in active university students: a prospective study. *Scand J Med Sci Sport*. 2012. 1-7.
10. Denegar CR, Hertel J, Fonseca J. The effect of lateral ankle sprain on dorsiflexion range of motion, posterior talar glide, and joint laxity. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2002 Apr;32(4):166-73.
11. Pope R, Herbert R, Kirwan J. Effects of ankle dorsiflexión range and pre-exercise calf muscle stretching on injury risk in army recruits. *Aust J Physiother*. 1998; 44(3): 165–172.

Capítulo 273

EL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

ALBA ROJO DEL CAMPO

1 Introducción

La Fisioterapia que se hace en la unidad de cuidados intensivos se ha venido usando durante décadas en todas las partes del mundo, en estas unidades se forman equipos que son multidisciplinares, de forma inicial, en aquella patología que sea de carácter respiratorio, de forma posterior en la patología cardiopulmonar, músculo-esquelético y también neuromuscular.

Los distintos servicios de la medicina en esta área pueden representar de forma única entre el 5 y el 10% de las camas del hospital que se suceden alrededor del 20% de los distintos recursos de los que se disponen en esta unidad de cuidados de los pacientes agudos y que supone el 10% de los costes que se generan en el hospital.

La Unidad de Cuidados Intensivos se puede definir como un equipo de profesionales de la salud que ofrecen una asistencia multidisciplinar dentro de un espacio específico del hospital.

En este equipo se incluyen los fisioterapeutas, con sus competencias que quedan perfectamente definidas en el Libro Blanco de la fisioterapia, este libro es un libro que se llama así porque permite al fisioterapeuta aplicar sus conocimientos dentro de la disciplina y pudiendo bajo su criterio permitir la rehabilitación del paciente en varias disciplinas.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar la importancia del fisioterapeuta en la unidad de cuidados intensivos de un hospital del sistema público de salud.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación en el buscador de Google académico, seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pudmed para quedarnos finalmente con una recopilación de casos clínicos que han sido de nuestro interés para hacer esta comunicación.

4 Resultados

Las funciones que tiene el profesional fisioterapeuta dentro de la unidad de cuidados intensivos están bien definidas, estas son tales como la limpieza de secreciones; poder dar soporte en las técnicas de la fisioterapia respiratoria en el enfermo extubado, o que tiene ventilación mecánica.

Distintos estudios se han considerado como la realización de la movilización temprana en el paciente crítico que está ingresado en estas unidades, puede favorecer su recuperación y así evitar las complicaciones que se derivan de la estancia prolongada y la debilidad que se adquiere en la cama dentro de los cuidados intensivos.

Las distintas intervenciones hace disminuir una debilidad que se adquiere y una falta de la condición física que se asocia a la enfermedad crítica. Los distintos estudios recientes han podido demostrar que es segura, factible y también más beneficiosa en la unidad de cuidados intensivos. Si nos referimos a la debilidad muscular, que se genera en el paciente adulto, la fuerza de los músculos se disminuye en un 1% por cada día que el paciente permanezca encamado. A esto le podemos unir la escasa movilidad que tiene el paciente en esta unidad, la pérdida de la fuerza muscular se eleva hasta un 25% en una semana completa, lo que

hace que este paciente si no es intervenido por la figura del fisioterapeuta en la unidad de cuidados intensivos no podrá moverse y debilitará completamente su masa muscular. Los movimientos del fisioterapeuta deben hacerse bajo estricto control médico y de enfermería y los ejercicios serán en todo caso de forma pasiva hasta que el paciente poco a poco, si recupera la conciencia, se debe de hacer que colabore todo lo posible en su rehabilitación física.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez se llegan a realizar estudios sobre otro tipo de técnicas de la fisioterapia en la unidad de cuidados intensivos, puede ir más allá de lo que se llama fisioterapia respiratoria. Se deben realizar como mínimo ejercicios de forma activa de las extremidades, tanto inferiores como superiores, realizar cambios de la cama a la silla o la bipedestación en la que se puede usar distintas máquinas de elevación mecánica, incluso se puede intentar o por lo menos iniciar al paciente en el proceso de la deambulaci3n, estas intervenciones van encaminadas a poder generar un impacto positivo que se genera en el transporte del oxígeno y de la relación con la ventilaci3n y la perfusi3n.

6 Bibliografía

1. Fernández-Blanco, R., Corrochano-Cardona, R., & Raga-Poveda, P. (2017). Fisioterapia en Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Patol Respir*, 20(4), 130-137.

Capítulo 274

EL FISIOTERAPEUTA ANTE LA PARÁLISIS CEREBRAL

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

ALBA ROJO DEL CAMPO

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

1 Introducción

Las grandes implicaciones de carácter neurocinemático de la Parálisis cerebral pueden repercutir en distintos grados en las funciones de las actividades básicas del día a día y en sus actividades que son propias del individuo, en la cual se genera una limitación en la realización de algunas actividades para la restricción en lo que es la participación social. Las manifestaciones clínicas que tiene la parálisis cerebral pueden resultar muy variables gracias a cierta plasticidad cerebral y a la capacidad de adaptación del sistema nervioso infantil, por lo que los efectos que puedan ser nocivos de un determinado agente puede depender no solo de su naturaleza topográfica en el cerebro, sino también hay que considerar su cronología. En este sentido, se han descrito varios tipos de parálisis cerebral, de los cuales se puede resaltar que hay una existencia de un tipo espástico con la distribución topográfica de cuadros de cuadriplejía, diplejía, hay que considerar el tipo más frecuente, que se presenta en el 80% de los casos de la parálisis cerebral.

Esto tiene una base, dentro de los distintos estudios que pueden evidenciar que esta enfermedad se puede seguir a considerar en el medio clínico, se han hecho muchos esfuerzos de carácter médico para mejorar los servicios de salud, la atención prenatal y perinatal, en la que se destaca los distintos casos que se producen en la supervivencia de los niños que nacen con bajo peso y los prematuros.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar el papel del fisioterapeuta ante la parálisis cerebral que se hace en los servicios de salud públicos.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación en el buscador de Google académico, seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pubmed para quedarnos finalmente con una recopilación de casos clínicos que han sido de nuestro interés para hacer esta comunicación.

4 Resultados

La parálisis cerebral que tiene un tipo espástico se considera la más representativa dentro de la población con esta patología, en la que se pueden resaltar los aspectos que se tienen de la evidencia clínica general en la que se ha mostrado a través del tiempo, haciendo un especial énfasis en aquellas características del compromiso de la neurona motora superior, esto normalmente se fundamenta en la evaluación y, por lo tanto, la intervención neurológica del fisioterapeuta. El reto que se viene encima para los fisioterapeutas que van a participar en la rehabilitación de las personas con los trastornos neurológicos como la parálisis cerebral.

Esta tiene que consistir en poder desarrollar un modelo de la práctica profesional, en el que los distintos métodos del tratamiento que se seleccionen y tengan como fundamento una clara comprensión de aquellos conocimientos científicos, fisioterapéuticos y de carácter práctico, que para ello requiere un análisis de las estrategias terapéuticas que se engloban en sí mismas, también de las teorías de aquel control motor que se relaciona con el aprendizaje o adquisición de las distintas habilidades que se pueden evidenciar en las conductas motoras.

En la actualidad existen varias fuentes de información que pueden documentar la aplicación de distintas estrategias de carácter terapéutico de forma global o de carácter específico para analizar la evidencia científica sobre los que estos se basan, hay que detallar los conceptos neurofisiológicos y también conductuales que les pueden servir de fundamento.

La fisioterapia neurológica está considerado un campo complicado de intervención, para lo que se requiere que la figura del fisioterapeuta pueda mantener una comunicación de modo efectivo con un equipo interdisciplinario y que pueda razonar de forma permanentemente de carácter de los fundamentos científicos en los que se pueda basar la actuación, así se puede considerar una capacidad de proponer con éxito las distintas estrategias y técnicas de carácter terapéutico de la intervención en la práctica clínica.

5 Discusión-Conclusión

La parálisis cerebral es una entidad nosológica que se amplía y ha sido analizada por distintos autores que han realizado este capítulo desde una perspectiva de la intervención de la fisioterapia, para lo que, se recomienda que sea necesario poder realizar una recopilación teórica que pueda aportar las bases del concepto de dicho trabajo, esto debe hacerse desde la construcción de los antecedentes históricos, investigativos y también legales que pueden hacer que se sustente la realización de las investigaciones sucesivas que se están realizando en la actualidad, de la cual los resultados son dispares por el número escaso de estudios realizados hasta el momento y la recomendación se vuelve obligatoria a que se realicen más estudios cuantitativos y cualitativos sobre esta enfermedad y la fisioterapia.

6 Bibliografía

1. Arévalo, M. P. G. (2001). Fisioterapia en neurología: estrategias de intervención en parálisis cerebral. *Umbral científico*, (7), 24-32.

Capítulo 275

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LAS FRACTURAS DE TOBILLO

JAVIER DAMIÁN GALLEGO RODRIGO

1 Introducción

La fractura de tobillo es una patología muy frecuente en fisioterapia y cirugías traumatológicas. Suelen realizarse durante las actividades deportivas a través de un gesto forzado en torsión de tobillo. Genera consecuencias más graves que la patología más numerosa en el tobillo, el esguince de tobillo. Las fracturas de tobillo suelen ocasionarse con el pie en carga, más frecuente en hombres que en mujeres, es la lesión ósea más común en futbolistas (1, 2).

Normalmente, las fracturas en el maléolo tibial vienen acompañadas por la fractura del maléolo peroneo. Esta lesión afecta gravemente a la articulación del tobillo, que es una diartrosis (sinovial en bisagra) formada por el extremo distal de la tibia, peroné y el astrágalo. Los movimientos de flexión dorsal, flexión plantar, inversión y eversión del pie, se verán afectados tras este tipo de fracturas. Los fisioterapeutas suelen tratar gran cantidad de esguinces de tobillo cuando el ligamento colateral lateral o el ligamento colateral medial o deltoideo se han visto afectados. Pero cuando estos elementos estabilizadores no consiguen proteger la articulación, son los huesos los que soportan gran cantidad de peso y la carga les sobrepasa, juntando esto con un movimiento de torsión. Además del tratamiento quirúrgico o de reposo previo a una fractura, escoger el abordaje indicado para el tratamiento de fisioterapia será fundamental para que el paciente recobre de nuevo el movimiento de su tobillo (1, 3, 4).

2 Objetivos

- Revisar la evidencia científica actual sobre la rehabilitación y las fracturas de tobillo.
- Analizar el abordaje de fisioterapia en las fracturas de tobillo.

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:

“Ankle injuries”, “Ankle fracture”, “Ankle Instability”, “Malleolus fracture”, “Ankle surgery”, “Proprioceptive Training”, “Treatment”, “Prevention” 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

Las fracturas de tobillo se pueden clasificar a través de diferentes escalas, teniendo en cuenta diferentes aspectos y características. La clasificación de Lauge-Hansen, la primera palabra está referida a la posición del pie en el que se ha realizado la lesión y la segunda reflejará la fuerza deformante de la torsión. Además, el grado de severidad de la lesión se puede clasificar del 1 al 4. La clasificación de AO es una variante de la escala de Weber, en la cual, se diversifican las fracturas tipo A, B, C. La tipo A está referida a las fracturas efectuadas por una inversión extrema de tobillo, generando fractura transversal del peroné y del ligamento

colateral lateral. La tipo B está dirigida a las fracturas en eversión y rotación externa de tobillo. En la tipo C existe fractura diafisaria en el peroné entre la cabeza del peroné y la sindesmosis (4, 5, 6).

El diagnóstico se evaluará a través de radiografía y resonancia nuclear magnética. Los síntomas serán dolor intenso, incapacidad para la marcha, aumento de la inflamación, impotencia funcional, deformación del tobillo e impactación del astrágalo.

Tanto el tratamiento conservador como el quirúrgico tienen como objetivo reducir el tobillo y conseguir que el daño óseo sea el mínimo. Tras el requerido reposo, el abordaje de fisioterapia tendrá que devolver el movimiento, funcionalidad, fuerza y propiocepción.

La evidencia científica en la actualidad recomienda la movilización temprana, la carga gradual, disminuyendo así la inflamación y hematoma, consiguiendo una recuperación más rápida. Se trabajará la cicatriz en caso de que hubiera habido cirugía, para eliminar adherencias. Los isométricos de flexo-extensión de tobillo y la movilidad pasiva será la mejor opción en fase aguda. La movilidad activo-asistida según vaya ganando movimiento y disminuyendo el dolor. Ejercicios para los peroneos, musculatura de los dedos del pie y el tibial anterior y posterior. Los baños de contraste y el drenaje linfático manual para disminuir la hinchazón. Comenzar a movilizar la inversión y eversión, sin dolor, articulando la subastragalina. Iremos ganando amplitud en el rango articular de movimiento y potenciando la musculatura. La carga se irá introduciendo, teniendo en cuenta la tolerancia del paciente y lo podremos cuantificar con una báscula en un hemicuerpo. Reeducación de la marcha comenzando por paralelas. Terminando el tratamiento con el trabajo propioceptivo y pliométrico. Tras un abordaje correcto de fisioterapia, el paciente volverá a su actividad del día a día, por ello es importante adaptar el tratamiento y revisar la evidencia para su recuperación óptimo (5, 7, 8).

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas de tobillo son un problema de la salud pública que afectan a todo tipo de personas. La gravedad de dicha patología exige la revisión de su abordaje en fisioterapia. Debemos individualizar el tratamiento para cada tipo de fractura con tratamiento conservador o quirúrgico. El fisioterapeuta debe disminuir el dolor y la inflamación del paciente. Aumentar el rango articular de movilidad del tobillo. Intentando ganar fuerza muscular gradualmente, para posteriormente trabajar en la propiocepción y control motor hasta dominar la carga, la marcha y la vuelta a la actividad diaria y/o actividad deportiva, devolviendo la calidad de

vida a las personas que han sufrido una lesión de gravedad como es la fractura de tobillo.

6 Bibliografía

1. Lin C-WC, Donkers NAJ, Refshauge KM, Beckenkamp PR, Khera K, Moseley AM. Rehabilitation for ankle fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11.
2. Michelson JD, Wright M, Blankstein M. Syndesmotic ankle fractures. *J Orthop Trauma*. 2018;32(1):10–4.
3. Smeeing DPJ, Houwert RM, Briet JP, Kelder JC, Segers MJM, Verleisdonk EJMM, et al. Weight-bearing and mobilization in the postoperative care of ankle fractures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and cohort studies. *PLoS One*. 2015;10-7.
4. Steinberg N, Dar G, Dunlop M, Gaida JE. The relationship of hip muscle performance to leg, ankle and foot injuries: a systematic review. *Phys Sportsmed*. 2017;45(1):49–63.
5. Ren D-H, Hou Y. Non-surgical treatment for fracture-dislocation of ankle. *Zhongguo Gu Shang*. 2012;25(1):62–5.
6. Keene DJ, Costa ML, Tutton E, Hopewell S, Barber VS, Dutton SJ, et al. Progressive functional exercise versus best practice advice for adults aged 50 years or over after ankle fracture: protocol for a pilot randomised controlled trial in the UK - the Ankle Fracture Treatment: Enhancing Rehabilitation study. *BMJ Open*. 2019;9(11).
7. Goost H, Wimmer MD, Barg A, Kabir K, Valderrabano V, Burger C. Fractures of the ankle joint: investigation and treatment options. *Dtsch Arztebl Int*. 2014;111(21):377–88.
8. Briet JP, Hietbrink F, Smeeing DP, Dijkgraaf MGW, Verleisdonk EJ, Houwert RM. Ankle fracture classification: An innovative system for describing ankle fractures. *J Foot Ankle Surg*. 2019;58(3):492–6.

Capítulo 276

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA MANUAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR

DANIEL REVIEJO MANZANO

RAQUEL MENCHERO SANCHEZ-CIFUENTES

DAVID CANCHAL CRESPO

ROCÍO SÁNCHEZ LINARES

ALBERTO MUÑOZ LOPEZ

1 Introducción

El Síndrome de Disfunción Temporomandibular (SDTM a partir de ahora) ha sido considerado como el trastorno funcional del sistema masticatorio, incluyendo cualquier alteración en las relaciones de los dientes con sus estructuras.

Al realizar una búsqueda en la literatura, podemos encontrar que el SDTM ha sido denominado de varias formas, como Desórdenes Temporomandibulares (DesTM), Síndrome Miofascial (SMF), Disfunción Temporomandibular (DTM), pero sobre todo como Trastornos Temporomandibulares (TTM).

En 1955, el síndrome de dolor-disfunción fue descrito por Schwartz, y más tarde revisado por Shore en 1959, el cual decidió llamarlo Síndrome de Disfunción de la Articulación Temporomandibular.

Hoy en día, el término TTM, es el preferido según la American Academy of Oro-facial Pain (AAOP).

Además de la AADO, la American Dental Associatio (ADA) ha reconocido que el término TTM incluye a la Articulación Temporomandibular (ATM) y a todos los trastornos asociados con la función del sistema masticatorio. Por todos estos datos, en este estudio, al hablar de TTM, estaremos haciendo referencia al SDTM. Los síntomas no siempre están limitados a la ATM, por lo que algunos autores piensan que se debería usar un término más amplio, como Síndrome Craneo-mandibular (SCM). El SDTM está incluido dentro de los trastornos articulares no inflamatorios. Así mismo, implica una alteración en el funcionamiento intraarticular del complejo cóndilo-disco-fosa. Puede afectar a cualquier paciente, independientemente de la edad y del género, con distintos síntomas y signos.

Sin embargo, debido a la variación en los síntomas entre diferentes pacientes, y en el mismo paciente en diferentes momentos, el diagnóstico de este síndrome puede ser complicado de determinar.

Los chasquidos y crepitaciones que podemos encontrar en el SDTM, son uno de los síntomas más comunes, seguidos por el dolor de cabeza. Puesto que el sonido no es siempre considerado como un problema, sino como un factor de riesgo, los clics de la ATM pueden ser una variante normal en lugar de un trastorno. Los cambios en la morfología del cóndilo y desplazamientos del disco pueden originar esos clics en la ATM sin dolor o disfunción significativa.

La mayoría de los expertos creen que el tratamiento inicial debe comenzar con las terapias conservadoras, dejando como último recurso la cirugía. El tratamiento desde un primer momento está encaminado al alivio del dolor producido, y el restablecimiento de la función.

Una de las causas generales de estos trastornos son hábitos posturales incorrectos, por tanto, en pacientes con TTM ya instaurados, se aconsejan indicaciones tales como: evitar aperturas muy amplias de la boca, no adelantar la mandíbula, no morderse las uñas, no apretar o rechinar los dientes, evitar posiciones incorrectas del tronco, el cuello y la cabeza.

El equilibrio de la ATM tiene una función que prevalece sobre el equilibrio del raquis cervical. La cervicalgia es uno de los síntomas del SDTM, y en una gran mayoría de los casos, el tratamiento del sistema mandibular es uno de los puntos importantes para el raquis cervical.

En cuanto a la fisioterapia (FTP) y la TM, debemos tener en cuenta que el primer punto en que nos debemos apoyar es en la historia clínica y dental del paciente, después de haberle realizado una evaluación estructural y neuromuscular de la

región cervical alta, cráneo y cintura escapular.

Debido a los problemas citados anteriormente, la FTP es considerada un tratamiento opcional para la mejora de la apertura bucal y disminución del dolor en pacientes con TTM, siendo una terapia relativamente simple, no invasiva, y de bajo coste comparado con otras. El objetivo principal será aliviar el dolor producido por los TTM, restaurar la función mandibular, y la movilidad de la ATM y columna cervical. Los dolores que causan estos trastornos son importantes también, debido a la compleja organización de los nervios orofaciales encargados de recoger la sensibilidad orofacial. Los principales pares craneales responsables de la conducción del dolor son el Trigémino (V par craneal), el Facial (VII par craneal), el Glossofaríngeo (IX par craneal) y el vago (X par craneal). La masoterapia tiene un efecto antiálgico mediante la estimulación leve de los nervios sensitivos cutáneos.

Las técnicas que presentan una mayor presencia en la literatura, por sus diferentes modalidades, son las que vienen dadas por parte de la Cinesiterapia (manipulaciones articulares y terapia articular manual).

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía científica respecto a la existencia de la terapia manual en el tratamiento de la disfunción temporomandibular.
- Analizar la bibliografía científica existente respecto a la efectividad de la terapia manual en el tratamiento de la disfunción temporomandibular.

3 Metodología

La búsqueda de los artículos científicos comenzó el día 3 de febrero de 2016 y terminó el 26 de febrero de 2016, y se realizó en las bases de datos de PubMed y PEDro. Los artículos tuvieron que estar publicados en los últimos 5 años, pero para esta revisión se incluyeron dos artículos de años anteriores por su interés en esta revisión. Esta búsqueda se llevó a cabo en inglés y español. Se descartaron los artículos que presentaban una puntuación menor de 5 puntos en la escala PEDro.

4 Resultados

La mayoría de los artículos incluidos en esta revisión fueron estudios que presentaban efectos positivos sobre el dolor y la disfunción que producen los trastornos temporomandibulares (TTM) en respuesta a la terapia manual (TM). Los resultados mostraron evidencias variables sobre las mejoras de los signos y los síntomas de los TTM, dependiendo de la técnica utilizada.

El ensayo llevado a cabo por Nascimento MM et al, demostró la eficacia tras el periodo de tratamiento de la combinación de anestesia de bloqueo del nervio auriculotemporal junto con la terapia fisioterápica en la ATM en la disminución del dolor provocado por los TTM, y una mejora en la protrusión y apertura máxima bucal. El grupo que recibió únicamente el tratamiento anestésico demostró mejora solo durante el tiempo que duró en ensayo. Un problema que se encontró, fue que a algunos pacientes a los que se les aplicó inyección, se les produjo hematoma en la zona en la que se aplicó la misma. No se pudo comparar este estudio con otros de las mismas características, ya que con los criterios que se usaron para esta bibliografía no se encontraron otros ensayos que combinaran el tratamiento farmacológico del nervio con la terapia fisioterápica.

Los estudios realizados por Kalamir A et al, Craane B et al, Yoshida H et al., Tuncer AB et al. que compararon la terapia manual con la terapia a domicilio, y demostraron la eficacia de la terapia manual en los pacientes con TTM, ya fuese usando la TM como único tratamiento, o combinándola con cuidados en el hogar. Para esta revisión se seleccionaron dos estudios realizados por los mismos autores, el realizado por Kalamir A et al, tiene un valor de 8/10 en escala PEDro, mientras que el siguiente, Kalamir A et al. se valoró con 7/10 en la misma escala. Kalamir A et al. contó con un total de 93 pacientes, y un grupo control aparte de los dos grupos de tratamiento, mientras que Kalamir A et al.⁴⁰ contó con 46 pacientes y no tuvo grupo control, esto le confiere una menor importancia en los resultados obtenidos. Los parámetros medidos en cada estudio fueron los mismos. En Kalamir A et al. se demostró que ambos grupos obtuvieron una disminución entre estos parámetros, pero que el grupo que recibió TM tuvo más probabilidades de obtener mejores resultados. Kalamir A et al. demostró que el efecto de combinar ejercicios de autocuidado a domicilio y TM miofascial, no obtuvo superioridad significativa frente al grupo que recibió solo TM durante los primeros 6 meses. Este dato nos debería animar a abrir una línea de investigación al respecto de los ejercicios de autocuidado a domicilio para esclarecer si esta ausencia de resultados es porque esos autocuidados no sirven, porque se realizan mal, o simplemente no se hacen por parte de los pacientes. La mayor

efectividad de la combinación solo se hizo obvia al año de tratamiento, donde el grupo TM mostró alguna señal de regresión que no fue experimentado por el grupo combinación. El ensayo llevado a cabo por Craane B et al, estudió, al igual que Kalamir A et al, los efectos de la terapia física (TF) en un año, en comparación con un grupo control que recibió medidas ergonómicas. Ambos estudios contaron con el valor 8/10 en la escala PEDro. Este ensayo mostró que después de un año, a diferencia de los dos ensayos anteriores, que si bien ambos grupos mejoraron en los parámetros medidos, no hubo una diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a la mejora de los resultados.

Yoshida H et al, en su ensayo, que contó con un valor de 5/10 en escala PEDro (menor que los anteriores), no contó con un grupo que únicamente fuese tratado con TM. El grupo que recibió medidas ergonómicas, tuvo que realizar ejercicios donde la TM consistió en resistencia a los estos mismos ejercicios, como ejercicios activos resistidos, además no contó con la supervisión de un especialista que pudiese comprobar que estos, estaban bien ejecutados. Lo positivo de este artículo fue el tamaño muestral, y que fue específico en el sexo femenino.

Los estudios de Tuncer AB et al también evaluaron la efectividad de la TM combinada con la terapia física en el domicilio. Cada uno contó con una valoración diferente en la escala PEDro. El primero fue valorado con un 7/10 (año 2012), mientras que el segundo tuvo un 5/10 (año 2013), y los dos estuvieron enfocados a valorar la efectividad a corto-medio plazo. Ambos estudios contaron con sujetos, y ambos contaron con un grupo a la que se le aplicó TM más terapia a domicilio, y otro grupo al que solo se le aplicó terapia a domicilio. Ambos estudios mostraron una mejora en los parámetros que se midieron, pero para el segundo los resultados demostraron que la disminución del dolor fue solamente significativa para el grupo TM.

Los estudios llevados a cabo por Packer AC et al. (8/10 escala PEDro) y Oliveira-Campelo et al. (6/10 escala PEDro), realizaron terapias de manipulación valoradas a corto plazo. Mientras que en el realizado por Packer AC et al, los resultados no mostraron diferencias significativas pre y postratamiento, el ensayo llevado a cabo por Oliveira-Campelo et al. mostró efectos inmediatos en la mejora de los parámetros valorados. Aparte de la diferencia de 2 puntos en la escala PEDro, las manipulaciones de cada estudio se aplicaron en zonas diferentes.

Se demostró la eficacia de la TM y el uso de férula oclusal en pacientes con TTM, gracias al ensayo de Gomes CAF de P et al, (7/10 escala PEDro). Mediante ambos tratamientos hubo mejoras en los parámetros valorados, pero no se anotó una diferencia significativa en los resultados.

También demostró ser útil la TM osteopática, al ser comparada con el tratamiento

que combinó TF, termoterapia, aparato bucal y electro terapia, mediante el ensayo de Cuccia AM et al, (6/10 escala PEDro), pero estos resultados no mostraron una diferencia significativa entre ambos grupos. A la hora de la discusión, el segundo estudio tiene una mayor muestra que los demás, por otro lado, en el tercer estudio los pacientes solo son mujeres, y en el segundo hay más hombre que mujeres, cuando hemos podido estudiar que se encuentran más patologías temporomandibulares en mujeres que en hombres.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica expuesta en este trabajo se concluye que el tratamiento de los Síndromes de Disfunción Temporomandibular tratados mediante terapia manual (masaje, estiramientos, ejercicios resistidos y manipulaciones) ha demostrado resultados beneficiosos, sobre todo a corto y medio plazo. Después de haber estudiado a fondo el tema, sería necesario seguir estudiando la efectividad de la TM en los TTM, y sobre todo sería interesante estudiar su estricta efectividad comparada con grupos control, para poder evidenciar los beneficios a corto, medio, y largo plazo. Esta revisión deja las puertas abiertas a nuevos estudios para poder evaluar con la mayor rigurosidad científica posible los beneficios que se pueden obtener con la TM.

6 Bibliografía

1. Fischer P. Tratamiento fisioterapéutico de disfunciones orofaciales. Labor Dental Clin 2001; 2(5): 171 – 4.
2. Okeson JP. Joint intracapsular disorders: diagnostic and nonsurgical management considerations. Dent Clin North Am. Enero de 2007;51(1):85-103, vi.
3. Bonjardim LR, Gavião MBD, Pereira LJ, Castelo PM, Garcia RCMR. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. Brazilian Oral Research. Junio de 2005;19(2):93-8.
4. Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, Ferrando M. Los factores psicológicos en el trastorno temporomandibular. Universidad de Valencia. Psicothema; 2005;17(1):101-106.
5. Wright EF, North SL. Management and Treatment of Temporomandibular Disorders: A Clinical Perspective. J Man Manip Ther. 2009;17(4):247-54.
6. Rodríguez Romero B, Mesa Jiménez J, Paseiro Ares G, González Doniz Ma. Síndromes posturales y reeducación postural en los Trastornos temporomandibulares. Rev Iberoam Fisioter Kinesiología. 1 de diciembre de 2004;7(2):83-98.

7. Guardia CF. Temporomandibular Disorders: Background, Pathophysiology, Epidemiology. 7 de enero de 2014; Recuperado a partir de: <http://emedicine.medscape.com/article/1143410-overview>.
8. Salas LO, Odalmis N, Carpio C, Hortensia M, Prada R, María B, et al. Gravedad de la disfunción temporomandibular. Medisan [Internet]. junio de 2006;10(2). Recuperado a partir de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san09206.htm.
9. Hormiga Sánchez CM, Bonet Collante M, Alodia Martínez C, Jaimes Barros AP. Prevalencia de síntomas y signos de trastornos temporomandibulares en una población universitaria del área metropolitana de Bucaramanga, Santander. Umbral Científico 2009 [Internet]. 2016 [citado 15 Feb 2016];80-91. Disponible en: <http://google.redalyc.org/articulo.oa?id=30415059007>.
10. Grau León I, Fernández Lima K, González G, Osorio Núñez M. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. Revista Cubana de Estomatología. diciembre de 2005;42(3):0-0.
- 34.
11. Perry HT. Temporomandibular joint dysfunction: from Costen to the present. Ann Acad Med Singap. enero de 1995;24(1):163-7.
12. De Rossi SS, Greenberg MS, Liu F, Steinkeler A. Temporomandibular disorders: evaluation and management. Med Clin North Am. noviembre de 2014;98(6):1353-84.
13. Rodríguez YV, Vivas PP, Pérez HS, Torres FEP. Signos y síntomas en pacientes con síndrome de disfunción temporomandibular. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 10 de noviembre de 2013;19(3):358-69.
14. Cabo García R, Grau León I, Sosa Rosales M. Frecuencia de trastornos temporomandibulares en el área del Policlínico Rampa, Plaza de la Revolución. Revista Habanera de Ciencias Médicas. noviembre de 2009;8(4):0-0
- Ryalat S, Baqain ZH, Amin WM, Sawair F, Samara O, Badran DH. Prevalence of Temporomandibular Joint Disorders Among Students of the University of Jordan. J Clin Med Res. agosto de 2009;1(3):158-64.
15. Ryalat S, Baqain ZH, Amin WM, Sawair F, Samara O, Badran DH. Prevalence of Temporomandibular Joint Disorders Among Students of the University of Jordan. J Clin Med Res. agosto de 2009;1(3):158-64.
16. Bagis B, Ayaz EA, Turgut S, Durkan R, Özcan M. Gender Difference in Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders: A Retrospective Study on 243 Consecutive Patients. Int J Med Sci 2012; 9(7):539-544. doi:10.7150/ijms.4474. disponible en: <http://www.medsci.org/v09p0539.htm>.
17. Grau León I, Almagro S, Cabo García R. Los trastornos temporomandibulares y la radiación láser. Revista Cubana de Estomatología. septiembre de 2007;44(3):0-

0.

18. Jiménez Quintana Z, Solana S, Los L de, Sáez Carriera R, García Martínez I. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de 15 años y más de la Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Estomatología*. septiembre de 2007;44(3):0-0.

19. Algozaín Acosta Y, Viñas García M, Capote Leyva E, Rodríguez Llanes R. Comportamiento clínico del síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular en una consulta de urgencias estomatológicas. *Revista Cubana de Estomatología*. junio de 2009;46(2):0-0.

20. Almagro Céspedes I, Castro Sánchez AM, Matarán Peñarocha GA, Quesada 35. Rubio JM, Guisado Barrilao R, Moreno Lorenzo C. Disfunción temporomandibular, discapacidad y salud oral en una población geriátrica semi-institucionalizada. *Nutrición Hospitalaria*. octubre de 2011;26(5):1045-51.

21. Poveda Roda R, Bagán JV, Díaz Fernández JM, Hernández Bazán S, Jiménez Soriano Y. Review of temporomandibular joint pathology: Part I: Classification, epidemiology and risk factors. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* [Internet]. agosto de 2007;12(4):292-8. 22. Espinosa de Santillana I, Cárdenas M d l L, Lara Muñoz C, Cavazos J, Fócil M. Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 2005;28(3):42-50. 2005 [citado 21 Feb 2016];28(3):42-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232805>.

23. Dworkin SF, LeResche L, Von Korff MR. Diagnostic Studies of Temporomandibular Disorders: Challenges From an Epidemiologic Perspective. *Anesth Prog*. 1990;37(2-3):147-54. 24. AAOMS: The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons [Internet]; 2013. Disponible en: http://www.aaoms.org/images/uploads/pdfs/tmj_disorders.pdf

25. Lescas Méndez O, Hernandez ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde-Iglesias C, Ubaldo-Reyes L, Rojas-Granados A, et al. Trastornos temporomandibulares Complejo clínico que el médico general debe conocer y saber manejar. *Revista FACMED* [Internet]. 2012 [15 FEB 2016];55(1):4-11. Disponible en: <http://www.pve.unam.mx/informacion/medicina/RevistaFACMedEneroFebrero2012.pdf>.

26. García Martínez I, Jiménez Quintana Z, Solana L de los S, Sáez Carriera R. Actualización terapéutica de los trastornos temporomandibulares. *Revista Cubana de Estomatología*. septiembre de 2007;44(3):0-0.

27. Alves R, Silva P, Veiga P, Daher CR. A eficácia dos recursos fisioterapêuticos no ganho da amplitude de abertura bucal em pacientes com disfunções craniomandibulares. *Rev Odontol UNESP* [Internet]. 2010 [11 FEB 2016];39(1):55-61. Disponible en: <http://www.revodontolunesp.com.br/files/v39n1/v39n1a09.pdf>

28. Badim J, Duarte Badim JM. Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM). Revista BCP [Internet]. 2002 [11 FEB 2016];17(1):51-68. Disponible en: http://www.rbc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=26036.
29. Souto S, González L. Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad. 2003; 25(5):248-292.
30. Nascimento MM, Vasconcelos BC, Porto GG, Ferdinanda G, Nogueira CM, Raimundo RC. Physical therapy and anesthetic blockage for treating temporomandibular disorders: A clinical trial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. enero de 2013;18(1):81-5.
31. Tuncer AB, Ergun N, Tuncer AH, Karahan S. Effectiveness of manual therapy and home physical therapy in patients with temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. J Bodyw Mov Ther. julio de 2013;17(3):302-8.
32. Kalamir A, Bonello R, Graham P, Vitiello AL, Pollard H. Intraoral myofascial therapy for chronic myogenous temporomandibular disorder: a randomized controlled trial. J Manipulative Physiol Ther. enero de 2012;35(1):26-37.
33. Packer AC, Pires PF, Dibai-Filho AV, Rodrigues-Bigaton D. Effects of upper thoracic manipulation on pressure pain sensitivity in women with temporomandibular disorder: a randomized, double-blind, clinical trial. Am J Phys Med Rehabil. febrero de 2014;93(2):160-8.
34. Gomes CAF de P, Politti F, Andrade DV, de Sousa DFM, Herpich CM, Dibai-Filho AV, et al. Effects of massage therapy and occlusal splint therapy on mandibular range of motion in individuals with temporomandibular disorder: a randomized clinical trial. J Manipulative Physiol Ther. abril de 2014;37(3):164-9.
35. Craane B, Dijkstra PU, Stappaerts K, De Laat A. Randomized controlled trial on physical therapy for TMJ closed lock. J Dent Res. abril de 2012;91(4):364-9.
36. Yoshida H, Sakata T, Hayashi T, Shirao K, Oshiro N, Morita S. Evaluation of mandibular condylar movement exercise for patients with internal derangement of the temporomandibular joint on initial presentation. Br J Oral Maxillofac Surg. junio de 2011;49(4):310-3.
37. Cuccia AM, Caradonna C, Annunziata V, Caradonna D. Osteopathic manual therapy versus conventional conservative therapy in the treatment of temporomandibular disorders: a randomized controlled trial. J Bodyw Mov Ther. abril de 2010;14(2):179-84.
38. Tuncer A, Ergun N, Karahan S. Temporomandibular disorders treatment: comparison of home exercise and manual therapy. Fizyoter Rehabil. 2013;24(1):09-16.
39. Oliveira-Campelo NM, Rubens-Rebelatto J, Martí N-Vallejo FJ, Albuquerque-Sendí N F, Fernández-de-Las-Peñas C. The immediate effects of atlanto-occipital

joint manipulation and suboccipital muscle inhibition technique on active mouth opening and pressure pain sensitivity over latent myofascial trigger points in the masticatory muscles. *J Orthop Sports Phys Ther.* mayo de 2010;40(5):310-7.

40. Kalamir A, Graham PL, Vitiello AL, Bonello R, Pollard H. Intra-oral myofascial therapy versus education and self-care in the treatment of chronic, myogenous temporomandibular disorder: a randomised, clinical trial. *Chiropr Man Therap.* 2013;21:17.

Capítulo 277

RADIOLOGÍA DENTAL EN EL EMBARAZO

EVELIN AMEIJENDA RAMÍREZ

1 Introducción

El embarazo afecta de forma considerable la salud bucodental de la mujer mientras dura el periodo de gestación e incluso después de este. Un periodo en el que las revisiones dentales se hacen con más frecuencia para evitar patologías.

Los higienistas dentales, en su función de ayudantes de los dentistas, se ocupan de realizar radiografías dentales para poder obtener un diagnóstico más eficaz, pero debemos tener en cuenta el estado del embarazo y analizar si se deben o no hacer o cómo pueden afectar al feto.

Durante el embarazo se considera que la mujer, ya sea debido a la alteración de las hormonas, o al propio estado, tiene mayor riesgo de sufrir problemas bucodentales, sobre todo surgen caries, y problemas gingivales que si no se toman en consideración pueden provocar problemas en el futuro de la salud dental de la embarazada.

Si bien por norma general se pueden realizar radiografías bucales a pacientes embarazadas, ello no implica que no vaya a tener consecuencias, pues toda actividad radiológica tiene sus riesgos y consecuencias, por lo que se debe informar a las pacientes embarazadas de los riesgos que pueden sufrir tanto ellas, como el feto.

Cada dentista establecerá cuán necesaria puede ser la radiografía para poder hacer un diagnóstico correcto y valorará todos los beneficios y consecuencias de ello.

2 Objetivos

- Señalar si es posible realizar radiografías dentales durante el embarazo.
- Explicar los efectos de la radiología dental en el feto.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha buscado información en las bases de datos de Scielo y Medline, donde se obtiene información variada acerca de la radiología durante el embarazo.

También se ha consultado con dentistas sobre la necesidad de poder prescindir o no de tales pruebas a la hora de hacer un diagnóstico, y se ha consultado con un pediatra sobre los riesgos de la radiología dental en el feto.

4 Resultados

Las mujeres embarazadas tienen mayor probabilidad de sufrir patologías buco-dentales como consecuencia de los cambios hormonales que sufren durante el embarazo. Una de las patologías más habitual es la gingivitis y otra las caries.

A la hora de realizar el estudio de las patologías orales siempre es bueno contar con una radiografía dental para poder comprobar el estado o el avance de la patología, así como determinar el diagnóstico correcto. En el caso de las embarazadas existen dudas sobre si es necesario o no realizar radiografías dentales y si fueran necesaria, cómo pueden afectar o no al feto.

Las radiografías dentales no están desaconsejadas durante el embarazo, pero si se recomienda hacerlas durante el segundo trimestre de gestación, pues se entiende que durante el primer trimestre el feto aún se está formando.

En el caso de que por motivos urgentes y siempre por razones justificadas, se necesite hacer una radiografía dental a la mujer embarazada, esta deberá ser protegida por un collar tiroideo y por un delantal de plomo que le cubra desde el cuello hasta la ingle, y se la deberá tener el menos tiempo posible sometido a la radiación.

Existen estudios que señalan que la radiología afecta a la función tiroidea, por lo que se requiere el uso siempre de collares de plomo para su protección. La tiroides durante el embarazo, ya se ve afectada por sí sola, por lo que en el caso

de que se haga una radiografía dental será preciso tomar medidas oportunas, ya que una de las principales consecuencias es que el feto nazca con bajo peso.

La radiología, aunque sea la dosis más pequeña recibida, afecta al feto de diferentes formas, incluyendo deformidades, bajo peso al nacer, atrofia de crecimiento, cefaleas, y también se puede llegar a producir un aborto espontáneo.

5 Discusión-Conclusión

Las radiografías dentales durante el embarazo solo deben hacerse por causas debidamente justificadas por el odontólogo o el especialista que puede requerirlas (por ejemplo, especialistas de digestivo). Si fuera posible se esperará al término del embarazo para realizar dichas pruebas, y si fueran de urgente necesidad para dar diagnósticos, se realizarán tomando las medidas de prevención adecuadas, protegiendo sobre todo la región tiroidea y el abdomen.

Los estudios revelan que a pesar de todas las medidas de seguridad adoptadas, puede haber un resquicio que pase al feto y ello puede tener consecuencias, pero también se debe recordar que la radiación de los equipos dentales es muy inferior a la radiación que emite los aparatos convencionales de uso hospitalario.

Por lo tanto, se pueden hacer radiografías dentales, aunque si se puede, es mejor esperar al término del embarazo.

6 Bibliografía

1. Riesgos durante el embarazo.
2. Embarazo y radiación.
3. Sitio web: Revista médica.

Capítulo 278

LA PARTICIPACION DEL TECNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

VICTOR GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El Técnico en Imagen Para el Diagnostico tiene una función muy importante para la detección del maltrato infantil. En la realización de su trabajo habitual se va a encontrar con muchos niños, de los cuales una muy pequeña parte presentaran lesiones compatibles con el maltrato infantil, por lo que es importante que el Técnico conozca los distintos protocolos así como medidas para actuar en caso de detectarse dicho maltrato. Además con su trabajo realizara técnicas para detectar tanto lesiones en partes oseas, como lesiones en partes blandas. Dichas técnicas requerirán la colaboración del paciente pediátrico, lo cual ya de por si es un hándicap más si este es un niño maltratado y se encuentra acompañado del posible maltratador. por lo que como he indicado anteriormente es fundamental que el Técnico en Imagen Para el Diagnostico conozca los protocolos.

El estudio radiológico es uno de los pilares para el diagnóstico de maltrato infantil, el cual debe hacerse posterior a un estudio multidisciplinario.

Además de las lesiones de tejidos blandos, que son fácilmente documentadas con fotografías durante el estudio medico legal, es importante hacer lo mismo con las lesiones óseas, que se hallan con frecuencia en las muertes y lesiones asociadas al maltrato infantil.

2 Objetivos

Determinar las distintas técnicas aplicadas por el Técnico en Imagen para el Diagnóstico para determinar las posibles lesiones producidas por el maltrato infantil.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la materia, para lo cual se han utilizado como buscadores de información científica Dialnet, Pubmed y Google Académico, así como distintas guías de la profesión. Como variable de búsqueda se ha utilizado "maltrato infantil + Técnicos en Imagen".

4 Resultados

Con las distintas técnicas realizadas por el Técnico en Imagen Para el Diagnostico podemos determinar las lesiones óseas más recurrentes producidas en niños sometidos a maltrato infantil son las siguientes:

1. Lesiones en los Huesos largos.

Es la más habitual en el maltrato infantil y ocupa el 76% de las lesiones óseas en estos casos. Son específicas las fracturas metafisiarias distal de fémur, proximal y distal de tibia y proximal de húmero. Estas se han descrito como en "asa de balde" y se corresponden con las fracturas tipo Salter-Harris II.

También tienen una gran especificidad las fracturas helicoidales en huesos largos, dadas por mecanismo de torsión (figura 4), las fracturas costales, especialmente en la región posterolateral, y los arrancamientos claviculares y de acromion. La aparición de múltiples fracturas en diferentes estadios de evolución, obligan a sospechar el maltrato infantil e iniciar el estudio multidisciplinario necesario para su diagnóstico.

2. Lesiones producidas en el Cráneo:

Son comunes en el maltrato infantil, en especial en el síndrome de niño zarandeado, en el cual las sacudidas aplicadas al niño por su cuidador producen lesiones por mecanismo de aceleración-esaceleración, como lo es el hematoma subdural y la hemorragia subaracnoidea; y al producirse traumatismos directos, durante la sacudida contra superficies sólidas cercanas, se producen fracturas en el cráneo y hematoma epidural. Son la causa más frecuente de mortalidad en el maltrato infantil, junto con las lesiones viscerales, y es raro encontrarlas en traumas de origen accidental.

3. Lesiones en la Caja torácica. Son frecuentes las fracturas costales, especialmente en la región posterolateral, asociadas a una compresión aplicada por el cuidador, y que pueden producir neumotórax y contusiones pulmonares asociados al aumento en la morbilidad y mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que La radiología convencional es el pilar en la identificación de las lesiones en maltrato infantil. Sin embargo, también son de utilidad la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética y la ecografía, en especial en la documentación de trauma craneoencefálico. La gammagrafía ósea es de utilidad en fracturas de huesos largos, cuando la historia del origen de las lesiones, y la ausencia de las mismas a nivel óseo, hacen sospechar la presencia de fracturas ocultas.

Un síndrome que hace parte del maltrato infantil, el síndrome de Münchhausen, requiere también del estudio radiológico, según la modalidad que se use para crear síntomas en el niño. Se pueden encontrar cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal que el cuidador le ha administrado al niño, con el fin de crear síntomas en él.

6 Bibliografía

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

Capítulo 279

MIELOLIPOMA SUPRARRENAL GIGANTE

ADRIAN ANTUÑA SUAREZ

1 Introducción

El mielolipoma suprarrenal es un tumor raro, benigno, no funcionante y de lento crecimiento compuesto por tejido graso y elementos hematopoyéticos. La incidencia de autopsias es de 0,08 a 0,2 %.

La localización suele ser intraadrenal, aunque se han descrito casos de localización extraadrenal, principalmente a nivel pélvico. Puede asociarse a trastornos endocrinos, como la obesidad, el síndrome de Cushing o la enfermedad de Addison. Los tumores normalmente no superan los 5 cm de diámetro y se comportan de forma asintomática. El diagnóstico se realiza mediante ecografía o TAC, habitualmente de forma incidental. Los tumores grandes pueden presentar síntomas, principalmente dolor abdominal, estreñimiento o vómitos. Más raramente, la hemorragia retroperitoneal espontánea puede ocurrir en casos más grandes.

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de mielolipoma suprarrenal. Su etiología no está clara, barajándose varias hipótesis como:

1. La metaplasia de células suprarrenales y mieloides que migraron en la fase de embriogénesis, siendo esta la teoría más aceptada.
2. Hematopoyesis extramedular.
3. Embolización de elementos de médula ósea.

Rara vez se originan en estructuras extraadrenales como el retroperitoneo, el tórax o la pelvis. Se han descrito cuatro patrones clínicos radiológicos:

1. Suprarrenal aislado.
2. Suprarrenal con hemorragia.

3. Extraadrenal (retroperitoneo, tórax, pelvis).
4. Asociado a otras alteraciones suprarrenales.

2 Objetivos

Realizar todo tipo de pruebas como tomografía computarizada para obtener diferentes pruebas y con esas realizar un diagnóstico con el cual poder tratar al paciente en este caso ha esta mujer de 44 años.

3 Caso clínico

El mielolipoma suprarrenal es un tumor raro, benigno, de lento crecimiento, compuesto por tejido graso y elementos hematopoyéticos. Suele diagnosticarse de manera incidental, aunque se han descrito casos de pacientes sintomáticos, e incluso hemorragias retroperitoneales por rotura en los de mayor tamaño. Se ha descrito su asociación con obesidad, hipertensión arterial (HTA) y disfunción suprarrenal. Presentamos un paciente diagnosticado de mielolipoma suprarrenal derecho asintomático. El caso de una mujer de 44 años con antecedentes de retraso mental.

Radiografía de tórax: muestra elevación del hemidiafragma derecho y discreta opacidad homogénea del parénquima pulmonar difuso en vidrio borroso sugestivo de fibrosis pulmonar.

Ecografía abdominal con riñones de tamaño y morfología normal, objetivándose masa suprarrenal derecha de 12x10 cm, hiperecoica, heterogénea, bien delimitada, compatible con mielolipoma. Se confirmó por TAC, que mostró una masa ovalada, bien definida, extensa, mixta en proyección de la glándula suprarrenal derecha con una densidad de predominio graso de -114 UH de 14,7 x 13,6 cm entre el hígado y el riñón derecho que impresiona a depender de la glándula suprarrenal que hace que el riñón se desplace hacia abajo y se acompaña de un componente sólido, formando pseudotabias sin calcio ni signos de sangrado.

En mayo de 2010 ingresó en el centro de diagnóstico integral por dolor costal derecho, malestar general, palidez mucocutánea y signos de disfunción respiratoria.

Hemoglobina 8,3 g/dL, Hematocrito 25%, Leucocitos 12.180 (neutrófilos 90,3 %) estuvieron presentes en el análisis. Enzimas normales y estudio de coagulación. La tomografía computarizada abdominal mostró un mielolipoma suprarrenal derecho.

Ante la existencia de sintomatología respiratoria, en un paciente con antecedentes de retraso mental, se realizó TAC de tórax para descartar posible neumonía inflamatoria, TAC de abdomen y biopsia renal.

El estudio anatomopatológico mostró una gran masa suprarrenal de 12 x 8,9 cm, compuesta por corteza, cápsula y tejido adiposo. Microscópicamente se observó tejido adiposo maduro e islas de tejido hematopoyético formadas por precursores mieloides y eritroides con megacariocitos.

4 Discusión-Conclusión

El mielolipoma suprarrenal es un tumor raro, benigno, compuesto por tejido graso maduro y elementos hematopoyéticos. Fue descrito por primera vez en 1905 por Gierke. Oberling le dio nombre en 1922. El mielolipoma afecta a ambos sexos de manera similar.

Aunque predominantemente aparece en la quinta a séptima década de la vida, se han descrito casos en todas las edades, incluso en la infancia. La incidencia en autopsias varía entre 0,08 y 0,2%. Generalmente son unilaterales, aunque en ocasiones pueden ser bilaterales, sin diferencias en la localización entre suprarrenal izquierda y derecha. El tamaño suele ser menor de 5 cm, aunque se han descrito mielolipomas gigantes de hasta 34 cm y casi 6 kg de peso.

Los mielolipomas suelen presentarse de manera asintomática, siendo diagnosticados durante la realización de pruebas de imagen o exploraciones quirúrgicas indicadas por otros motivos. Los de mayor tamaño pueden producir síntomas en relación a la compresión de órganos adyacentes y hemorragia o necrosis tumoral. Los más frecuentes son el dolor abdominal, hematuria y estreñimiento. Excepcionalmente, puede producirse una hemorragia retroperitoneal por la rotura espontánea del mielolipoma, en los de mayor tamaño.

El diagnóstico diferencial de mielolipoma incluye angiomiolipoma, liposarcoma, lipoma y carcinoma suprarrenal, diferenciándose de estos mediante técnicas de imagen (ECO, TC sin contraste, RMN) en función del contenido graso de la masa, la heterogenicidad de la misma y la existencia de bordes regulares.

Se diferencia del tumor hematopoyético extramedular por no presentar anemia, esplenomegalia ni hematopoyesis extramedular.

Un reciente estudio describe la translocación asociada al mielolipoma suprarrenal, posiblemente indicando que se trata de una neoplasia real originada desde tejido hematopoyético. Revisando la literatura, no hemos encontrado documentado ningún caso en el que se describa que la severidad de la hipertensión arte-

rial (HTA) conduzca al desarrollo de insuficiencia renal por nefroangioesclerosis. Si bien nuestro paciente presentaba antecedentes familiares (padre y tía) que pueden hacer pensar en una hipertensión arterial (HTA) esencial como origen de la IRC, el hecho de mejorar el control de las cifras tensionales y la disminución de la proteinuria tras la extirpación quirúrgica del mielolipoma, podría plantear la hipótesis de hipertensión arterial (HTA) asociada a la existencia del tumor, o al menos un peor control que facilite el desarrollo de nefroangioesclerosis, empeorando así el pronóstico. Por ello, la hipertensión arterial (HTA) de difícil control se podría plantear como indicación quirúrgica del mielolipoma, aunque se comporte de manera asintomática.

5 Bibliografía

1. Wong KW, Lee PO, Sun WH: Case report: rupture and growth of adrenal myelolipoma in two patients. *Br J Radiol* 69: 873, 1996.
2. Enzinger FM, Weiss SW: Benign lipomatous tumors. En: Enzinger FM, Weiss, SW, eds. *Soft Tissue Tumors*, 3rd ed, Mosby, St. Louis, 409-410, 1995.
3. Hofmockel G, Dammrich H, Manzanilla García H, Frohmuller, H: Myelolipoma of the adrenal gland associated with contralateral renal cell carcinoma: case report and review of the literature. *J Urol* 153: 129, 1995.
4. Meaglia JP, Schmidt JD: Natural history of an adrenal myelolipoma. *J Urol* 147: 1089-1090, 1992.
5. Goldman HB, Howard RC, Patterson AI: Spontaneous retroperitoneal hemorrhage from a giant adrenal myelolipoma. *J Urol* 155: 639, 1996.
6. Segura Martín M, Lorenzo Romero JG, Salinas Sánchez AS, Hernández Millán I, Cañamares Pabolaza L, Virseda Rodríguez JA: Bilateral adrenal myelolipoma. *Urol Int* 62(4): 226- 228, 1999.
7. Machuca Santa-Cruz F, Pérez Rodríguez D, Julve Villalta E, Alonso Dorrego J, Quinonero Díaz A, Galacho Bech A, Marín Martín J: Spontaneous retroperitoneal hematoma secondary to the rupture of suprarenal myelolipoma. *Arch Esp Urol* 53 (8): 724-5, 2000.
8. Vara Castrodeza A, Madrigal Rubiales B, Veiga González M, Cuesta Varela F, Sales Fernández C, Fresno Forcelledo M: Adrenal gland myelolipoma: radiological view. *Arch Esp Urol* 54 (1): 73-6, 2001.
9. Houshiar AM, Soltani M, Ercole C: Giant intra-adrenal myelolipoma associated with recurrent urinary tract infection. *Int Urol Nephrol* 29 (2): 130-6, 1997.
10. Banik S, Hasleton PS, Lyon RL: An unusual variant of multiple endocrine neoplasia syndrome: a case report. *Histopathology* 8: 135-144, 1984.

11. Yildiz L, Akpolat I, Erzurumlu K, Aydin O, Kandemir B: Giant adrenal myelolipoma: case report and review of the literature. *Pathol Int* 50 (6): 502-4, 2000.
12. Munver R, Ilbeigi P: Retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy. *Curr Urol Rep* 6 (1): 72-7, 2005.
13. Nakajo M, Onohara S, Shinmura K, Fujiyoshi F, Nakajo M: Embolization for spontaneous retroperitoneal hemorrhage from adrenal myelolipoma. *Radiat Med* 21 (5): 214-9, 2003.
14. Chang KC, Chen PI, Huang ZH, Lin YM, Kuo PL: Adrenal myelolipoma with translocation (3;21) (q25;p11). *Cancer Genet Cytogenet* 134: 77-80, 2002.

Capítulo 280

DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS PARA EL HIGIENISTA DENTAL

MARÍA CRISTINA ALONSO ÁLVAREZ

1 Introducción

El aislamiento dental nos ayuda a luchar contra los obstáculos que surgen durante las operaciones dentales como por ejemplo la sangre, saliva y lengua. Es una técnica utilizada en el ámbito odontológico para poder facilitar la visión en el campo operativo, dejando así a un lado el paso de la humedad y ayudando en el trabajo a realizar.

Normalmente suelen aislarse zonas específicas del arco dental para poder aislar la zona de trabajo del resto de la cavidad bucal. De este modo se puede reducir la contaminación en la zona de trabajo, al mismo tiempo que se facilita el campo de visión y el poder acceder más fácilmente a los instrumentos.

El aislamiento dental persigue alcanzar los siguientes objetivos como pueden ser:

- Disponer de un campo seco.
- Proteger al paciente de ingerir accidentalmente algún instrumental más pequeño.
- Separar las piezas dentales de la saliva, de la humedad que produce el aire espirado y de la flora bacteriana entre otros.
- Proteger y separar los tejidos blandos que están rodeando al diente.

Gracias a este se pueda acceder más fácilmente a donde queremos llegar e ilumina el campo operatorio, también aísla el diente de los fluidos, la sangre y saliva,

además de proteger al propio paciente para evitar el paso de sustancias y microorganismo.

Otra ventaja que se puede ver es que se protege al paciente para que no aspire instrumentos de tamaño reducido por lo que se disminuye el estrés profesional al mismo tiempo que se protege al paciente.

2 Objetivos

Conocer algunos tipos de aislamiento dental así como su definición, ventajas y utilización en el contexto de la clínica dental.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo este trabajo de investigación sobre el aislamiento dental y su uso en el campo de la odontología, se ha realizado una búsqueda de distintos libros y revistas científicas, además de consultar diversos artículos en Pubmed, Scielo y Medline. También se han utilizado palabras clave mediante diversos buscadores. Por ejemplo “aislamiento dental” y “tipos” entre otros. Con el fin de poder contrarrestar toda la información recabada.

4 Resultados

En este apartado se desarrollarán los tipos de aislamientos dentales que se pueden encontrar como pueden ser:

- Aislamiento absoluto: este tipo de aislamiento suele ser el más aconsejable para la mayoría de las técnicas, ya que ofrece más ventajas que el aislamiento relativo (del cual hablaremos más adelante). Entre sus ventajas podemos ver la protección al paciente para evitar problemas de aspiración de instrumentos pequeños y también favorece un campo aséptico sobre el que trabajar.

En este tipo de aislamiento se trabaja con materiales como el dique de goma, los clamps, grapas, el perforador para el dique de goma, un portaclamps, el arco y el portagrapas.

El dique de goma es un plástico con material de látex que se fabrica en diversos tamaños, colores y grosores.

Hay algunos que son de polivinilo para que los pacientes que presenten alergias al látex puedan usarlo sin dificultades.

El dique de goma actuará como una barrera, ayudará a que las condiciones de trabajo sean favorables y también aumentará la eficacia a la hora de llevar a cabo un tratamiento dental.

Por otro lado, después de explicar el aislamiento absoluto se van a desarrollar brevemente las distintas técnicas de colocación en el aislamiento absoluto:

- Técnica de un solo paso: en esta técnica se lleva el dique , el arco, la grapa y el portagrapas todo al mismo tiempo hacia la cavidad oral.

Mientras que en la técnica de dos pasos se coloca previamente el dique y después la grapa con el portagrapas y el arco.

Finalmente en la técnica de tres pasos se coloca anteriormente la grapa, después el dique de goma y en último lugar el arco.

A continuación después de desarrollar las diversas técnicas se hablará sobre el siguiente tipo de aislamiento:

- Aislamiento relativo: este tipo de técnica usa diversos elementos para separar los tejidos blandos del diente, por ejemplo los rollos de algodón, el separa-labios o el abre bocas.

Generalmente, se basa en colocar elementos que puedan absorber dentro de la cavidad oral junto con un aspirador para eliminar el exceso de saliva.

5 Discusión-Conclusión

En el apartado anterior hemos hablado sobre las diferentes técnicas de aislamiento (aislamiento absoluto y relativo).

El aislamiento ayuda a prevenir y tener controlados los fluidos que provienen de la saliva promoviendo un ambiente adecuado para la rehabilitación.

Además se ha podido comprobar investigando en algunos estudios que la efectividad en el aislamiento absoluto es de un 55 % mientras que en el relativo es de un 42 % siendo la calidad de su tratamiento dental bastante efectiva. De esta forma se puede llegar a la conclusión de que en las clínicas de odontopediatría el aislamiento absoluto fue el que obtuvo mejor eficacia con el fin de conseguir una mayor calidad en los tratamientos dentales.

6 Bibliografía

1. Colaboradores de Wikipedia. (2022, 25 septiembre). Aislamiento dental. Wikipedia, la enciclopedia libre. Recuperado 26 de septiembre de 2022, de https://es.wikipedia.org/wiki/Aislamiento_dental.
2. Muñoz, M., Estay, N., Verdugo-Paiva, F. & Vivanco, M. F. (2021, abril). Aislación relativa comparada con absoluta en restauraciones de resina compuesta en pacientes con dentición permanente. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 14(1), 79-82. <https://doi.org/10.4067/s2452-55882021000100079>.

Capítulo 281

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, ¿CÓMO SE ACTÚA ANTE ESTA SITUACIÓN? ¿QUÉ PRUEBAS SE REALIZAN? ¿EN QUÉ CASOS ES NECESARIO UN TRASPLANTE?

VIRGINIA AÑOVER ORTIZ

1 Introducción

Introductoriamente, el infarto agudo de miocardio, o en siglas IAM, es conocido como infarto, o como paro cardíaco o ataque al corazón. Dicha definición significa que las células cardíacas mueren a causa de la falta de oxígeno y riego sanguíneo en la circulación sanguínea.

Principalmente, el corazón es el órgano del sistema circulatorio de los vertebrados. Se compone de un órgano muscular con paredes gruesas, cuyo funcionamiento es bombear la sangre hacia todo el cuerpo a través de las arterias.

Anatómicamente, el corazón se forma por cuatro cavidades o cámaras cardíacas: aurícula derecha, ventrículo derecho, aurícula izquierda y ventrículo izquierdo:

- Aurícula izquierda y ventrículo izquierdo: en estas partes se recibe oxígeno de los pulmones mediante las venas pulmonares hacia la arteria aorta.
- Aurícula derecha y ventrículo derecho: dichas partes reciben sangre del cuerpo por venas cava superior e inferior impulsada mediante la arteria pulmonar hacia los pulmones.
- Entre las cuatro cavidades, se encuentran las llamadas válvulas, las cuales hacen el recorrido sanguíneo hacia el músculo cardíaco. Dichas válvulas son cuatro:

1. Válvula tricúspide. Entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho
2. Válvula mitral. Entre la aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo.
3. Válvula pulmonar. Entre la aurícula derecha y la arteria pulmonar.
4. Válvula aórtica. Entre el ventrículo izquierdo y la aorta.

Asimismo, sus paredes gruesas son formadas por tres capas o membranas: epicardio, miocardio y endocardio:

- Endocardio: membrana que cubre las cavidades cardíacas.
- Miocardio: es contraído con el fin de impulsar sangre. Forma mayoritariamente el corazón.
- Pericardio: membrana que recubre, en su totalidad, el corazón.

Respecto a la circulación sanguínea del músculo cardíaco, la principal arteria la cual suministra la sangre, es la arteria aorta. Dicha arteria es ramificada en dos arterias coronarias, las cuales suministran oxígeno en la sangre hacia el corazón. A su vez, el músculo cardíaco mundialmente presenta problemas en la salud dando lugar a enfermedades o patologías importantes, incluso algunas pueden llegar a ser mortíferas. Algunas de las patologías cardíacas suelen ser cardiopatías isquémicas, insuficiencias cardíacas, isquemias, estenosis, hipertensión arterial, y un largo etcétera.

En cuanto al infarto de miocardio (IAM), la causa principal que produce dicha patología es el daño en las arterias coronarias producido por obstrucción en dichas arterias, a su vez causante de la angina de pecho, la cual produce muerte en los tejidos cardíacos. Puede aparecer en personas mayores de 60 años, o incluso, si se lleva un escaso autocuidado, en personas mucho más jóvenes.

Aun así, la mayoría de los infartos se manifiestan debido a distintos factores de riesgo, como el tabaco, alcohol, déficit de ejercicio físico, diabetes, colesterol. Para ello, es necesario que la sociedad sea más estricta en cuanto a la vida rutinaria junto con una adecuada alimentación.

La sintomatología del infarto de miocardio (IAM) se conoce principalmente por síntomas como malestar general, dolor en el pecho, náuseas, sudoración, extensión del dolor hacia el brazo izquierdo, espalda o cuello. Por ello, es necesario que se acuda inmediatamente al médico.

Como consecuencia a la sintomatología y los factores de riesgo, el músculo cardíaco se puede ver afectado, ya que este no recibe la sangre necesaria, por lo que posteriormente las consecuencias son mayores, hablando de mortalidad, si no se sigue una correcta prevención, como la actividad física, medicamentos, pérdida de peso, dejar de fumar y de beber, etc.

Por consiguiente, para tratar el infarto de miocardio, es necesario un electrocardiograma, el aporte de oxígeno, así como medicación de aspirina con el objetivo

de evitar la creación de coágulos de sangre en las arterias, y pruebas radiológicas como una radiografía de tórax y una tomografía computarizada (TC).

En algunas ocasiones, la aportación de los medicamentos puede sufrir consecuencias como el rechazo a los medicamentos, por lo que producen fuertes palpitaciones o insuficiencia cardíaca, por lo que, se lleva a cabo la realización de la prueba específica de angiocardiografía.

La angiocardiografía es un procedimiento diagnóstico, es cuál mide la corriente sanguínea respecto a las arterias y vasos sanguíneos del corazón. Cuando la circulación sanguínea no es correcta y adecuada, en estos casos, es necesario un trasplante de corazón.

Un trasplante de corazón es un acto quirúrgico importante cuyo procedimiento es el reemplazo del corazón afecto por un corazón sano. Sin embargo, no es posible realizar dicho trasplante en algunos casos, como:

- Personas mayores de 65 años.
- Posible existencia de patologías o infecciones.
- Padecimiento de cáncer.
- Intransigencia por parte del paciente.

Respecto a las complicaciones anteriores, también existe la posibilidad de la colocación de un dispositivo de asistencia ventricular, el cual es un tipo de bomba mecánica cuya función es el suministro de sangre desde las cavidades al cuerpo, establecido en el pecho.

A su vez, posteriormente el paciente debe de tener una medicación precisa durante un tiempo, siendo los fármacos anticoagulantes, ya que impiden que se formen coágulos en las arterias.

La calidad de vida posteriormente al infarto de miocardio puede ser posible si la sociedad lleva a cabo una alimentación saludable, la realización de ejercicio, la toma adecuada de la medicación, y sobre todo, tener una vida calmada y apaciguada.

Asimismo, es necesario que, después de sufrir un infarto agudo de miocardio, las personas afectas acudan al programa de “Unidad de Rehabilitación Cardíaca”. Este tipo de programa ayuda a que la vida de dichos pacientes sea lo más saludable posible.

2 Objetivos

- Si se padece síntomas como dolor en el pecho junto con el brazo izquierdo, dolor de espalda, cansancio, etc. Acudir inmediatamente al médico.

- Posteriormente a ser tratado el infarto agudo de miocardio, llevar a cabo una vida saludable, ejercicio físico, no fumar ni beber alcohol.

3 Caso clínico

Paciente de 55 años, acude a urgencias, llevado por el helicóptero, por motivo de sufrir un ataque al corazón, o lo que es lo mismo, un infarto agudo de miocardio (IAM). Con ello, los profesionales sanitarios procedieron a una actuación inmediata.

Por consiguiente, en dicha actuación se realizan pruebas como electrocardiograma, radiografía de tórax, aportación de oxígeno, analíticas y una tomografía computarizada. Dichas pruebas son de urgencia e importantes para poder llevar una correcta medicación en cuanto al infarto.

Después de la realización de las pruebas, el médico especialista consideró necesario la administración de medicación, siendo necesarios los fármacos anticoagulantes, ya que hacen que la circulación sanguínea cese su recorrido correctamente sin la formación de trombos o coágulos.

Posteriormente a todo el anterior proceso, el paciente se recuperó satisfactoriamente en urgencias, por lo que el médico especialista estableció que el paciente debe tomar fármacos anticoagulantes de medicación en su vida cotidiana.

Asimismo, el paciente siguió con las instrucciones y llevó a cabo la medicación durante su rutina diaria.

Pasadas tres semanas, el paciente empieza a manifestar fuertes palpitaciones y arritmias, por lo que tuvo que volver a urgencias por miedo a sufrir otro infarto agudo de miocardio. Asimismo, los profesionales sanitarios establecieron de nuevo la actuación inmediata, donde se le volvieron a realizar las mismas pruebas anteriores.

Obteniendo los resultados, el médico especialista no vio nada fuera de lo normal, por lo que determinó la realización de una prueba más específica, conocida como angiocardiografía, la cual calcula la circulación sanguínea asignada por las arterias y venas del corazón.

Posteriormente a la realización de la prueba de angiocardiografía, el médico especialista pasó consulta con el paciente, por lo que dicho especialista visualizó que la corriente sanguínea del corazón, no iba adecuadamente, por lo que los medicamentos establecidos anteriormente, siendo los anticoagulantes, no funcionan correctamente.

Por ello, el médico especialista determinó que el paciente debe someterse a la intervención quirúrgica de un trasplante de corazón.

El paciente, teniendo conocimiento de ello, accedió al procedimiento de un trasplante de corazón. Por lo que el médico especialista empezó los trámites para la donación de órganos, en este caso, de corazón.

Por suerte, pasados 6 días desde la última consulta en urgencias, el paciente recibió la noticia de que puede llevarse a cabo la intervención quirúrgica, ya que hay donantes respecto a dicho órgano.

Asimismo, realizada la intervención quirúrgica de un trasplante de corazón, siendo exitosa, el paciente tuvo que someterse posteriormente a ello a rehabilitación cardíaca, para que el corazón tenga un bombeo correcto de sangre.

A su vez, y para finalizar, el paciente llevó a cabo una vida diaria saludable con sus pequeños pasos en cuanto al ejercicio físico, llegando a poder caminar kilómetros, habiéndose recuperado completamente de la intervención.

4 Discusión-Conclusión

Concluyendo con el infarto de miocardio (IAM), el corazón sufre daños en las arterias, ya que sus células mueren, por el motivo de que la circulación sanguínea no funciona correctamente, ya que no llega la suficiente sangre oxigenada al corazón.

Dicho corazón está formado por cuatro cavidades, dando lugar a dos aurículas y dos ventrículos, tanto en la parte izquierda como en la parte derecha. La principal arteria cuya función es la llegada de la sangre oxigenada al corazón, es la arteria aorta.

En el caso de que haya una obstrucción en las arterias y que la corriente sanguínea no funcione correctamente, este suceso da lugar al infarto agudo de miocardio (IAM), cuya sintomatología principal es dolor en el pecho junto al brazo izquierdo, espalda o cuello, sudoración, náuseas, entre otras.

Con respecto al tratamiento de dicha patología, se trata con medicamentos, siendo importantes los fármacos anticoagulantes, aunque en ocasiones no funciona. Como solución, se realiza una angiocardiógrafa con el fin de visualizar la circulación sanguínea.

Finalmente, si se da el caso de que no hay una correcta circulación sanguínea, es necesaria la opción de un trasplante de corazón, por ello, es preciso seguir una vida cotidiana saludable junto con ejercicio físico, así como dejar de fumar y beber alcohol.

5 Bibliografía

1. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/las-arterias-coronarias/>.
2. <https://es.wikipedia.org/wiki/Coraz%C3%B3n>.
3. https://es.wikipedia.org/wiki/Infarto_agudo_de_miocardio.
4. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infarto-miocardio>.
5. <https://es.wikipedia.org/wiki/Angiocardiograf%C3%ADa>.
6. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/heart-transplant/about/pac-20384750>.
7. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003003.htm>.
8. https://es.wikipedia.org/wiki/Infarto_agudo_de_miocardio#Tratamiento.

Capítulo 282

INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS

NURIA LEÓN TRAPERO

ESTHER CHILLARON CARRIÓN

ALICIA TORRES DÍAZ DEL CAMPO

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

ALBA NEREA ESCOBAR JIMÉNEZ

1 Introducción

El Citomegalovirus (CMV), es un virus perteneciente a la familia de los Herpesviridae, subfamilia Betaherpesvirinae; Género Cytomegalovirus, especie herpesvirus humano.

Su genoma viral es ADN de doble cadena.

Es un virus que permanece latente de por vida en el paciente infectado, pudiendo presentar reactivaciones según las diferentes condiciones clínicas, como puede ser la inmunosupresión, desnutrición, uso de corticoides o embarazo.

El CMV es un virus común, está presente en la saliva, orina, lágrimas, sangre, mocos y otros líquidos corporales.

La mayoría de las personas que se contagian serán asintomáticas o con síntomas leves, sin embargo, si una mujer embarazada se infecta con CMV se lo puede transmitir al feto a través de la placenta, por lo que hablaremos de una infección congénita.

El contagio se produce principalmente en la edad preescolar, casi la mitad de los niños escolarizados, excretan CMV por la orina y saliva, durante al menos los primeros dos años de vida, de aquí el principal factor de riesgo para las embarazadas, sea el contacto directo con estos niños.

La inmunidad materna proporciona una protección del 69% frente a infección congénita. Esta infección congénita por CMV es la más frecuente en los países desarrollados y en Europa las tasas de infección están entre el 0,5-0,9 % de los recién nacidos, siendo las alteraciones más frecuentes: afecciones del sistema nervioso y problemas de audición.

Las manifestaciones clínicas van desde crecimiento retardado intrauterino, hepatoesplenomegalía, coriorretinitis, trombocitopenia, encefalitis y microcefalia. La presencia de calcificaciones periventriculares es un hallazgo típico de las pruebas ecográficas.

La mitad de los niños que nacen asintomáticos desarrollaran secuelas permanentes.

La infección fetal puede ocurrir durante todo el embarazo, está relacionada con la inmunidad materna, que no confiere protección absoluta, pudiéndose producir enfermedad neonatal por una primoinfección materna o por una recurrencia.

La transmisión madre - hijo, es menos frecuente si la infección se produce en el primer trimestre y más alta en infecciones del tercer trimestre. Sin embargo, la gravedad es más alta si se produce transmisión en el primer trimestre y mucho menor en las infecciones producidas en el tercer trimestre.

2 Objetivos

Informar a las gestantes en contacto con niños las medidas higiénico-dietéticas que tienen que llevar a cabo para que el riesgo de contagio sea mínimo, destacando:

- No compartir utensilios de higiene personal.
- Lavar frecuentemente manos con agua y jabón.
- Lavar con agua y jabón los juguetes.
- Usar guantes para el cambio de pañales y el aseo de los niños.
- Evitar los besos en labios o en mejillas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en revisiones bibliográficas, sobre la literatura existente. Se han consul-

tado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y bases de datos como Google Académico, Pubmed, así como guías de prácticas clínicas.

4 Resultados

El método de referencia utilizado en la mujer embarazada, son las pruebas serológicas de CMV Ig M, CMV Ig G, CMV IgG avidez.

En el caso de un resultado positivo de IgM e IgG es necesario recurrir a ensayos de la avidez de la Ig G, pues son útiles para distinguir una infección primaria de una infección pasada o recurrente, y pueden ayudar a datar el momento de la infección.

La presencia de anticuerpos Ig G de alta avidez indicaría una infección antigua, y por tanto, la presencia de Ig M podría deberse a una reactivación o incluso a una reinfección. Por el contrario, un índice de avidez bajo sugiere una primoinfección reciente.

Para el diagnóstico prenatal de infección por CMV en el feto el método de referencia es la detección por PCR del virus en el líquido amniótico. El líquido amniótico ha de tomarse alrededor de la semana 22 de gestación, la sensibilidad de la PCR es muy buena.

Otro método es la detección de Ig M específica en sangre fetal.

Al nacimiento (primeras dos semanas de vida) la detección del virus se realiza por cultivo o PCR en muestras de orina, sangre, saliva u otros fluidos biológicos. En las muestras tomadas después de las dos semanas de vida desde el nacimiento, la detección de CMV puede reflejar el virus adquirido neonatalmente en el canal del parto o a través de la leche materna y, por tanto, no son válidas para el diagnóstico de la infección congénita.

En el recién nacido con positivo en CMV han de realizarse pruebas para conocer la afectación orgánica: ecografía cerebral y abdominal, fondo de ojo, estudio hematológico y auditivo ampliándose si estas fueran anormales.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que se produce el contagio por CMV, este permanece latente a lo largo de la vida, pudiéndose reactivar en situaciones de inmunosupresión, inflamación o embarazo.

El diagnóstico de la infección congénita por CMV debería comenzar en el embarazo, pero en España no existe un cribado serológico sistemático para CMV

durante este periodo, debido a la ausencia de vacunas y tratamientos efectivos, es difícil demostrar la primoinfección materna ya que existe la posibilidad de infección congénita en mujeres inmunes, por lo que de momento, la promoción de medidas higiénicas y hábitos de vida saludables en gestantes son el único y fundamental método en la prevención de la infección congénita por CMV.

6 Bibliografía

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

Capítulo 283

VIH. PRUEBAS EN EL LABORATORIO

SILVIA GARCIA GARCÍA

1 Introducción

El VIH, es el virus que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Pertenece a la familia de los retrovirus que ataca al sistema inmunitario destruyendo los glóbulos blancos, que son los encargados de combatir las infecciones.

El VIH, se transmite mediante relaciones sexuales, por uso compartido de agujas o jeringas contaminadas por el virus, de forma parenteral, transfusiones o de madre a feto.

El VIH, pertenece a la familia de los letivirus y se clasifica en dos tipos: VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1 es el más patógeno.

El VIH, destruye de forma gradual el sistema inmunitario, ya que ataca y destruye a los glóbulos blancos (linfocitos T- CD4), que tienen como misión la de proteger al cuerpo de las infecciones.

Para que el VIH inicie su ciclo, este debe penetrar en las células huésped, que lo consigue uniéndose a la superficie celular de un receptor específico, la proteína CD4. Esta proteína se encuentra en su mayoría en los linfocitos T. Mediante las proteínas el virus interacciona con las proteínas CD4, produciéndose la fijación entre la membrana vírica y celular, de manera que la nucleocápside del virus penetra dentro de la célula. Una vez en el interior de la célula el RNA viral es transcrito a ADN, a través de una retrotranscriptasa que está en la partícula viral. Es por ello, que de no tratarse en virus, este se replicaría hasta debilitar al sistema inmunitario, así como su capacidad de defensa.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las diferentes fases de la enfermedad.

Objetivos secundarios:

- Conocer las vías de transmisión.
- Conocer los diferentes métodos de diagnóstico en el laboratorio.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han consultado diversas bases de datos científicas entre las que se encuentran Google académico, Medline plus, Pubmed, Scielo, Elsevier o clínicas mayo.

Para realizar la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave, VIH, Infección por VIH, diagnóstico.

4 Resultados

Una vez que una persona está infectada por VIH, este virus pasa por diferentes fases:

- Enfermedad por seroconversión. Esta es la fase de infección primaria, que suele durar unas pocas semanas, durante las cuales, se pueden desarrollar síntomas parecidos a los de una gripe, como fiebre, malestar general, dolor de estómago, dolores musculares, etc. En esta fase es muy difícil que el VIH sea diagnosticado, salvo que se sepa que ha tenido algún tipo de contacto con el virus.
- Fase asintomática, durante esta fase, la persona no desarrolla ninguna sintomatología. Puede durar entre diez y quince años.
- Fase sintomática. Es la fase en la que comienza a desarrollarse los síntomas, como consecuencia del fallo del sistema inmunitario. Aparecen las diarreas crónicas, la fiebre alta, sudoración, pérdida de peso. También aparecen lo que se conoce como infecciones oportunistas, que son las que en unas condiciones normales del sistema inmunitario no provocaría enfermedad.
- Fase tardía. Es la fase en la que normalmente se diagnostica la enfermedad.

Para diagnosticar el VIH, se pueden utilizar diferentes métodos, que distinguimos entre directos e indirectos.

Métodos directos:

- Determinación del antígeno viral. Se detecta en las primeras semanas de haberse producido la infección. El antígeno que detectamos en el alboroto es el Ag p24. Este método es muy útil para diagnosticar precozmente la infección.
- Cultivo viral. Este método no se realiza de forma habitual.
- Detección del ADN. Esta técnica es muy sensible y nos permite detectar la infección en aquellos casos en los que los anticuerpos aún no se encuentran presentes en el paciente, como ocurre en los estadios iniciales de la infección.

Métodos Indirectos:

- Determinación de anticuerpos anti VIH: esta prueba es de fácil realización y además tiene una elevada sensibilidad. Se suele emplear en los test de cribado, si el resultado arroja un positivo, se tendría que realizar un test de confirmación, mediante métodos más específicos, como son:
- Inmunoelectrotransferencia o Western Blot, esta prueba permite detectar anticuerpos específicos frente a diferentes proteínas del virus.

Una vez se diagnostique la infección por VIH, se deben de realizar regularmente análisis de sangre para determinar el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad no se dispone de vacunas o tratamientos que eliminen por completo la enfermedad, por ello es esencial la detección precoz de la infección en los estadios primarios, a través de las diferentes pruebas que realizamos los técnicos de laboratorio.

El tratamiento contra el VIH, son los antiretrovirales, este no cura la enfermedad, sino que ayuda a reducir la carga viral. Las personas positivas deberán comenzar a tomar la medicación tan pronto como le sea diagnosticada la enfermedad, ya que de esta manera la persona infectada podrá llevar una vida más larga y más sana.

Es por todo ello que la mejor manera de evitar el contagio es la prevención y la información de las vías de transmisión a las poblaciones más expuestas.

6 Bibliografía

1. <http://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-carga-viral/>.
2. <http://es.wikipedia.org/wiki/vih-laboratorio>.
3. <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-media/vih-laboratorio/>.

Capítulo 284

PARÁSITOS EN HECES: IMPORTANCIA DE LAS TÉCNICAS DE DETECCIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO

REBECA FERNÁNDEZ MORALES

ISABEL MARÍA VILLAPLANA NÚÑEZ

SARA CARRIÓN TÉBAR

RODRIGO CARRIÓN OCAÑA

ANA TORIBIA FERNANDEZ ALGUACIL

1 Introducción

El parasitismo se debe a la asociación entre un organismo poco evolucionado y otro que está más evolucionado, por lo cual el parásito vivirá a expensas del hospedador, lo que favorecerá su capacidad de supervivencia, pero al mismo tiempo perjudicará al hospedador.

La forma que tienen los parásitos de llegar al hospedador es a través del agua contaminada o la alimentación. Tienen varias fases en su ciclo de vida, durante la cual podrían parasitar a diferentes hospedadores, tanto animales como personas. Podemos hablar de enfermedades parasitarias a nivel global. Hay zonas del mundo en las que tienen mayor prevalencia, sobre todo en países poco desarrollados de zonas tropicales o templadas, pero también han llegado a países desarrollados debido al turismo o a la inmigración.

Se ha establecido que aproximadamente una de cada cuatro personas en el mundo se ha infectado por nematodos del suelo, unos trescientos millones se han infectado por protozoos intestinales y unos doscientos millones tienen esquistosomiasis, lo cual provoca unas enfermedades que afectarán en mayor medida a las mujeres embarazadas y niños de países poco desarrollados.

La muestra de heces es la forma más simple que tenemos para analizar la presencia de parásitos intestinales, no solo al microscopio, como quistes o larvas, sino a simple vista como pueden ser los anillos de tenia o gusanos adultos.

2 Objetivos

Conocer cuales son las técnicas de detección de parásitos intestinales que podemos utilizar en el laboratorio clínico mediante el análisis de una muestra de heces, por los Técnicos Especialistas de Laboratorio.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo realizamos una búsqueda bibliográfica de artículos científicos relacionados, publicados en los últimos años en castellano. Las palabras clave que utilizamos son diagnóstico, parasitosis, endoparasitosis, heces, laboratorio, y las bases de datos consultadas son pubmed, scielo, dialnet y medline.

4 Resultados

Una vez recibida la muestra, (para un estudio completo se solicitarán tres muestras de días diferentes), se mantendrá a temperatura ambiente si fuera muy líquida, hasta el momento del análisis, que deberá ser entre 30 minutos y 1 hora desde la emisión. Las heces más sólidas se analizarán en las 24 horas desde la emisión.

1. Examen macroscópico.

El aspecto de las heces puede indicarnos que tipo de parásito podemos encontrar. Color: colores inusuales como azul, rojo o púrpura son debidos a cierta medicación o tratamientos del paciente.

Consistencia:

- Pastosa o forme: pueden encontrarse huevos de helmintos y de quistes de protozoos.

- Blandas, diarreicas o con moco: para investigar formas vegetativas de protozoos. Presencia de sangre:

- Se puede deber a ulceraciones amébicas en el intestino grueso.

- Sangre roja brillante en la superficie de heces se asocia con irritación o sangrado. Mucosidad y/o pus.

2. Examen microscópico directo.

- Análisis en fresco: para la observación de formas móviles de protozoos intestinales (trofozoitos). El procesamiento debe ser rápido, entre 20 y 30 minutos, para evitar la pérdida de movilidad. No se deben refrigerar las muestras en este caso. La muestra se prepara en una solución isotónica con lugol y sin lugol, para detectar la presencia de trofozoitos y quistes de protozoos, huevos y larvas de helmintos.

- Análisis en fresco con yodo: para colorear el glucógeno y poder ver los núcleos de los quistes de protozoos.

3. Enriquecimiento/concentración (centrifugación).

Aumenta la sensibilidad del análisis, se utiliza para el diagnóstico y control epidemiológico de infecciones provocadas por protozoos y helmintos que pueden parasitar el intestino de animales y personas. Mediante este método se concentran los parásitos en poco volumen, eliminando residuos que impidan la visualización de los mismos. Se puede aplicar en el caso de muestras frescas o fijadas, y detectaremos así quistes, ooquistes de protozoos, huevos y larvas de helmintos.

- Sedimentación.

- Método de Willis (flotación): cuando los parásitos tienen menor densidad que las soluciones que se usan. La preparación es más limpia que la de sedimentación. Para protozoos y helmintos.

- Técnica de Ritchie (formol éter): se basa en la separación de las heces en dos partes, en una tendremos los parásitos y en la otra los restos fecales no útiles para el estudio. Se utiliza para la observación de huevos, larvas de helmintos y quistes de protozoos.

- Método Allen y Ridley: muy parecido al anterior, pero se le añade a la muestra éter etílico antes de la centrifugación. Al sedimento se le añade suero fisiológico para su observación al microscopio.

- Técnica de Kato-Katz: se utiliza para clarificar sedimento muy espeso, muy útil para el estudio de helmintos.

4. Tinción de Ziehl-Neelsen modificada.

Para observar ooquistes de *Cryptosporidium*, *Isospora* y *Cyclosporida*. En este caso se necesita un microscopio de fluorescencia para la observación de los resultados.

5. Fijación de heces.

- Método MIF (mertiolato/yodo/formol): fija y tiñe de color verde amarillento formas vegetativas de protozoos.
- Método de formol: mediante solución acuosa de formol al 10%.

5 Discusión-Conclusión

La infección parasitaria puede pasar desapercibida pero lo habitual es presentar síntomas digestivos, dolor abdominal, diarrea, vómitos, náuseas o estreñimiento, como formas leves, desnutrición, malabsorción, diarrea crónica o dispepsia, en casos graves, y como casos extremos podría provocar apendicitis o peritonitis, perforación intestinal o abscesos. En niños podría dar lugar incluso a retrasos en el desarrollo físico y/o cognitivo.

Su distribución es mundial, aunque su prevalencia es mayor en países en vías de desarrollo, en zonas insalubres y malas condiciones higiénicas. En España el 10% de las diarreas se relacionan con parasitosis intestinal.

Los métodos de diagnóstico de parásitos en heces son muy importantes debido a que existe una variabilidad biológica y morfológica significativa de protozoos y helmintos, y que suele ser frecuente el poliparasitismo. Un diagnóstico temprano podría evitar estas patologías.

6 Bibliografía

1. Gijón Robles P. Diagnóstico de parásitos en heces: comparación de dos técnicas de concentración. Universidad de Granada; 2013.
2. Acuña Zúñiga A, et al. Diagnóstico de enteroparasitosis humanas: Imágenes y procedimientos habituales. Universidad de la Republica Uruguay, 2017.

Capítulo 285

EL TECNICO DE LABORATORIO EN LAS TÉCNICAS INMUNOQUÍMICAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

REBECA FERNÁNDEZ MORALES

ISABEL MARÍA VILLAPLANA NÚÑEZ

SARA CARRIÓN TÉBAR

RODRIGO CARRIÓN OCAÑA

ANA TORIBIA FERNANDEZ ALGUACIL

1 Introducción

El sistema inmune reconoce, responde y destruye una gran variedad de agentes externos para evitar que produzcan daños en el organismo. Un agente externo es todo aquello que es extraño al organismo como lo son las bacterias, los hongos, los parásitos, los virus y objetos inertes. Para defenderse de los agentes externos el organismo cuenta con dos niveles de respuesta: un nivel externo y un nivel interno.

El nivel externo de protección es la primera línea de defensa contra cualquier agente externo, la forman la piel, las mucosas, la flora bacteriana autóctona y las enzimas digestivas. El nivel interno es el sistema inmunitario formado por los

órganos linfoides y los leucocitos. El sistema inmune proporciona un conjunto de respuestas específicas para neutralizar a los agentes extraños capaces de superar el nivel exterior de protección.

Podemos encontrar dos tipos de respuesta del sistema inmune: respuesta inespecífica y la respuesta específica. La respuesta inespecífica es de tipo primario frente a los agentes extraños, una vez que se detecta el agente los macrófagos se encargan de fagocitarlo y destruirlo, liberando en el medio sustancias químicas que provocan una inflamación en la zona y además atraen a los neutrófilos, eosinófilos y monocitos. La respuesta específica está dirigida frente a un agente extraño específico, es una respuesta más intensa, rápida y efectiva que la inespecífica, pero requiere un aprendizaje o contacto previo con el agente.

2 Objetivos

El objetivo de este artículo es dar a conocer la funcionalidad de la reacción antígeno-anticuerpo y las pruebas diagnósticas que se realizan basadas en dicha reacción.

3 Metodología

La metodología que ha sido utilizada ha sido en base a una revisión bibliográfica de diversos artículos científicos y libros especializados, y manuales específicos para técnicos de laboratorio, así como la búsqueda sistemática en diversas páginas web especializadas en temas científicos.

4 Resultados

La respuesta inmune es un conjunto de acciones defensivas del organismo frente a un agente externo. Puede ser una respuesta inespecífica llevada a cabo por los macrófagos, o una respuesta específica llevada a cabo por los linfocitos. La inmunidad específica se puede lograr de manera natural habiendo entrado en contacto con el agente extraño previamente, o de manera artificial que es inoculando una vacuna específica.

Los antígenos son agentes extraños al organismo que tienen la capacidad de activar una respuesta inmune. La superficie del antígeno presenta unas estructuras moleculares denominadas determinantes antigénicos o epítomos, que son las que reaccionan con los anticuerpos. Un antígeno cuantos más determinantes

antigénicos tiene más inmunogénico es. Estos pueden ser del mismo tipo o diferentes. Se considera la valencia total de un antígeno al número de determinantes antigénicos en él.

Los anticuerpos o inmunoglobulinas (Ig) son unas proteínas séricas del grupo de las gamma-globulinas, formadas por la asociación de dos cadenas polipeptídicas pesadas y de otras dos cadenas polipeptídicas ligeras unidas por puentes disulfuro. Cada una de las cadenas tienen una región variable o idiotipo (fragmento Fab) diferente en cada anticuerpo y una región constante (fragmento Fc) igual en todos los anticuerpos. Existen 5 tipos de inmunoglobulinas que se diferencian por la secuencia de aminoácidos de la cadena pesada: IgM, IgG, IgA, IgE e IgD.

La reacción antígeno-anticuerpo es específica, es decir, cada antígeno se une a un antígeno determinado, por uniones intermoleculares entre ambos dando lugar al complejo Ag-Ac, tipo llave cerradura. Las reacciones que se pueden dar son:

- Por aglutinación, un anticuerpo puede unirse a varios antígenos, a su vez el antígeno puede unirse a varios anticuerpos dando lugar a un entramado que visualmente se aprecia como una aglutinación.
- Por precipitación, la unión del anticuerpo con el antígeno forman un complejo insoluble precipitando rápidamente.
- Por neutralización, los anticuerpos se fijan a las zonas tóxicas de los antígenos neutralizando su toxicidad.
- Por lisis, al unirse el anticuerpo con el antígeno presente en una membrana produce la lisis de la célula en la que se encuentra el antígeno.
- Por opsonización, las opsoninas se unen directamente con los antígenos estimulando la fagocitosis.

Técnicas de aglutinación.

Son técnicas que hacen visibles los complejos Ag-Ac, bien porque los complejos Ag-Ac de manera natural forman un entramado entre ellos, o utilizando superficies artificiales que generen ese entramado visible.

1. Aglutinación directa, la aglutinación se forma cuando los anticuerpos se unen a antígenos particulados.
2. Aglutinación indirecta, los antígenos son solubles pero se unen de manera artificial a una superficie de una partícula, una vez acoplados se unen a los anticuerpos formando un entramado aglutinante.
3. Inhibición de la aglutinación, es una adaptación de las pruebas aglutinantes y se utiliza para conocer y cuantificar la presencia de antígenos solubles. Consta de dos partes, la primera se añade el anticuerpo específico a la muestra y después se añade una mezcla de partículas con el antígeno que se estudia, si hay aglutinación es que en la muestra no está presente el antígeno, en caso contrario es que si hay

presencia del antígeno.

4. Test de Coombs, es una prueba que detecta IgG que no son capaces de aglutinarse mediante adición de antiglobulinas-IgG que si formara aglutinación. a.

Prueba Coombs directa, detecta los anticuerpos en superficies al añadirle la antiglobulina y formar aglutinación. b. Prueba de Coombs indirecta, los anticuerpos están solubles, primero se unen a una superficie con antígenos específicos, y después se añade la antiglobulina para que se forme la aglutinación.

Técnicas de precipitación:

Los antígenos y anticuerpos se van uniendo unos a otros hasta que forman un entramado de gran tamaño que precipita. El máximo de precipitado se obtiene cuando las concentraciones de antígenos y de anticuerpos son similares entre sí. Se conoce como zona de equivalencia.

1. Prueba del anillo, se realiza en medio líquido en un tubo, con el antígeno y el anticuerpo en solución, genera un anillo de precipitado en el tubo.

2. Técnica de inmunodifusión radial simple (método de Mancini), se incorpora en anticuerpo al medio sólido de agar, se hacen unos pocillos al agar y se añade el antígeno en los pocillos, el antígeno difunde por el medio. Donde se encuentran con los anticuerpos en proporciones similares forman una precipitación en forma de anillo alrededor del pocillo.

3. Técnica de difusión radial doble de Ouchterlony. En una placa de agar se realizan una serie de pocillos. En unos se coloca la muestra y en otros los anticuerpos específicos. Estos difunden por el agar y donde se encuentran provocan un arco de precipitación.

4. Técnica de inmunolectroforesis. Primero mediante electroforesis se separan los antígenos de la muestra, a continuación al lado de la muestra se colocan los anticuerpos específicos y se difunden mediante otra electroforesis y donde se encuentran forman el arco de precipitación.

5. Técnica de inmunolectroforesis en cohete (método de Laurell), en un gel que contenga los anticuerpos, se pone la muestra en los pocillos y se introduce en un campo eléctrico que está perpendicular a la corriente eléctrica, la precipitación aparece en forma de conos.

6. Técnica de contrainmunolectroforesis o doble electroinmunodifusión, se coloca el anticuerpo en un pocillo en el polo positivo y el antígeno en el polo negativo y se realiza una electroforesis, cada pocillo migra en una dirección y donde se encuentran se produce la precipitación.

Inmunoanálisis con marcadores

Son técnicas en las que se fija una molécula marcada al anticuerpo o al antígeno para poder poner en manifiesto la aparición o no del complejo Ag-Ac.

1. Enzimoimmunoanálisis (ELISA), se utilizan anticuerpos o antiglobulina marcados con una enzima que se detecta con una reacción coloreada al añadir un sustrato. En el ELISA directo se añade la muestra sobre anticuerpos específicos en soporte, y después se añade anticuerpos marcados y el sustrato, si hay color hay presencia de antígenos buscados. En el ELISA indirecto se fija el antígeno y se añade la muestra, a continuación se añade antiglobulina marcada y el sustrato, si hay color hay presencia del anticuerpo buscado.
2. Inmunofluorescencia (LIA), se utilizan anticuerpos o antiglobulina marcados con fluorocromos. En el LIA directa se fija la muestra en un soporte y se añaden anticuerpos marcados, si hay fluorescencia hay presencia del antígeno buscado. En el LIA indirecto se fija la muestra en el soporte y se añade antiglobulina marcada, si hay fluorescencia hay presencia del anticuerpo buscado.
3. Radioinmunoensayo (RIA), se utilizan radioisótopos para marcar el complejo Ag-Ac, la técnica es similar al ELISA.

Otras técnicas inmunoquímicas:

1. Prueba de fijación del complemento, se basa en que los complejos Ag-Ac fijan el complemento e impiden la hemólisis, se pone en contacto un antígeno conocido y la muestra o un anticuerpo conocido y la muestra en un medio con complemento, si se produce hemólisis es que el antígeno o el anticuerpo buscado no estaba en la muestra, si no hay hemólisis demuestra que si hay presencia de él.
2. Inmunoblotting o inmunotransferencia Western-Blot, se basa en la transferencia de sustancias desde un gel a una membrana. Primero se deben separar las sustancias en un gel mediante electroforesis, a continuación se realiza la transferencia a una membrana de nitrocelulosa a la cual se añade la muestra, se añade antiglobulina marcada y se revela el resultado mediante un ELISA o un RIA.
3. Inmunoturbidimetría, con la formación del complejo Ag-Ac en medio líquido produce una turbidez en el medio que impide el paso de la luz.
4. Inmunonefelometría, la formación de los complejos Ag-Ac en medio líquido produce la dispersión de la luz a través del medio.

5 Discusión-Conclusión

La respuesta inmune es un conjunto de acciones defensivas del organismo frente a un agente externo. Puede ser una respuesta inespecífica o una respuesta específica. La inmunidad específica se puede lograr de manera natural o de manera artificial.

Los antígenos son agentes extraños al organismo que tienen la capacidad de activar una respuesta inmune. Su superficie contiene determinantes antigénicos o

epítopos, que son los que reaccionan con los anticuerpo, pueden ser del mismo tipo o diferentes. Los anticuerpos o inmunoglobulinas (Ig) son proteínas séricas del grupo de las gamma-globulinas, formadas por cuatro cadenas, dos ligeras y dos pesadas, cada una de las cadenas tienen una región variable una región constante. Existen 5 tipos de inmunoglobulinas: IgM, IgG, IgA, IgE e IgD.

La reacción Ag-Ac es específica, cada antígeno se une a un antígeno determinado dando lugar al complejo Ag-Ac. Las reacciones que se pueden dar son por: aglutinación, precipitación, neutralización, lisis y opsonización.

Las técnicas inmunoquímicas son utilizadas en el estudio de la respuesta inmune, mediante la detección de diversos “trazadores” presentes en la sangre y otros fluidos orgánicos.

6 Bibliografía

1. Temario específico Técnico Especialista en Laboratorio para el sespa de la editorial MAD
2. Inmunología, Libro de Peter Parham, editorial medica panamericana
3. <https://www.elsevier.es/>
4. <https://medlineplus.gov/>
5. <https://www.seimc.org>

Capítulo 286

EL TECNICO DE LABORATORIO Y EL ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS DE LA SERIE ROJA EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA

REBECA FERNÁNDEZ MORALES

ISABEL MARÍA VILLAPLANA NÚÑEZ

SARA CARRIÓN TÉBAR

RODRIGO CARRIÓN OCAÑA

ANA TORIBIA FERNANDEZ ALGUACIL

1 Introducción

- El hemograma que también puede recibir el nombre de cuadro hemático, biometría hemática es una de las pruebas de análisis que más se solicitan en el laboratorio de hematología, siendo ésta una de la que más información puede aportar desde el punto de vista clínico de cara al diagnóstico de patologías.

A través del tiempo el hemograma ha sufrido variaciones en los parámetros a analizar, en los métodos de obtener las muestras para su posterior análisis etcétera.

Gracias a los analizadores automáticos se ha reducido el número de fórmulas realizadas de manera manual sin embargo, el ojo humano y la observación al

microscopio sigue siendo imprescindible para detectar una buena parte de las alteraciones morfológicas que pueden aparecer en el frotis de sangre periférica. Para poder comprender y conocer los métodos para una mejor utilización de los parámetros a analizar en el hemograma es de vital importancia conocer el avance tecnológico que ha acompañado a estos tipos de técnicas y conocer las pruebas a analizar para poder acertar en el diagnóstico con un mayor conocimiento de cara a la utilidad clínica.

Se pretende realizar una revisión bibliográfica para dar a conocer los parámetros básicos a analizar en el hemograma y su importancia de cara a un diagnóstico clínico.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica para destacar la importancia y la utilidad del hemograma en el diagnóstico de las patologías.
- Indicar los parámetros básicos que componen la serie roja y su utilidad en el laboratorio de cara al diagnóstico clínico.

3 Metodología

- Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos de código abierto como Pubmed, Medline, y Scielo, utilizando palabras clave como hemograma en laboratorio, serie roja laboratorio de hematología, laboratorio de hematología parámetros.

4 Resultados

Dentro de los parámetros de la serie roja a analizar encontramos:

- Recuento de hematíes o eritrocitos (He): Se expresa como $\text{He} \times 10^{12}/\text{L}$, siendo la vida media de 120 días aproximadamente.

Podemos encontrar aumentados en talasemias, en estados de deshidratación.

Encontraremos disminuidos en anemias.

- Hematocrito (Hto): Representa la fracción de volumen de hematíes y corresponde al volumen ocupado por éstos en relación con el volumen total de san-

gre, expresándose en L/L, está relacionado directamente con la concentración de hemoglobina.

Siendo los valores normales en población adulta entre 40-54 % en hombres y 38-48 % en mujeres.

Se encontrarán los valores aumentados en las poliglobulias.

- Hemoglobina (Hb): Es una ferroproteína que se encuentra en el interior de los hematíes, siendo la encargada de transportar el oxígeno a los diferentes tejidos del organismo.

Se considera el mejor parámetro para medir la anemia y la capacidad transportadora de gases de los eritrocitos como el O y el Co₂, expresándose en g/dL.

Valores normales en población adulta están entre 13,5-18 g/dL en hombres y 12-16 g/dL en mujeres.

Se encontrarán valores elevados en las policitemias y disminuidos en las anemias. Partiendo de los datos obtenidos de la hemoglobina, hematíes y hematocrito se calculan unos valores que tienen una gran utilidad clínica, son conocidos como índices eritrocitarios/corpusculares de wintrobe o promedios de wintrobe ya que llevan el nombre de la persona que los describió por primera vez en la década de 1930.

Estos valores son los siguientes:

- Volumen corpuscular medio (VCM): También recibe el nombre de volumen medio corpuscular, promedio volumen corpuscular, se calcula a partir del hematocrito y el número de hematíes, expresándose en fentolitros (fL).

Siendo los valores normales en población adulta entre 80 a 100 fL.

Gracias a estas mediciones derivan los términos de normocitosis, microcitosis y macrocitosis, refiriéndose estos términos al tamaño de los eritrocitos según sean normales, pequeños o grandes.

Encontrándose elevado el VCM en las hepatopatías, reticulocitosis, anemias megaloblásticas.

Valores disminuidos en talasemias y ferropenias.

- Hemoglobina corpuscular media (HCM):

Recibe el nombre también de promedio de hemoglobina corpuscular media, se calcula a partir de la hemoglobina y el número de eritrocitos, siendo la unidad de expresión en picogramos (pg).

Siendo sus valores normales entre 27 - 31 picogramos.

Está relacionada con el VCM, ya que informa de la cantidad media de hemoglobina presente en cada glóbulo rojo.

Está en aumento en casos de macrocitosis e indica hipercromía y está disminuida en casos de microcitosis indicando hipocromía.

- Concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM):

Es la cantidad de hemoglobina expresada en g/dL de los hematíes en peso.

Los valores normales se sitúan entre 32 y 36 g/dL.

Este valor es importante para conocer y diagnosticar las anemias.

Está relacionado con los términos hipocromía, normocromía e hipercromía.

Existen unos índices eritrocitarios que gracias al avance tecnológico que actualmente existe se han podido calcular e incluirlos en el análisis de la serie roja.

- Amplitud de distribución del tamaño de eritrocitos (ADE o RDW):

El ancho de distribución de los eritrocitos tiene utilidad clínica para poder clasificar las anemias, ya que este parámetro está estrechamente relacionado con la anisocitosis y el diagnóstico de las talasemias.

Siendo sus valores normales $\leq 15\%$

- Índice de dispersión de la hemoglobina o distribución de la hemoglobina en los hematíes (HDW):

Su utilidad clínica sirve para conocer si se encuentra alterado cuando existe una doble población de eritrocitos en pacientes transfundidos, también para controlar los tratamientos de las anemias ferropénicas.

Estando sus valores normales entre 2,2 y 3,2 g/dL.

5 Discusión-Conclusión

- Tras realizar la revisión de la literatura médica sobre el hemograma y sus distintas técnicas y pruebas que lo componen, se pone de manifiesto que es un examen de vital importancia en el diagnóstico de patologías relacionadas con la sangre. En el caso de los parámetros de la serie roja se constata que gracias a unas técnicas de fácil reproducción, de gran sensibilidad y especificidad se puede diagnosticar un gran número de enfermedades hematológicas relacionadas con los glóbulos rojos.

Se evidencia que gracias al avance tecnológico en los laboratorios hematológicos que existe actualmente se han podido desarrollar nuevas técnicas y exámenes y con ello llegar más lejos en el análisis y diagnóstico.

El hemograma y sus parámetros de la serie roja se encuentra actualmente entre las pruebas más solicitadas en los laboratorios clínicos, ya que gracias a su fácil reproducción y pruebas no muy complejas se ha convertido en una herramienta eficaz en la lucha para diagnosticar enfermedades hematológicas y poder dar con los tratamientos de una manera más rápida y corregir las deficiencias que requieren los pacientes.

6 Bibliografía

1. Eadie GS, Brown IW, Jr. Red blood cell survival studies. *Blood* 1953; 8: 1110-1136.
2. Campuzano-Maya G. El hemograma. *Medicina & Labora*.

Capítulo 287

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO CLÍNICO

MARIA DEL CARMEN TORRES LOPEZ

MARIA DEL CARMEN MOLINA RIVALLO

1 Introducción

El abuso de drogas y su dependencia, ha estado presente a lo largo de toda la historia, han sido administrados bien con fines terapéuticos, mágicos y lúdicos. Las drogas de abuso son sustancias que al introducirse en el cuerpo producen una alteración en la conducta y estado psíquico provocando tendencia al uso diario de dicha sustancia.

Los sentimientos que sentimos habitualmente en nuestra vida como el miedo, sufrimiento, ansiedad etc. hacen que nuestro cerebro se vea afectado en una actividad neurofísica, y que nuestro cuerpo necesite en ocasiones sustancias para poder llevar una vida normal, pero en realidad lo que sucede es que nuestro organismo crea una dependencia como tal a esa sustancia que nos hace sentir mejor. Dentro del laboratorio de análisis clínicos, se realizan muchas pruebas para detectar si ha habido consumo de drogas.

Un resultado negativo puede darse cuando:

- No se encuentre el tipo de droga que se busque.
- O que no se encuentre la cantidad suficiente como para poder dar un resultado positivo.

Sin embargo, un resultado positivo significa que se han encontrado cantidades suficientes de una o más tipos de drogas. En estos casos debe hacerse un control durante un tiempo a esa persona, para comprobar realmente que no ha sido un resultado "falso positivo".

El cutoff o límite de detección debe ser lo suficientemente bajo para permitir la detección de las drogas de abuso, pero tiene que ser lo suficientemente alto para no dar falsos positivos o reacciones cruzadas con otras sustancias.

2 Objetivos

Dar a conocer las drogas de abuso y su manejo del laboratorio clínico para poder diagnosticar la administración de sustancias tóxicas para el 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 en los libros y artículos específicos en las principales bases de datos como son medline, scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

Las drogas de abuso se clasifican en tres grupos, según el estado que provoquen en el sistema nervioso central:

- Psicoanalépticos, como la cocaína y las anfetaminas.
 - Psicodislépticos, como LSD, cannabis y mescalina.
 - Psicolépticos, como opiáceos, alcohol, barbitúricos y benzodiacepinas.
- El laboratorio en estos tiempos, ha evolucionado de forma sofisticada para poder detectar tanto drogas de abuso como terapéuticas a unas concentraciones bajísimas.

Dentro del laboratorio se lleva a cabo:

- Análisis de sustancias que sean posibles drogas.
- Control analítico de muestras biológicas.
- Realización de informes sobre muestras forenses cuando sean necesarios en procesos judiciales.

Las muestras más utilizadas para la detección de drogas son la sangre y la orina, aunque también se pueden analizar comidas y bebidas para detectar drogas o venenos.

Con la detección en las muestras de orina, tendremos varias ventajas:

- Es menos agresivo.
- Hay menos sustancias, por lo que es menor el riesgo de reacciones cruzadas.
- El margen de tiempo es mayor para la detección de tóxicos.

El tiempo que tardan las drogas en eliminarse del organismo depende de varios factores:

- Tipo de droga.
- Vía de administración.
- Riqueza del producto en los principios activos.
- Fisiología del individuo.
- Ingesta de líquidos.
- Tipo de técnica analítica que se usa.

Para la heroína y cocaína, su detección puede realizarse desde una hora después de administrarse la dosis hasta 72 horas después de la ingesta.

El cannabis, como es liposoluble, puede detectarse su consumo hasta la primera semana después de su consumo, si el consumo es habitual se puede detectar hasta 40 días después de su administración.

La adición a la orina de ciertas sustancias, pueden falsear los resultados, como por ejemplo, el agua, cloruro sódico, vinagre, amoníaco o zumo de limón. Por esto es importante que la recogida se haga delante de otra persona para evitar la manipulación de la muestra.

Las muestras se conservarán no más de 1 día a temperatura ambiente, no más de 5 días refrigeradas, y congeladas las muestras pueden conservarse durante meses, ya que si el resultado fuera positivo, el emisor tiene derecho solicitar un contra análisis de la muestra.

5 Discusión-Conclusión

Los sentimientos o los estados por los que puede pasar un adicto en periodos de abstinencia, es un punto importante sobre el mantenimiento de la adicción. Hoy en día hay terapias con tratamientos para disminuir el deseo de seguir la sustancia a la que se está creando la adicción y se sea totalmente dependiente de ella.

Por eso las personas drogadictas, en periodos en lo que pueden estar en abstinencia a esa sustancia, su organismo y su cerebro les hace sentir mal, hasta el punto

que necesitan seguir dependiendo de esa sustancia para poder seguir hacia delante, hasta que se reenganchan de nuevo.

En el laboratorio de análisis clínicos se puede realizar la detección de todo tipo de drogas de abuso y control de fármacos, ya que muchas de estas drogas se utilizan como tratamientos terapéuticos, como son tratamientos para el dolor.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org.
2. www.revistasanitariadeinvestigación.com.
3. www.medicineplus.gov/spanish/.

Capítulo 288

DISPLASIA DE CADERAS EN BEBES

TAMARA MARÍN MARÍN

RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ

LOURDES MILLA SÁNCHEZ

CECILIA ADRIANA GUAYLLA GUAMAN

GLORIA CORTÉS LEAL

1 Introducción

La displasia es un trastorno congénito nacimiento en la articulación de la cadera. Se produce cuando la cavidad de la pelvis que engloba el fémur no se forma adecuadamente. Aproximadamente afecta a 3-5 niños de cada 1000. Tienen mayor riesgo las niñas y la cadera izquierda suele ser la más afectada, los que han nacido de nalgas o tienen un hermano que también lo ha sufrido.

No hay medidas específicas que ayudan a prevenir que esto pase.

El ángulo acetabular normal varía según la edad. Al nacimiento, presenta valores próximos a 30°, pero a partir de los primeros meses de vida disminuye aproximadamente a 20°. Los niños menores de 4 meses con ángulo superior a 25° son indicativos de la displasia.

Para evaluar los grados hay dos tipos de calificaciones:

Calificación de Crowe:

- Grado I: migración de menos del 50% del tamaño de la cabeza femoral.
- Grado II: cabeza femoral asciende entre 50-75%.
- Grado III: cabeza femoral asciende entre 75-100%.

- Grado IV: cabeza femoral asciende por encima del 100%.

Clasificación Hartofilakidis.

- Displasia (tipo A): la cabeza femoral está dentro del acetábulo, pero se puede tener una insuficiencia del techo.
 - Luxación baja (tipo B): el nuevo acetábulo se continúa con el original.
 - Luxación alta (tipo C): un acetábulo totalmente independizado del verdadero.
- Los padres pueden detectar una serie de signos entre los que están:
- Las caderas del bebé hacen un chasquido, que se nota con el tacto o que se oye.
 - Las piernas no tienen la misma longitud.
 - Los pliegues de la piel que hay debajo de las nalgas o en los muslos no se alinean bien.
 - El niño cojea cuando empieza a andar.

2 Objetivos

- Reducir las deformidades residuales que pueden quedar en el bebé.
- Explicar a los padres tratamientos en los 6 primeros meses de vida.

3 Caso clínico

Para la elaboración de este trabajo, ha sido basado en un estudio realizado en un año. Participaron niños sometidos las últimas semanas de gestación en cefálica externa y niños podálicos. A todos estos niños se les realizó una ecografía para estudiar la incidencia de displasia en los dos grupos.

En el estudio se incluyeron un total de 120 niños. Se realizó en 65 niños en cefálica y 55 en podálicos. Del total de los niños, 14 fueron diagnosticados de displasia, 3 de los cuales nacieron en cefálica.

Por lo tanto, la gestación en cefálica reduce el riesgo de displasia frente a la presentación en podálica, pero este hecho no hace que se pueda detectar precozmente esta patología.

Para que los padres puedan tomar las medidas necesarias en caso de que su bebé sufra displasia de cadera se recomienda hacer una ecografía en los primeros 3 meses de vida, siendo lo ideal entre los 45 y 60 días tras el nacimiento.

Solo el 2% de los niños con displasia en el momento del nacimiento tienen la cadera luxada.

Se ha demostrado que el 50% de los casos de artrosis de cadera del adulto tienen como antecedentes una displasia de cadera. Si esta no ha sido tratada a tiempo.

El papel que el técnico de radiodiagnóstico tiene durante la prueba es tratar de que el/la bebe este relajado y deje mover las piernas al médico. Gracias a esto se apreciara:

- Asimetría de los pliegues glúteos y del muslo: aparece en el 12% de los casos de displasia. Se marcan más pliegues en el lado afectado.
- Abducción diminuta o limitada.
- Acortamiento de la pierna con la cadera en flexión. Cuando el acortamiento es en una sola cadera se denomina Signo de Allis o Galleazzi y se ve cuando los miembros tienen una flexión del 90% y rodilla en flexión. Se puede observar una cadera más alta que la otra.

4 Discusión-Conclusión

El papel de técnico de imagen para el diagnóstico y el radiólogo es muy importante en el diagnóstico de la displasia de cadera. Tratar de tranquilizar al niño o distraer para poder colocarlo en la posición correcta para la realización de la ecografía.

También es muy importante, que se realice la ecografía en los 3 primeros meses de vida del niño, lo cual es muy importante para su tratamiento en caso de sufrirlo. Por lo tanto, no hay forma de evitar la displasia de cadera pero sí que se puedan tomar medidas para corregir la patología antes de la maduración de la cadera.

5 Bibliografía

1. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/displasia-cadera-nino>
2. <https://www.traumatologiainfantil.com/es/cadera/displasia-de-cadera>
3. <https://kidshealth.org/es/parents/ddh.html>

Capítulo 289

POSIBLE DERRAME ARTICULAR EN LA RODILLA. ¿QUÉ ES UN DERRAME ARTICULAR? ¿CÓMO SE TRATA? ¿QUÉ TÉCNICAS DE IMAGEN SE UTILIZAN PARA DICHO DIAGNÓSTICO?

VIRGINIA AÑOVER ORTIZ

1 Introducción

El derrame articular se basa en el almacenamiento de líquido en las articulaciones del cuerpo humano, causado por distintos factores como caídas, golpes, infección o posibles enfermedades dadas en las articulaciones.

Particularmente, el más común es el derrame articular en la zona de la rodilla, ya que normalmente ésta es más susceptible a inflamarse debido a la acumulación del líquido debido a excesos de actividades físicas.

Con ello, se dan a conocer distintos factores de riesgo, como consecuencia de la diabetes, cortisona, quimioterapia o vejez entre otras, los cuales facilitan de la aparición de los derrames articulares.

Asimismo, existen tres tipos de derrames articulares de acuerdo con sus características:

- Derrame inflamatorio: causado por un traumatismo en las articulaciones de cuerpo o por alguna rotura en las mismas.
- Derrame hemático: es debido al exceso de sangre en las articulaciones.

- Derrame infeccioso: causado por infecciones en las articulaciones del cuerpo, tanto en los ligamentos como en el cartílago.

A su vez, los derrames en las articulaciones, presentan sintomatologías muy características, ya que el síntoma más común es la inflamación de la zona afecta. La inflamación provoca la inmovilización de dichas zonas ya que se presentan signos de dolor. A consecuencia de la inflamación y el dolor, también puede aparecer en casos más graves, malestar general y fiebre.

Mencionados anteriormente los tipos de derrames articulares, éstos se muestran debido a distintas causas dividida en dos grupos, siendo por daños intra articulares y por lesiones, dándose a conocer como infecciones en el cartílago, esguinces, torceduras, etcétera.

Del mismo modo, los derrames articulares se diagnostican por distintas pruebas de imagen, siendo la resonancia magnética nuclear la más recomendable, ya que realiza la composición de distintas imágenes donde se visualizan mejor las posibles patologías. En este caso, se visualiza mejor la acumulación de líquido en las distintas zonas del cuerpo humano.

A consecuencias de las lesiones producidas inevitablemente, la prevención de los derrames articulares es irremediable, aunque existen guías hacia el paciente con la finalidad de que el derrame articular no evolucione.

Para ello, es recomendable llevar a cabo una dieta equilibrada y saludable, ya que una de las principales consecuencias de sufrir un derrame articular o desgaste de la articulación, es el peso corporal.

Finalmente, es necesario seguir unas pautas dictadas por el fisioterapeuta o rehabilitador para una posible cura del tratamiento en caso de derrame articular.

Dichas pautas recomendadas suelen ser:

- Reposo mientras el dolor perdura, por lo que es necesario el uso de instrumentos dependiendo de la zona afecta. Por ejemplo, muletas o sujeciones.
- Hielo con la finalidad de disminuir la inflamación junto con el vendaje de la zona afecta y la aplicación de masaje con posterior vendaje.
- Administración de antiinflamatorios, cuyas funciones son la reducción de la inflamación y la disminución del dolor de la zona afecta.
- En los casos más graves, es necesario la extracción del líquido de la zona afecta.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa el derrame articular de rodilla y cuáles son los aspectos más fundamentales.

3 Caso clínico

Paciente de 45 años acude al hospital por motivo de dolor en la rodilla derecha y malestar en general, por lo que enseguida los profesionales sanitarios atendieron su situación.

Al atender al paciente, el médico responsable de su diagnóstico, estableció el protocolo de saber el motivo de su llegada al hospital, por lo que le interrogó acerca de la causa de dicho dolor en la rodilla.

Asimismo, el paciente le respondió que hace dos semanas estuvo jugando al fútbol y sufrió una caída, pero no le dio importancia, aunque en estos momentos sufría un terrible dolor y malestar.

Por consiguiente, el médico especialista decidió la realización de una radiografía de rodilla, en el cual el médico traumatólogo, posteriormente, no visualizó exactamente el posible afecto en la rodilla.

Por ello, el traumatólogo determinó que el paciente debe someterse a una prueba específica, siendo la resonancia magnética nuclear, en el servicio de radiodiagnóstico.

Realizada dicha prueba, el médico especialista tuvo la ocasión de decidir el diagnóstico, ya que en dicha prueba se visualiza mejor y se puede llegar a la conclusión del diagnóstico. A su vez, el médico especialista determinó que el paciente sufre de derrame articular en la zona de la rodilla distal, junto a los meniscos.

Establecido el diagnóstico, el traumatólogo le aconseja al paciente que tiene que tratarse la zona de la rodilla, en este caso, la derecha. De esto modo, dichas recomendaciones que el médico especialista le aconsejó son:

- Tener la rodilla con el mayor reposo posible, aplicarse hielo y después poner un vendaje si es preciso para la circulación.
- En el caso de que se sienta dolor, suministrar antiinflamatorios, de forma oral o por vía intravenosa.
- Acudir a rehabilitación y a fisioterapia para el movimiento de la rodilla.

Posteriormente, el médico especialista determinó que dicho paciente necesitaba un período de tiempo prolongado de rehabilitación y fisioterapia, concretamente durante 6 meses, si éste desea volver a jugar al fútbol.

Al cabo de 6 meses, el paciente notó algo de mejoría, pero al acabar las sesiones de fisioterapia notó de nuevo el dolor en la rodilla, por lo que volvió a acudir al hospital para revisión.

Al acudir al hospital, y a volver a tener consulta con el médico especialista, éste directamente le mandó a hacerse una resonancia magnética nuclear, ya que anteriormente no se visualizó ningún rasgo en la radiografía de tórax.

A su vez, cuando el médico especialista tuvo los resultados, visualizó que el líquido que se acumulaba en la articulación de la rodilla, no se había ido del todo, por lo que tanto es un motivo de dicho dolor en la zona afecta.

Igualmente, el médico especialista tuvo que realizarle al paciente la extracción del líquido a través de una aguja, proceso conocido como punción. Dicho procedimiento se llevó a cabo en la misma consulta del médico.

Asimismo, el médico especialista le recomendó las pautas anteriores dictadas y un tiempo de rehabilitación y fisioterapia, esta vez de 4 meses, con la finalidad de visualizar cuanto antes cómo sigue el tratamiento y presenciar mejoras.

Finalmente, el médico especialista percibió que el paciente tuvo una mejoría satisfactoria, por lo que la posterior resonancia magnética y consulta, para revisión, es hasta dentro de un año. De la misma manera, el médico le recomendó seguir unas dietas equilibradas y una vida saludable, ya que, si se coge demasiado peso, las rodillas tienden a volver tener acumulación de líquido.

4 Discusión-Conclusión

Concluyendo con el derrame articular, éste significa que la zona afectada sufre una acumulación de líquido, en el cual es causado por caídas, torceduras, infecciones o posibles enfermedades o patologías de las articulaciones.

Particularmente, la zona más común y afectada, es la zona de la rodilla, ya que es más susceptible a sufrir el almacenamiento de líquido ya que se realizan posibles excesos en el deporte físico.

Dichas zonas, al ser afectadas por un derrame articular, presenta una sintomatología de dolor intenso e inflamación en la zona afecta, malestar en general e incluso, en los casos más graves, fiebre. De hecho, existen distintos tipos de derrame los cuales presentan los anteriores síntomas, como derrame inflamatorio, derrame hemático o derrame infeccioso.

Para el diagnóstico de dicha acumulación de líquido, se realizan pruebas de imagen, siendo la radiografía. Además, la técnica de imagen más específica para visualizar correctamente el líquido, es la conocida como resonancia magnética nuclear.

Asimismo, existen distintas pautas de seguimiento las cuales son recomendables en cuanto al tratamiento del líquido articular, siendo reposo, aplicación de hielo en la zona afecta, y sesiones de rehabilitación y fisioterapia.

Para finalizar, no existe una prevención definitiva, pero aun así es importante llevar a cabo unas dietas equilibradas y saludables, siendo el peso corporal el mayor inconveniente en cuanto a estos casos, ya que afecta a dichas articulaciones.

5 Bibliografía

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

Capítulo 290

FILMARRAY PANEL DE SEPSIS

JENIFER ONTIVEROS GOMEZ

ROXANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Identificar de una manera precoz a los microorganismos responsables de bacteriemias y fungemias resulta clave para disminuir el grado de mortalidad en pacientes con infección sanguínea. Por lo tanto, esta entidad clínica requiere una administración rápida de un tratamiento antibiótico o antifúngico.

La bacteriemia y la fungemia son complicaciones graves que se pueden detectar a través de la recogida y posterior cultivo de botellas de hemocultivos. Por ello, aunque el hemocultivo es considerado como el método de elección debido a su valor práctico, existen dos factores limitantes, en primer lugar, el número reseñable de casos contaminados por la flora presente en la piel, y en segundo lugar, el retraso en la obtención de resultados debido al tiempo de incubación que este necesita.

Cuando los microorganismos llegan al torrente sanguíneo, lo invaden y se multiplican a un ritmo tan acelerado que la eliminación por parte del sistema retículo-endotelial resulta insuficiente, se produce sepsis, amenazando la vida del paciente. Si este cuadro de sepsis cursa con alteraciones celulares, circulatorias y del metabolismo, estaríamos hablando de shock séptico, lo que aumenta en un 40 % la probabilidad de mortalidad. Para evitar o disminuir este cuadro, resulta clave una detección precoz del agente causal en las primeras horas del comienzo de la infección. La escasa presencia de patógenos en sangre obliga a que las técnicas utilizadas para este diagnóstico sean particularmente sensibles.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la técnica de Filmarray panel de sepsis.

Objetivos secundarios:

- Conocer los patógenos que detecta la técnica.
- Determinar los beneficios de su uso.

3 Metodología

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 diversos artículos de bases de datos como Pubmed, Scielo y el buscador Google Académico. También se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

4 Resultados

Se ha desarrollado un sistema que permite una identificación rápida del microorganismo asociado a infecciones en el torrente sanguíneo a partir de un hemocultivo positivo. Se trata de un sistema de diagnóstico llamado FILMARRAY panel de sepsis, que integra todos los pasos necesarios, desde la extracción de los ácidos nucleicos hasta la lectura de los datos, en un sistema cerrado y automatizado. Este panel lleva a cabo una PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) múltiple en la que se prepara, se amplifica, se detecta y se analiza la muestra.

Para la identificación se necesita una solución de hidratación, que contiene el propio kit, y una mezcla de un tampón junto con 200µl de una única muestra que haya crecido en un frasco de hemocultivo positivo, puede utilizarse un frasco de adultos o uno pediátrico. En primer lugar, se coloca el panel en la estación de carga, posteriormente se inyecta la solución de hidratación en el sistema filmarray y a continuación la combinación del tampón y la muestra. Para finalizar, se introduce el panel en el analizador y comienza el análisis.

El panel consta de unos pocillos en los que, en primer lugar, se amplifica una región de ADN que contiene el segmento diana, se trata de una primera PCR, a continuación, el material amplificado es usado como molde para una segunda PCR en un pocillo que incluye unos cebadores, y finalmente, unos fluorocromos revelan el producto de la PCR que el instrumento registra a través de una curva de

amplificación. Este proceso dura alrededor de una hora, detectando 24 patógenos (se incluyen bacterias Gram + y Gram -, levaduras y 3 genes de resistencia antibiótica).

Este sistema, también permite una identificación de infecciones polimicrobianas.

5 Discusión-Conclusión

Se trata de un sistema totalmente cerrado y automatizado que no requiere pipeteos precisos por parte del técnico de laboratorio. Se invierten 2 minutos en la manipulación del panel, y se analizan un gran número de patógenos de manera simultánea. Todo ello, ofreciendo unos resultados con una alta sensibilidad en un periodo muy corto de tiempo (1 hora aproximadamente), lo que permite optimizar las terapias antimicrobianas.

De igual modo, resulta muy útil la rapidez en la identificación del microorganismo, junto con la información frente a la resistencia a determinados antimicrobianos, para ayudar al responsable médico a tomar decisiones de tratamiento ajustadas en un tiempo récord.

6 Bibliografía

1. <https://seimc.org/>.
2. https://www.biomerieux.es/sites/subsidiary_es/files/bcid_panel_info_sheet_es_int.pdf.
3. <https://scielo.org/es/>.
4. Editorial Médica Panamericana. Manual para técnico superior de laboratorio clínico y biomédico. 2015.

Capítulo 291

MARCADORES CARDÍACOS EN URGENCIAS

JENIFER ONTIVEROS GOMEZ

ROXANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La principal causa de muerte en los países desarrollados son las enfermedades cardiovasculares. Estas tienen un gran impacto socioeconómico y sociosanitario. Existen ciertos factores que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad de este tipo, entre ellos se encuentran: la edad, los niveles de colesterol, el tabaquismo, poseer antecedentes familiares de esta patología, la obesidad, el sexo, la diabetes mellitus y llevar un estilo de vida sedentario. Para disminuir el número de casos se debe mejorar su prevención, su diagnóstico y su tratamiento. Para su diagnóstico, se utiliza el análisis de diversos tipos de sustancias que al producirse un daño en algún órgano o tejido son liberadas al torrente circulatorio. Son denominados marcadores sanguíneos.

Éstos dependen del lugar de origen del daño y de la intensidad con la que se produce. De manera que, cuando se produce un ataque cardíaco, estos marcadores (se tratan de proteínas o enzimas) salen de las células lesionadas del músculo cardíaco y aumentan sus niveles en sangre.

En individuos sanos sin ninguna patología cardíaca, los niveles son bajos, de manera que, el aumento o disminución del valor de estos marcadores nos aporta información relacionada con el estado de salud y la evolución de la enfermedad de los pacientes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la importancia de los marcadores cardíacos sanguíneos.

Objetivos secundarios:

- Describir las enzimas cardíacas que se pueden encontrar en una muestra sanguínea.
- Mostrar la importancia de su utilización en el laboratorio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han consultado diversos artículos de bases de datos como Pubmed, Scielo y el buscador Google Académico. También se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

4 Resultados

El daño cardíaco se relaciona con la muerte, o no, del tejido que integra el miocardio, llegando a ocasionar necrosis miocárdica. Los principales marcadores sanguíneos son:

TROPONINA. Proteína miocárdica encargada de modular la interacción entre actina y miosina. Son muy útiles para detectar el daño miocárdico, por ello es considerado como el marcador de elección en el infarto agudo de miocardio (IAM). Cuando se produce un daño en el tejido cardíaco, las células muertas liberan a la sangre varios tipos de troponinas: la troponina T que se une a la tropomiosina, la troponina I que es inhibitoria, en ausencia de calcio previene la contracción muscular, y la troponina C que se une al calcio. De todas ellas las más importantes son la T y la I ya que son específicas del corazón y no se detectan en personas sanas.

Después de una lesión, la concentración aumenta al cabo de tres o cuatro horas, permaneciendo elevada entre 10 y 14 días. Esto permite un diagnóstico tardío de IAM. Cuánto más grave y extenso es el daño, más elevado es el valor de la troponina en sangre.

Creatina quinasa (CK TOTAL Y CK-MB). La CK es una enzima distribuida prácticamente en todos los tejidos del organismo. Se encuentran 3 tipos: CK-MB presente en el corazón, CK-MM que se encuentra en el corazón y el músculo

esquelético y CK-BB que pertenece al cerebro. Cuando se produce una lesión cardíaca o muscular, su actividad aumenta, por ello, la CK TOTAL se puede encontrar elevada entre las 4 o 6 horas después del comienzo de los síntomas, alcanzando un nivel máximo entre 18 y 30 horas para volver a la normalidad en 2-4 días.

Mioglobina. Se trata de un marcador que aumenta sus niveles en sangre debido a numerosas causas, como en las lesiones del músculo esquelético, el deporte extremo o la insuficiencia renal, por lo que se puede afirmar que no es específico del corazón. Su liberación en sangre se produce poco tiempo después de la lesión (1 o 2 horas) y de forma muy breve, teniendo un pico máximo a las 6-12 horas para desaparecer por completo a las 12-24 horas, debido a la rápida eliminación a través de la orina. Su temprana aparición ayuda a un diagnóstico precoz de un problema cardiovascular. Es utilizado principalmente como un marcador diagnóstico ya que un resultado negativo descarta el IAM, así como en el caso de reinfarto al elevarse los niveles tan rápido.

5 Discusión-Conclusión

El uso de un marcador cardíaco que consiga detectar de manera sencilla, precoz y no invasiva una enfermedad cardiovascular, resulta realmente valioso para que la rapidez y la fiabilidad en los resultados marque una actuación precoz por parte del personal sanitario hacia el paciente que puede tener en riesgo su vida.

En la actualidad, aún no se dispone de un marcador ideal que proporcione una información diagnóstica, pronóstica y terapéutica de una manera completa, por ello es necesario el uso de varios marcadores como los descritos anteriormente para obtener un mejor enfoque de la situación clínica del paciente.

Es importante señalar, que el análisis de los mismos puede ser de gran utilidad para detectar ciertas enfermedades cardiovasculares latentes.

6 Bibliografía

1. Soler, J.I. Guía práctica de marcadores bioquímicos cardíacos. <http://www.portalesmedicos.com>.
2. Plataforma de Logoss. Pruebas de laboratorio de urgencias. 2007.
3. Dra.Petra Jiménez Mateos-Cáceres. Libro de la salud cardiovascular. Marcadores sanguíneos utilizados en el diagnóstico y pronóstico del riesgo cardiovascular.

4. Editorial Médica Panamericana. Manual para técnico superior de laboratorio clínico y biomédico. 2015.

Capítulo 292

EL LACTATO EN LAS SEPSIS

JENIFER ONTIVEROS GOMEZ

ROXANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El lactato es un metabolito de la glucosa producido por los tejidos corporales (neuronas cerebrales, hematíes y células musculares) ante una deficiencia en el aporte de oxígeno. Por ello, cuando existe un suministro insuficiente de oxígeno, la concentración de lactato en sangre periférica aumenta. El proceso de eliminación del lactato se lleva a cabo a través de hígado y riñones.

Una infección puede desarrollarse de un modo acelerado hasta convertirse en una disfunción orgánica llamada sepsis. Esta enfermedad se encuentra descrita como la primera causa de muerte por infección en el mundo.

Si los microorganismos patógenos (bacterias, hongos o virus) llegan al torrente circulatorio, lo invaden y el sistema retículo-endotelial no logra eliminarlos a causa de su rápida multiplicación, se produce una reacción del organismo llamada cuadro de sepsis. En este cuadro, el cuerpo libera sustancias químicas inmunitarias para hacer frente a la infección. En este momento, se produce una inflamación generalizada que altera la circulación sanguínea, impidiendo el aporte adecuado de nutrientes y oxígeno a los diferentes órganos.

Ante esta patología, aparecen síntomas como respiración rápida, sarpullido, fiebre, frecuencia cardíaca elevada, escalofríos y alteración del estado mental. La disfunción orgánica que se origina debido a esto, amenaza la vida del paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir qué es el lactato.

Objetivos secundarios:

- Mostrar la importancia de su análisis en el laboratorio de urgencias.
- Indicar su utilidad en el diagnóstico de pacientes con sepsis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han consultado diversos artículos de bases de datos como Pubmed, Scielo y el buscador Google Académico. También se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

4 Resultados

Cuando existe un trastorno en la producción de energía de las células, a causa de una falta de oxígeno en los tejidos, se incrementa la concentración de lactato sanguíneo. Esto ocurre en numerosas patologías, como por ejemplo en las sepsis. Los niveles de lactato en una persona sana son bajos, entre 1/1.5 mmol/l, en pacientes en estado crítico se obtienen valores superiores a 2 mmol/l y los situados por encima de 4 mmol/l sugiere el ingreso del enfermo en UCI.

Es importante que la sepsis se diagnostique y se trate de manera precoz, en especial cuando aún está en fase inicial. Si el médico especialista, debido a los síntomas que presenta el paciente, sospecha sepsis, una de las primeras peticiones que solicitará al laboratorio es el nivel de lactato en sangre. Un diagnóstico rápido de este aumenta las probabilidades de recuperación del paciente.

Por parte del servicio de urgencias, para monitorizar el nivel de lactato en sangre en los pacientes ya diagnosticados con sepsis, debe medirse el mismo a las tres horas del ingreso, solicitando un nuevo análisis a las 6 horas.

El lactato se trata de un marcador sensible y de bajo coste, que solicitado en pacientes con un diagnóstico de sepsis confirmado resulta muy útil, principalmente, para monitorizar el nivel sanguíneo y establecer una relación pronóstico entre este valor y una sepsis severa.

Es preciso tener en cuenta que ciertos medicamentos para tratar la diabetes o ciertos inhaladores para combatir episodios de asma, pueden elevar el nivel de

lactato sanguíneo. Así mismo, se debe tener especial cuidado en el modo de extracción sanguínea para esta prueba, realizando la misma sin torniquete, ya que, su uso, o abrir y cerrar la mano por parte del paciente, puede alterar su valor.

5 Discusión-Conclusión

En pacientes con sospecha médica de sepsis, es realmente eficaz e importante procesar a ritmo urgente la prueba del lactato sanguíneo para poder iniciar el tratamiento correspondiente con brevedad. Debido a que el médico peticionario necesita obtener la mayor información posible ante un cuadro de este tipo, resulta interesante que, a su vez, se solicite el análisis del principal biomarcador para detectar precozmente una sepsis. Se trata del nivel de pro calcitonina en sangre. De igual modo, conocer de manera rutinaria los niveles de lactato, en los enfermos ya diagnosticados, permite monitorizar el avance de la enfermedad y la eficacia en el tratamiento.

6 Bibliografía

1. Cecconi M, Evans L, Levy, Rodhes A. Sepsis and Septic shock. Jama. 2016.
2. Editorial Médica Panamericana. Manual para técnico superior de laboratorio clínico y biomédico. 2015.
3. <https://acutecaretesting.org/>.

Capítulo 293

DENSIOMETRICA ÓSEA EN TÉCNICO PARA RADIODIAGNÓSTICO

CARMEN ESPEJO SÁNCHEZ

LAURA DOMINGUEZ CUELLAR

MIRIAM ORTIZ ORTIZ

1 Introducción

La densitometría ósea también recibe el nombre de DEXA o DXA, y mide el calcio y otros minerales de los huesos. En ella se emplean rayos X de baja intensidad por lo que se recibe una dosis muy baja de radiación ionizante y es clasificada como una prueba indolora, no invasiva, simple y rápida.

A través de esta técnica lo que se quiere es calcular la pérdida de hueso captando imágenes del interior del cuerpo y se realizan en la cadera, columna vertebral y las muñecas, en resumidas palabras diagnosticar osteoporosis.

La osteoporosis es una enfermedad que a medida que el cuerpo envejece va debilitando los huesos progresivamente, se produce una disminución de la masa ósea, por lo tanto, los huesos resisten peor a los golpes, se rompen con mayor fragilidad al ser muy débiles.

Esta enfermedad suele diagnosticarse en mujeres de más de 65 años cuando pasan la menopausia, pero también puede desarrollarse muy raramente en niños y ocasionalmente en hombres.

Pero no solo la condición sexual se involucra en esta enfermedad, sino que otros factores influyen en ella como puede ser antecedentes familiares, el consumo

de tabaquismo, exceso de alcohol, el peso corporal, alguna fractura sufrida con anterioridad.

2 Objetivos

- Explicar la técnica de realización de la densitometría ósea en general.
- Describir las funciones que debe realizar un técnico en radiodiagnóstico en la sala de rayos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la materia. Como buscadores de información científica se ha utilizado Dialnet, Google Académico y Pubmed.

Como variables de búsqueda se ha utilizado “Densitometría ósea para técnicos de radiodiagnóstico” o “Equipos para la densitometría ósea”.

4 Resultados

Ante todo, lo que se busca es la comodidad y seguridad del paciente, pero la realización de esta prueba es casi todo ventajas. Como se ha dicho anteriormente es una prueba no invasiva, indolora, se realiza rápidamente, no se necesita anestesia, y no genera efectos secundarios.

Pero un riesgo claro al realizar esta prueba es saber si la paciente está embarazada, ya que la exposición a rayos X afectaría al feto, y saber siempre que existe una pequeña probabilidad al exponerse a los rayos X de tener cáncer. La densitometría ósea puede realizarse en dos equipos diferentes, un dispositivo periférico y un dispositivo central. Por lo general los dispositivos periféricos se encuentran en farmacias o en unidades móviles y miden la densidad ósea en el talón, en un dedo o en la muñeca, se consideran dispositivos más simples.

Mientras para la DXA, se utilizan dispositivos centrales para medir la densidad ósea en la columna vertebral y en la cadera, y este tipo de equipo se encuentra en consultas médicas o en hospitales. Cuando se está llevando a cabo el procedimiento, la máquina DXA envía dos haces de luz en forma de rayos X, siendo la radiación que está absorbiendo la paciente de baja exposición radiactiva.

Por una parte, un haz de rayos X va a ser absorbido por el tejido blando que puede obtenerse de la totalidad y otro por el tejido óseo restante. Dependiendo del estudio que se vaya a realizar, en este caso de la cadera, el pie del paciente debe

quedar rotando hacia adentro y si se quiere mirar la columna, ambas piernas del paciente se apoyan en una caja y así la pelvis queda igualada con la parte inferior de la columna.

A la hora de obtener las imágenes el técnico debe avisar al paciente para que contenga la respiración y así asegurarse que las imágenes no salgan borrosas y no haya que repetir la prueba.

En este tipo de pruebas hay que llevar a cabo una serie de pautas como por ejemplo: no es necesario el ayuno, pero no puede ingerir suplementos alimenticios que contengan calcio unas 72 horas antes; no se deben llevar objetos metálicos encima, ya que interferiría con las imágenes de rayos X por lo que la persona durante la realización de la prueba llevará la ropa que se le proporcionará en el hospital; la realización de pruebas por medios de contraste referente a urología, TAC abdominal, colon por enema, vías digestivas altas y esofagograma no debe excederse de las dos semanas.

5 Discusión-Conclusión

Con toda la información recopilada, la investigación y búsqueda ante este tema, desde mi punto de vista la densitometría ósea es un estudio muy completo a la hora de detectar la osteoporosis, a la par de sencillo, rápido y para nada complicado hacia la persona que tiene que someterse a la prueba.

Es realmente ventajoso que este tipo de material este a disposición de todo el público, ya que los dispositivos pueden encontrarse tanto en farmacias como en ambulatorios y por la sanidad privada las pruebas no son muy costosas.

Es una de los estudios que es capaz de medir la densidad ósea y la pérdida del hueso en comparación con otras técnicas como por ejemplo una radiografía simple.

6 Bibliografía

1. González Macías J, Guañabens Gay N, Gómez Alonso C, Del Río Barquero L, et al. Guías de práctica clínica en la osteoporosis postmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral. Rev Clin Esp. 2008;28 Suppl 1:1-24.

Capítulo 294

EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA DETECCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

CARMEN ESPEJO SÁNCHEZ

LAURA DOMINGUEZ CUELLAR

MIRIAM ORTIZ ORTIZ

1 Introducción

La osteoporosis se trata de una enfermedad prevalente que afecta más frecuentemente a las mujeres después de la menopausia. (Raisz, 2005; Díaz, García, Carrasco, Honorato, Pérez, Rapado, et al, 2001). La complicación más grave de esta patología es la fractura ósea (Dennis, 2012).

Entre las opciones de terapia para tratarlo se encuentran los bifosfonatos (Compton, 2007; Camaño, Grana, Hernández, Mosquera y Romero, 2011; Dennis, Bauer, Schwartz, Cummings y Rosen, 2012), pero se trata de un tratamiento al que se le asocian a largo plazo una serie de complicaciones como son las fracturas atípicas y la osteonecrosis de mandíbula (Sosa, Gómez y Malouf, 2014; Wells, Cranney, Peterson, Boucher, Shea y Welch, 2010; Woo, Hellstein y Kalmar, 2006).

Estas complicaciones provocan dudas en cuanto a cuál debe de ser la duración del tratamiento y si sería necesario que el tratamiento fuese intermitente. (Casado, 2011; Santos et al, 2014). La osteoporosis es asintomática y se define como una enfermedad esquelética sistémica que está caracterizada por baja masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo provocando un aumento en la

fragilidad del hueso y mayor riesgo de fracturas, de forma que un traumatismo de baja intensidad puede provocar una fractura osteoporótica siendo la fractura vertebral la más frecuente.

2 Objetivos

Dar a conocer la utilidad de la radiología como método diagnóstico para la osteoporosis y analizar el manejo de la enfermedad.

3 Metodología

Se han consultado las siguientes bases de datos y buscadores: Scielo, PubMed, Medline, Dialnet, Índice Médico Español, la revista Bandoiler y Google Académico, además de realizar una revisión de múltiples artículos.

Como criterios de inclusión, se han utilizado: artículos, textos con información adecuada al tema referido y libros científicos, exceptuando toda documentación a la que no se tuviera acceso al texto completo o fuese anterior al año 2000 debido a su relevancia en el tema.

Como criterios de exclusión, se han determinado aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, aquellos en los que se repetían los documentos y aquellos en los que el acceso a la información supusiese un problema, suscripciones o pagos por acceso.

4 Resultados

La prevalencia de la fractura vertebral en España se sitúa entre el 17 % y el 23 % de los casos en mujeres mayores de 50 años y, menos frecuentemente, en hombres de la misma edad. Las fractura vertebrales provocan un dolor agudo de inicio que se irradia al abdomen acompañado de una cifosis progresiva y acúñamientos vertebrales y una disminución de la talla.

Se localiza con más frecuencia en las vértebras dorsales medias y bajas y en la columna lumbar. Dentro de las fracturas no vertebrales típicas de la osteoporosis, la más grave es la de cadera, pues supone una alta morbilidad que se sitúa entre 12 % y el 40 % durante el primer año.

Su incidencia en España se sitúa en unos 220 casos por cada 100.000 habitantes al año y tan solo una quinta parte de los pacientes que caminaban por sí solos antes de la fractura pueden hacerlo 6 meses después de sufrirla. Por su lado, la

fractura de Colles se produce en tiempos cercanos al periodo posmenopáusico y puede alertar de la existencia de una osteoporosis no diagnosticada.

Cuando son evidentes los signos clínicos de la enfermedad (perdida de altura, distancia pared-occipucio < 2 cm, debilidad, etc.) suele estar muy evolucionada 1704 (Raisz, 2005):

Marcadores de remodelado óseo es:

- Identificación de situaciones con riesgo de disminución acelerada de masa ósea.
- Cuantificación del riesgo de fractura.
- Valoración de la respuesta terapéutica a corto plazo.

Radiología: Los signos indicativos de osteopenia son el aumento de la radiolucidez, el resalte de los platillos vertebrales y la pérdida de la trabeculación horizontal del cuerpo vertebral. Estos indicativos suelen aparecer en estadios avanzados de la enfermedad e indican una pérdida de al menos 1/3 de la masa ósea existente. Se debe tener en cuenta su subjetividad, puesto que dependen de factores técnicos como el voltaje, la dureza del haz, la distancia foco-placa, etc., lo cual dificulta su reproducibilidad.

Para el diagnóstico de fractura vertebral, la clasificación de Genant es la más utilizada. Considera tres grados de deformidad:

- Grado I cuando la disminución de una o más de las alturas es entre el 20 % y el 25 % de la media;
- Grado II cuando la disminución es mayor del 25 %.

- Grado III cuando la disminución es mayor del 40 %. Criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Para definir la presencia o no de osteoporosis, la OMS definió unos criterios en 1994: -Normal T score ≥ -1 . - Osteopenia T score < -1 y $> -2,5$. -Osteoporosis T score $\leq -2,5$. -Osteoporosis severa T score $\leq -2,5$ + fractura. Cuando se obtienen los valores de referencia se comparan con la referencia para su edad, sexo y la localización anatómica de la medición y de esta manera se obtiene el número de desviaciones estándares que la medición en un paciente concreto se aleja de la media de su grupo.

Esta comparación se denomina Z-score. Si a la anterior comparativa se le incluye el riesgo por la edad, se obtiene la llamada T-score, a través de la cual se compara el valor de masa ósea con el valor medio más alto obtenido a lo largo de la vida, al cual se denomina "pico de masa ósea".

La T-score se corresponde con el número de desviaciones estándares que se aleje de este pico de masa ósea. La vigilancia se realiza mediante densitometrias óseas repetidas, en los casos en los que es importante hacer un seguimiento de la masa ósea o en los que se necesite monitorizar el tratamiento. Las mediciones se deben espaciar al menos un año siendo mejor dos, excepto en pacientes con posibilidad

de pérdidas rápidas de masa ósea.

La T-score y los criterios diagnósticos densitométricos de la OMS solo sirven en pacientes mujeres posmenopáusicas y en hombres con edad superior a 50 años y cuyas mediciones se hubieran realizado con aparatos de densitometría ósea en la columna lumbar y en el fémur proximal, pero sólo en el caso de las de cuello femoral y fémur total.

5 Discusión-Conclusión

Se considera a la radiología convencional como elemento clave para el diagnóstico de fracturas osteoporóticas, sirviendo como apoyo a la realización de una densitometría una vez que los signos radiológicos de osteopenia aparezcan.

Estos criterios son:

- Normal T score ≥ -1 .
- Osteopenia T score < -1 y $> -2,5$.
- Osteoporosis T score $\leq -2,5$.
- Osteoporosis severa T score $\leq -2,5$ + fractura.

Por último, se debe realizar de manera individualizada el tratamiento de la osteoporosis.

Existen una serie de medidas válidas para cada paciente: tratar una causa secundaria de la osteoporosis, la eliminación de estilos de vida nocivos, la recomendación de una dieta con alimentos que permitan una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, la recomendación de la práctica de ejercicio físico y la elaboración de un programa de prevención de las caídas.

6 Bibliografía

1. Actualización 2011 del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología de osteoporosis. Reumatología Clínica. 7(6), 357-379. Rabanaque, G., A. GarcíaTestal, A. (2005).
2. Caeiro JR., Etxebarria, I. y Mesa, M. (2001). Fracturas atípicas relacionadas con el uso prolongado de bifosfonatos. Estado de la situación. Revista española de cirugía ortopédica y traumatología. 55(5), 392-404. Camaño, M., Grana, J., Hernández, I., Mosquera, J.A. y Romero, S. (2011).
3. Caso clínico a debate: vacaciones terapéuticas, ¿sí o no?. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral. 6(2), 63-69. Wells, G.A., Cranney, A., Peterson, J., Boucher, A., Shea, B., y Welch, V. (2010)

Capítulo 295

DETECTORES DE RADIACIÓN PARA TÉCNICOS DE RADIODIAGNÓSTICO

CARMEN ESPEJO SÁNCHEZ

LAURA DOMINGUEZ CUELLAR

MIRIAM ORTIZ ORTIZ

1 Introducción

Su objeto es la detección de las radiaciones ionizantes y la medida de la dosis absorbida por los tejidos y la materia, como resultado de la exposición a las mismas, directa o indirectamente.

Los detectores de radiación, son dispositivos que ofrecen información sobre la tasa de dosis, el tipo de la partícula, su energía, dirección, etc.

El control y vigilancia de la exposición a las radiaciones ionizantes, se realiza mediante dos tipos de controles:

- La vigilancia de los lugares de trabajo en los que se generan las radiaciones ionizantes, controlando la naturaleza y calidad de las radiaciones, la concentración de actividad en el aire y en las superficies y el estado físico y químico.
- La medida y control de las dosis que cada individuo acumula durante el ejercicio de su actividad profesional. Los monitores y dosímetros, se basan en los efectos que produce la radiación al atravesar la materia Ionización, luminiscencia o disociación de la materia La ICRP, establece las dosis profesionales, ambientales y del público en general, máximas admisibles.

Es necesario realizar mediciones de los siguientes tipos:

- Tasa de dosis de exposición, absorción y equivalente en el área de trabajo.

- Contaminación radiactiva. Son mediciones indirectas.
- Dosis individual y periódica absorbida por el personal profesional expuesto (ppe).

2 Objetivos

Realizar un resumen bibliográfico sobre el concepto de dosimetría y los tipos de dosímetros utilizados en una 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

Los detectores de radiación se utilizan tanto en las instalaciones de Radiodiagnóstico como en la de Radioterapia. Para la detección, medida y análisis de las radiaciones ionizantes, se aprovechan diversos efectos que esta produce al atravesar la materia y que se deben fundamentalmente a dos tipos de efectos los cualitativos (tipos de radiación, frecuencia, dureza y kilovoltaje) y los cuantitativos (debidos a la intensidad de la radiación).

Los aparatos de medición más importantes son aparatos que producen:

- Emisión fotónica (detector de centelleo).
- Emisión electrónica (detector de semiconductores).
- Emisión de iones. (cámara de ionización, copntadoresw proporcionales, Geiger-Muller, dosímetros de bolsillo, etc.).

El control dosimétrico de las radiaciones que afectan a los trabajadores expuestos, se puede realizar de dos formas diferentes y complementarias a la vez: La Dosimetría Ambiental realiza la vigilancia ambiental del lugar de trabajo, que es un requisito legal.

Utiliza equipos que evalúan la actividad o concentración de actividad, son los monitores de radiación y contaminación. La Dosimetría Personal realiza la me-

dida de la dosis acumuladas por cada trabajador individualmente, como consecuencia de radiaciones ionizantes.

Hay dos aspectos:

- Dosimetría Personal Externa, medida de las dosis recibidas por irradiación externa. Para su control y medida están los Dosímetros personales.
- Dosimetría Personal Interna, medida de la dosis recibida por contaminación interna. Para medidas directas se utilizan los Contadores de Radiactividad Corporal y para medidas indirectas, se utiliza el análisis de excretas.

Dosímetros personales, no proporcionan una lectura inmediata (son pasivos), son de pequeño tamaño y tenemos los siguientes tipos.

- De bolsillo. Son monitores individuales y se componen de un hilo central (-), una cámara de ionización (+), un electrómetro y una escala.
- De termoluminiscencia (TLD). Se excita un material por la acción de las radiaciones ionizantes. La intensidad de luz es proporcional a la radiación recibida.
- De película. Se basan en la exposición de una placa fotográfica a la radiación. Requiere el calibrado previo de la película. Rango de 0,1 mSv hasta 10 Sv. Dosímetros operacionales, son digitales de lectura directa y de pequeño tamaño.

Tienen detectores de silicio que emiten una señal acústica cuando alcanzan un valor prefijado de dosis absorbida. Miden dosis y tasa de dosis. Monitores de tasa de exposición o dosis, se utilizan para las áreas de trabajo con riesgo de exposición.

Son cámaras de ionización, contadores proporcionales o contadores Geiger-Muller, que es más sensible. Monitores de contaminación, detectan la presencia de radiación en cualquier materia, superficie o persona, como cuando se utilizan fuentes no encapsuladas.

Utilizan sondas reemplazables con el detector adecuado. Se calibran con fuentes de actividad conocida. Son de gran sensibilidad y captan niveles muy bajos de contaminación. Miden actividad por unidad de área o volumen. Detectan radiación alfa, beta o gamma. Detectores por calorimetría. Utilizan el efecto térmico que genera la radiación en un medio material.

Se utilizan como instrumento de calibración en dosimetría, ya que mide directamente la dosis. Detectores de neutrones, basan su detección en los efectos de la interacción de los neutrones con los núcleos como:

- Dispersión elástica o inelástica.
- Captura o absorción.
- Reacción nuclear de transmutación.
- Fusión nuclear. Entre los detectores de neutrones tenemos:
- Los monitores de área.

- Los dosímetros personales, son TLD con ^6Li 1789 Los espectrómetros, además de detectar la presencia de la radiación, también mide la energía de la radiación incidente.

Aspectos importantes en los detectores son:

- La resolución en energía R, que es la capacidad del detector para distinguir entre pulsos de energías próximas.
- Rendimiento de la detección, que es el cociente entre el número de efectos detectados respecto de los ionizantes.
- La resolución temporal entre dos eventos separados.

5 Discusión-Conclusión

El R.D. 783/2001 y la modificación 1439/2010, aprueba el Reglamento sobre Protección Sanitaria. Legisla que la dosimetría individual (interna y externa), tiene que ser efectuada por entidades autorizadas y supervisadas por el CSN y El titular de la instalación está obligado a registrar las dosis medidas en el historial dosimétrico individual.

En el historial dosimétrico de los trabajadores expuestos deben estar incluidas las dosis mensuales y dosis acumuladas de los trabajadores de categoría A durante períodos anuales (12 meses) y cinco años Los trabajadores de categoría B hay que registrar las dosis anuales determinadas o estimadas.

El fondo radiactivo natural (para ser descontado), debe ser medido por un mínimo de 10 dosímetros, situados en lugares no influenciados por ninguna fuente de irradiación.

En las dosis recogidas en el historial dosimétrico deben descontarse las debidas al fondo radiactivo natural y las debidas a exámenes o tratamientos médicos. La Directiva 2013 / 59 / Euratom.

Establece normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes.

6 Bibliografía

1. CSN. Dosimetría de la Radiación.
2. Imoncology fundación. Curso Teórico-Práctico de Formación para Operadores de Instalaciones Radiactivas.
3. MAD. Temario para Oposiciones de Técnico Superior de Radiodiagnóstico y Radioterapia.

Capítulo 296

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

NURIA LEÓN TRAPERO

ESTHER CHILLARON CARRIÓN

ALICIA TORRES DÍAZ DEL CAMPO

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

ALBA NEREA ESCOBAR JIMÉNEZ

1 Introducción

El *Helicobacter pylori* es una bacteria, bacilo gramnegativo, curvado helicoidal, en algunas ocasiones pueden llegar a ser rectos, es decir, polimórficos, microaerófilos, móvil con flagelos en un extremo. Sintetiza la enzima ureasa, formando bicarbonato y amonio. El bicarbonato aumenta el pH alrededor de la bacteria, y la protege del medio ácido del estómago.

El género *Helicobacter* pertenece a la subdivisión Proteobacteria, orden Campylobacter, familia Helicobacteraceae, se han reconocido más de 20 especies, crecen a 37°C y algunas especies pueden crecer a 42°C.

El *Helicobacter pylori* tiene un crecimiento óptimo a concentraciones de oxígeno del 2 al 5 %, una concentración de dióxido de carbono del 5 al 10 % y una humedad relativa alta.

Es muy común afecta a la mitad de la población mundial, en países en vías de desarrollo puede alcanzar al 70 – 80 % de la población. Es la enfermedad bacteriana

crónica más extendida del mundo.

La vía de transmisión puede ser oral-oral, fecal-oral, orogástrica o a partir de una fuente ambiental. De ahí la importancia de lavarse bien las manos.

Esta bacteria se puede encontrar, saliva, heces, placa dental, sobre el epitelio de la mucosa gástrica y en el duodeno, causando úlceras pépticas, cáncer de estómago, duodenitis (inflamación del duodeno), úlcera de estómago, linfoma MALT.

En algunos pacientes la enfermedad es casi asintomática, en otros casos provoca una fuerte respuesta inmune humoral y celular.

La infección generalmente se adquiere en la infancia y persiste por muchos años en forma crónica, pudiéndose observar un ligero proceso de inflamación en la mucosa del estómago, es una infección altamente prevalente en nuestro medio y es un hallazgo frecuente en exámenes endoscópicos digestivos altos.

Los tratamientos para erradicar la infección son los siguientes: amoxicilina, claritromicina, metronidazol, tetraciclina, furazolidona, levofloxacino y rifabutina. Se trata de combinar 2 o 3 antimicrobianos junto a un compuesto anti - ulceroso que permite modificar el pH para que actúe el antibiótico.

La duración del tratamiento es de 7 a 10 días, aunque depende del especialista.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir cómo diagnosticar la infección por *H. pylori*.

Objetivos secundarios:

- Pautar medidas higiénico-sanitarias.
- Averiguar si la causa de los síntomas digestivos es una infección por *H. pylori*.
- Analizar la resistencia antibiótica del *H. pylori*.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en revisiones bibliográficas sobre la literatura existente. Se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y bases de datos como Google, Pubmed, utilizando palabras claves: *Helicobacter*, Infección, Transmisión, Tratamiento.

4 Resultados

Existen diferentes pruebas para determinar la infección por *H. pylori*.

Pruebas invasivas:

- Endoscopia: la sensibilidad y la especificidad llegan al 90 % y el 100 % respectivamente. El coste bajo y fiabilidad excelente de esta prueba, la convierte en el método de elección para el diagnóstico.

A la hora de realizar la endoscopia se puede tomar una pequeña muestra (biopsia) del revestimiento del estómago y del intestino delgado, el inconveniente es, que los resultados se pueden llegar a demorar hasta 10 días.

Pruebas no invasivas:

- Prueba de urea o test del aliento: es un método sensible, específico para el diagnóstico inicial de la infección y para la evaluación de la respuesta al tratamiento antibiótico.

Se basa en la detección indirecta de la actividad de la ureasa que produce el *H.pylori*.

Dos semanas antes de la realización de la prueba se debe de dejar de tomar cualquier antibiótico, medicamentos que contengan bismuto, e inhibidores de la bomba de protones.

- Pruebas serológicas: basadas en el ELISA y otros métodos, sensibilidad y especificidad altas para la detección de anticuerpos inmunoglobulina G frente *H. pylori*. No es útil para el seguimiento del tratamiento, tampoco determina si la infección es actual o por cuanto tiempo la ha tenido.
- Pruebas de antígenos en heces: es la más frecuente. Esta prueba es rápida a la hora de informar al paciente, ya que en pocas horas se suelen tener los resultados.
- Prueba de reacción en cadena de la polimerasa: aparte de poder detectar la infección por *H. pylori*, también puede identificar mutaciones que pueden ser resistentes a los antibióticos que se usan para tratarla.

Es una prueba costosa por lo que no suele estar disponible en muchos centros médicos.

5 Discusión-Conclusión

Existen factores de riesgo para adquirir la infección, afecta principalmente a los adultos y su prevalencia aumenta con la edad.

Actualmente se desconocen los aspectos fundamentales de su transmisión, aunque existen varias hipótesis, siendo una de persona a persona y otra fecal

– oral, por lo que no existen medidas de control para la prevención.

Una vez que se diagnostica la infección, todos los pacientes que presenten síntomas gastroduodenales deberán de ponerse en tratamiento.

H. pylori, presenta una elevada resistencia a la claritromicina y al metronidazol, en pacientes que han recibido tratamiento, por lo que el antibiograma sería una prueba fundamental para el manejo de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Edición en español de: Reese and Betts. A Practical Approach to Infectious Diseases. Robert F. Betts, Standley W Chapman, Robert L. Penn. Edición original Lippincott Williams & Wilkins. 530 Walnut Street, 8 th Floor East. Philadelphia, PA 19106-3780.

2. Trapado Seimc de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Editorial médica Panamericana.

3. <http://www.helicobacterspain.com>.

4. <https://www.mayoclinic.org>.

5. <https://www.msdmanuals.com>.

6. <https://medlineplus.gov>.

Capítulo 297

LA IMPORTANCIA DE LA GASOMETRÍA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

LUCÍA PINTADO DEL RÍO

1 Introducción

El laboratorio de urgencias tiene varios ámbitos en los que la respuesta es rápida para ayudar al diagnóstico, seguimiento y pronóstico de las patologías más y menos graves. Los diferentes departamentos con los que cuentan son: recepción de muestras, la sección de bioquímica, hematología, coagulación y orinas.

Todas las muestras que llegan allí se les debe dar una prioridad que las muestras de rutina no tienen, que en cuestión de 10-15 minutos, los análisis ya tienen resultados y terminan siendo validados por los facultativos (quienes dan el visto bueno a las pruebas realizadas).

Hay un tipo de muestra que llega al laboratorio que son unas jeringas con sangre, y sirven para realizar una gasometría, es decir, se mide la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono que circula por la sangre en todo el cuerpo (sirve para indicarnos el funcionamiento de los pulmones y el corazón) y también otros parámetros como el pH.

El médico solicita esta prueba cuando el paciente padece disnea o somnolencia, y así poder suministrar oxígeno si lo necesita. La gasometría puede ser de dos tipos: arterial y venosa, y cada una aporta una información diferente. Para que la sangre se conserve desde que se extrae la muestra hasta que se realiza la prueba, las jeringas tienen conservantes como la heparina de litio.

2 Objetivos

- Exponer el papel que cumple el técnico en la realización de una gasometría.
- Analizar los valores obtenidos en la gasometría.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha realizado la búsqueda de datos a través de revisiones bibliográficas de libros científicos relacionados con el tema, y otras consultas las he realizado en páginas como Medline y Cigna, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La muestra de gases llega al laboratorio de urgencias, y lo primero que se hace es registrar su llegada. Realizamos la gasometría cuanto antes, en el aparato llamado gasómetro; es muy sencillo y te da los resultados en cuestión de minutos. Lo que tiene que hacer el técnico antes de meter la jeringa en el gasómetro, es homogeneizar la muestra mismamente con las manos.

A continuación se le quita el tapón y empuja el émbolo despacio en un apósito para sacar un poco de aire para que así los resultados sean correctos. Se introduce la boquilla de la jeringa en el gasómetro y el técnico la mantiene hasta que el aparato le indique.

Una vez terminado, se pone otra vez el tapón y se mete en la nevera para conservar la muestra. Después de unos minutos aparecerán en pantalla los resultados obtenidos y será el facultativo el que los valide cuanto antes para una rápida intervención.

Dependiendo de qué tipo de gasometría, podemos tener varios resultados. Hay dos tipos de gasometrías, la arterial y la venosa.

La gasometría arterial se extrae de una arteria y nos aporta información de los niveles de O₂, CO₂ y el pH.

Los rangos normales son: pH 7,35-7,45.

PaCO₂ (Presión parcial de dióxido de carbono) 35-45 mmHg.

PaO₂ (Presión parcial de oxígeno) 80-100 mmHg.

HCO₃ (Bicarbonato) 22-26 mEq/l.

SaO₂ (Saturación de oxígeno) 95-100 %.

La gasometría venosa se extrae de una vena y es más específica a la hora de dar resultados de la acidez de la sangre.

Los rangos normales son: pH 7,35-7,43.

PaCO₂ (Presión parcial de dióxido de carbono) 40-52 mmHg.

PaO₂ (Presión parcial de oxígeno) 35-45 mmHg.

HCO₃ (Bicarbonato) 22-26 mEq/l.

SaO₂ (Saturación de oxígeno) 55-70 %.

Los valores son muy bajos o muy altos ante alteraciones importantes, por lo que hay que observarlas e interpretarlas. Cuando tenemos...

Valores de PaCO₂, altos (insuficiencia respiratoria).

Valores de PCO₂, altos (acidosis) y bajos (alcalosis).

Valores de pH, altos (alcalosis) y bajos (acidosis).

Valores de HCO₃, altos (acidosis) y bajos (alcalosis).

- Insuficiencia respiratoria: ocurre cuando los pulmones no son capaces de transportar el oxígeno al torrente sanguíneo.

- Acidosis: es una producción exagerada de ácidos en el cuerpo.

- Alcalosis: es un aumento de alcalinidad en el cuerpo.

En los dos tipos de gasometrías, los valores en niños pueden variar respecto a los valores anteriormente descritos.

Estos valores no son los únicos que se muestran en una gasometría, pero si los más importantes y los que nos van a hacer determinar si el paciente sufre una insuficiencia respiratoria, un problema metabólico o renal.

Los demás valores son: Hb, Hto, Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Cl⁻, Glucosa y Lactato.

Luego, es el trabajo del facultativo el valorar los resultados, validarlos y que el neumólogo los interprete.

5 Discusión-Conclusión

La gasometría es una prueba de rápido diagnóstico para poder tratar a los pacientes con urgencia médica. Los resultados también dependen del tiempo que ha pasado desde que se ha realizado la extracción hasta que llega al laboratorio y la homogeneización de la muestra antes de realizar la prueba. Es importante saber si el paciente toma algún fármaco o está en tratamiento, porque esto puede

alterar los resultados de la prueba. También existe la probabilidad de que la punción no se haya realizado bien o que no tenga suficiente muestra para hacer la gasometría. El papel que desempeña el técnico en esta prueba es crucial, ya que se trata de una prueba dolorosa, y si no tiene los conocimientos suficientes para realizarla, puede que se tenga que volver a repetir la punción.

6 Bibliografía

1. Gasometría [Internet] [Citado 30 sep. 22]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/resultados-de-la-gasometria-12835>.
2. Gasometría arterial [Internet] [Citado 30 sep. 22]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm>.
3. Gasometría [Internet] [Citado 30 sep. 22]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/gasometria>.
4. Gasometría arterial [Internet] [Citado 1 oct 22]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/pruebas-mdicas/gasometra-arterial-hw2343>.

Capítulo 298

SALMONELLA. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA MUESTRA PARA SU DETERMINACIÓN POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO

LAURA REVUELTO CAPILLA

CINTHYA RAQUEL ZAMUDIO CECILIA

1 Introducción

Salmonella, de nombre común salmonela, es un género bacteriano de la familia Enterobacteriaceae constituido por bacilos gramnegativo intracelulares anaerobios facultativos con flagelos peritricos. Constituye un grupo importante de patógenos para animales y personas. Está compuesto por dos especies: *S. enterica* y *S. bongori* de las cuales la *S. enterica* representa la especie de mayor patogenicidad.

No desarrollan cápsula (excepto el serotipo *S. Typhi*) ni esporas. Son bacterias móviles que producen ácido sulfhídrico (H_2S). Emplean glucosa por poseer una enzima especializada, pero no lactosa, y no producen ureasa ni tienen metabolismo fermentativo.

Es un agente productor de zoonosis de distribución universal. Se transmite por contacto directo o contaminación cruzada durante la manipulación, en el hogar. Algunas salmonelas son comunes en la piel de tortugas y de muchos reptiles, por lo que se deben tomar precauciones cuando se manipula este tipo de animales a la vez con los alimentos.

El hábitat natural de estas especies normalmente es en los intestinos de cualquier tipo de animal homeotermo (incluidos los seres humanos).

El género *Salmonella* están conformados por diversas especies que pueden condicionar cuadros clínicos a nivel gastrointestinal y sistémico. *Salmonella* es capaz de infectar a animales y al ser humano. Se dividen en dos grupos según la clínica que producen, las salmonelas no tifoideas que originan cuadros gastrointestinales, aunque a veces producen afectación extraintestinal con especial relevancia en pacientes inmunosuprimidos o con patología cardiovascular; y otras que producen fiebre tifoidea, caracterizada por fiebre elevada y afectación sistémica.

Para prevenir todo ello es necesario una buena toma de muestra y su análisis en laboratorio, para no causar una infección humana al igual que una infección animal evitando así la expansión de la enfermedad.

2 Objetivos

Exponer el papel del técnico de laboratorio en la detección de la salmonella en el centro hospitalario, así como la importancia de la obtención de una buena muestra para el estudio.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión biográfica sobre la literatura científica existente. Se han realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La bacteria de la salmonella vive en el intestino de las personas, los animales y las aves. La mayoría de las personas se contagia de salmonella por consumir alimentos o agua contaminados con heces.

Los alimentos que, con frecuencia, pueden estar infectados son los siguientes:

- Carne cruda de res, de ave y de mariscos. Es posible que las heces ingresen en la carne cruda de res y de ave durante el proceso de matanza. Los mariscos pueden estar contaminados si se obtienen de agua contaminada.

- Huevos crudos o poco cocidos. Aunque la cáscara del huevo puede parecer una barrera perfecta contra la contaminación, algunas gallinas infectadas producen huevos que contienen salmonella antes de que la cáscara se forme siquiera. Los huevos crudos se usan en las preparaciones caseras de alimentos como la mayonesa o la salsa holandesa.
- Productos lácteos no pasteurizados. La leche y los productos lácteos no pasteurizados, a veces conocidos como leche cruda, pueden estar contaminados por salmonella. El proceso de pasteurización mata las bacterias perjudiciales, incluida la salmonella.
- Frutas y verduras. Algunas frutas y verduras frescas, en especial, las variedades importadas, pueden haber sido irrigadas en el campo o lavadas durante el procesamiento con agua contaminada por salmonella. La contaminación también puede ocurrir en la cocina, cuando los jugos de la carne cruda de res o de ave entran en contacto con alimentos sin cocinar, como las ensaladas.

De todos estos ejemplos se toma una muestra representativa dependiendo de la legislación y dependiendo del tipo de muestra, esta debe de ser de una cantidad especificada y tomar la muestra en su envase correspondiente. Es necesario la utilización de materiales adecuados tanto para la toma de muestra como para el transporte de la misma al laboratorio para obtener un resultado eficiente y real.

5 Discusión-Conclusión

Muchos alimentos se contaminan cuando los preparan personas que no se lavan bien las manos después de ir al baño, cambiar pañales o manipular comidas contaminadas.

También se puede producir una infección al tocar algo que está contaminado y luego ponerse los dedos en la boca.

Los animales y las mascotas, especialmente las aves y los reptiles, pueden tener la bacteria de la salmonella en las plumas, el pelo, la piel o las heces. Algunos alimentos para mascotas pueden estar contaminados con salmonella e infectar a los animales.

Hay muchas maneras en las que puedes evitar contraer salmonella y propagar la bacteria a otras personas; por ejemplo, preparar los alimentos de manera segura, lavarte las manos, prevenir la contaminación y no comer productos que contengan carne, lácteos o huevos crudos.

Los métodos preventivos son especialmente importantes al preparar alimentos o al cuidar bebés, adultos mayores y personas con el sistema inmunitario debilitado.

Lavarte bien las manos puede ayudar a prevenir la transferencia de la bacteria de la salmonella a la boca o a los alimentos que preparas. Lávate las manos con agua y jabón durante 20 segundos después de lo siguiente:

- Ir al baño.
- Cambiar un pañal.
- Manipular carne cruda de res o de ave.
- Limpiar excremento de mascotas.
- Tocar mascotas u otros animales y sus hábitats, especialmente reptiles y ave.

Por lo cual, para el laboratorio es necesario y fundamental saber el tipo de muestra, fecha de toma de muestra, temperatura u forma de transporte del tipo de muestra recepcionada, para llevar a cabo su análisis y determinación, por el técnico de laboratorio de forma correcta, dando así un diagnóstico correcto de la infección causada en el enfermo o bien evitar un posible contagio por la utilización, manipulación o ingesta de la muestra.

6 Bibliografía

1. Farreras Valentí P & Rozman C (et al.): Medicina Interna, Harcourt, 2000.
2. Eustaquio Roch U.: Bactereologia y virologia médicas: 1955.
3. Ryan KJ; Ray CG (editors) Sherris Medical Microbiology 4th ed. McGraw Hill 2004 ISBN 0-8385-8529-9.
4. Infecciones por Salmonella y Yersinia Infections due to Salmonella and Yersinia Author links open overlay pane J. Calderón-Parrc.
5. Microbiologia de la cadena alimentaria , método horizontal para la detección, enumeración y serotipado de salmonella, parte 1; detección de salmonella spp (ISO 6579-1:2017).

Capítulo 299

FRACTURAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

LOURDES MILLA SÁNCHEZ

CECILIA ADRIANA GUAYLLA GUAMAN

RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ

TAMARA MARÍN MARÍN

GLORIA CORTÉS LEAL

1 Introducción

Las caídas en los niños es la cuarta lesión más común y estas caídas provocan la mayoría de las fracturas en esta etapa.

Los huesos de los niños son más flexibles, porque contienen colágeno, por tanto, se absorben mejor los golpes y se rompen de manera diferente.

Es muy común las fracturas en tallo verde, donde el hueso se dobla y se agrieta, pero no se quiebra en pedazos. Este tipo de fracturas ocurre sobre todo en las muñecas, cuando el niño apoya las manos al caerse y simplemente necesitan, inmovilización con una escayola. . Pero en algunos casos, será necesario alinear los huesos en quirófano antes de inmovilizar.

También es muy común la fractura del cartílago de crecimiento, la fractura por sobrecarga (aparece una grieta en el hueso), la fractura conminuta y la fractura por compresión (donde se aplasta el hueso).

Hay situaciones en la que no es fácil determinar si un hueso está roto o no. Generalmente, si hay fractura aparece inflamación en esa zona y el niño no podrá mover la parte que tiene lesionada.

Ante una posible fractura en el niño, los padres deben acudir al pediatra, para que le solicite la radiografía más adecuada y valorar su diagnóstico.

El técnico de radiodiagnóstico tiene que ganarse la confianza del niño, a la hora de realizarle la radiografía, para que este colabore y no se mueva durante la exploración.

2 Objetivos

- Exponer las fracturas más frecuentes en los niños.
- Numerar las diferentes radiografías realizadas por el técnico de radiodiagnóstico, para la correcta visualización de las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos digitales relacionadas con Ciencias de la Salud, como son: Medline Plus y Scielo.

Las palabras utilizadas en el buscador de Google han sido: “fracturas pediátricas”, “Fracturas infantiles frecuentes”.

4 Resultados

Las fracturas más frecuentes en los niños son las siguientes:

-Fractura de clavícula

Ocurre por caídas sobre el hombro y es más frecuente en varones. Esta fractura tiene muy buena evolución.

Se realizará 2 tipos de proyecciones: Anteroposterior de clavícula y axial, por petición del médico. Y siempre debe incluirse en la radiografía, las dos articulaciones más próximas a las fracturas, es decir, el tercio proximal y distal de la articulación que queremos radiografiar.

-Fractura de codo

También son más frecuentes en varones. Suelen darse con mayor frecuencia entre los 5 y 10 años de vida. La causa más frecuente, es la caída sobre la palma de la mano con el brazo extendido.

Al ser una zona tan cercana a la articulación, muchas veces será necesario el tratamiento quirúrgico para corregir la alineación de los trazos fracturados y evitar secuelas futuras.

-Fractura de antebrazo

Las más comunes aparecen cerca de la muñeca, es decir, en el extremo distal del antebrazo y pueden atribuirse a una fractura en el codo o la muñeca. Pueden ser de 3 tipos:

- Fractura con deformidad: el hueso se fractura en su interior, pero los bordes se mantienen continuos.
- Fractura en tallo verde: el hueso se dobla y se agrieta.
- Fractura completa: el hueso se parte de lado a lado. Ocurren normalmente en niños mayores de 8 años.

-Fractura de tobillo

Esta fractura es muy frecuente. Se realizan proyecciones AP y lateral para comprobar si hay desplazamiento en la fractura.

Si la tibia o peroné no tiene desplazamiento, solo se inmoviliza la articulación 3 o 4, pero si la fractura tiene desplazamiento, será necesario alinear los huesos en quirófano.

-Fractura de metatarsianos

Estas fracturas no suelen desplazarse. Se realiza radiografía AP y Oblicua del metatarsiano correspondiente.

-Fracturas de fémur

Las fracturas del tercio medio o diafisarias de fémur son muy comunes.

Al ser una zona muy irrigada, el hueso se consolida pronto.

Las fracturas en la porción distal del hueso suelen ser más graves, pero menos frecuentes en niños.

Se harán las proyecciones AP y lateral.

-Fracturas de tibia

Fracturarse la diáfisis de la tibia es muy común en los niños y suelen ser abiertas en muchos casos.

Los tipos de fracturas en esta zona, son variados, desde una fractura lineal hasta una conminuta. Al igual que en el fémur, se realizará radiografías AP y lateral.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de la exploración radiográfica, así como la adecuada posición a la hora de realizar la radiografía, es imprescindible para el buen diagnóstico de una frac-

tura en niños.

A veces en los niños, en las fracturas de las extremidades, son necesarias proyecciones del lado sano, para hacer comparaciones.

Y siempre que sea necesario, inmovilizar muy bien al niño utilizando artilugios como el pigg-o-stat, paneles de plástico, sábanas o toallas, vendas elásticas y como último recurso el padre sujetará al niño. Ya que el fallo mas frecuente en pediatría es un tamaño inadecuado del campo a irradiar (amplia colimación) y dosifica innecesariamente al niño y muchos técnicos justifican esto, por la mayor dificultad de que el niño se mueva durante el disparo, pero eso no ocurrirá si hemos aplicado una buena inmovilización y una técnica adecuada.

Para finalizar, al ser los tejidos del niño más sensibles al efecto nocivo de las radiaciones ionizantes, es muy importante proteger las gónadas con delantales plomados específicos.

6 Bibliografía

- 1.Olsen B, Gonzalez G. Urgencias en traumatología: fracturas frecuentes en niños. Anales de Pediatría Continuada. Jun 2009 [Internet]. Vol. 7. Núm. 3. páginas 177-181. DOI: 10.1016/S1696-2818(09)71124-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281809711242> (Acceso Jun 2021)
- 2.Olmedo, J. López. Fracturas infantiles más frecuentes. Esguinces y epifisiolisis. PediatríaIntegral 221 (2019): 222.

Capítulo 300

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA DETECCIÓN DE LA SÍFILIS

CINTHYA RAQUEL ZAMUDIO CECILIA

LAURA REVUELTO CAPILLA

1 Introducción

La sífilis se contagia por transmisión sexual y es una infección bacteriana. En las personas que tiene sífilis se observa en los genitales, boca o recto una llaga. Esta llaga a la persona no le produce dolor. Esta infección se transmite de persona a persona por estar en contacto con estas llagas.

Tras el contagio de sífilis la bacteria que la produce puede estar latente durante décadas hasta que vuelve a activarse de nuevo. Una detección temprana de la sífilis, tiene curación, tan solo con una inyección de penicilina. Si no ponemos un tratamiento adecuado, se puede dañar el cerebro, corazón, poniendo en riesgo la vida.

La sífilis es una bacteria causada por el *Treponema pallidum*. Los técnicos de laboratorio tienen que realizar pruebas alternativas porque es una bacteria difícil de cultivar. Se observa la muestra infecciosa a través del microscopio óptico, pero incluso los técnicos de laboratorios experimentados les cuesta diferenciar entre las subespecies del *Treponema*.

El *Treponema pallidum* es la bacteria que más se da en los países desarrollados. Hay otra especie como es el *Treponema pallidum* existen que no se diferencia con el *Treponema pallidum* en las pruebas de serología y difieren uno de otro en su patogenicidad.

2 Objetivos

- Analizar las pruebas para la detección de sífilis.
- Observar el papel del técnico de laboratorio en la detección de sífilis.

3 Metodología

Para la búsqueda bibliográfica se consultó la base de datos PUBMED, utilizando los siguientes términos MESH (Syphilis; NNT; TT; Immunochromatography Strip; Treponema).

Una vez realizada la búsqueda se incluyeron ensayos clínicos y revisiones con una antigüedad menor a 8 años.

4 Resultados

Las pruebas que se están utilizando en la actualidad para la detección de sífilis siguen siendo complejas.

Las pruebas directas para la detección de la sífilis son la microscopía o la Reacción en Cadena de la Polimersa (PCR), estas son relevantes en la fase temprana de infección.

Los resultados de las pruebas de (PCR) para la detección de la sífilis están siendo favorables, esta prueba aún no está instaurada en todos los laboratorios de diagnóstico.

Pero la prueba estándar para diagnosticar la sífilis son las pruebas serológicas, se detecta los anticuerpos no troponémicos o el *Treponema pallidum* en cualquier etapa de infección. Las pruebas troponémicas (TT) se realizan para confirmar el *Treponema* y las pruebas no troponémicas (NTT) se utilizan para vigilar el estado de infección.

Hay dos nuevas pruebas rápidas que se está realizando en muchos países donde aún no ha llegado las pruebas estándar, esta prueba es la tira de inmunocromatográfica y la prueba de aglutinación de partículas. La tira de inmunocromatografía contiene antígenos troponémicos. Cuando el técnico de laboratorio lo combina con sangre total de una persona que tiene sífilis en esta tira, se produce un resultado visible. Los resultados de la tira de inmunocromatografía están brindando resultados comprometedores. Para la prueba de aglutinación de partículas se usan partículas de gelatinas que están envueltas con antígenos troponémicos. Cuando el técnico de laboratorio lo combina con sangre total en estas gelatinas, se produce la reacción.

La especificidad y la sensibilidad de las pruebas treponémicas y no treponémicas depende del tipo de prueba y del grado de infección. La sensibilidad de la prueba de la tira de inmunocromatografía se encuentra alrededor del 86 % y la especificidad se encuentra alrededor del 99 %, con un valor predictivo superior al 80 %.

5 Discusión-Conclusión

Para que el técnico de laboratorio pueda detectar la sífilis necesita que las pruebas sean fáciles de realizar y simples, obteniéndose los resultados lo más pronto posible para así poder poner el tratamiento adecuado al paciente que padece esta infección y además debe tener unos adecuados valores de especificidad, sensibilidad y valor predictivo.

Por otro lado, las pruebas de microscopía y PCR tienen especial relevancia para cuando se está en un estadio temprano de infección, sin embargo, siguen siendo las pruebas serológicas la base para la detección de la sífilis, aunque los resultados que se están obteniendo con la tira de inmunocromatografía son prometedores.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/syphilis/symptoms-causes/syc-20351756>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK79129/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308867/>.

Capítulo 301

LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN LA FERTILIDAD HUMANA

VALENTINA NOGUERA PORRAS

ISABEL DIAZ PARIENTE

JESSICA PIZARRO VIGIL

JORGE FRANCISCO ARIAS FLOREZ

1 Introducción

Hoy en día para el estudio de la fertilidad humana se hace uso de una serie de recursos para detectar si hay algún problema que impida la concepción. La histerosalpingografía es una de las pruebas donde podemos estudiar la permeabilidad tubárica de las trompas de Falopio en la mujer.

La histerosalpingografía consiste en la administración de un contraste yodado por el útero y mediante fluoroscopia observar si se presentan alteraciones u obstrucciones en las trompas de Falopio. Estas alteraciones son, con frecuencia, causa de infertilidad o de abortos espontáneos. Esta prueba se realiza de manera ambulatoria, la paciente estará en posición ginecológica mientras se le administra el contraste por vía vaginal y se realiza la exposición de rayos x para ver el paso del contraste y así estudiar con detalle la anatomía reproductora femenina. Esta prueba no necesita de ningún tipo de preparación previa por lo que no debería de haber ninguna complicación una vez acabada la prueba. La paciente puede regresar a sus actividades normales sin ningún tipo de restricción. Hoy en día han surgido avances donde esta prueba se puede realizar por medio de ultrasonidos

evitando así que la paciente sea expuesta a radiaciones ionizantes. Esta prueba se llama histerosalpingosonografía en la que se usa una solución de galactosa en vez de contraste yodado donde hay cierto porcentaje de la población que es alérgica por lo que sería accesible para aquellas que no puedan usar yodo.

2 Objetivos

- Estudiar la morfología del útero y las trompas de Falopio.
- Detectar malformaciones uterinas.
- Estudiar la permeabilidad de las trompas de Falopio.
- Averiguar las causas de infertilidad.

3 Metodología

Para la realización 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 en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La HSG juega un rol importante en la evaluación de anomalías relacionadas tanto con el útero como con las trompas de Falopio. A las anomalías uterinas las podemos clasificar en anomalías müllerianas o congénitas, leiomiomas, pólipos, sinequias y adenomiosis. Dentro de las anomalías tubáricas se puede detectar: obstrucción, salpingitis istmica nodosa, pólipos. Asimismo, según la distribución del material de contraste en la cavidad abdominal, puede sospecharse la presencia de adherencias peritoneales peritubáricas y de masas anexiales, para lo cual se sugiere complementar el estudio con otra metodología diagnóstica (más frecuentemente ecografía) para confirmar o descartar dicha sospecha.

La interpretación de los resultados debe hacerse por parte de un especialista, que suele ser el ginecólogo que lleva el seguimiento de la mujer.

En la imagen obtenida se podrá ver la cavidad uterina como un acúmulo ovalado o en forma de pera invertida y, además, dos delgadas líneas que salen de la parte

superior que corresponden a las trompas de Falopio. En cuanto a la permeabilidad tubárica, los resultados de la HSG se resumen de la siguiente manera:

- Resultado positivo:

Indica que las trompas son permeables y, por tanto, se observa que el contraste pasa por las dos trompas y es expulsado a la cavidad abdominal. Por tanto, la mujer no presenta ninguna alteración.

- Resultado negativo:

Ya sea unilateral o bilateral, significa que una o ambas trompas se encuentran obstruidas y, como consecuencia, no dejan pasar el contraste a través de su estructura, provocando que estas se inflen. También es posible que las trompas de Falopio no se puedan ver debido a una malformación tubárica o uterina.

Podría ser necesario hacer un examen de seguimiento. A veces, el examen de seguimiento evalúa un posible problema con más vistas o con una técnica especial de toma de imágenes. También podría ver si ha habido algún cambio con respecto a algún problema a lo largo del tiempo. Los exámenes de seguimiento son, por lo general, la mejor forma de ver si el tratamiento está funcionando o si un problema requiere de atención.

Como hemos expuesto antes esta prueba es muy útil en el estudio de la fertilidad femenina incluso se pueden detectar enfermedades en estados iniciales. Pero también tiene una serie de beneficios y riesgos.

Beneficios:

- Este examen es mínimamente invasivo; es raro que se presenten complicaciones.
- Puede brindar información valiosa con respecto a los problemas para quedar embarazada o para llevar el feto a término.
- Puede, potencialmente, abrir las trompas de Falopio para permitirle a usted quedar embarazada en el futuro.
- Luego del examen no queda radiación en su cuerpo.
- Los rayos X por lo general no tienen efectos secundarios en el rango de diagnóstico típico para este examen.

Riesgos:

- Siempre existe una leve probabilidad de tener cáncer como consecuencia de la exposición a la radiación. - Sin embargo, dada la pequeña cantidad utilizada en las imágenes médicas, el beneficio de un diagnóstico exacto supera ampliamente el riesgo asociado.
- La dosis de radiación para este proceso puede variar.
- Hable con su doctor y su tecnólogo si tiene una infección pélvica, un trastorno inflamatorio, o una ETS sin tratar. La ayudará a evitar que la infección empeore.

- Las mujeres siempre deben informar al médico y al tecnólogo de rayos X si están embarazadas.

5 Discusión-Conclusión

Se podría decir que la HSG es una de las pruebas más importante en la evaluación de la planificación de un embarazo. Observando en las imágenes obtenidas la permeabilidad de las trompas de falopio, el especialista, realizando un diagnóstico previo podría descartar una serie de patologías que afectan a la fertilidad de la mujer, evitando así futuros abortos e impacto psicológicos muy fuertes en los futuros gestantes. Esta prueba pese a llevar radiación ionizante, la dosis es mínima por lo que el beneficio es mayor, ya que no se queda en el cuerpo después de realizar la exploración evitando así los efectos nocivos de las radiaciones.

6 Bibliografía

<https://www.radiologyinfo.org/es/info/hysterosalp>

<https://www.juanacrespo.es/histerosalpingografia/>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/pruebas-diagnosticas/pruebas-diagnostico-imagen/pruebas/radiografias-contraste/histerosalpingografia>

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-99922008000200008&script=sci_arttext

Capítulo 302

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO SOBRE LA MALARIA Y SUS ASPECTOS PRÁCTICOS PARA EL TRABAJO DEL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARIA DEL CARMEN MOLINA RIVALLO

MARIA DEL CARMEN TORRES LOPEZ

1 Introducción

La malaria es una enfermedad causada por parásitos pertenecientes al género *Plasmodium*. Son cuatro las especies que pueden parasitar al hombre: *Plasmodium Malarie*, *Plasmodium Vivax*, *Plasmodium Falciparum* y *Plasmodium Ovale*. Desde 1880 el diagnóstico de esta enfermedad se ha realizado mediante la observación de las diferentes formas que presenta el parásito en el examen microscópico. El diagnóstico de esta enfermedad se ha realizado mediante la observación de extensiones de sangre periférica teñidas con diferentes colorantes vitales, en el microscopio existen dos tipos, el frotis sanguíneo, el cual consiste en hacer una extensión de sangre de capa fina y de la gota gruesa la cual consiste en la recogida de 3 o 4 gotas de sangre depositándose en un portaobjetos y extendiéndose formando una capa gruesa y uniforme. La laboriosidad que precisa y el entrenamiento del microscopista y la dificultad de diagnosticar parasitemias bajas han dado lugar a la aparición de nuevas técnicas más sencillas. Las técnicas

de fluorescencia o de detección antigénica comercializadas pueden resultar de utilidad cuando el microscopista no tenga experiencia suficiente para ver al microscopio la extensión. En este documento se recoge información de las técnicas para el diagnóstico de la Malaria e indicando en cada una de ellas las ventajas e inconvenientes que podemos encontrar en cada una de ellas.

2 Objetivos

Siendo el examen al microscopio de muestras teñidas el método de elección para la mayoría de los microbiólogos, se va a proporcionar una visión general de las ventajas e inconvenientes de las distintas técnicas disponibles para el diagnóstico de esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre las técnicas que hay existentes en la actualidad.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Scielo, etc., donde se han seleccionado contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En base a dicha investigación pasamos a enumerar las diferentes técnicas para el diagnóstico de laboratorio de la Malaria.

EXAMEN DE MUESTRA EN SANGRE PERIFÉRICA: se realiza una extensión en un portaobjetos de sangre, esta se puede obtener mediante punción con una lanceta estéril en la yema del dedo del paciente o con la extracción de sangre del paciente en tubo con anticoagulante. Para la gota gruesa se recogen 3 o 4 gotas en el portaobjetos y con la esquina de otro se unen en movimientos rápidos, extendiéndose en una capa gruesa y uniforme. Tras la fijación de dicha extensión contamos con diferentes tinciones, la más utilizada es de Giemsa, May-Grünwald-Giemsa esta tinción tiene buena sensibilidad (92%-98%) y especificidad (85%-99%). La tinción de Field sirve para el frotis como para la gota gruesa, debido a su rapidez y sencillez es la preferida en los laboratorios de los hospitales tropicales; sin embargo, no siempre permite observar el punteado de Schüffner presente

en *P. vivax* y *P. ovale*. El método de Leishman al incluir metanol solo se puede utilizar para el frotis y por último la tinción con Naranja de Acridina descrita por Kawamoto se utiliza para el frotis, precisa fijación con metanol y tiene que ser observada en el microscopio de fluorescencia, la sensibilidad de esta tinción es del 77-96% y la especificidad del 81-98%.

SISTEMA DE QBC (Quantitative Buffy Coat System, Becton Dickinson): está basado en la concentración por gradiente de densidad de los eritrocitos parasitados mediante la centrifugación de un capilar impregnado de heparina y naranja de acridina, al que se añade un flotador la sensibilidad de esta técnica es del 88-98% y la especificidad del 58-90%.

DETECCIÓN DE LOS ANTÍGENOS PARASITARIOS: son técnicas muy fáciles de realizar, rápidas, sensibles y no precisan microscopio. Los sistemas comerciales (dipstick "jabonera") son estables a temperatura ambiente, lo que permite el transporte al trópico, siendo de importante ayuda para el diagnóstico de malaria en los laboratorios con poca experiencia en la microscopía. Tienen falsos negativos y no son cuantitativos.

DETECCIÓN DEL HRP-2: la proteína-2 rica en histidina (HRP-2) se secreta por *P. falciparum* a la sangre, lo que permite su detección mediante la captura antigénica con anticuerpos específicos y técnicas de inmunocromatografía. Tienen una sensibilidad general del 90-92% y una especificidad del 96-98%, son técnicas también para laboratorios como poca experiencia en diagnóstico microscópico y siempre que se requiera un diagnóstico rápido, las desventajas que le impiden reemplazar al frotis y a la gota gruesa es que no detectan las parasitemias bajas (<0,1%).

DETECCIÓN DE EL LACTATO DESHIDROGENASA (LDH) PARASITARIA: esta técnica está basada en la detección de esta enzima parasitaria, común a la cuatro especies de *Plasmodium*, la especificidad es similar a las técnicas que detectan HRP-2, pero la sensibilidad es un poco inferior (88-90%) disminuyendo en la parasitemias bajas hasta un 39% si hay <50 parásitos/ul. Las ventajas y desventajas son similares a la detección de HRP-2.

TÉCNICAS MOLECULARES: es una técnica de PCR múltiple que permite la detección del DNA genómico de las cuatro especies parasitarias, la amplificación por PCR permite la detección de parasitemias de 0,0005 a 0,0015% así como la determinación de parasitemias mixtas. Al ser una técnica cuantitativa permite controlar la eficacia del tratamiento prediciendo las resistencias a los antipalúdicos. Podría ser la técnica de referencia por su alta sensibilidad y especificidad, pero al no estar comercializada no está al alcance de todos los laboratorios y no se adapta al diagnóstico de urgencia.

SEROLOGÍA: se detectan anticuerpos anti-*P.falciparum* en el suero de pacientes que tienen una baja sensibilidad para el diagnóstico de malaria. Es utilizado en determinados casos en los que la microscopía es negativa por la toma de medicación o en los bancos de sangre. La técnica habitual es una inmunofluorescencia (*Falciparum*-spot IF, bioMérieux) y recientemente se ha introducido un ensayo inmunoenzimático (Malaria IgG Celisa, IBMD).

5 Discusión-Conclusión

Las diferentes técnicas para el diagnóstico de la Malaria que hay en la actualidad deben de ser utilizados en función de los recursos hospitalarios que tenga el laboratorio y criterio del microbiólogo, ya que un diagnóstico a tiempo de una Malaria es de vital importancia para el paciente. Siendo además de igual importancia que toda persona que vaya a realizar un viaje a zonas en las que son habituales el insecto que produce la malaria, utilice las medidas barrera que eviten el contacto con el vector (insecto), como pueden ser los repelentes de insectos, telas mosquiteras con insecticidas residuales, etc., y una quimioprofilaxis correcta.

6 Bibliografía

- Anónimo. Organización Mundial de la Salud. Métodos básicos de laboratorio en parasitología médica. Ginebra, 1992
- Funk M, Schalagenhauf P, Tschopp A, Steffen R. MalaQuick versus ParaSight F as a diagnostic aid in travellers' malaria. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1999; 93:268-272
- Iqbal J, Sher A, Hira PR, Al-Owaish R. Comparison of the OptiMal test with PCR for diagnosis of malaria in immigrants. *J Clin Microbiol* 1999; 37:3644-3646.
- Kawamoto F. Rapid diagnosis of malaria by fluorescence microscopy and interference filter. *Lancet* 1991; 337:200-202
- Lema OE, Carter LY, Nagelkerke N, Walgal MW, Kitenge P, Gikunda SM et al. Comparison of five methods of malaria detection in the outpatient setting. *Am J Trop Med Hyg* 1999; 60:177-182
- Rubio JM, Benito A, Berzosa PJ, Roche J, Puente Subirats M et al. Usefulness of seminested multiplex PCR in surveillance of imported malaria in Spain. *J Clin Microbiol* 1999; 37:3260-3264.
- Tham JM, Hee Lee S, Tan TMC, Ting RCY, Kara UAK. Detection and species determination of malaria parasites by PCR: Comparison with microscopy and with

ParaSight-F and ICT Malaria Pf tests in clinical environment. *J ClinMicrobiol* 1999; 37:1269-1273

Tjitra E, SupriantoS,Kyer M, Currie BJ, Anstey NM.Field evaluation of the ICT Malaria P.f/P.vinmunochromatographic test for detection of *Plasmodium falciparum* and *Plasmodium vivax* in patients with a presumptive clinical diagnosis of malaria in Eastern Indonesia. *J ClinMicrobiol* 1999; 37:2412-2417.

Capítulo 303

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS CON RADIOTERAPIA

ESTHER ZAFRA LÓPEZ

1 Introducción

El dolor es muy frecuente en los pacientes oncológicos tratados con radioterapia, afectando a más del 80% . El dolor puede ser debido a la propia enfermedad o puede estar relacionado con los tratamientos recibidos como la quimioterapia o radioterapia. Para poder cuantificar el dolor se han utilizado diferentes escalas de intensidad como: Escala Visual Analógica, Brief Pain Inventory y la McGill Pain Questionnaire y escala analgésica de la OMS. Con ellas podemos conocer con mayor exactitud el grado de dolor en ese momento y comprobar la respuesta al tratamiento. La severidad del dolor también debe evaluarse en términos de su impacto en la vida diaria. Este se clasifica en 3 niveles (I a III, donde III es considerado como el de difícil control y que no responde de forma satisfactoria a las diferentes tratamientos terapéuticos). El tratamiento se basa en la administración de fármacos analgésicos y el uso de la radioterapia. La eficacia general del tratamiento depende de: Seleccionar los analgésicos adecuados, utilizar las dosis necesarias para calmar completamente el dolor y la comprobación continua de la eficacia del tratamiento con radioterapia. El tratamiento farmacológico combinado con el tratamiento de radioterapia y con las medidas físicas y psicosociales, pueden llegar a conseguir un resultado satisfactorio del dolor en la mayoría de los pacientes oncológicos.

2 Objetivos

Dar a conocer las medidas que deben aplicarse en pacientes oncológicos tratados con radioterapia u otros tratamientos farmacológicos que actúan como analgésicos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las bases de datos Scielo, Elsevier, Pubmed, así como consultas a plataformas web y libros específicos. Los descriptores que se han utilizado han sido: cáncer, radioterapia, tratamientos farmacológicos analgésicos y dolor.

4 Resultados

Para el tratamiento del dolor oncológico se siguen las directrices de las diferentes escalas de intensidad como: Escala Visual Analógica, Brief Pain Inventory y la McGill Pain Questionnaire y la escala analgésica de la OMS. Con estas escalas podemos saber la intensidad del dolor y poder aplicar el tratamiento más adecuado para el paciente.

Algunos de los tratamientos son:

- Tratamiento farmacológico del dolor: la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un sistema de estratificación de la analgesia en tres escalones siendo el primer escalón los antiinflamatorios, el segundo escalón los opiáceos menores y el tercer escalón los opiáceos mayores. Se debe de iniciar el tratamiento con el fármaco más adecuado dependiendo la intensidad del dolor y siguiendo un escalón adecuado para conseguir una situación basal de ausencia del dolor. Un uso inadecuado del mismo puede provocar repercusiones graves en el paciente.
- Tratamiento con radioterapia: es muy útil en el tratamiento de las metástasis óseas, ya que disminuye el dolor neuropático que producen este tipo de cánceres. Con este tratamiento conseguimos un efecto citotóxico de la radiación sobre el tejido óseo sano disminuyendo la producción de mediadores de la inflamación y el dolor, encontrando la mejoría los pacientes a las 24 horas del tratamiento. Con esta intervención se previene que la destrucción del hueso progrese y permite la reparación ósea.

Con la combinación de ambos tratamientos se pueden llegar a conseguir mejores resultados y paliar el dolor que sufren la mayoría de los pacientes oncológicos.

También se debe de llevar a cabo una revaluación continua por parte de los profesionales que trabajan en el servicio de radioterapia oncológica para conseguir mejores resultados.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es la vivencia negativa para el paciente oncológico, para ellos se recurrirá a otro tipo de profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir, que debe de existir una buena comunicación entre el profesional sanitario y el paciente para poder valorar y tratar de forma correcta los cambios producidos por el dolor, los síntomas de los efectos secundarios de los analgésicos y las técnicas administradas. Otros de los aspectos importantes que deben de tratarse es la información que se le administra a los familiares, ya que ellos forman parte del tratamiento y deben de seguir también unas recomendaciones para ir conociendo las situaciones a las que se van a ir enfrentando y poder actuar de la forma más correcta y eficaz, por ellos es importante reforzar la educación sanitaria en todos los tratamientos.

6 Bibliografía

Guía de cuidados a pacientes en oncología radioterápica. (N.d.). Disponible en : <https://seor.es/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-de-cuidados-a-pacientes-en-Oncolog%C3%ADa-Radioter%C3%A1pica>

Murillo González, M., & Valentín Maganto, V. (2008). Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico. *Atención Primaria*, 40(1), 51-52. doi: 10.1157/13114332

Capítulo 304

TÉCNICO DE LABORATORIO: PARÁMETROS DE LA SERIE ROJA EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA

VERONICA DOMINGO RODRÍGUEZ

BRENDA BRAOJOS DEL CERRO

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

ISMAEL MORENO PALACIOS

CARMEN ABASCAL PALAZON

1 Introducción

En este capítulo vamos a tratar los parámetros que se llevan a cabo en los laboratorios de los centros sanitarios y la función del técnico de laboratorio en ellos, para sacar resultados concluyentes a los pacientes, según sus dolencias.

El hemograma que también puede recibir el nombre de cuadro hemático o biometría hemática. Es una de las pruebas de análisis que más se solicitan en el laboratorio de hematología, siendo esta una de la que más información puede aportar desde el punto de vista clínico de cara al diagnóstico de patologías.

A través del tiempo el hemograma ha sufrido variaciones en los parámetros a analizar, en los métodos de obtener las muestras para su posterior análisis, etc.

Gracias a los analizadores automáticos se ha reducido el número de fórmulas realizadas de manera manual sin embargo, el ojo humano y la observación al

microscopio sigue siendo imprescindible para detectar una buena parte de las alteraciones morfológicas que pueden aparecer en el frotis de sangre periférica. Para poder comprender y conocer los métodos para una mejor utilización de los parámetros a analizar en el hemograma es de vital importancia conocer el avance tecnológico que ha acompañado a estos tipos de técnicas y conocer las pruebas a analizar para poder acertar en el diagnóstico con un mayor conocimiento de cara a la utilidad clínica.

2 Objetivos

Destacar la importancia y la utilidad del hemograma en el diagnóstico de las patologías.

Indicar los parámetros básicos que componen la serie roja y su utilidad en el laboratorio de cara al diagnóstico clínico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos de código abierto como Pubmed, Medline, y Scielo, utilizando palabras clave como hemograma en laboratorio, serie roja, laboratorio de hematología y laboratorio de hematología, parámetros.

4 Resultados

Dentro de los parámetros de la serie roja a analizar encontramos:

- Recuento de hematíes o eritrocitos (He): Se expresa como $\text{He} \times 10^{12}/\text{L}$, siendo la vida media de 120 días aproximadamente.

Podemos encontrar aumentados en talasemias, en estados de deshidratación.

Encontraremos disminuidos en anemias.

- Hematocrito (Hto): Representa la fracción de volumen de hematíes y corresponde al volumen ocupado por estos en relación con el volumen total de sangre, expresándose en L/L, está relacionado directamente con la concentración de hemoglobina.

Siendo los valores normales en población adulta entre 40-54% en hombres y 38-48% en mujeres.

Se encontrarán los valores aumentados en las poliglobulias.

- **Hemoglobina (Hb):** Es una ferroproteína que se encuentra en el interior de los hematíes, siendo la encargada de transportar el oxígeno a los diferentes tejidos del organismo.

Se considera el mejor parámetro para medir la anemia y la capacidad transportadora de gases de los eritrocitos como el O y el CO₂, expresándose en g/dL.

Valores normales en población adulta están entre 13,5-18 g/dL en hombres y 12-16 g/dL en mujeres.

Se encontrarán valores elevados en las policitemias y disminuidos en las anemias. Partiendo de los datos obtenidos de la hemoglobina, hematíes y hematocrito se calculan unos valores que tienen una gran utilidad clínica, son conocidos como índices eritrocitarios/corpusculares de wintrobe o promedios de wintrobe, ya que llevan el nombre de la persona que los describió por primera vez en la década de 1930.

Estos valores son los siguientes:

- **Volumen corpuscular medio (VCM):** También recibe el nombre de volumen medio corpuscular, promedio volumen corpuscular, se calcula a partir del hematocrito y el número de hematíes, expresándose en fentolitros (fL).

Siendo los valores normales en población adulta entre 80 a 100 fL.

Gracias a estas mediciones derivan los términos de normocitosis, microcitosis y macrocitosis, refiriéndose estos términos al tamaño de los eritrocitos según sean normales, pequeños o grandes.

Encontrándose elevado el VCM en las hepatopatías, reticulocitosis, anemias megaloblásticas.

Valores disminuidos en talasemias y ferropenias.

- **Hemoglobina corpuscular media (HCM):**

Recibe el nombre también de promedio de hemoglobina corpuscular media, se calcula a partir de la hemoglobina y el número de eritrocitos, siendo la unidad de expresión en picogramos (pg.).

Siendo sus valores normales entre 27 - 31 picogramos.

Está relacionada con el VCM, ya que informa de la cantidad media de hemoglobina presente en cada glóbulo rojo.

Está en aumento en casos de macrocitosis e indica hipercromía y está disminuida en casos de microcitosis indicando hipocromía.

- **Concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM):**

Es la cantidad de hemoglobina expresada en g/dL de los hematíes en peso.

Los valores normales se sitúan entre 32 y 36 g/dL.

Este valor es importante para conocer y diagnosticar las anemias.

Está relacionado con los términos hipocromía, normocromía e hipercromía. Existen unos índices eritrocitarios que gracias al avance tecnológico que actualmente existe se han podido calcular e incluirlos en el análisis de la serie roja.

- Amplitud de distribución del tamaño de eritrocitos (ADE o RDW):

El ancho de distribución de los eritrocitos tiene utilidad clínica para poder clasificar las anemias, ya que este parámetro está estrechamente relacionado con la anisocitosis y el diagnóstico de las talasemias.

Siendo sus valores normales $\leq 15\%$

- Índice de dispersión de la hemoglobina o distribución de la hemoglobina en los hematíes (HDW):

Su utilidad clínica sirve para conocer si se encuentra alterado cuando existe una doble población de eritrocitos en pacientes transfundidos, también para controlar los tratamientos de las anemias ferropénicas.

Estando sus valores normales entre 2,2 y 3,2 g/dL.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con la evidencia de que gracias al avance tecnológico en los laboratorios hematológicos que existe actualmente se han podido desarrollar nuevas técnicas y exámenes y con ello llegar más lejos en el análisis y diagnóstico.

El hemograma y sus parámetros de la serie roja se encuentra actualmente entre las pruebas más solicitadas en los laboratorios clínicos, ya que gracias a su fácil reproducción y pruebas no muy complejas se ha convertido en una herramienta eficaz en la lucha para diagnosticar enfermedades hematológicas y poder dar con los tratamientos de una manera más rápida y corregir las deficiencias que requieren los pacientes.

6 Bibliografía

1. Eadie GS, Brown IW, Jr. Red blood cell survival studies. Blood 1953; 8: 1110-1136.
2. Campuzano-Maya G. El hemograma. Medicina & Labor

Capítulo 305

TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN LOS LABORATORIOS

VERONICA DOMINGO RODRÍGUEZ

BRENDA BRAOJOS DEL CERRO

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

ISMAEL MORENO PALACIOS

CARMEN ABASCAL PALAZON

1 Introducción

Un programa completo para la gestión de residuos en los laboratorios debe englobar todos los residuos que se generan en ellos, no solamente los que son catalogados como peligrosos. Este capítulo se centrará en los residuos catalogados como peligrosos.

Es importante que los técnicos de laboratorio conozcan las diferentes normas para segregar los diferentes residuos generados en el laboratorio. Para esto se deben incluir en la organización del laboratorio un plan de gestión de residuos en el que se proteja tanto la salud como el medio ambiente.

Un producto se transforma en residuo en el momento que el productor o poseedor del mismo deja de usarlo y lo abandona, o también puede ser el material generado como resultado de la actividad humana.

El real decreto 833/1988 por el que se aprueba el “reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986” indica, en función a los constituyentes y concentraciones de estos, cuáles son los residuos que deben considerarse peligrosos.

En el laboratorio, se pueden diferenciar los siguientes tipos de residuos:

- Residuos inertes.
 - Residuos no peligrosos.
 - Residuos especiales. Estos comprenden los tóxicos o peligrosos.
- Los residuos especiales engloban los residuos químicos, los gases o los aceites usados, y además incluyen también residuos radiactivos, residuos cancerígenos y residuos biológicos, los cuales tienen una legislación propia.

2 Objetivos

- Identificar las pautas o métodos de actuación respecto a los distintos residuos generados en el laboratorio tras el trabajo.
- Clasificar los diferentes residuos para conocer cómo se deben separar correctamente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se deben seguir unas pautas a la hora de realizar la gestión de residuos:

Se clasificarán los residuos, segregándolos en cuanto su producción, estado y compatibilidad.

Se envasarán los residuos teniendo en cuenta la clasificación en la que se encuentren, en recipientes homologados para ello, bien sean recipientes o contenedores.

Se deben etiquetar los envases antes de iniciar el llenado de los mismos, con las etiquetas que especifican la información para identificar el residuo que van a contener y su procedencia. Se hará de forma clara, visible y legible.

Se almacenan los residuos en las zonas acondicionadas para ello.

No se deben arrastrar por el suelo los recipientes o contenedores de residuos en la retirada de los mismos.

Está prohibido colocar residuos en habitáculos donde no se lleven a cabo actividades sanitarias o investigadoras, en zonas de paso o en ascensores, así como en cualquier zona que haya sido habilitada con ese fin.

Debido a que los diferentes residuos necesitan tratamientos diferentes, y además algunos pueden no ser compatibles entre ellos, se establece la siguiente clasificación para agruparlos, con el fin de facilitar y reducir los costes de tratamiento y evitar incompatibilidades o reacciones indeseadas.

- Disolventes halogenados. Productos líquidos con contenido superior al 2 % de algún halógeno.
- Disolventes no halogenados. Líquidos inflamables con menos de un 2 % de halógenos en su composición.
- Disoluciones acuosas. Soluciones de productos tanto orgánicos como inorgánicos. Entre las disoluciones inorgánicas podemos diferenciar disoluciones acuosas básicas, ácidas de metales pesados, soluciones acuosas de cromo, soluciones acuosas ácidas sin metales pesados, y otras soluciones inorgánicas como sulfatos, fosfatos o cloruros. Entre las disoluciones orgánicas podemos diferenciar disoluciones de colorantes, de fijadores orgánicos y mezclas de agua con disolventes.
- Ácidos. Ácidos inorgánicos y sus soluciones acuosas con más de un 10 % de concentración del ácido. Con este grupo hay que tener especial cuidado y no mezclar varios ácidos en el mismo contenedor, ya que podrían darse reacciones no deseadas.
- Aceites. Aceites minerales procedentes de mantenimiento de maquinaria del laboratorio o baños termostáticos.
- Sólidos. Productos químicos en estado sólido, tanto orgánicos como inorgánicos y material desechable usado en la manipulación de los mismos, o contaminado por ellos. Al igual que con los ácidos se debe tener especial cuidado y no se deben mezclar sólidos que poseen diferente naturaleza.
- Productos especiales. Productos tanto sólidos como líquidos que no pueden englobarse en ninguno de los grupos anteriores debido a su alta toxicidad y peligrosidad. Estos productos no deben ser mezclados entre sí ni con otros residuos.
- Vidrio contaminado. Material que contiene residuos, tanto biológicos como químicos.
- Biopeligrosos. Material o productos que contiene cultivos microbiológicos, residuos animales infecciosos, sangre o hemoderivados en forma líquida, agujas, hojas de bisturí y cualquier material punzante o cortante.
- Citostáticos. Productos tanto líquidos como sólidos cancerígenos, mutagénicos

o teratogénicos. Además, se incluye en este grupo el material de un solo uso contaminado con los mismos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de diferentes artículos, en este capítulo se ha determinado cuáles son las pautas necesarias a seguir para hacer una buena gestión de los diferentes residuos sin poner en peligro la salud de los trabajadores ni al medio ambiente, realizando un correcto etiquetado, envasado y sellado de los diferentes recipientes. Además, se han identificado los diferentes tipos de residuos que se pueden generar en los laboratorios y las incompatibilidades entre ellos con el fin de reconocer los residuos correctamente y no mezclar residuos que pueden ocasionar reacciones indeseadas. Además, con este conocimiento se facilita la tarea de tratamiento posterior de estos residuos y se reducen los costes.

6 Bibliografía

1. https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_359.pdf/0d7b512e-9945-4f91-aea1-0f8f006852f6
2. https://www.irydis.org/media/upload/pdf/guia-gestion-de-residuosdelaboratorios-investigacion_1583831296.pdf
3. https://www.chospab.es/enfermeria/Documentos/Protocolo_Residuos.pdf
4. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1988-18848>

Capítulo 306

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y TRICHOMONAS VAGINALIS

VERONICA DOMINGO RODRÍGUEZ

BRENDA BRAOJOS DEL CERRO

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

ISMAEL MORENO PALACIOS

CARMEN ABASCAL PALAZON

1 Introducción

Trichomonas vaginalis es un protozoo que constituye el agente etiológico de la tricomoniasis, una enfermedad de transmisión sexual (ETS) de importancia mundial. La tricomoniasis es la ETS no viral más común y se asocia con muchas complicaciones perinatales, infecciones del tracto genitourinario masculino y femenino y una mayor incidencia de transmisión del VIH. El diagnóstico es difícil, ya que los síntomas de la tricomoniasis imitan a los de otras ETS y los métodos de detección carecen de precisión. Aunque los protocolos de tratamiento actuales que involucran nitroimidazoles son curativos, la resistencia al metronidazol está en aumento, lo que destaca la necesidad de investigar antibióticos alternativos. El desarrollo de vacunas se ha visto limitado por la falta de comprensión del papel de la respuesta inmune del huésped a la infección por *T. vaginalis*. La falta de un buen modelo animal ha dificultado la realización de estudios estandarizados en

el desarrollo y patogénesis de fármacos y vacunas. El trabajo actual sobre patogénesis se ha centrado en la relación huésped-parásito, en particular los eventos iniciales necesarios para establecer la infección. Estos estudios han ilustrado que la patogénesis de *T. vaginalis* es de hecho muy complejo e implica adhesión, hemólisis y factores solubles como cisteína, proteinasas y factor de desprendimiento de células. La interacción de *T. vaginalis* con los miembros de la flora vaginal residente, una estrategia avanzada de evasión inmunitaria y ciertas respuestas al estrés permiten al organismo sobrevivir en su entorno cambiante.

El *Trichomonas vaginalis* es un protozoo parásito que es la causa de la tricomoniasis, una enfermedad de transmisión sexual (ETS) de importancia mundial. La enfermedad abarca una amplia gama de síntomas que van desde un estado de inflamación e irritación severas, con una secreción espumosa y maloliente, hasta un estado de portador relativamente asintomático. Datos recientes han demostrado que la incidencia anual de tricomoniasis es de más de 170 millones de casos en todo el mundo. Más preocupante es el número de casos asintomáticos que no se tratan. Solo en América del Norte, se notifican más de ocho millones de casos nuevos cada año, con una tasa estimada de casos asintomáticos de hasta el 50%. Esta enfermedad tiene importantes implicaciones médicas, sociales y económicas.

Las mujeres que se infectan durante el embarazo están predispuestas a la rotura prematura de las membranas placentarias, el parto prematuro y los bebés con bajo peso al nacer. También se relacionan con esta enfermedad el cáncer de cuello uterino, la enfermedad inflamatoria pélvica atípica y la infertilidad.

Al igual que con otras ETS, la infección por *T. vaginalis* puede aumentar la predisposición de las personas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Laga y col. encontraron que la seroconversión del VIH en mujeres prostitutas se asoció significativamente con la aparición de otras ETS no ulcerosas, como la tricomoniasis. Se cree que la tricomoniasis puede aumentar la transmisión del VIH al provocar acumulaciones locales de células infectadas por el VIH o sensibles al VIH, como linfocitos y macrófagos.

2 Objetivos

- Analizar los aspectos clínicos y microbiológicos del *Trichomonas vaginalis*.
- Identificar los diferentes síntomas clásicos asociados con el diagnóstico clínico del *Trichomonas vaginalis*.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos en español e inglés publicados en la base de datos PubMed y Google Académico.

Los términos y frases de búsqueda utilizados para identificar los artículos relevantes para el tema de investigación incluyeron descriptores en español y en inglés: *Trichomonas vaginalis*, aspectos clínicos, aspectos microbiológicos, diagnóstico y tratamiento, que arrojaron 133 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo, un total de 10.

4 Resultados

Los síntomas clásicos asociados con el diagnóstico clínico de *T. vaginalis* incluyen secreción espumosa de color verde amarillento, prurito, disuria, dispareunia y el cuello uterino en "fresa", que se caracteriza por lesiones hemorrágicas punteadas. El diagnóstico de tricomoniasis ha dependido tradicionalmente de la observación microscópica de protozoos móviles en las secreciones vaginales o cervicales, un procedimiento descrito por primera vez por Donné en 1836.

Las tricomonas se pueden diferenciar sobre la base de su motilidad característica. La sensibilidad de esta técnica varía desde un 38% hasta un 82%. Aunque este método es ciertamente la prueba de diagnóstico más rentable, está lejos de ser óptimo en términos de confiabilidad porque tiene baja sensibilidad. Esto puede deberse a la pérdida de motilidad distintiva después de que el protozoo se ha eliminado de la temperatura corporal.

Se estima que hay ocho serotipos observados en *T. vaginalis*. Sin embargo, mediante el análisis de inmunotransferencia, se observa una amplia variedad de marcadores antigénicos. Se han utilizado varias técnicas que incluyen aglutinación, fijación del complemento, hemaglutinación indirecta, difusión en gel, anticuerpos fluorescentes y ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas para demostrar la presencia de anticuerpos antitricomonales.

La detección directa de antígenos de *T. vaginalis* en muestras clínicas mediante el uso de anticuerpos monoclonales es prometedora como método rápido en el diagnóstico de tricomoniasis. Krieger y col. obtuvieron dos anticuerpos monoclonales ampliamente reactivos que identificaron las 88 cepas de *T. vaginalis* obtenidas de diversas áreas geográficas de América del Norte. Los anticuerpos monoclonales contra inmunógenos como las proteínas de 62 y 65 kDa para la detección de *T. vaginalis* a partir de muestras clínicas dieron resultados similares a los de las preparaciones en húmedo.

Las técnicas de ADN recombinante se han utilizado cada vez más en los laboratorios clínicos para mejorar la especificidad y sensibilidad del diagnóstico de *T. vaginalis*. El uso de métodos de PCR ayuda a detectar organismos no viables y también tiene la capacidad de detectar células y secuencias diana en muestras clínicas que han sufrido fijación o degradación parcial.

Es importante tener en cuenta los síntomas clásicos, que están asociados con el diagnóstico clínico de *T. vaginalis* incluyen secreción espumosa de color verde amarillento, prurito, disuria, dispareunia y el cuello uterino en "fresa", que se caracteriza por lesiones hemorrágicas punteadas.

El diagnóstico de tricomoniasis ha dependido tradicionalmente de la observación microscópica de protozoos móviles en las secreciones vaginales o cervicales, un procedimiento descrito por primera vez por Donné en 1836.

Las tricomonas se pueden diferenciar sobre la base de su motilidad característica. La sensibilidad de esta técnica varía desde un 38% hasta un 82%. Aunque este método es ciertamente la prueba de diagnóstico más rentable, está lejos de ser óptimo en términos de confiabilidad porque tiene baja sensibilidad. Esto puede deberse a la pérdida de motilidad distintiva después de que el protozoo se ha eliminado de la temperatura corporal.

Se estima que hay ocho serotipos observados en *T. vaginalis*. Sin embargo, mediante el análisis de inmunotransferencia, se observa una amplia variedad de marcadores antigénicos. Se han utilizado varias técnicas que incluyen aglutinación, fijación del complemento, hemaglutinación indirecta, difusión en gel, anticuerpos fluorescentes y ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas para demostrar la presencia de anticuerpos antitricomonales.

La detección directa de antígenos de *T. vaginalis* en muestras clínicas mediante el uso de anticuerpos monoclonales es prometedora como método rápido en el diagnóstico de tricomoniasis. Krieger y col. obtuvieron dos anticuerpos monoclonales ampliamente reactivos que identificaron las 88 cepas de *T. vaginalis* obtenidas de diversas áreas geográficas de América del Norte. Los anticuerpos monoclonales contra inmunógenos como las proteínas de 62 y 65 kDa para la detección de *T. vaginalis* a partir de muestras clínicas dieron resultados similares a los de las preparaciones en húmedo.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de todas las personas infectadas, ya sean sintomáticas o asintomáticas, así como los programas de prevención y educación pública, ayudarán a frenar la propagación de la enfermedad. Sin embargo, la resistencia al metron-

idazol de las tricomonas va en aumento y puede haber un momento en que el metronidazol deje de ser eficaz. Además, el metronidazol no se puede utilizar para todas las personas.

Claramente, se necesitan nuevos tratamientos fuera de la familia del nitroimidazol. Sin embargo, una vacuna eficaz sería particularmente bienvenida, especialmente en áreas de alta prevalencia de enfermedades. Solo cuando los mecanismos de patogénesis estén bien definidos seremos capaces de desarrollar nuevas estrategias para controlar esta enfermedad.

T. vaginalis es un organismo muy complejo, desde su bioquímica hasta los mecanismos de patogenia. Las áreas de patogénesis que deben perseguirse incluyen definir factores solubles, dilucidar aún más la relación dependiente del contacto entre el epitelio vaginal y *T. vaginalis*, y definir cómo el organismo puede establecerse en un ambiente normalmente inhóspito y cambiante

6 Bibliografía

1. Brown M. T., Tricomoniasis. Médico 209 1972 639 644.
2. Organización Mundial de la Salud Una descripción general de determinadas enfermedades curables de transmisión sexual Programa mundial sobre el SIDA. 1995 2 27 Organización Mundial de la Salud Ginebra, Suiza.
3. Fouts A. C., Kraus S. J., *Trichomonas vaginalis* : reevaluación de su presentación clínica y diagnóstico de laboratorio. J. Infect. Dis. 141 1980 137 143

Capítulo 307

URGENCIAS: PACIENTES CON FRACTURAS PÉLVICAS.

EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA

1 Introducción

Las lesiones pélvicas implican un gran desafío clínico para los facultativos. La dificultad de la pelvis, en cuanto a sus relaciones anatómicas y la configuración que tiene hacen que una fractura pélvica se considere una urgencia médica, arriesgando la vida del propio paciente.

En cuanto a la pelvis es una estructura en forma de anillo que está compuesta por los siguientes huesos: el sacro, ilion, isquion y pubis, estos huesos formarán una cavidad que recibe el nombre de acetábulo que es donde se inserta el fémur, contribuyendo a la formación de la articulación coxofemoral. A su vez estas estructuras están reforzadas por los ligamentos, estos hacen que tenga una mayor estabilidad y resistencia ante las diferentes fuerzas de compresión, actuando como protector de las vísceras y de las estructuras anatómicas que residen en su interior.

Hay que tener en cuenta que los golpes o contusiones pélvicas pueden llegar a ocasionar lesiones de diferente carácter. Pudiendo verse afectados determinados órganos pélvicos y otras estructuras como puede ser el caso de la vejiga, recto o útero, incrementando las probabilidades de que se produzca un desenlace fatídico para la persona.

Aunque ha habido grandes avances en el diagnóstico y un gran desarrollo de nuevos tratamientos, la mortalidad secundaria de fracturas pélvicas puede llegar a un 40% sobre todo cuando está vinculada a inestabilidad hemodinámica.

La principal causa suele ser el sangrado descontrolado pélvico, ocasionado por cualquier vena, arteria o hueso.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es el de mostrar el diagnóstico que se realiza en las fracturas pélvicas o traumatismos.

3 Metodología

Para la creación de este capítulo se ha llevado a cabo un repaso bibliográfico y sistemático de libros científicos y publicaciones que pertenecen a algunas de las principales bases de datos como por ejemplo Pubmed. Eligiendo algunas publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el caso de que todo indique que pueda ser una fractura pélvica, hay que llevar a cabo una anamnesis adecuada. Lo principal es identificar las áreas dolorosas y comprobar si existe fractura del anillo pélvico, si es así en este caso se inmovilizará hasta poder llevar a cabo la exploración.

Para saber sobre el estado en el que se encuentra el anillo pélvico se realizan las siguientes comprobaciones:

- Se aprieta sobre las crestas ilíacas, situando las manos sobre las espinas iliacas anterosuperiores, si existe afectación estas tienden a separarse.
- Se aprietan ambas crestas iliacas a la vez hacia la línea medial, esto nos muestra si existe una inestabilidad pélvica.

Importante tener en cuenta realizar solo una vez estas comprobaciones ya que puede si se realiza varias veces puede agravar la situación del paciente. Es clave también revisar también la zona genital y perianal por si existiese algún tipo de lesión.

Tras esta serie de comprobaciones, se llevará a cabo lo más pronto posible una radiografía AP de pelvis, fundamental para el diagnóstico en un 90 % de los casos. En el caso de que no estuviese claro su diagnóstico con la radiografía se

realizaría un TAC. En aquellos casos en los que el paciente cursase inestabilidad hemodinámica, la arteriografía o flebografía serían la solución.

También se pueden emplear otro tipo de pruebas complementarias como por ejemplo la eco-fast, este tipo de técnica está indicada en el diagnóstico de obstrucción cardiaca, examinar el fondo de saco de Douglas o el espacio retrovesical en el hombre. No es una prueba específica para traumatismos pélvicos pero sí ayuda a descartar otro tipo de complicaciones producidas por los traumatismos pélvicos, además su tiempo de realización no es más de 2-3 minutos en total.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, para poder realizar un diagnóstico correcto de los traumatismos pélvicos hay que tener en cuenta los siguientes puntos clave, para poder aplicarle el mejor tratamiento posible a nuestro paciente. Los puntos clave son los siguientes:

- Fundamental realizar un examen físico perfecto, teniendo en cuenta si la pelvis está inestable va a presentar movilidad anteroposterior anormal y que también el paciente puede presentar variación en cuanto a la longitud de las extremidades inferiores o rotación interna y externa en la hemipelvis.
- Recordar que la estabilidad de la pelvis solo se puede examinar una o dos veces máximo ya que podemos agravar la situación del paciente, si tiene focos de sangrado pélvicos internos.
- Evaluar si la fractura de la pelvis va asociada a otro tipo de lesiones óseas y viscerales.
- Valorar la estabilidad del anillo pélvico.
- Se realizan las pruebas pertinentes (radiografías, TAC, eco-fast).
- Inmovilización con faja pélvica o sábana a nivel de los trocánteres mayores.
- Si existiese inestabilidad vertical colocar una tracción.
- Notificar a la UCI en caso de que tenga hemodinámica inestable.

6 Bibliografía

1. https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/comunicacion-escrita-congreso-internacional-urgencias/2020-02-06_5e3c643f6aef0_Manajodelpacienteconfracturaplvica.pdf

Capítulo 308

TRASTORNOS EN EL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS

NURIA LEÓN TRAPERO

ESTHER CHILLARON CARRIÓN

ALICIA TORRES DÍAZ DEL CAMPO

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

ALBA NEREA ESCOBAR JIMÉNEZ

1 Introducción

Los lípidos son moléculas de alto peso molecular, insolubles en agua, y solubles en disolventes orgánicos, como el etanol o la acetona. Generalmente, están unidos a cadenas de carbohidratos denominados ácidos grasos.

Las grasas son sustancias que se ingieren por medio de los alimentos y son sintetizadas en el hígado.

Los principales lípidos que nos encontramos en el plasma humano son el colesterol, ésteres del colesterol, triglicéridos, fosfolípidos y los ácidos grasos no esterificados.

Los lípidos para que puedan circular por el torrente circulatorio, deben ir unidos a determinadas proteínas plasmáticas, estas proteínas son las llamadas apolipoproteínas (existiendo seis clases A, B, C, D, E, Y F) y sus componentes resultantes reciben el nombre de lipoproteínas.

Las principales lipoproteínas son:

- Quilomicrones: producidos en el intestino, con un componente en triglicéridos muy alto de origen exógeno, y un componente proteico muy bajo. Son las lipoproteínas de menor densidad.
- VLDL (Lipoproteínas de muy baja densidad): son partículas más pequeñas que los quilomicrones y son ricas en triglicéridos. Se sintetizan en el hígado.
- LDL (Lipoproteínas de baja densidad): son partículas más pequeñas que las VLDL, constituyen alrededor del 50% de la masa total de lipoproteínas del plasma humano. Su función principal es el transporte del colesterol desde el hígado hacia los tejidos periféricos. Las LDL deben ser eliminadas por los macrófagos. Cuando hay exceso de LDL estos macrófagos forman las células espumosas, dando lugar a la arteriosclerosis. Son aterogénicas.
- HDL (Lipoproteínas de alta densidad): son las partículas de tamaño más pequeño y las de mayor contenido proteico. Su formación tiene lugar en el hígado y en la mucosa intestinal. Su función principal es transportar el colesterol desde los tejidos al hígado para que pueda ser desgradado y no provoque daños. No son aterogénicas y se consideran factores de protección frente a las enfermedades coronarias.

El metabolismo lipídico o lipoproteico tiene una gran importancia, ya que los lípidos son fundamentales para la vida. En él, intervienen numerosas enzimas, transportadores y receptores proteicos, codificados por sus respectivos genes. Las alteraciones de este metabolismo pueden ser debidas a mutaciones de dichos genes (dislipidemias primarias) o a otros factores ajenos a los mismos (dislipidemias secundarias).

El colesterol y los fosfolípidos son constituyentes esenciales en todas las membranas celulares y, por ello, necesarios para el mantenimiento de la funcionalidad y supervivencia de las células, las cuales, tienen la capacidad de sintetizar colesterol.

El colesterol es la base de la síntesis de las hormonas esteroideas (suprarrenales, testiculares y ováricas).

Los triglicéridos (TG) contienen los ácidos grasos que son material energético para nuestro organismo, y son el constituyente principal del tejido adiposo.

El trastorno del metabolismo lipídico, está relacionado con la aterosclerosis, que es un conjunto de enfermedades diferentes entre las que destacan la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular.

La dislipidemia es la elevación de las concentraciones plasmáticas de colesterol y/o triglicéridos, o una disminución del nivel de colesterol asociado a HDL que contribuyen al desarrollo de aterosclerosis.

La aterosclerosis es la acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias den-

tro de las arterias y en sus paredes. Esta acumulación se llama placa de ateroma. La placa de ateroma, puede provocar el estrechamiento de las arterias y el bloqueo del flujo sanguíneo, lo que facilita la formación de un trombo que puede ocluir el vaso.

Las complicaciones de la aterosclerosis dependen de las arterias que están bloqueadas o estrechadas.

Existe una relación directa entre el colesterol y la aterosclerosis, (cuanto mayor es la concentración de colesterol, mayor es el riesgo de padecer aterosclerosis). Otros factores de riesgos son: hipertensión, antecedentes familiares, tabaquismo, sexo masculino, edad avanzada, trastornos en el metabolismo de los glúcidos, obesidad, sedentarismo y estrés.

2 Objetivos

- Controlar y mantener niveles de colesterol y triglicéridos saludables en sangre.
- Consumir alimentos saludables.
- Realizar ejercicios de forma regular.
- Dejar de fumar.
- Mantener peso saludable
- Controlar y mantener una presión arterial saludable.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en revisiones bibliográficas sobre la literatura existente. Se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y bases de datos como Google. Se han utilizado palabras claves como Metabolismo, lípidos, Quilomicrones, VLDL-LDL, hiperlipidemias, dislipemias.

4 Resultados

Para la obtención de unos buenos resultados de lípidos y lipoproteínas es importante cumplir las siguientes normas:

- El paciente debe guardar ayuno de 12 – 16 horas.
- Evitar si es posible la toma de tratamientos, principalmente hormonales en días previos a la determinación.
- No alterar la alimentación en las últimas tres semanas.

- No beber alcohol en las 72 horas anteriores a la extracción.
- No realizar ejercicio intenso en las 3 horas previas a la extracción.
- Para el análisis puede usarse plasma o suero.
- El análisis debe llevarse a cabo dentro de las primeras tres horas desde su obtención. Si es necesario retrasar el análisis el suero o plasma debe ser separado y refrigerado a 4°C.
- El colesterol, los triglicéridos, LDL y HDL se pueden analizar en muestras congeladas, pero estas muestras congeladas no son aptas para realizar procesos de ultracentrifugación de lipoproteínas o electroforesis, ya que las lipoproteínas ricas en triglicéridos no soportan la congelación.

Es interesante la observación macroscópica de la muestra de plasma. Esta observación debe realizarse manteniendo el tubo 12 horas a 4°C en posición vertical. Si la cantidad de quilomicrones es elevada se observará una capa cremosa en la superficie de la muestra. Si la concentración de VLDL es elevada se observará suero opalescente.

La técnica de referencia para la separación de lipoproteínas plasmáticas es la ultracentrifugación, teniendo el inconveniente de que esta técnica no está disponible en la mayoría de los laboratorios, por lo que se usan métodos más sencillos.

Hoy en día el método más utilizado es el enzimático, debido a su mayor especificidad, precisión, simplicidad y posibilidad de automatización.

Los métodos enzimáticos han descatalogado a los métodos químicos ya que estos se basaban en reacciones cromogénicas del colesterol con ácidos fuertes, produciendo reacciones cruzadas con diferentes sustancias presentes en la sangre.

5 Discusión-Conclusión

El metabolismo de los lípidos es un proceso complejo, que consta de varias etapas. Tiene como objetivo inicial, transportar los lípidos localizados en la luz intestinal (procedentes, principalmente de la dieta), al hígado, órgano central en el metabolismo lipídico. Para que el mismo se lleve a cabo, es fundamental la acción de los jugos digestivos.

Estas necesidades son tan importantes que el organismo tiene la posibilidad de sintetizar colesterol, si lo necesita, en todas las células.

En la alteración del metabolismo de los lípidos, es que el colesterol circulante a través de las lipoproteínas es captado por las células a través del receptor específico, receptor saturable, o, si hay exceso no será captado por las células y podrá atravesar la pared arterial e iniciar el proceso de la aterosclerosis.

La importancia clínica de los trastornos de lipoproteínas se deriva principalmente del papel de estas en la aterogénesis y su riesgo asociado de enfermedad vascular coronaria y periférica.

Los trastornos del metabolismo de los lípidos también son un elemento esencial en la esteatosis hepática no alcohólica.

6 Bibliografía

- <https://www.msmanuals.com>
- <https://www.euskadi.eus>
- <https://middlesexhealth.org>
- <https://espanol.ninds.nih.gov/es>
- A Nationwide Framework for Surveillance of Cardiovascular and Chronic Lung Diseases July 22, 2011.
- Brotons C, Royo-Bordonada MA, Alvarez-Sala et al. Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Rev Esp Salud Pública, 2004; 78 (4): 435-8
- Packard CJ. Lipoprotein-associated phospholipase A2 as a biomarker of coronary heart disease and a therapeutic target. Curr Opin Cardiol 2009;24:358–62.

Capítulo 309

LA CENTRÍFUGA EN EL LABORATORIO

MARÍA ISABEL MARTÍN CASTAÑO

NOELIA VILLACORTA FLOREZ

1 Introducción

La centrífuga es un equipo de laboratorio que utiliza la fuerza centrífuga para separar los componentes de una mezcla heterogénea, en función de su densidad. Es un equipo de laboratorio que genera movimientos de rotación y que tiene como finalidad separar los componentes que constituyen una sustancia.

Una centrífuga está formada por un motor que hace girar un eje que está acoplado a un rotor o cabezal, que es el soporte en el que se encuentran los tubos con la muestra que se va a centrifugar. Cuando el sistema gira a una determinada velocidad (revoluciones por minuto(r.p.m)) se produce una fuerza centrífuga. Esta fuerza actúa sobre las partículas de la mezcla, haciendo que esta se separe debido a las distintas densidades de sus componentes, de tal forma que las partículas más densas se depositan en el fondo del tubo (sedimento) y las menos densas quedan encima (sobrenadante).

La velocidad de una centrífuga se expresa en revoluciones por minuto (rpm) y la fuerza que genera se expresa como fuerza centrífuga relativa (cfr).

En este capítulo vamos a estudiar las diferentes partes de la centrífuga, los diferentes tipos de centrífugas, los tipos de centrifugación y finalmente hablaremos sobre el uso y mantenimiento de las centrífugas.

2 Objetivos

Mediante la utilización de la centrífuga se pretende acelerar la separación de un sólido que está contenido en un líquido.

La centrífuga tiene como finalidad separar los componentes que constituyen una mezcla utilizando la fuerza centrífuga; se consigue así separar los componentes de una mezcla heterogénea, en función de su densidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 centrífuga tiene diferentes partes:

-Rotor o cabezal: es el lugar donde se colocan las muestras. Puede ser:

- horizontal u oscilante.
- angular o de ángulo fijo.

El rotor está situado en el interior de una cámara que tiene una tapadera con una cerradura de seguridad que no permite su apertura hasta que haya terminado de centrifugar y esté en posición de reposo.

-Eje de la centrífuga: es el que soporta el rotor y actúa como eje de rotación.

-Motor: acciona el eje con el cabezal que contiene las muestras sobre las que se va a ejercer la fuerza centrífuga.

-Interruptor de puesta en marcha.

-Temporizador.

-Control de velocidad.

-Freno.

-Protector para minimizar la producción de aerosoles.

-Refrigerador para reducir la temperatura de la cámara.

Existen diferentes tipos de centrífugas:

-Centrífugas de baja velocidad, de sobremesa o clínicas: de tamaño pequeño y sin refrigeración que llegan a una velocidad máxima de 6.000 r.p.m. Utilizadas para

la separación de partículas grandes (células en sangre y orina).

Existen variedades de esta centrífuga:

- Centrífugas micrófugas que llegan hasta 13.000 r.p.m., con volúmenes de trabajo muy pequeños y pudiendo ser refrigeradas o no. Utilizada en biología molecular.
- Centrífugas para microhematócritos entre 10.000 y 18.000 r.p.m. especiales para tubos capilares.
- Centrífugas de alta velocidad: velocidades entre 18.000 y 25.000 r.p.m. Son refrigeradas y normalmente disponen de un sistema de vacío para evitar el calentamiento del rotor a causa del rozamiento con el aire. Utilizadas para la separación de fracciones celulares.
- Ultracentrífugas: de 20.000 hasta 75.000 r.p.m., algunas hasta las 100.000 r.p.m. sistemas auxiliares de refrigeración y vacío. Utilizadas para la separación de ribosomas, virus...

Existen distintos tipos de centrifugación:

- centrifugación preparativa: para aislar partículas específicas. Puede ser:
 - centrifugación diferencial: en función de la velocidad de sedimentación.
 - centrifugación zonal: en función de la masa
 - centrifugación isopícnica: en función de la densidad
- centrifugación analítica: para estudiar las propiedades físicas de las partículas.

Uso y mantenimiento de las centrífugas

Hay que colocar el tubo de muestra en uno de los receptáculos del rotor y taparlo para evitar la evaporación.

Hay que equilibrar el tubo de muestra colocando en el receptáculo opuesto otro tubo con un volumen de líquido de peso idéntico al de la muestra.

Los tubos en el rotor tienen que estar distribuidos de tal forma que estén perfectamente equilibrados para evitar vibraciones durante el giro y, por lo tanto, su rotura.

Los tubos tienen que poder utilizarse en esa centrífuga para evitar roturas durante el funcionamiento de la misma.

Hay que cerrar herméticamente el compartimento del rotor y poner en funcionamiento la centrífuga.

Una vez acabada la centrifugación hay que esperar a que se detenga el rotor para abrir la tapa del compartimento donde está alojado y sacar el tubo de muestra y el de compensación.

Hay que respetar las velocidades máximas y no forzar el paro ni abrirla hasta que esté parada de todo.

Hay que controlar la velocidad cada 3 meses.

Hay que hacer una limpieza y revisión periódica con la centrífuga apagada.

5 Discusión-Conclusión

La centrífuga es un equipo que tiene una elevada importancia durante el trabajo en el laboratorio de diagnóstico clínico.

Utiliza la fuerza centrífuga para separar los componentes de una mezcla heterogénea, en función de su densidad.

Es importante que el técnico de laboratorio conozca sus distintas partes, los tipos de centrífugas que existen, el uso y mantenimiento de las mismas y los diferentes tipos de centrifugación.

La centrifugación diferencial es la forma más simple de centrifugación. Permite separar partículas de diferentes índices de sedimentación en una suspensión cuando se somete a rotación en centrífugas de baja velocidad.

Por ejemplo, separación del plasma de los elementos formes de la sangre.

6 Bibliografía

1. Merino Jiménez, Carmen; De la Jara Gordo, Ana María; Gómez Peña, Beatriz. Operaciones básicas de laboratorio.
 2. www.tplaboratorioquimico.com
 3. www.equiposylaboratorio.com
 4. www.quirumed.com
- www.quercuslab.es

Capítulo 310

EL DÍA A DÍA DE UN TÉCNICO DE RAYOS

RAFAEL PULIDO IGLESIAS

M^a TERESA IGLESIAS RODRÍGUEZ

MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS

1 Introducción

Vamos a cualquier centro sanitario y vemos un técnico de rayos, no sabemos qué hace, si tiene estudios, de quien depende. Nos asaltan muchas dudas desde que aparatos puede manejar, hasta donde llegan sus responsabilidades. Un Técnico de rayos es un profesional que pertenece al grupo de personal sanitario, posee unos estudios y una formación, con el paso de los años van adquiriendo poco a poco experiencia y esta va a ser siempre en beneficio del paciente. El técnico es una persona meticulosa que busca la calidad en las imágenes que obtiene, que tiene un trato directo con el paciente e incluso con familiares y que debe saber interpretar lo que el radiólogo le pide y saber buscar la comodidad del paciente, el relax de este, su tranquilidad y se dirigirá a él en un lenguaje coloquial para que en todo momento comprenda y sea consciente de mantenerse inmóvil en la prueba y con esto evitar repetir procedimientos innecesariamente. La paciencia debe estar presente en todo momento así como vestir adecuadamente y mantenerse aseado diariamente. Al paciente es buena estrategia dirigirnos a él por su nombre, ya que siempre es mejor que por su apellido. Saber escuchar para luego ser escuchado es fundamental y por último tras la prueba tranquilizar a nuestro

paciente y remitirle a que los resultados se los dará el facultativo con la mayor rapidez posible.

2 Objetivos

Conocer cómo debe actuar un técnico de rayos en su jornada.

Ver competencias, responsabilidades y como tratar con sus pacientes y otros profesionales.

3 Metodología

Para la confección final de este capítulo hemos indagado en la base de datos de dialnet introduciendo los descriptores "comunicación" "sanitario" "radiografía". También he consultado en varios momentos los diferentes temarios de mi ciclo formativo de técnico para el diagnóstico y medicina nuclear.

Las palabras clave son: Comunicación, sanitario y radiografía.

4 Resultados

La primera imagen es la que marca el inicio de todo. Si el técnico de rayos acude a su sala de trabajo perfectamente uniformado y aseado hace que todo esto transmita a los pacientes profesionalidad.

Un profesional que trabaja en un espacio ordenado, limpio y que cuando recibe a su paciente se dirige a él en un tono pausado, por su nombre, le mira a los ojos, le escucha, lo tranquiliza y le explica cómo va a ser la prueba, como se va a desarrollar, el tiempo en realizarla y se muestra dispuesto a ayudarlo es un profesional comprometido y sobre todo con vocación.

Un técnico debe buscar la excelencia en la obtención de la imagen por dos motivos básicos.

1- para no tener que volver a repetir la toma de imágenes e irradiar al paciente innecesariamente.

2- para no dar lugar a artefactos u fallos que puedan dar lugar a diagnósticos erróneos.

Mantener los equipos limpios, tratarlos bien y realizarles el calentamiento marcado por el fabricante es obligación del técnico, ya que todo ello conlleva el alargar la vida útil de los mismos.

Las radiografías convencionales como todos conocemos tienen un primer objetivo que es ver si hay fractura, cuál es su alcance o si nos encontramos con una articulación dislocada.

Las radiografías - de toda la vida- nos van a permitir usar muy poca radiación ionizante y obtener imágenes rápidas y de calidad para dar un diagnóstico correcto.

Otra gran ventaja es su rapidez, puesto que en solo 5/10 minutos la tenemos hecha.

Las excepciones vienen dadas principalmente con mujeres embarazadas y niños, otro dato a tener en cuenta es la eliminación de joyas o cualquier objeto metálico en el paciente objeto de estudio.

Con el disparo quedará la imagen impresa en una película fotográfica o en un detector.

Tras este disparo acompañar al paciente a la sala de espera y despedirlo cordialmente es nuestra obligación y si nos preguntara resultados solo nos queda darle evasivas y remitirlo a su radiólogo.

5 Discusión-Conclusión

Una manera rápida, segura y poco peligrosa de confirmar si existe una rotura de hueso o si hay sospecha de ella es mediante una radiografía. Los técnicos de rayos son los responsables de colocar bien al paciente, interpretar la petición del radiólogo y enviarle una imagen de calidad y libre de artefactos.

Al paciente se le tranquiliza y se le comenta la importancia de mantenerse inmóvil unos minutos, tomando aire en sus pulmones para no tener que repetir otra imagen. Se le puede ayudar buscando su comodidad proporcionándole cojines o almohadas y también estará el profesional pendiente de protegerle zonas de su cuerpo que puedan ser expuestas a radiación dispersa.

6 Bibliografía

<https://www.radiologyinfo.org/es/info/bonerad>

<https://dialnet.uniroja.es>

<https://www.carestream.com>

Capítulo 311

EL TÉCNICO DE RAYOS EN QUIRÓFANO

M^a TERESA IGLESIAS RODRÍGUEZ

MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS

RAFAEL PULIDO IGLESIAS

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 30 m² y no superar los 35 m². 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 quirófono, ya que a más personas más microorganismos circularán por él.

Los estudios radiológicos con equipos portátiles de Rayos X únicamente 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 quirófono va desde el equipo de cirujanos (cirujano jefe, cirujano residente), enfermero circulante, enfermero instrumentista, anestesista, auxiliar de quirófono, celador de quirófono 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 qué equipamiento humano y material consta, y las funciones del Técnico Superior en Radiodiagnóstico en el mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 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 solo 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 más precisa y menos invasiva posible.

Maneja el equipo de rayos portátil 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 312

TÉCNICO DE RAYOS (TESID) Y EL SÍNDROME DEL HOMBRO CONGELADO

MIGUEL ANGEL MORENO CABEZAS

RAFAEL PULIDO IGLESIAS

M^a TERESA IGLESIAS RODRÍGUEZ

1 Introducción

El hombro es una articulación esférica, formada por el húmero, la escápula y la clavícula. Su principal articulación es la glenohumeral, que posee una envoltura de tejido conjuntivo fuerte y líquido sinovial que rodea a la articulación. La cápsula del hombro rodea la articulación del hombro y los tendones del manguito rotador.

El hombro congelado, también llamado capsulitis adhesiva, es una patología común pero poco entendida, que se caracteriza por la dificultad para mover el hombro. Afecta más a mujeres que a hombres en edades comprendidas entre los 40 y 60 años.

En el hombro congelado, los tejidos blandos de la cápsula se endurecen, se ponen rígidos y se inflaman. Se forman las llamadas adherencias. Hay menos líquido sinovial en la articulación. Se supone que el proceso fisiopatológico relaciona inflamación sinovial y fibrosis de la cápsula articular. Lo más característico es la incapacidad de mover el hombro.

Se desarrolla en tres etapas:

- Congelación: aparece rigidez progresiva, cada vez más dolor, sobre todo por la noche. Dura entre 6 semanas a 9 meses.
- Congelado: disminuyen los síntomas dolorosos, pero la rigidez es máxima. En esta etapa la actividad diaria resulta muy difícil, pues existe atrofia muscular. Permanece entre 4 y 12 meses.
- Descongelado: el movimiento del hombro mejora y el dolor disminuye de intensidad. Se recupera fuerza y movimiento. Tiene una duración de 6 meses a 2 años.

No hay causa que determine esta patología, aunque hay factores que pueden generar más riesgo:

- Diabetes (no se conoce la razón).
- Otras enfermedades (hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Párkinson y enfermedad cardíaca).
- Inmovilización (debido a una cirugía, una fractura).

Se realizan exámenes de imagen complementarios para descartar otras causas de rigidez y dolor:

- Rayos X: se realiza AP y AP en rotación interna para evaluar el componente óseo y descartar osteoartritis.
- Ecografía y RM: para obtener mejores imágenes de los tejidos blandos y el manguito de los rotadores.
- Exámenes hematológicos: son bastante útiles.

2 Objetivos

Conocer e indicar los principales aspectos del síndrome del hombro congelado por parte del equipo de radiología de 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

El dolor que se produce es fijo y constante. Peor en la primera etapa de la enfermedad. El dolor es localizado en la parte exterior del hombro. Frecuentemente, se ve afectado el hombro colateral. Después de hablar de los síntomas y estudiar la historia clínica, se procede al examen físico y su médico comprobará el rango de movimiento en su hombro.

Procederá a mover el hombro, el rango de movimiento pasivo. Se compara con el rango de movimiento que presenta el paciente sin ayuda. Estos pacientes tienen un movimiento limitado, presentan una atrofia muscular y dolor difuso a la palpación. En teoría la fuerza se mantiene. Si el dolor es focal, debe pensarse en otra patología. El hombro congelado generalmente mejora con el tiempo. El tratamiento se centra en controlar el dolor y recuperar la fuerza y el movimiento. Los tratamientos que se consideran son:

Tratamiento no quirúrgicos:

La mayoría de los pacientes mejoran con tratamientos simples que reducen el dolor y mejoran la movilidad.

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroides, que reducen del dolor y mejoran la movilidad.
- Inyecciones de esteroides directamente en la articulación del hombro.
- Terapia física con ejercicios específicos para restablecer la movilidad. Incluyen estiramientos y movimientos del hombro. El uso de calor antes de estos ayuda a aflojar el hombro (Rotación interna-estiramiento pasivo, flexión hacia adelante, posición supina, estiramiento con cruce del brazo).

Tratamientos quirúrgicos:

Esta opción se considera después de 12 semanas de un tratamiento conservador fallido. Es importante hablar con su médico sobre la capacidad de recuperación con tratamientos simples y los riesgos de la cirugía. El objetivo de la cirugía es estirar y liberar la cápsula articular que se vuelve rígida.

Los métodos más comunes son:

- Manipulación bajo anestesia (se forzará el hombro a moverse, así se estirarán la cápsula y el tejido cicatricial).
- Artroscopia del hombro.

En muchas ocasiones se combina el uso de la manipulación y la artroscopia, puesto que los pacientes tienen muy buenos resultados.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo, y es que el técnico de rayos tiene que hacer después de la cirugía, hay que realizar terapia física para conservar el movimiento ganado. La recuperación es variable, desde 6 semanas a 3 meses. Es un proceso lento, pero junto con la terapia es el factor más importante para retomar las actividades cotidianas.

A largo plazo los resultados de la cirugía son buenos, aunque en algunos casos el movimiento no se recupera completamente y queda una pequeña cantidad de rigidez. Aunque no es lo común, el hombro congelado puede recurrir, sobre todo si hay algún factor recurrente como la diabetes.

6 Bibliografía

1. <https://medineplus.gov/>.
2. <https://clínicacentro.com/>.
3. <https://www.seram.es/>.

Capítulo 313

ESTUDIO DE LA HEMOCOMPATIBILIDAD POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO

SILVIA CUPIDO ESCALONILLA

1 Introducción

El sistema ABO fue el primer sistema descubierto y además es el más importante, porque es uno de los sistemas que genera más interés clínico; porque la presencia de anticuerpos en un individuo contra un determinado grupo sanguíneo genera una destrucción muy rápida, con lo cual es muy importante conocer el grupo sanguíneo del paciente a la hora de realizar transfusiones sanguíneas.

Además del mencionado anteriormente, el sistema ABO existen también el sistema del Rh y otros sistemas menores en los que intervienen distintas proteínas o sustancias de la membrana.

El sistema ABO está formado por la presencia de unos hidratos de carbono en la superficie del eritrocito. Los pacientes pueden presentar los siguientes grupos sanguíneos:

- Grupo A: pacientes con antígenos A en la superficie de los glóbulos rojos.
- Grupo B: pacientes con antígenos B en la superficie de los glóbulos rojos.
- Grupo AB: pacientes con antígenos A y B en la superficie de los glóbulos rojos.
- Grupo, O: la superficie de los glóbulos rojos de los pacientes con este grupo sanguíneo carece de antígenos A y B.

Los pacientes que carecen de un determinado antígeno pueden tener o fabricar anticuerpos dirigidos contra ese tipo de antígeno.

El sistema Rh se descubrió en los macacos de Rhesus y está formado por una proteína, la cual está codificada por el gen D.

Los otros sistemas menores mencionados anteriormente son el Kell, el Duffy, el MNS, el Kidd, los cuales son menos inmunogénicos, es decir, son antígenos menores.

2 Objetivos

El objetivo fundamental es:

- Conocer por parte del técnico de laboratorio clínico y biomédico los sistemas ABO y Rh.

Otro objetivo es:

- Determinar los grupos sanguíneos.

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

Para determinar los grupos sanguíneos normalmente se utilizan técnicas de aglutinación. Las técnicas de aglutinación son técnicas que utilizan la reacción antígeno- anticuerpo de forma secundaria, es decir, se va a poder visualizar la interacción antígeno- anticuerpo sin necesidad de utilizar un sistema de revelado; porque los antígenos en este caso están en la superficie del eritrocito (una célula que presenta una coloración característica (color rojizo)), así cuando enfrentamos la sangre del paciente si estos anticuerpos la reconocen aglutinan (forman grumos).

Existen antisueros comerciales que están dirigidos contra el antígeno A, anti-suero contra el antígeno B, mezclas anti A y anti B y además existen antisueros anti D; con lo cual podemos determinar el grupo sanguíneo (sistema ABO) y el Rh.

Cuando se echa antisuero anti A aglutinarán todos los eritrocitos que tengan A, es decir, los del grupo A y los del grupo AB.

Cuando echamos antisuero anti B, aglutinará la sangre que contenga eritrocitos con antígenos B, es decir, la sangre que sea exclusivamente B o las AB.

Con antisueros anti A y anti B (mezcla de antisueros anti A y anti B), aglutinarán la sangre que tenga tanto antígeno A como antígeno B, es decir, se observará aglutinación en los grupos A, B y AB.

El grupo sanguíneo O no aglutinará con ningún anticuerpo (antisuero) porque el grupo sanguíneo O es en el que no hay antígenos ni A ni B, es decir, no existe ningún anticuerpo que los haga aglutinar.

Si el paciente es Rh positivo o Rh negativo se verá en función de si aglutina con el antisuero anti D o no aglutina.

Los grupos sanguíneos que podemos encontrar son:

- Grupo A positivo (A+).
- Grupo A negativo (A-).
- Grupo B positivo (B+).
- Grupo B negativo (B-).
- Grupo AB positivo (AB+).
- Grupo AB negativo (AB-).
- Grupo O positivo (O+).
- Grupo O negativo (O-).

5 Discusión-Conclusión

Después de revisar toda la información se llega a la conclusión de que los grupos sanguíneos se definen por la ausencia o por la presencia de antígenos en la superficie de los glóbulos rojos o eritrocitos.

Los antígenos codificados por un gen conforman un sistema, como el sistema ABO o el sistema Rh, los cuales son los más relevantes en la medicina transfusional, aunque como se ha mencionado anteriormente, existen otros sistemas como los sistemas Kelly, Duffy, MNS, Kidd.

El sistema ABO es el más importante en la actualidad y dentro de este sistema se encuentra los grupos sanguíneos anteriormente mencionados A, B, AB y O.

El sistema Rh es el que va después en importancia, ya que con él se determina si el grupo sanguíneo (ya sea A, B, AB u O) es positivo o negativo (Rh+ y Rh-).

6 Bibliografía

-Escobar, A., Barrero, L y Gómez, J. (2017).Técnicas de análisis hematológico. Síntesis.

-<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003345.htm>

Capítulo 314

ATENCIÓN RADIOLÓGICA EN URGENCIAS

MARI LUZ SÁNCHEZ MARTÍNEZ

ANTONIO DE LA GUÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

En la actualidad, cada vez son más los pacientes que acuden diariamente a los servicios hospitalarios de urgencias, por este motivo con frecuencia, este servicio se ve saturado, colapsando la asistencia sanitaria. La tasa de asistencia de pacientes en el servicio de urgencias es mayor que en otros países europeos, como son Reino Unido o Alemania, e incluso mayor que la de EE. UU. Este dato oscila entre 31 000 y 58 500 casos anuales por cada 100 000 habitantes.

La mala gestión y organización funcional, administrativa y personal del sistema de salud en general, obliga a que los pacientes adquieran otro tipo de asistencia sanitaria y acudan al servicio de urgencias cuando las molestias son leves o se trata de patologías que perfectamente se pueden resolver en otros centros como son de atención primaria, desaturando en gran medida el servicio hospitalario de urgencias.

Se debería de poner freno al abuso que sufre el servicio de urgencias para evitar los colapsos, dar una mejor calidad sanitaria y además reducir los costes en este sector. El uso cada vez mayor de las imágenes radiológicas en el servicio de urgencias puede ayudar a reducir los costes, en cierta medida, de la evaluación de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar visibilidad y concienciar de la importancia que tiene la atención radiológica en un servicio como son las urgencias hospitalarias, ya que este puede ayudar a reducir los costes y evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda de artículos científicos en las siguientes bases de datos: PubMed, MedLine, Scielo, Cochrane, Cinahl y SPORTDiscus.

Las búsquedas fueron realizadas sin añadir filtros y los términos utilizados la búsqueda fueron: “radiology” y “pediatric diseases” seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La exploración radiológica es una prueba de diagnóstico por imágenes que se utiliza, con gran frecuencia, en los servicios hospitalarios de urgencias, ya que se trata de un estudio indoloro, no invasivo, rápido, que no suele tener efectos secundarios en los pacientes y además, aporta a los médicos, gran información de interés para la evaluación, diagnóstico, comprensión, seguimiento y prevención de las anomalías, enfermedades y patologías.

Los rayos X penetran en el cuerpo del paciente y emiten una imagen diagnóstica que permite ver el interior del cuerpo de forma directa. Por lo tanto, este tipo de pruebas, en general, no suelen tener efectos secundarios en los pacientes respecto al rango del diagnóstico. La radiación ionizante no se queda en el interior del cuerpo del paciente, tras la realización de la prueba de rayos X.

Mediante estas imágenes obtenidas, los médicos y radiólogos del servicio de urgencias pueden diagnosticar mejor la causa de los síntomas de la patología en cuestión. Y es por esta causa, por la que el uso de las técnicas de diagnóstico por imagen en el servicio saturado de urgencias hospitalarias puede disminuir el número de ingresos innecesarios y, por lo tanto, ayuda a reducir los costes hospitalarios.

Además de esto, la exploración radiológica puede agilizar el tiempo para establecer el diagnóstico a los pacientes, por lo que el servicio de urgencias agilizaría los tiempos que pasarían dichos pacientes en este servicio.

Las pruebas de diagnóstico por imagen más utilizadas en el servicio hospitalario de urgencias son:

- Estudio diagnóstico por imagen radiológica torácica.
- Estudio diagnóstico por imagen radiológica del abdomen.
- Estudio diagnóstico por imagen radiológica de la columna vertebral.
- Estudio diagnóstico por imagen radiológica neurológico.
- Estudio diagnóstico por imagen radiológica del cráneo.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, cada vez se utiliza más el servicio de radiología a través de las pruebas de diagnóstico por imagen, en el servicio hospitalario de urgencias, debido a que gracias a este, ayuda a reducir los costes, en cierta medida, de la evaluación de los pacientes evitando ingresos hospitalarios innecesarios.

Por otro lado, también se ha demostrado que puede agilizar los tiempos para establecer el diagnóstico a los pacientes y por este motivo disminuir el tiempo que pasan dichos pacientes esperando en el servicio de urgencias, ayudando a desaturar, en cierta medida, dicho servicio que está siendo castigado en la actualidad.

6 Bibliografía

1. [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/marie/Downloads/13129454.pdf>.
2. Alegre Bayo DN, Algarra García J, Cuevas RA, Villalobos JA, Salas EU, Gutiérrez P. Exploraciones radiológicas en urgencias [Internet]. Medynet.com. [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/explorad.pdf>.
3. Iniciativas de Evaluación y Coste Efectividad en Radiología [Internet]. Fundacionsigno.com. [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/07b_fernandez_sanchez.pdf.
4. Dinamarca V, Zamorano C. Radiología de urgencia. El inicio de una subespecialidad. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017 [citado el 15 de octubre de 2022];28(2):261–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-radiologia-de-urgencia-el-inicio-S0716864017300408>.

Capítulo 315

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO ANTE LA SOSPECHA DE MALOS TRATOS INFANTIL

ANTONIO DE LA GUÍA SÁNCHEZ

MARI LUZ SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como cualquier acto u omisión que viole los derechos de los niños, niñas y adolescentes, afectando así a su nivel de salud, supervivencia o desarrollo.

El papel del Técnico de radiodiagnóstico en estos casos en los que el paciente pediátrico acude a urgencias por sospecha de malos tratos es identificar el grado de lesión, valorando los hallazgos de la imagen y así facilitar al médico la valoración para un buen diagnóstico.

Antes de que el paciente acuda al servicio de radiodiagnóstico, el servicio de urgencias tendrá que hacer una primera valoración del paciente, así como ver el estado del paciente, ya que en muchas ocasiones el paciente puede tener fracturas que al movilizar el técnico para la realización del examen radiológico llevaría a realizar más daño al paciente. También desde el servicio de urgencias a veces necesario la administración de fármacos para la relajación del paciente.

Las imágenes realizadas en radiodiagnóstico suelen ser definitivas en el diagnóstico de lesiones en caso de abuso, por ello la importancia del radiodiagnóstico en estos casos.

En muchos países, las imágenes de radiodiagnóstico y los informes de los radiólogos son considerados base a una denuncia por malos tratos, por lo que su importancia y seguridad son fundamentales.

2 Objetivos

- Ayudar al médico en la evaluación del paciente y así poder facilitarle el diagnóstico. Y, por otro lado, evitar que el paciente se exponga a más situaciones que lo pongan en riesgo.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Fue en 1946 cuando el radiólogo John Caffey estudio los hematomas subdurales y las fracturas en los pacientes pediátricos, vinculándolas a posibles traumatismos. Pero no fue hasta siete años después cuando F. Silverman relaciono el posible traumatismo podrían ser causados por los padres mediante descuidos o agresiones intencionadas.

Las imágenes por radiodiagnóstico en el caso de sospecha de maltrato son de gran importancia en estos casos. Existe un protocolo a seguir por sospecha de maltrato llamado serie ósea, que en pacientes menores de un año habría que repetirla a las dos semanas. La serie ósea contiene las siguientes peticiones: Cráneo AP y Lateral, Columna cervical Lateral, Tórax AP y Lateral, Parrilla costal Oblicuas bilaterales, Columna lumbosacra Lateral, Abdomen incluyendo pelvis AP, Húmero bilateral AP, Antebrazo bilateral AP, Fémur bilateral AP, Tibia y peroné bilateral AP y ambos Pies AP.

Al realizar las radiografías, si el paciente ha recibido malos tratos podremos ver varios tipos diferentes de fracturas o lesiones debido a la torsión o estiramiento forzado de cualquier extremidad del niño.

A veces la radiología convencional no aporta toda la información necesaria para realizar un diagnóstico completo, por lo que se utilizan pruebas como el TAC o Gammagrafía ósea siempre que el menor haya cumplido el primer año, aunque no está recomendada actualmente. También se utiliza la ecografía cuando vemos hematomas en la zona abdominal.

Si tras la realización de las pruebas y los informes oportunos fuera el diagnóstico que el paciente ha sufrido malos tratos, tendríamos que asegurar al menor mediante unos pasos como son:

- Lo primero es realizar un tratamiento para las lesiones encontradas al paciente para su curación y prevenir posibles consecuencias.
- Asegurar la protección del menor ingresando al paciente en el hospital hasta aclarar la situación
- Avisar al juzgado de guardia y fiscalía de menores.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como hemos comentado, la importancia de la imagen radiográfica en pacientes pediátricos por sospecha de maltrato son muy importante, pero también antes de la petición nos tenemos que asegurar mediante una exploración y anamnesis completa y detallada de los familiares que el paciente se encuentra en un entorno adecuado, o, por el contrario, si tiene que ser apartado.

Aunque las imágenes obtenidas nos ayudan en el diagnóstico y futuro tratamiento, siempre existe la duda de si las radiaciones ionizantes al paciente son buenas, pero tras los resultados se observa que gracias a esas imágenes se puede evitar que el paciente pediátrico siga padeciendo maltrato.

6 Bibliografía

1. Quirós Abarca L. Aporte de los rayos x en el síndrome de niño agredido. Med leg Costa Rica [Internet]. 2012 [citado el 17 de octubre de 2022];29(2):61–4. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000200007.
2. Acosta YMT, Zehr JG, Pulido MOP. Conocimientos de los técnicos en radiología e imágenes diagnósticas acerca del diagnóstico clínico-radiológico del maltrato infantil. Ciudad panamá. 2017. Centros: Revista Científica Universitaria [Internet]. [citado el 17 de octubre de 2022];7(2):48–62. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/228/2281017004/html/>.

3. Bravo C, García C. Maltrato infantil: rol del estudio radiológico. *Pediatría día* [Internet]. 2007 [citado el 17 de octubre de 2022];23-7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-547362>.
4. Traumatismo no accidental en menores [Internet]. *Serviciopediatria.com*. [citado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/10/protocolo-traumatismo-no-accidental-en-menores.-sp-hgua-2020.pdf>

Capítulo 316

IMPORTANCIA DE LA AUTOPSIA FETAL EN CASOS DE ABORTOS Y ESTUDIO DE LA PLACENTA

LUCIA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El examen post-mortem en caso de muerte perinatal es esencial para poder planificar cuidar el siguiente embarazo. Mejorar la precisión de la causa de la muerte a través del estudio post-mortem aumentaría la calidad de las estadísticas de mortalidad.

Según la OMS, se define a la muerte fetal como la muerte antes de la expulsión o extracción por parte de la madre, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte durante el embarazo antes de las 13 semanas será considerada como biopsia y si es después autopsia fetal. En consecuencia, se aconseja que antes de las 13 semanas o el primer trimestre de embarazo se considere como una biopsia y a partir de esta semana como una autopsia. La documentación requerida es similar a la autopsia clínica, con las siguientes excepciones:

- Los fetos muertos intrauterinos, mayores de 20 semanas, deberán llevar el certificado de restos abortivos firmado por el médico.
- Los fetos de más de 26 semanas deberán tener firmada la autorización de autopsia por uno de los padres y el médico.
- Los nacidos vivos con límite 22-23 semanas tendrán firmada autorización del médico y de uno de los padres la autorización de autopsia, así como un resumen de la historia clínica de neonatología.

Junto con el cadáver se remitirán los siguientes documentos:

- Hoja de autorización familiar.
- Fotocopia del certificado de defunción y/o registro de fetos.
- Hoja de datos clínicos(se adjunta hoja de petición de estudio anatomopatológico).

Tanto el feto como el cadáver del recién nacido, como su placenta, se remitirá al servicio de AP lo antes posible y en nevera.

2 Objetivos

- Precisar la causa de la muerte fetal mediante el estudio anatomopatológico de la placenta y feto.
- Estudiar la relación entre los antecedentes, clínicos y de laboratorio con los hallazgos histopatológicos para conocer el origen del óbito fetal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Previo a la realización de la autopsia se recogerá muestra para estudio citogenético en los siguientes casos de muerte perinatal:

- Historia de dos o más abortos espontáneos precoces.
- Historia de esterilidad previa.
- Antecedentes de hijo malformado.
- Antecedente de alteración cromosómica en la familia.

Durante el desarrollo de la autopsia estudiarán los siguientes elementos:

Examen externo fetal:

- Peso, medidas (vertex-talón, vertex-coccix, perímetro cefálico, torácico, abdominal, umbilical, longitud pie, longitud extremidad).
- Características faciales, de la piel y craneales.
- Defectos en tronco y abdomen.
- Características sexuales, así como de manos y pies.

- Características y anomalías en ombligo y cordón umbilical si las hubiese.
- Características de las extremidades superiores e inferiores. Exploración de orificios naturales (nasal, bucal, anal, uretra, vagina, oído y ojos).
- Implantación de pabellones auriculares y alteraciones morfológicas.
- Datos de la cara en posición ap y lateral.

Fotografías, en lateral y AP extremidades, cabeza, orejas, en lateral y AP, y de cada una de las malformaciones.

Radiografías para detectar malformaciones.

Examen interna.

Se procederá como sigue:

- Incisión de la piel en Y.
- Retirada del peto esternal.
- Valoración general de agenesias o hipoplasias.
- Valoración de existencia de malformaciones o malposiciones.
- Posición testículos en anillo inguinal.
- Estudio y disección del diafragma, la vena y arterias umbilicales.
- La evisceración se hará en el siguiente orden: evisceración en bloque, valoración del retroperitoneo, valoración de malformaciones de genitales femeninos, valoración de esófago y grandes vasos.

Placenta, se tomarán muestras de cordón umbilical, membranas placentarias y disco placentario.

Se tomarán muestras para estudio bacteriológico de las zonas y órganos sospechosos. Se tomará muestra de sangre intracardiaca para cultivo, de forma rutinaria. Se tomarán, así mismo, muestras para estudio histológico. De forma rutinaria se extraen representaciones de todos los órganos aclarando su lateralidad y localización. Con todo ello se procede a los pertinentes estudios de biología molecular, inmunohistoquímica, etc.

Si existiese algún defecto congénito, se tomara muestra de bazo para su posterior congelación y así poder conservar el ADN.

El informe de la autopsia se realizará en un plazo no superior a un mes, salvo que sean necesarios estudios especiales. En el resultado se resaltarán los siguientes puntos:

- Resumen de la historia.
- Datos macroscópicos (peso, sexo, talla).
- Hallazgos encontrados durante la disección, así como los histológicos.
- Diagnóstico definitivo.

5 Discusión-Conclusión

La autopsia fetal es útil para el establecimiento de las causas de la muerte y para realizar el diagnóstico de la enfermedad del recién nacido, ya que permite la determinación de la etiología o patogenia de la misma. La autopsia fetal proporciona a los padres la información necesaria que explique la pérdida. Se considera importante el estudio de la placenta, pues la mayoría de las muertes fetales en el último trimestre derivan de problemas en su función. Valoraremos peso, características del disco, cordón y membranas.

Cabe resaltar la gran importancia de la autopsia en la medicina fetal para la perspectiva de un próximo embarazo.

6 Bibliografía

1. http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4052_19.pdf.
2. <http://eusalud.uninet.edu/?q=node/19>.
3. http://www.conganat.org/icongreso/conferencias/001/protocolo_de_estudio.htm.

Capítulo 317

LARINGE. FONACIÓN Y VALSALVA MEDIANTE TC

IÑIGO ROMERO MARCOS

1 Introducción

Antes de definir el estudio tenemos que recordar la anatomía de la laringe, que se compone de supraglotis, glotis y subglotis, y los cartílagos que la componen que son la tiroides, epiglotis y cricoides. Sin olvidarnos de la parte ósea que es el hioides (motivo por el cual después tendremos que reconstruir en filtro óseo).

La etiología de los tumores de laringe es multifactorial. Sus principales factores de riesgo son tabaquismo y alcohol, seguido con una menor incidencia la dieta, la higiene bucal o haber tenido infecciones por el virus del papiloma humano.

Los síntomas de esta patología dependen de su localización, pero los más habituales son disfonía, dolores a la hora de ingerir alimentos e incluso dificultad al respirar.

Estos tipos de tumores son de fácil acceso a la exploración endoscópica y/o una biopsia, aunque es insuficiente para determinar su extensión y profundidad, por eso realizamos el TC.

El estudio mediante TC es la técnica gold standard quedándose la resonancia en un segundo plano causado a una menor accesibilidad y por los artefactos debidos a una larga adquisición de la imagen.

Además, el TC nos permite evaluar si el paciente ha podido desarrollar metástasis a distancia, ya que el aumento de la zona de estudio torácica/abdominal no supone más que unos pocos segundos de adquisición. Algo que es bastante

usual en nuestro servicio al poder aprovechar el mismo bolo de contraste que se utilizaría para un estudio convencional de laringe.

2 Objetivos

La laringe e hipofaringe son órganos difíciles de estudiar por su compleja anatomía. El TC nos permite realizar una adecuada estadificación neoplásica (extensión local y adenopatías).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Utilizamos un TC Siemens SOMATON go up de 32 cortes. El TC debido a su rapidez, evita los artefactos de movimiento y nos proporciona adecuada definición anatómica del área a estudiar.

El paciente precisa de una preparación previa, ya que se va a administrar contraste yodado intravenoso, con esto se pretende evitar la posible broncoaspiración en el caso de una reacción alérgica más severa. También debe traer consigo el consentimiento informado, preferiblemente entregado por el médico peticionario de la prueba.

En el momento de hacer la prueba, el paciente debe tener riguroso cuidado en retirarse cualquier objeto metálico que pueda interferir en el estudio como son las prótesis dentales, auditivas, pearingos o cualquier joya dentro de la anatomía a explorar.

Protocolo de exploración:

Paciente en decúbito supino con los brazos colocados a lo largo del cuerpo y con leve extensión del cuello para procurar posicionar el paladar duro perpendicular al haz de rayos del gantry.

Adquirimos una hélice estándar en apnea del cuello con contraste intravenoso a los 60 segundos post inyección, desde senos frontales hasta espacio supraclavicular.

Acto seguido y sin demora para evitar el lavado de contraste, se realiza en valsalva otra segunda adquisición, para el estudio de tumores de hipofaringe, consiguiendo una adecuada distensión de los senos piriformes. El paciente recibirá las siguientes instrucciones: "Coja aire por la nariz, hinche los mofletes como si fuera a tocar la trompeta o hinchar un globo y haga fuerza sin que se llegue a escapar aire por la boca".

Seguidamente, una exploración funcional en fonación si se trata de tumores de laringe. Al paciente se le indicará "Diga iiiiiiiiii seguido". El rango de exploración de esta prueba funcional abarcará las cuerdas vocales en su totalidad.

La exploración realizada en maniobra de valsalva nos permite visualizar y evaluar las paredes de la hipofaringe, cavidad oral y los senos piriformes.

La exploración realizada en fonación permite una mejor evaluación del área glótica y supraglótica.

Parámetros de exploración:

Grosor-1.25 mm

Avance rotación 0.2 mm

FOV 180 mm

KV 110 mAs 90

Puede parecer una técnica elevada, pero tenemos que tener en cuenta el artefacto de endurecimiento de la de rayos a la altura de los hombros. Como también un artefacto muy característico del escáner en los estudios craneales que es el endurecimiento de haz en la fosa posterior que, aunque en este estudio sea de menor utilidad, puede afectar a la zona a estudiar.

Dichas adquisiciones se reconstruirán con algoritmo de reconstrucción de partes blandas y de hueso.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios funcionales con TC proporcionan más información que las exploraciones estándar en apnea, mejorando el diagnóstico y estadiaje de los tumores de laringe e hipofaringe. Además de ofrecer muy buena resolución para el estudio de los problemas de la cavidad oral.

Este estudio tiene unas limitaciones debidas principalmente al paciente, por ello el técnico en radiodiagnóstico se debe asegurar en retirar los objetos metálicos, instruir al paciente antes de la realización de la prueba y asegurar su máxima colaboración.

Artefactos metálicos fijos como prótesis dentarias, cánula...

Artefactos de movimiento como deglución.

Artefactos de fonación incorrecta.

Artefactos de maniobra de Valsalva incorrecta.

6 Bibliografía

American Cancer Society

Capítulo 318

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y COLOCACIÓN DEL PACIENTE

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ HERNAN

VERÓNICA RAMOS RIVAS

JESSICA ROSILLO POZO

SIMONA GAINA

MARIA DOLORES GUTIERREZ NIEVES

1 Introducción

Para el desarrollo de este trabajo se ha tenido en cuenta la Orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, en la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. De este modo, queda establecido en su apartado número 13, que los celadores desempeñan las funciones de ayuda a enfermeras y ayudantes para el movimiento y traslado de pacientes y enfermos encamados.

Así, se puede afirmar que el celador, personal subalterno, es el encargado de llevar a cabo acciones de traslado y colocación de los enfermos, es decir, cuando un paciente presente escasez en su movilidad y ha de ser trasladado de una cama a otra, es el celador quien realiza dicho traslado, con la correcta posición correspondiente, en función de las patologías presentes en el enfermo.

Por tanto, se destaca la necesidad presente que adquieren los celadores, donde se precisa de una formación constante en la multitud de posibilidades de colocación de enfermos, atendiendo a las patologías y características individuales de cada uno, permitiendo así, conocer y tomar las medidas correctas y eficaces para una correcta colocación en cama del enfermo, adaptando unas medidas u otras en función de las características específicas de cada enfermo.

2 Objetivos

- Conocer las actuaciones que desempeñan los celadores en la correcta colocación de los enfermos.
- Conocer las distintas posiciones para la colocación del enfermo por parte del celador.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha tenido en cuenta una exhaustiva búsqueda de información a través de diferentes buscadores, así como la lectura de diferentes libros y revistas científicas, dotando de mayor exactitud y precisión de lo expresado en este trabajo. Así, algunos de los buscadores utilizados son Pubmed, Google Académico.

4 Resultados

Existen numerosos tipos de colocaciones llevadas a cabo por el celador en la correcta colocación del enfermo. Sin embargo, es conveniente destacar en primer lugar, unas normas generales para la movilización, entre las que se destacan: guardar la intimidad del paciente, para lo que el celador coloca una cortina o biombo en el proceso de traslado o colocación del paciente, evitar movimientos bruscos durante la movilización, para lo que el celador puede pedir la colaboración de las auxiliares de enfermería, entre otras.

Movimiento del paciente hacia la cabecera de la cama: esta colocación se realiza cuando el paciente no se encuentra en una situación cómoda de la cama, donde su cabeza no se encuentra a la altura del cabecero y la almohada. Si el paciente puede colaborar, este flexiona sus rodillas y se impulsa para arriba, mientras que el celador sujeta y acompaña el movimiento. En caso de no presentar colaboración, esta acción se lleva a cabo por dos celadores, donde se hace uso de la

entremetida. Así, los dos celadores sujetan fuerte de la entremetida lo más próximo al paciente y desplazan a la vez hacia arriba para la correcta colocación, el enfermo se encuentra en posición decúbito lateral izquierdo, donde su muslo está flexionado hacia delante y su cabeza girada lateralmente. Es importante destacar que en sus hombros y caderas, el brazo quede extendido abajo hacia atrás.

Movimiento del paciente hacia un lateral de la cama, donde se precisa la colaboración de un segundo celador si el paciente no es colabora. Los celadores se colocan a cada lado de la cama sujetando la entremetida lo más cerca del paciente. A continuación, desplazan la entremetida, doblan la rodilla del paciente contraria al giro y empujan con la entremetida hacia el centro de la cama.

Traslado de la cama al sillón o silla de ruedas. En este caso se presentan dos opciones. Si el paciente colabora, el celador coloca cerca de la cama la silla de ruedas y ayuda al paciente para colocarse en la silla de ruedas. Si el paciente no puede colaborar, el celador sujeta al paciente por los hombros y las rodillas, procede a girarlo, baja la cama lo máximo posible y ayuda a la incorporación del paciente de pie.

Además de la multitud de posiciones que se encuentran el celador ante la movilización del paciente, debe informar a los mismos de lo que se va a realizar, transmitir tranquilidad y pedir colaboración en la medida de lo posible. No se debe olvidar que ante cualquier traslado o movilización del paciente en cama, se debe asegurar la misma con el uso del frenado.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión se destaca la enorme importancia que desempeñan los celadores en el centro sanitario, sobre todo en la participación e interacción con el paciente enfermo encamado. Se observa, que sin la ayuda de los celadores, es imposible la movilización de los pacientes, práctica que se encuentra presente en el trabajo diario del personal sanitario.

Además, gracias a la colaboración y actuación de los celadores con los enfermos encamados se permite el correcto funcionamiento y trabajo del centro sanitario, es decir, sin la presencia de los celadores, la colocación y la movilización del enfermo no es posible, por lo que el trabajo en el servicio o área en el que se encuentren dificultaría su práctica diaria.

6 Bibliografía

1. El celador ante la movilización de pacientes y las diferentes posiciones anatómicas. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. El celador en su relación con los enfermos: traslado y movilidad de los mismos. Técnicas de movilización de pacientes. Disponible en: <https://www.formacurae.es>.
3. El celador y la colocación del enfermo. Disponible en: <https://cvpepemoreno>.

Capítulo 319

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ HERNAN

VERÓNICA RAMOS RIVAS

JESSICA ROSILLO POZO

SIMONA GAINA

MARIA DOLORES GUTIERREZ NIEVES

1 Introducción

La unidad de hospitalización de cirugía conforma uno más de los servicios que ofrecen los centros hospitalarios. Como su nombre indica, en esta unidad ingresan los pacientes con algún proceso o diagnóstico que tenga relación con la especialidad de cirugía, intervenciones o pruebas pendientes de realización.

Los pacientes ingresados en la unidad de cirugía pueden haberlo realizado de diversos modos: ingreso desde el servicio de urgencias del mismo hospital, intervenciones programadas, traslado posintervenciones quirúrgicas, traslados de otros centros sanitarios.

La planta de cirugía está compuesto por un número concreto de habitaciones, generalmente, acopladas con dos camas, la cama A y la cama B. Este número de habitaciones varía según sea el tipo de hospital, general, universitario, etc. A

mayor cantidad de pacientes atendidos, mayor serán las unidades hospitalarias y mayor número de habitaciones tendrá.

El número de profesionales que desarrollan su labor en la unidad es variado, se pueden contar desde personal no sanitario, como los celadores, y los sanitarios, como los enfermeros y las TCAES, así como un nutrido número de cirujanos y residentes de medicina.

Además la unidad cuenta con una sala de curas, ya que aunque acoge a otros tipos de pacientes, los que normalmente ingresan en la misma, son pacientes de la especialidad de cirugía; despacho de los médicos y la sala de estar del personal que compone la unidad.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que desempeña el celador en la planta de hospitalización de cirugía.
- Describir como es el trabajo diario que se realiza en la unidad de hospitalización de cirugía.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Como se ha dicho anteriormente en las diversas maneras que tiene un paciente de ingresar en la planta de cirugía, desde algún proceso o diagnóstico que tenga relación con la especialidad de cirugía, desde las urgencias hospitalarias, o para las intervenciones o pruebas pendientes de realización, o después de alguna intervención quirúrgica siempre el celador acompaña y traslada al paciente.

Este acompañamiento, ya sea por sus propios medios, como puede ser andando, o en diversos medios de movilidad, como, por ejemplo, una silla de ruedas o camilla, el celador debe realizarlo llevando en todo momento la carpeta o historia

clínica del mismo, dando dichos documentos al personal sanitario y avisando de su llegada.

Una vez en la planta de cirugía, el celador, ubica al paciente en su habitación correspondiente, colaborando con el resto de personal sanitario cuando se trate de pacientes con una movilidad reducida, asimismo el celador, acompañará y trasladará a los pacientes a la realización de las diferentes pruebas, consultas o cualquier otra circunstancia que tengan los mismos, siempre bajo las indicaciones del personal sanitario.

Otra de las funciones del celador destinado en esta unidad es la de controlar la entrada y salida de acompañantes de la misma para evitar aglomeraciones que entorpezcan el buen funcionamiento cotidiano de la planta, además de ayudar y orientar a los mismos en el funcionamiento y uso de los enseres hospitalarios, como cierres de las ventanas, puertas o cualquier otra situación.

Al término del turno bajará los carros de la ropa sucia a la zona de la lavandería, reponiendo dicho carro vacío para el siguiente turno de trabajo.

El celador tendrá siempre en cuenta que no puede realizar ningún comentario sobre la salud de los pacientes, aunque lo pidan sus familiares y siempre debe orientar dicha información hacia el médico responsable del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante el papel del celador en la unidad de hospitalización de cirugía donde desarrollo una gran variedad de funciones, como la movilización de pacientes que tienen una movilidad reducida, o el traslado de los pacientes a las diferentes pruebas o intervenciones.

En el papel de vigía, tiene siempre los pasillos libres de acompañantes y familiares que pudieran entorpecer la labor diaria del personal sanitario de la unidad o aún peor, demorar una intervención de urgencia dentro de alguna habitación.

El celador destinado en la unidad siempre estará a disposición de las actuaciones que le indique el personal sanitario, y nunca deberá abandonar la unidad, salvo que esté cumpliendo con las indicaciones dadas.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la planta de hospitalización de cirugía. Disponible en <https://revistamedica.com>.
2. El celador en la planta de hospitalización. Disponible en <https://congresosicepa.com>.

3. 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.

Capítulo 320

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ HERNAN

VERÓNICA RAMOS RIVAS

JESSICA ROSILLO POZO

SIMONA GAINA

MARIA DOLORES GUTIERREZ NIEVES

1 Introducción

En la realización de este trabajo, se ha tenido en cuenta la Orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

De este modo, en el desarrollo de este trabajo se va a conocer las funciones y actuaciones que desempeñan los celadores en atención primaria. Así, se destaca que cuando un paciente acude al centro de salud, la primera persona en recibirlo es el celador. El celador es quien mantiene una pequeña conversación con el paciente para conocer la causa de su llegada al centro de salud. En este sentido, el celador, con toda amabilidad, le proporciona las indicaciones correctas donde debe acudir el paciente. Además, si el paciente lo requiere, el celador puede acompañar hasta la puerta del servicio estimado al paciente.

El celador de atención primaria está en todo momento disponible para realizar sus funciones, sobre todo, en la puerta principal y dentro del centro. Así, si una

persona que acude al centro de salud presenta dificultades en la movilidad, el celador facilita una silla de ruedas a los pacientes para la movilidad por el centro de salud.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el centro de salud de atención primaria.
- Desarrollar las estrategias que desempeña el celador del centro de salud de atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha tenido en cuenta una exhaustiva búsqueda de información a través de diferentes buscadores, así como la lectura de diferentes libros y revistas científicas, dotando de mayor exactitud y precisión de lo expresado en este trabajo. Así, algunos de los buscadores utilizados son Pubmed, Google Académico.

4 Resultados

Entre las actuaciones y funciones que lleva a cabo el celador en atención primaria, se destacan:

El celador de atención primaria vela por la vigilancia y seguridad del área, es decir, el celador debe procurar que se establezca un ambiente de silencio que respete al resto de pacientes que se encuentran en dicha área. Además, el celador también es el encargado de colocar y ubicar a los acompañantes de los pacientes, manteniendo el orden en todo momento, evitando aglomeraciones en las inmediaciones de esta área.

Los celadores de atención primaria tienen la potestad de mantener contacto e intercambio de información con el paciente, es decir, el celador puede informar al paciente del lugar en el que se encuentra, donde va a ser trasladado para la realización de diferentes pruebas o diagnósticos, fechas y horas de próximas consultas, etc. Bajo ninguna circunstancia o concepto, el celador debe proporcionar información sobre el estado de salud, resultados de pruebas o cualquier otro tipo de información fuera de su competencia.

Cuando un paciente acude al área de atención primaria, éste puede presentar dificultades en su movilidad. Por ello, el celador proporciona en todo momento las facilidades para que la estancia del paciente, y el traslado dentro del mismo sea sencillo. Así, cuando el celador de atención primaria observa que el paciente que acude presenta dichas dificultades, le proporciona una silla de ruedas con la que es movido a la dependencia estimada.

El celador de atención primaria también se encarga de la reposición de materiales escasos de las consultas, y en general, de las dependencias del servicio. Por otro lado, los celadores de atención primaria desempeñan funciones de reparto y recogida de documentación, es decir, dentro del área, se encarga de trasladar documentos, historias clínicas.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se destaca la importancia en las tareas y funciones desempeñadas por el celador de atención primaria. De este modo, se observa que, con gracias a las actuaciones llevadas a cabo por el celador, que es la primera persona que establece un contacto directo con el paciente, se asegura que todos los pacientes que acudan a atención primaria reciban una atención cordial, además de una protección personal.

Además, con la intervención del celador de atención primaria se permite el correcto desarrollo y funcionamiento interno del servicio, siendo un pilar fundamental, de ayuda y colaboración para todo el personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria>.
2. Las funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://revistamedica.com/las-funciones-del-celador-en-atencion-primaria/>.

Capítulo 321

DESEMPEÑO EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ADMISIÓN POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA DEL SOL ZAPARDIEL GARCÍA

JUAN PABLO HERRERO ALÍA

SERGIO RUEDA GONZÁLEZ

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo es el profesional responsable de gestionar la admisión de los pacientes/usuarios en los diversos y múltiples centros sanitarios, así como el responsable de manejar la documentación clínica de los mismos.

El Servicio o unidad de Documentación de un hospital es un servicio que se encarga de diversas tareas, ya que un hospital está dividido en diversos Servicios facultativos, quirúrgicos, rehabilitadores, farmacia, despachos... Este Servicio es el responsable de unificar los diversos y múltiples datos de los diversos espacios que ocupa el hospital.

Cuando un paciente/usuario entra en el centro sanitario puede hacerlo desde diversos espacios, lo normal es que sea desde urgencias o desde consultas. El

acceso del paciente/usuario al centro depende del trabajo del servicio de documentación al que pertenece admisión, ya sea de urgencias o general. Dicho profesional será el encargado de comprobar los datos de dicho paciente/usuario y verificar que dichos datos son ciertos, ya que cometer cualquier error en este paso puede ocasionar una desgracia porque los datos facultativos de dicho paciente/usuario están incluidos en la base de datos y en la historia clínica del paciente/usuario lo cual conjetura incluir información extremadamente delicada acerca del paciente/usuario.

El auxiliar administrativo es el responsable del acceso del paciente/usuario al hospital, dar citas de control con los especialistas ya vengan desde su centro de atención primaria o desde cualquier otro espacio del centro sanitario. Asimismo, se encargará de compilar toda la información de dicho paciente/usuario para incluirla en su historia clínica, al igual que de archivarla y registrarla en el espacio convenido para ello.

El profesional responsable del Servicio de Documentación en un hospital es muy amplio, ya que tiene que efectuar distinto tipo de funciones.

2 Objetivos

Establecer las diversas y múltiples funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del servicio de admisión y documentación clínica.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diversas y múltiples bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Academy introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. Asimismo, se han consultado guías clínicas concernientes con la materia a estudio. Tras llevar a cabo la búsqueda, se han encontrado artículos publicados en inglés, portugués y español. Finalmente, se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descriptores establecidos.

4 Resultados

El Servicio de documentación clínica incluye, dentro de su profesional al profesional de admisión, el de archivo, citaciones, lista de espera quirúrgica, ...

Dentro del Servicio de Admisión del centro sanitario se fragmenta en dos, entre urgencias y el central.

- Admisión de urgencias: Es la unidad responsable de documentar y dar acceso al Servicio de Urgencias a los pacientes/usuarios que demandan ver a un facultativo de modo urgente. El profesional de este servicio se encargará de la admisión de los pacientes/usuarios al servicio, buscar y gestionar las camas del ingreso del paciente/usuario, si lo hubiese, la gestión de las ambulancias de alta que precise y solicite el facultativo del servicio, gestionar las citas de consultas externas que se precise según el facultativo, habilitar y deshabilitar las camas de las plantas, la documentación de los recién nacidos, ...
- Admisión central: es el profesional que se responsabiliza y encarga del registro de los pacientes/usuarios que asisten al hospital derivado desde consultas externas del hospital, por requerimiento del facultativo especialista, gestión del ingreso del paciente/usuario, solicitud de las ambulancias de alta o para efectuación de pruebas fuera del mismo hospital, los traslados de los pacientes/usuarios o bien desde el hospital de origen o desde otro hospital hacia el de origen, gestión de las camas del centro sanitario (plantas del hospital), registro de los nuevos pacientes/usuarios del centro sanitario ya sea de recién nacidos como paciente/usuarios que nunca han estado en el centro sanitario...
- Servicio de citaciones: se gestionan las citas ya sean requeridas a través del centro de atención primaria solicitada por su facultativo de cabecera, como las citas que requiere el facultativo especialista para la revisión y control del paciente/usuario, ya venga a través de atención primaria como de hospitalización o derivados por otro especialista de consultas externas. Asimismo, se gestionan las citas que vienen procedentes de otros centros sanitarios, ya que dentro de la misma provincia/comunidad/extracomunitario... se comparten los servicios facultativos dentro del Estado.
- Archivo: Es la unidad dentro del Servicio de Documentación que se encarga de compilar la información procedente del paso del paciente/usuario por el hospital, ya sea desde consultas, hospitalización o urgencias. Toda la información y documentación que genera el paso de un paciente/usuario se lleva al archivo del centro que se encarga de archivarlo en la historia clínica del paciente/usuario. Toda su documentación vendrá procedente con un número que será el modo más ágil y eficaz de archivar esta información en su historia. Asimismo, se encargará

de registrar las entradas y salidas de dicha historia del archivo e indicar en qué servicio y lugar se encuentra dentro del centro sanitario. Son los responsables de retirar dicha historia y documentarla cuando el paciente/usuario fallece, al igual que de crearla físicamente cuando el paciente/usuario es nuevo en el centro, ya sea por nacimiento o por desplazamiento.

- Lista de espera quirúrgica: Son las encargadas de gestionar los quirófanos y las pruebas previas necesarias para dicha intervención quirúrgica. Son los facultativos especialistas quienes derivan a los pacientes/usuarios para dicho servicio, previa firma del consentimiento para dicha intervención.
- Servicio de información: este servicio está en cada parte del centro sanitario que intenta facilitar el acceso e información del paciente/usuario. Está sujeto, como el resto del profesional, a la ley de confidencialidad de datos. Asimismo, gestiona las ambulancias desde el servicio de consultas de las altas de los pacientes/usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Se hace ineludible la creación de una mentoría que contribuya a la normativización de las funciones, que el auxiliar administrativo de la sanidad pública debe desempeñar intrínsecamente del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, suscitando nuevas líneas de actuación en el ámbito profesional de la admisión y la documentación clínica. La información forjada en dicha guía facilitará las bases para la formación y la repartición de los recursos humanos de forma óptima.

Su diligencia favorecerá a la unificación y normativización de los contenidos de la acción profesional. En un tiempo en la que los usos y las costumbres sociales, debido a la instauración de las nuevas tecnologías, impulsan un avance y un progreso de consecuencias imprevisibles, la memoria de lo que es una buena sistemática y cómo debe transferirse la misma, es un ejemplo a perseguir por cualquier profesional que intente ser riguroso en su trabajo.

6 Bibliografía

1. López Domínguez, O. (1997). Gestión de paciente/usuarios en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
2. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
3. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.

4. Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. *Papeles Facultativos*, 10(1), 24-31.
5. Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. *Papeles facultativos*, 19(2), 4.
6. Díaz Rojo, J. A. (2001). La terminología médica: diversidad, norma y uso.
7. Asenjo, M. A., Bohigas, L. L., Trilla, A., Prat, A., Arbués, M. T., Ballesta, A. M., ... & Lobo, A. (1999). Gestión diaria del hospital. *Revista española de salud pública*, 73, 417-419.
8. Soler, M. M., & Vasallo, J. M. (2007). Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. *Enfermería global*, 6(1).

Capítulo 322

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS ELEMENTOS DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO

JUAN PABLO HERRERO ALÍA

MARIA DEL SOL ZAPARDIEL GARCÍA

SERGIO RUEDA GONZÁLEZ

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La vigilancia de la salud de los sujetos profesionales tiene como principal propósito comprender mejor la repercusión que el trabajo tiene sobre su salud, de tal modo que sea posible mejorar las condiciones de trabajo.

Su práctica debe posibilitar que se identifiquen, tan pronto como sea posible, los efectos negativos del trabajo sobre el bienestar físico, mental y social, para prevenir la progresión hacia un daño para la salud más importante. Para conseguirlo, esta vigilancia debe efectuarse de modo continuado y mantenido en el tiempo, mediante un seguimiento perpetuo de los sujetos profesionales exhibidos a un riesgo y debe integrarse en los procedimientos y programas de prevención y en los de la mejora de las circunstancias de trabajo.

De la medicina ocupacional y de la psicología ocupacional o laboral, las cuales se enfocaron en los padecimientos, lesiones, accidentes de trabajo; y los padecimientos psicológicos concernientes con el trabajo, brotó la Ergonomía, disciplina en la que participan entre otros, médicos, ingenieros, psicólogos y diseñadores.

Como la Asociación Internacional de Ergonomía, nos dice que la ergonomía es el conjunto de unos conocimientos científicos, y que estos son aplicados para que el trabajo, productos, ambientes y los sistemas, se adecuen a las capacidades y a las limitaciones físicas y a las mentales del sujeto. De la anterior nace la subdisciplina de la ergonomía en los trabajos de oficina, la cual lo que busca es corregir y diseñar el ambiente laboral con un fijado objetivo que será el de disminuir los riesgos coligados a este tipo de actividad.

2 Objetivos

- Identificar los elementos de riesgo para la salud de los auxiliares administrativos.
- Enumerar las medidas preventivas a adoptar por estos.

3 Metodología

Para llevar a cabo este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la que se ha consultado información en guías de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina del Trabajo, de estudios ergonómicos en los puestos de trabajo y en publicaciones de consultores de ergonomía y salud ocupacional.

4 Resultados

En referencia a los elementos de riesgo

En trabajos de oficina nos encontramos con los siguientes elementos o casuística de riesgo:

- Movilidad limitada y restringida.
- Sostenimiento de posturas inconvenientes de modo prolongado.
- Mala iluminación; temperatura y humedad, inconvenientes y ruidos.
- Diseño inadecuado y no conveniente o acorde del puesto de trabajo.
- Equipos de trabajo inconvenientes.
- Los giros de cabeza efectuados durante la lectura alternativa de la pantalla y los documentos.

Y en cuanto a las medidas preventivas, que habrá que tomar a la hora de evitar adversidades.

Para prevenir el ostentar una movilidad limitada y restringida y lograr mantener una postura sana, es requerible controlar y adaptar una serie de elementos y obtener un diseño físico correcto del puesto de trabajo:

- El plano o la mesa de trabajo debe ser lo sobradamente amplia y espaciosa para que en esta se logre depositar acomodadamente todos los utensilios obligatorios para el desarrollo de la tarea.
- Igualmente, para que el sujeto que trabaje en ella se pueda alcanzar todos los elementos requeribles y precisos sin la necesidad de adoptar posturas forzadas o movimientos de extensión, por lo que debe tener unas dimensiones adecuadas.
- Los asientos deben ser los convenientes de cinco patas con ruedas, regulables en la altura y con el respaldo, asimismo, regulable.
- Se deben manejar atriles o un porta documentos para prevenir los giros de la cabeza y los reposapiés deben ser regulables en altura.
- La iluminación, temperatura y humedad deben de ser idóneas y óptimas y deben de eliminarse todos los ruidos tanto sonoros como visuales que alteren la capacidad de concentración, tanto los altos como los bajos en cuanto a ruido sonoro.
- Se deben de efectuar descansos y pausas cortas y frecuentes, inclusive levantándose del asiento y asimismo, efectuar ejercicios de relajación moviendo cabeza y cuello con gestos laterales de hiperextensión, así como de giro.
- Asimismo, se debe efectuar la formación del profesional y de la persona en cuanto a la postura estándar o de referencia.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajos sedentarios de oficina ostentan como consecuencias una serie de patologías como severos problemas de columna, dolor de cuello y espalda, síndrome de túnel carpiano, jaquecas, y otros problemas concernientes con la salud.

Existe poco conocimiento en cuanto a la higiene postural, pocos sujetos en nuestra opinión ostentan el conocimiento de lo que es la ergonomía solamente el 9 %, una gran mayoría la cual se estima en un 86,4 % no considera ni tiene en cuenta que las malas posturas tengan consecuencias para su salud y muy pocas como un 6 % ejecutan pausas activas durante su jornada laboral.

Visto lo anterior, es requerible concienciar a los sujetos profesionales que llevan a cabo trabajos de oficina sobre los riesgos para la salud derivados de su actividad y de la importancia de efectuar la ergonomía.

Se tiene que concienciar a los profesionales de que el mantenimiento de una postura incorrecta en el trabajo es la causante de las dolencias mencionadas anteriormente y que dichos padecimientos se minimizan cuando se aplican medidas ergonómicas eficientes y adecuadas.

6 Bibliografía

1. Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario. http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf.
2. Salud laboral y medicina en el trabajo. <https://saludlaboralydiscapacidad.org/disciplinas-preventivas/medicina-del-trabajo/>.
3. Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales riesgos. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiavigisalud.pdf>.
4. Ergonomía en trabajos de oficina <https://prevencionar.com/2012/02/28/ergonomia-en-trabajos-de-oficina/>.

Capítulo 323

PREVENCIONES SOBRE LA HIGIENE EN LOS LUGARES DE TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SERGIO RUEDA GONZÁLEZ

MARIA DEL SOL ZAPARDIEL GARCÍA

JUAN PABLO HERRERO ALÍA

MARIA JOSEFA ROBLES GARCIA CANO

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Siempre se escucha y se habla de la conveniente higiene de manos en el personal sanitario debido a la prevención de infecciones, pero los auxiliares administrativos asimismo, entran dentro de este contexto al estar en contacto con documentos o material, ya que el auxiliar administrativo debido a sus diversas funciones en los servicios de salud es asimismo un vehículo de transmisión de los microorganismos, ya que está en contacto con los usuarios y enfermos y con su ámbito y entorno por lo que una conveniente higiene de manos ha de ser fundamental en su jornada de trabajo precisamente para no colaborar en la propagación de los patógenos.

La Organización Mundial de la Salud nos dice que una conveniente limpieza e higiene de manos va a contribuir a la reducción de la incidencia en las patologías.

Las infecciones se adquieren en algún momento a través de la asistencia y atención sanitaria, pudiendo efectuarse la transmisión por vía respiratoria o por contacto mediante objetos de los enfermos o de los acompañantes.

Las manos son el principal mecanismo de transmisión de los microorganismos patógenos relacionados con la atención sanitaria al usarlas para establecer contacto de forma continuada con otros individuos y objetos. El correcto lavado de manos es una técnica cuyo objetivo es reducir el número de microorganismos presentes en la piel, la cual elimina diariamente casi un millón de escamas que contienen especialmente los de género de estafilococos y enterococos, microorganismos estos que logran llegar a vivir en las manos de 2 a 60 minutos pudiendo incrementarse este periodo si la higiene de manos no es la conveniente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Concienciar de la importancia del riesgo biológico al que están vulnerables los auxiliares administrativos.

Objetivos secundarios:

- Describir la importancia que posee la higiene de manos para estos profesionales.
- Exponer la forma conveniente y adecuada de efectuar la higiene de manos.

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, asimismo, 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

El auxiliar administrativo es la primera persona que recibe al usuario que puede estar enfermo tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencia de los centros sanitarios.

Los servicios de atención al usuario y los servicios de consultas son los primeros en responder a las necesidades de los individuos que acuden a ellos, recibiendo

no solo las solicitudes verbales sino asimismo, recogiendo diversos tipos de documentación que es aportada por el usuario o por los individuos que lo acompañan. Estos objetos que logran estar contaminados por los microorganismos del usuario son una forma de propagación de infecciones.

La higiene de manos es la forma más eficaz y sencilla que tenemos para evitar el contagio de gérmenes que se transmiten por el contacto entre individuos u objetos. Algo tan simple como el lavado de manos de la forma conveniente y en el momento oportuno es un gesto muy sencillo para prevenir la transmisión de infecciones, que podría ocasionar un grave daño tanto al usuario como a los profesionales que intervienen en toda la atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una higiene de manos inconveniente o la ausencia de ella es uno de los condicionantes más importantes que intervienen en el desarrollo de las Infecciones Concernientes con la Atención Sanitaria (IRAS).

Dentro de los centros sanitarios se hallan servicios que son menos conocidos en su labor administrativa y que no poseen atención directa al usuario, por ejemplo, en los laboratorios y servicios de anatomía patológica el auxiliar administrativo tiene una importante función como la del correcto registro de las muestras para su posterior análisis.

En este Servicio de Registro de las Muestras de Anatomía Patológica, el auxiliar administrativo está acompañado por un técnico especialista que juntos efectúa un trabajo de equipo, por esta razón es muy difícil dividir el espacio donde se efectúa el correcto clasificado de las muestras.

Se define Riesgo Biológico como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a patologías, motivada por la actividad de su trabajo. Su transferencia logra ser por vía respiratoria, sanguínea, piel, digestiva o mucosas. Los registros de muestras deben estar convenientemente identificados como lugares de riesgo biológico, siendo este un sitio fundamental donde el auxiliar administrativo debe conocer el correcto funcionamiento de la limpieza e higiene de manos y extremar su uso.

La aparición de nuevas patologías y virus de extrema gravedad, como el SIDA, la patología de las vacas locas (EEB), los nuevos tipos de gripe (aviar, porcina) o actualmente la Covid-19, supone nuevas situaciones de riesgo de consecuencias desconocidas o insuficientemente conocidas dentro del ambiente de trabajo y fuera de él. Por ello es importante estar atentos a lo que los organismos correspondientes establezcan para la prevención y manejo de cada una de ellas.

¿Cómo se efectúa el correcto lavado de manos?

Hablamos de lavado de manos cuando están visiblemente sucias y sobre todo si hemos estado en contacto con fluidos corporales. El procedimiento se efectúa con

agua y jabón con una duración de entre 40-60 segundos. Es importante el uso del jabón para eliminar la suciedad y flora transitoria, dado que solo el aclarado de manos con agua no sirve para efectuar una conveniente higiene.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos facilita una infografía donde nos explica paso a paso y de forma gráfica la forma conveniente de llevar a cabo dicho procedimiento. Se recomienda la utilización de agua tibia, ya que el agua muy caliente logra ser contraproducente al irritar la piel, pudiendo afectar a la capa protectora y hacerla más vulnerable a los microorganismos.

Para finalizar, secarlas con una toalla seca de papel (desechable) y por supuesto limpia. El proceso de secado es muy importante para evitar problemas dermatológicos, conjuntándolo de una buena hidratación de las manos al finalizar la jornada. Los guantes nunca deben sustituir la higiene de manos, debiendo efectuar esta antes y después de su utilización.

Por otro lado, hablamos de la conveniente desinfección de las manos cuando están contaminadas por haber estado expuestas a un contacto con enfermos u objetos del entorno, pero no existe suciedad visible. El procedimiento se efectúa con solución hidroalcohólica durante 20-30 segundos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos vuelve a facilitar una infografía donde se explica el procedimiento.

Existen momentos determinados donde se debe de efectuar la higiene de manos:

- Antes y después del contacto con cada usuario.
- Entre dos procedimientos en el mismo usuario si hay sospecha de contaminación de las manos.
- Después del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas, piel no intacta, etc.) y objetos contaminados con suciedad.
- Después de quitarse los guantes.

5 Discusión-Conclusión

La adecuada limpieza e higiene de las manos es la mejor herramienta para poder controlar las infecciones y contagios que se originan en los Servicios de Salud, conociendo los procedimientos establecidos para efectuarla de forma conveniente y adecuada, además de ser siempre conscientes del riesgo que conlleva estar en constante contacto con los enfermos y su entorno. Por lo tanto, el auxiliar administrativo debe incorporar y dar más importancia a la higiene de manos como una práctica rutinaria en su puesto de trabajo, ya que va a depender que ocasiones toca las tarjetas, documentos o cualquier objeto que venga del usuario

o del ya usuario y no solo de él sino de los familiares que se les pidió un determinado documento y lo traen de casa.

6 Bibliografía

1. BOE. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo establece cómo proteger a los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del usuario.
3. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos.

Capítulo 324

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ENCARNACIÓN ALONSO NUÑEZ

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

DIEGO MARTIN MAROTO

1 Introducción

La importancia del servicio de urgencias en un hospital es trascendental e imprescindible, en virtud que es aquí donde se recibe a pacientes, familiares y amigos, que deben ser atendidos por una urgencia o emergencia, este servicio debe estar disponible las 24 horas, los 365 días del año, es por ellos que todos los empleados sanitarios deben estar disponibles y coordinados, para desarrollar de la mejor forma su función.

Es en el servicio de urgencias donde se le da la primera atención al paciente, es el celador quien recibe al paciente y lo traslada hasta el médico que hará la primera valoración y es cuando se determina por el médico tratante, si el paciente seguirá en el área de urgencias o será derivado con el especialista.

El servicio de urgencias, como su nombre lo refiere, es para atender o dar la atención primaria a un paciente, que tiene o siente que padece una situación médica

que debe ser atendido con carácter prioritario, es por ellos que este servicio no puede funcionar por orden de llegada, sino por tipo de urgencia, es por ellos la suma importancia que tiene el celador en esta área, es el quién hace ese primer contacto con el paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar la importancia del celador en el servicio de urgencias.

Objetivos secundarios:

- Analizar las ventajas de la movilización del paciente de forma correcta.
- Identificar la importancia de la salud ergonómica del celador.

3 Metodología

Para el presente capítulo científico comienzo con el principal objetivo que es identificar la importancia del celador en el servicio de urgencias, para ello utilizaremos una metodología basada principalmente en el análisis y revisión bibliográfica en artículos científicos publicados, libros, y diferentes documentos.

Del mismo modo, se han empleado en esta revisión bibliográfica, artículos de diferentes publicaciones, asimismo, se han revisado bases de datos como: Dialnet, Scielo, PubMed, Elsevier y buscadores como Google.

4 Resultados

Partiendo de los tres objetivos que desarrollaremos, hemos analizado diferentes textos bibliográficos como trabajos ya públicos, con tópicos parecidos, el desarrollo de las actividades diarias que desarrollamos los celadores en diferentes áreas y el poco valor o importancia que se nos da en el desarrollo de nuestras funciones, nos han llevado a desarrollar la importancia del celador en el servicio de urgencias.

Ahora bien, partiendo de esta base cabe preguntarse: ¿Cuál es la importancia del celador en el servicio de urgencias?, podríamos pasearnos por varios escenarios, pero nos centraremos exclusivamente al servicio de urgencias, la función del celador es tan importante, que es este quien recibe al paciente cuando ingresa al servicio de urgencias, la preparación psicológica, física y profesional que debe

tener es indispensable, para evitar una mala movilización, que se puede traducir en una mala praxis profesional y ocasionarles un problema mayor al paciente, bien cuando es recibido o movilizado para ponerlo en contacto con el médico, quien realizara el diagnóstico de la situación de salud del paciente, por ello que la preparación profesional que debe tener un celador, debe iniciarse con su formación, atención y preparación para poder dar la mejor atención al paciente.

El celador es quien debe mantener el orden y adecuada atención de acuerdo con el tipo de urgencia, dando prioridad a aquellos casos que ameritan una atención inmediata, porque podría ponerse en peligro la vida del paciente.

Seguidamente, nos encontramos con un segundo objetivo que es analizar las ventajas de la movilización correcta del paciente, están importante que un celador conozca las técnicas de movilización correctas de los pacientes, es por ello que debe conocer y analizar la mecánica corporal como una norma fundamental a la hora de realizar la movilización de un paciente, antes de realizar la movilización del paciente, el celador debe mirar el entorno, adaptando el área de trabajo, quitar todos los obstáculos, muebles y objetos que puedan evitar la correcta movilización del paciente.

Por último, tenemos la importancia de la salud ergonómica del celador, podemos hablar de los diferentes riesgos que puede sufrir el celador a la hora de movilizar a un paciente o una carga, es decir, peso, volumen, espacios, desniveles, posturas de manejo, si no se hace de la forma correcta puede derivarse en una situación que afecte la salud física y psicológica del celador, bien por una torcedura, calambre, contracturas, roturas de huesos, hernias discales, artrosis, artritis, etc.

El servicio urgencia es una de las áreas con mayor importancia de un hospital o centro sanitario, porque es aquí la primera toma de contacto con el paciente, es por ello la importancia de analizar la figura del celador dentro del servicio de urgencia. Analizamos el ¿por qué es importante la figura del celador dentro del servicio de urgencias?

El celador tiene una función de vigilancia y control en las entradas y salidas del área de urgencia, es quien recibe al paciente y debe determinar la importancia de la urgencia, para poder comunicar a los enfermeros y médicos del tipo de patología que trae, debe tener los conocimientos específicos sobre movilización de pacientes, hay pacientes que pueden moverse solos y no requieren de ayuda alguna, pero existen momentos donde el paciente debe ser movilizad en silla de ruedas, camilla y con equipamientos que permitan su seguridad, es por ellos

que los profesionales que ejercen de celadores deben tener una preparación integral, desde el ámbito psicológico como físico entre algunas de ellas: Ser una persona empática, transmite positivismo hacia los pacientes, transmitir la sensación de tranquilidad, estar en buenas condiciones tanto mental como físicamente y tener habilidades de comunicación, entre otras.

Las funciones de los celadores pueden ser muy amplia, porque pueden ejercer dentro de urgencia un trabajo de ascensorista, traslado de documentación, vigilancia y cuidado de las áreas de urgencias, como ser de apoyo al personal de enfermería como médico.

Es por ello por lo que la preparación del celador debe ser integral, tener una base clara y consolidada de detección de posibles factores que pudieran perjudicar la atención segura del paciente y poder solucionar dicha situación, manteniendo como prioridad la seguridad del paciente.

- Ahora bien, partiendo del ámbito de los objetivos planteados en este trabajo, que son los siguientes: Identificar la importancia del celador en el servicio de urgencias, podemos decir, que el celador tiene suma importancia porque es quien tiene el primer contacto con los pacientes y es quien debe canalizar, sondear y determinar la urgencia del paciente.
- Si analizamos las ventajas de la movilización del paciente de forma correcta, va íntimamente ligado a la preparación y conocimiento que debe tener el celador, una movilización incorrecta puede poner en situación de inseguridad al paciente y complicar su situación.
- Identificar la importancia de la salud ergonómica del celador, esto va de la mano con las medidas de seguridad que debe contemplar el centro de salud y/u hospital con todo el personal, porque una buena salud física y mental del celador se traduce en forma positiva para todos.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el servicio de urgencias, es quien recibe a los pacientes cuando ingresan al servicio y por ello su preparación psicológica, física y profesional, para el éxito de los objetivos de atención del centro sanitario.

Desde la atención inicial del paciente, su movilización y traslado, requieren que el celador tenga la disposición y la formación necesaria, para realizar esas importantes labores en beneficio del paciente y del equipo de trabajo.

En la función del celador, de mantener el orden y la atención inmediata, requiere una adecuada empatía, nivel de comunicación y observación constante.

En cuanto a la permanente movilización del paciente, el celador debe utilizar las técnicas adecuadas en beneficio del paciente y del suyo propio, evitando lesionar al paciente y al mismo tiempo evitar sufrir algún accidente laboral.

6 Bibliografía

1. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm
2. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.
3. Estatuto del personal no sanitario.

Capítulo 325

COMPETENCIAS Y DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL PROFESIONAL CELADOR

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ JIMENEZ

ANA ISABEL VILLARRUBIA MARTIN

MONICA MARTÍN NIETO

ANA DELGADO GARCIA

ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA

1 Introducción

La atención primaria es considerada y llamada como la puerta de acogida a los servicios de salud, es el nivel más básico de atención el cual comprende y engloba diversas y distintas actividades y asistencias hacia la promoción, prevención y conservación de la salud, en estas entran la educación sanitaria, prevención de patologías, atenciones clínicas, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social. La prestación de esta atención y asistencia está a cargo de equipos interdisciplinarios que garantizan y certifican la calidad y accesibilidad así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención.

La asistencia en la Atención Primaria al usuario o paciente le proporciona:

- Asistencia sanitaria a de tres modos distintos los cuales son a demanda, asistencia bajo cita o sea programada y la asistencia considerada urgente, esta se dará tanto en consulta como si el paciente necesitara asistencia en su propio domicilio.

Asistencia en atención familiar, la prescripción de terapias y tratamientos así como la atención comunitaria.

Incluirá a su vez la rehabilitación, y atenderá todas las etapas cronológicas del paciente como la infantil, adultos, adolescentes, y la tercera edad, los enfermos crónicos y los considerados y englobados dentro de los grupos de riesgo.

La salud bucodental, salud mental así como asistencia a cuidados paliativos y enfermos terminales.

2 Objetivos

Exponer algunos de los aspectos más destacados del desarrollo del trabajo del celador en los centros de salud de la atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado 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 finalidad y objetivo que se expone es desarrollar las importantes y necesarias funciones y competencias que el profesional celador tiene dentro de los centros de salud en atención primaria teniendo en cuenta siempre que el celador es parte imprescindible y esencial de la actividad asistencial.

En la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971, quedan establecidas, pero se hace en esta exposición un breve resumen de sus funciones, desarrollos y competencias más esenciales de la Atención Primaria:

1. Vigilancia y seguridad:

Esto nos viene a decir que se debe tener una estricta vigilancia de los lugares de trabajo, a si como de sus instalaciones para que estas estén siempre en y correcto orden y organización a la vez que velar por una limpieza adecuada.

Se ocupara de el orden y control de los familiares.

2. Información y atención al usuario:

Sera desempeño del celador guiar, así como dar la información adecuada dentro de sus competencias de la organización del servicio a los familiares, o ayudarles con la documentación.

3. Desplazamiento y movilización de usuarios:

Los pacientes en sillas de ruedas se hará cargo de ellos o los que denoten una movilidad reducida les ayudara en todo momento hasta que se hagan cargo los profesionales sanitarios, en el lugar que le corresponda ya sea urgencias, consulta o triaje entre otros.

4. Reposición de materiales:

Su labor será en los centros de salud de la reposición de algunas consultas si así esta establecido en ese centro, hará encargos tanto dentro como fuera del centro si esto fuera preciso , mantendrá en correcto funcionamiento las fotocopadoras o fotocopiará documentos si se le encarga.

Otro de los desempeños será el de la repartición de la documentación necesaria para la asistencia y buen funcionamiento del centro, la correspondencia también es una de sus funciones a la hora de distribuirla, recogerla o entregarla.

5 Discusión-Conclusión

Lo que destacaremos y concluiremos en este artículo, lo fundamental es que el celador debe ser conocer de todas y cada una de las funciones y desempeños a desarrollar dentro de sus competencias de ello dependerá el buen funcionamiento del centro y repercutirá n una adecuada y más agilizada asistencia y atención a los pacientes y usuarios, es una labor esencial ya que los profesionales sanitarios deberán estar centrados en la atención y asistencia del paciente y con la ayuda y apoyo de los celadores, este trabajo se reparte, beneficiando así al centro, a los demás profesionales y en un desarrollo asistencial fluido ya que repercute en una mejor asistencia al paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf.
2. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/salud-publica/coronavirus-sars-cov-2-informacion-y-protocolos-asistenciales>.
3. <https://www.canarias7.es/sociedad/sanidad/contagios-entre-no-sanitarios-DB9074674>.

4. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/coronavirus-fijados-tres-escenarios-de-riesgo-para-el-personal-sanitario-357>.
5. www.essaeformacion.com.
6. Temario Celador. Editorial Mad.
7. www.ifp.es.
8. www.auxiliar-enfermeria.com/funcionesycompetencias_celador.htm.

Capítulo 326

AFECTACIONES PROPIAS DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE URGENCIAS DE CENTRALITA DERIVADAS DEL RUIDO

SUSANA EXPÓSITO GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro del desarrollo del trabajo de un auxiliar administrativo en un centro hospitalario, las características de los propios puestos de trabajo pueden variar significativamente, ya que los auxiliares administrativos están desperdigados por todo el recinto, poseyendo cada uno de ellos diferentes características que les hacen susceptibles de sufrir diferentes riesgos laborales propios a cada uno de los diferentes puestos. Es muy común que existan diferentes puestos de trabajo de auxiliar administrativo dentro de una centralita telefónica, bien para dar las citaciones a los usuarios como para poder resolver sus dudas. Por otro lado, tampoco nos podemos olvidar de la importancia del puesto de trabajo del auxiliar administrativo dentro de la unidad de emergencias. Este capítulo se va a centrar en los diferentes riesgos laborales que tienen ambos puestos de trabajo en particular, ya que tienen en común un aspecto muy importante que no se da de forma tan habitual o tan acuciante en otros puestos de trabajo de un auxiliar administrativo en un centro hospitalario, se trata del ruido ambiental, ya sea de forma continuada a lo largo de la jornada laboral, por el uso de auriculares o por la gran cantidad de ruido que puede generar el estar en una zona próxima a las ambulancias de forma continuada.

2 Objetivos

En el presente estudio se va a analizar los diferentes riesgos laborales y sus consecuencias a las que se enfrenta un auxiliar administrativo de un centro hospitalario expuesto a un ruido acuciante o continuado a lo largo de su desarrollo laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 estudiado como palabras clave: uso continuado de auriculares, exposición al ruido del personal de urgencias, patologías del trabajador de centralita, uso continuado del teléfono.

4 Resultados

El trabajador auxiliar administrativo que desempeña su labor en la centralita, es decir, los trabajadores y trabajadoras que emplean de forma continuada en su jornada laboral los teléfonos y/o auriculares, pueden llegar a desarrollar problemas de salud relacionados con el ruido, es decir, están altamente expuestos a la contaminación acústica. Es muy habitual que los auriculares que emplean estos trabajadores a lo largo de las diferentes horas de trabajo no sean precisamente los más modernos, por lo que lo más habitual es que estos aparatos generen un ruido por encima a los 85 decibelios, y no debemos olvidar que según la OMS, el nivel aceptable de ruido sea de 65 decibelios. De acuerdo a la OMS, la exposición continuada y prolonga a ruidos por encima de los 85 decibelios, ya puede generar riesgo de pérdida de audición crónica.

Además, no debemos olvidar que el personal de centralita no es el único expuesto a ruidos o contaminación acústica en el desarrollo de su trabajo en un centro hospitalario, los trabajadores y personal de urgencias también lo sufren de forma acuciante y prolongada.

Un trabajador o trabajadora de urgencias es susceptible de ser víctima del ruido continuado de las ambulancias, pudiendo estas alcanzar incluso niveles superiores a los 90 decibelios. Es cierto que los trabajadores que más sufren dicha exposición son los propios técnicos de ambulancias, pero no hemos de perder de

vista que el resto de los trabajadores de urgencias también la sufren.

Las principales dolencias de salud producidas por la exposición al ruido y a la contaminación acústica son:

- Pérdida temporal de audición.
- Pérdida de audición crónica.
- Tinnitus.
- Problemas y alteraciones del sueño.
- Cefaleas o migrañas.
- Agitación respiratoria.
- Inestabilidad emocional.
- Estrés.
- Irritabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Cuando pensamos en los posibles riesgos laborales que puede sufrir un auxiliar administrativo en un centro hospitalario, es muy probable que no pensemos en el ruido o en la contaminación acústica como un factor determinante, pero no podemos olvidar que los riesgos laborales a los que puede verse sometido un trabajador no dependen solo de su función, sino del puesto de trabajo propio del mismo. Así, que cuando pensamos en los riesgos laborales que puede sufrir un trabajador que desempeña su labor en la centralita en la que utiliza teléfonos o auriculares de forma continuada, o un empleado que la realiza en el área de urgencias, debemos tener muy en cuenta la exposición continuada al ruido, ya que puede ser relevante en su salud.

6 Bibliografía

1. Mendoza-Sánchez, R. S. (1996). Nivel de ruido en una institución hospitalaria de asistencia y docencia. *Gac. Med. Méx* 132(2): 127-133.
2. Martínez García-Alcañiz, B. (2012). “Choque acústico” en trabajadores de centros de llamadas. *Revista enfermería del trabajo*. 2(2): 156-159.
3. Smagowska, B. (2010). Noise at workplaces in the Call Centre. *Arch. Acoust* 35(2): 253-264.

Capítulo 327

PREVENCIÓN Y MANEJO EN LAS HERIDAS POR QUEMADURAS POR EL PROFESIONAL CELADOR

ANA ISABEL VILLARRUBIA MARTIN

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ JIMENEZ

MONICA MARTÍN NIETO

ANA DELGADO GARCIA

ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA

1 Introducción

Una quemadura se concreta como daño en un tejido, ocasionado por el calor, los productos químicos, la electricidad, la luz fuerte del sol, o la radiación. Las heridas por quemadura pueden también producirse debido a la inhalación del aire caliente o del humo, dañando las vías de los pulmones. Los signos y los síntomas de una quemadura incluyen en la piel, cicatrices, ampollas, la hinchazón y además pueden ser dolorosas.

Las quemaduras se pueden encasillar en tres grupos:

Quemadura o herida de primer grado: Heridas por quemadura de menor trascendencia que afectan a la capa visible de la piel, llamadas la epidermis.

Quemadura de segundo grado: Afecta a la epidermis y la dermis, que es la capa de la piel debajo de la epidermis.

Quemadura de tercer grado: Tipo de quemadura que penetra en la magnitud completa de las capas de la piel y alcanza interiormente la capa subcutánea. Una quemadura de tercer grado profunda logra provocar la muerte.

El tratamiento de una herida por quemadura depende de la violencia de la quemadura, de su posición, y del campo de la extensión que reviste.

Una quemadura de primer grado origina habitualmente la rojez de la piel, la sensación dolorosa, y la hinchazón tibia.

2 Objetivos

Advertir y ayudar sobre la prevención y cuidados de las heridas por quemaduras, proporcionando recomendaciones fundadas en los resultados de la investigación existente.

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 primeros auxilios para una lesión por quemadura de primer grado son: Emplear agua fría, o una compresa húmeda fría, al espacio quemado hasta que el dolor disminuya.

Una vez que se enfría la superficie, emplear un gel para quemadura si está disponible, si no, tapar la herida con un aderezo o un trapo de ropa fresca limpia para conservarla libre de basura y para protegerla frente a daño adicional.

Quite cualquier joya u otros objetos apretados del área quemada anteriormente a que comience a hincharse.

Si aparecen las ampollas, no las rompa, ya que protege el área contra luz del sol directa y aplica lociones protección solar.

Las quemaduras del Alto grado se asocian a daños profundos. En caso de quemaduras en las manos, pies, cara, nalga, etc., el cuidado facultativo inmediato es

necesario. Los pasos que se deben practicar para tratar una quemadura del alto grado incluyen:

Inmediatamente llamamiento para el apoyo facultativo profesional.

Quite el origen de la quemadura al momento y proteja al individuo quemado.

Asegúrese de que la respiración y la circulación estén mantenidas en primer lugar.

Revista la superficie quemada con frío, mojado, y limpie los vendajes.

En caso de una quemadura severa e importante, no sumerja el campo afectado en agua fría, ya que logra producir una bajada de calor significativa, un estado conocido como hipotermia.

Quite las prendas u objetos apretados del área quemada rápidamente.

En caso de una quemadura del alto grado, los tratamientos facultativos pueden incluir:

Lociones y los ungüentos curativos.

Medicaciones para el dolor y ansiedad.

La gestión de líquido intravenoso para impedir desplome en la presión arterial y la deshidratación.

Vendajes para heridas regulares para despojar el tejido muerto o infectado - Antibióticos para eludir infecciones.

Fisioterapia.

Ayuda de inhalación.

Cirugía de la descompresión para eliminar tapajuntas constrictivos de la quemadura para instaurar la circulación de sangre o la respiración.

Injerto de piel para quitar el tejido de la cicatriz.

Cirugía plástica para perfeccionar la apariencia de cicatrices.

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras son heridas que afectan a la piel ocasionada por distintos agentes (frío, calor, productos químicos, electricidad y/o radiaciones). El grado de la herida es la derivación de la intensidad del agente causal y del período de la exposición y logra pasar de una herida respectivamente menor y superficial hasta el daño extenso y severo de la piel. Las quemaduras, sobre todo si son graves, a menudo pueden unirse a la dolencia de otros aparatos, bien por modificación directa o bien como resultado de la deshidratación. Sin embargo, su pronóstico ira en dependencia de la amplitud y de la profundidad de la herida, hay ciertas zonas como manos, pies, cara y perineo, que por sí solas producen graves incapacidades. La valoración de la persona quemada depende de la causa de calor, el

tiempo de acción y su intensidad, el tipo de enfermo (edad y patologías previas) y de la calidad del procedimiento que se preste en la fase aguda.

6 Bibliografía

1. <https://orionformacion.com/curso/56411/conocimientos-basicos-ante-las-principales-situaciones-de-primeros-auxilios-para-el-celador>
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-primeros-auxilios.html>
4. <https://portal.guiasalud.es/>
5. <https://msktc.org/>
6. <https://www.news-medical.net>
7. <https://www.fundacionsigno.com/>

Capítulo 328

EL DESEMPEÑO Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

MONICA MARTÍN NIETO

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ JIMENEZ

ANA ISABEL VILLARRUBIA MARTIN

ANA DELGADO GARCIA

ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA

1 Introducción

Una emergencia es una situación considerada y establecida como crítica que conlleva e implica un riesgo para la vida del paciente o paciente o usuario y que esta requiere de una asistencia y atención inminente, en cuanto a la situación de urgencia esta será una situación que conlleva e implica un riesgo para el paciente o paciente o usuario cuya asistencia y atención no se debe de llegar a retrasar más de las 24 o las 48 horas.

El servicio o unidad de emergencias y de las urgencias funciona sin ningún parón, todos los días del año así como las 24 horas del día.

Los asistidos, paciente o usuarios pueden acudir al servicio o unidad de emergencias y urgencias de diferentes y diversas formas:

Originario de su centro de salud derivado a través de su facultativo de familia de la atención primaria

Por propia necesidad y decisión del paciente o usuario o de sus familiares.

Los recursos humanos asignados a la Sección de Emergencias y urgencias están constituidos por:

Experto facultativo: facultativos de plantilla y facultativos Internos residentes.

Experto sanitario no facultativo: personal enfermero y de los Técnicos de cuidados básicos de enfermería.

Profesional no sanitario: como son los auxiliares administrativos, el profesional de celadores, personal de seguridad y personal de los servicios de limpieza.

La asistencia y atención en las emergencias y en las urgencias es dando siempre la conveniente preferencia a los pacientes o usuarios más graves. En relación con ello se definen unas zonas y áreas funcionales, o como se le conoce los llamados circuitos de enfermos/ paciente o usuarios, diferenciados y protocolizado según el riesgo, los medios establecidos en diagnósticos y terapéuticos que estos requieren y por supuesto el tiempo previsible de la estancia y duración en el servicios de emergencias y urgencias:

Dispondrá de una zona destinada a la admisión y la recepción. Así como de un Área de triaje o de clasificación.

Zona o sitio de consultas o policlínica. Área o zona de observación o comúnmente llamada de sillones. Área y zona de observación de los pacientes en camas. Área o zona de apoyo o servicio o unidades comunes.

2 Objetivos

Exponer por parte del celador las competencias y la labor que desarrolla en el servicio o unidad de emergencias y urgencias en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

Funciones específicas en el servicio o unidad de emergencias y urgencias hospitalarias para los celadores:

- Saldrán y estarán a cargo de recibir a los enfermos, paciente o usuarios, ya vengan en los vehículos como la ambulancia o en sus propios coches particulares.
- Dirigirá y orientará al enfermo o familiares o usuarios al servicio o unidad destinada a admisión, siempre y cuando la situación lo acceda, o derechamente lo transportará a la zona o área de triaje, mientras que un familiar o acompañante da y proporciona los datos requeridos administrativos.
- Acarrearán a los enfermos, paciente o usuarios en la silla de ruedas si este no pudiera hacerlo por si mismo, cama, camilla o por su propio pie.
- La puerta de emergencias y urgencias, deberán estar en todo momento dotadas de sillas de ruedas y camillas.
- Solo dejan pasar a los sujetos que estén autorizados.
- Estar siempre pendientes de la realización de las demandas del personal sanitario.
- Serán los encargados de las comunicaciones y recados verbales que por jerarquía superior se le transmita.
- Desplazara y trasladara al enfermo, paciente o usuario a las áreas que le sean encomendadas ya sea por la realización de pruebas diagnosticas o por su traslado a otra unidad o inclusive la realización del ingreso y traslado a planta del paciente.
- La documentación requerida para la asistencia y atención del paciente como pueden ser las pruebas de laboratorio, o banco de sangre, farmacia, admisión y la conveniente recogida de los resultados de las pruebas realizadas.
- Controlara en todo momento el mantenimiento del adecuado orden de los familiares en referencia a la unidad y les proporcionara la información que necesiten en cuanto a que se puedan ubicar o hallar el lugar al que deben de dirigirse.
- Recalcar aunque por todo es sabido que no es competencia del celador dar información de ninguna clase sobre el estado de salud del paciente a sus familiares o acompañantes.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar a partir de la descripción y visión del celador de las funciones y competencias que le atañen, en los diferentes puestos o zonas diferenciadas de las urgencias hospitalarias en los centros que dispones de este servicio o unidad , El profesional, así como la figura y puesto del Celador, es una pieza clave

y fundamental en el equipo de trabajo, de estas unidades y es por ello, que tiene demasiada relevancia, el que sea un profesional instruido y actualizado, además, de que desempeñe correctamente su trabajo para un buen funcionamiento del área, ya que de ello dependerá la buena organización y esto se verá repercutido en la asistencia sanitaria que se le proporcione al paciente o usuario, en esos momentos críticos que se vivencian en los servicio o unidades de urgencias y emergencias, ya que en demasiadas ocasiones dependerá de ello la vida del paciente o usuario.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacioncarpediem.com/curso/697/curso-el-celador-en-urgencias-y-emergencias>.
2. <https://www.emagister.com/assets/es/course/3253272/file/80117/Celador-Urgencias-Emergencias.pdf>.
3. <http://www.epes.es>.
4. <https://revistamedica.com/celador-emergencias-y-urgencias/>.
5. <http://scielo.isciii.es>.

Capítulo 329

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN DE UN HOSPITAL

JOSE ANGEL RUANO LOPEZ

1 Introducción

Se define almacén como edificio o local donde se depositan géneros de cualquier especie, generalmente mercancías.

El factor que se tendrá en cuenta a la hora de realizar el diseño de un almacén hospitalario será la optimización del espacio disponible.

Un almacén debe estar equipado para recibir, preparar y guardar cualquier tipo de mercancías.

Las funciones que desempeña un almacén hospitalario son:

- Recepción todos los productos necesarios solicitados a los proveedores externos para que la actividad de una Institución Sanitaria se lleve a cabo.
- Establecer el control de calidad.
- Almacenamiento de las mercancías
- Preparación de los pedidos.
- Expedición de pedidos.

La finalidad de un almacén en una Institución Sanitaria es garantizar el aprovisionamiento de las distintas unidades y servicios, en todo momento y a un coste razonable.

En un Hospital o Centro de Salud nos vamos a encontrar con dos almacenes, como mínimo, uno será el de farmacia y el otro el almacén general, que a su vez se puede subdividir en almacén de material de mantenimiento, almacén de

material clínico fungible, almacén de material quirúrgico, almacén de aparataje, almacén de papelería, almacén de lencería, etc.

En el almacén de un hospital el trabajo está coordinado de forma jerarquizada por multitud de profesionales, entre los que se incluye el celador. La figura del celador realizará multitud de tareas y funciones dentro del almacén que tendrán como objetivo final que cualquier material llegue a las manos de su destinatario bien sea un profesional sanitario o un paciente, aportando así su grano de arena en función del buen desarrollo de un centro sanitario.

2 Objetivos

Exponer de forma breve y concisa las funciones que el celador lleva a cabo en el almacén de una institución sanitaria. Y poner en valor su profesión para el buen funcionamiento de este servicio.

3 Metodología

Para la realización del presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de búsqueda y recopilación de documentación en la red, consultando diferentes plataformas de información científica como Pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "celador" y "almacén hospitalario".

Posteriormente se ha procedido a una revisión ordenada de la bibliografía y se han seleccionado los artículos científicos de mayor interés para la elaboración de este trabajo.

4 Resultados

El celador dentro del almacén de un hospital o centro de salud realiza numerosas funciones las cuales vamos a pasar y explicar a continuación.

Algunas de estas son:

- Recibir las mercancías comprobando el número de bultos que indica el albarán de entrega.
- Revisión del material recibido.
- Distribuir los productos, y colocar la mercancía recepcionada en las estanterías del almacén.
- Comprobar que los vales de pedido de los diferentes servicios o unidades del hospital están cumplimentados correctamente.

- Distribuir los suministros internos a las distintas plantas y servicios del hospital.
- Participar en el inventario general que se realizará una vez al año.
- Informar al responsable del almacén sobre las entradas de material.

Son objetivos fundamentales en el reparto de material la rapidez y efectividad, por lo que el celador debe ser resolutivo a la vez que efectivo.

A continuación vamos a pasar a explicar detalladamente alguna de las fases más importantes que se realizan dentro del almacén como es la fase de suministro.

Suministro es el conjunto de tareas cuya finalidad es aprovisionar de materiales al almacén general del hospital y cada uno de los diferentes servicios sanitarios.

Estos suministros pueden ser:

Externos: Son aquellos que abastecen al almacén general desde fuera procedentes de los distintos proveedores.

Internos: Son los productos distribuidos desde el almacén general del hospital o centro sanitario a las distintas unidades y servicios.

Otra fase importantísima en el funcionamiento del almacén es la fase de organización del mismo y consta de varios puntos como son:

1. Previsión de aprovechamiento: Consiste en conocer las necesidades del material preciso y necesario para el buen funcionamiento de la institución sanitaria.
2. Planificación de adquisiciones: Consiste en elaborar un plan para adquirir mercancías.
3. Procedimiento administrativo de contratación: Es el modo de adquisición de los productos y servicios necesarios de un almacén.
4. Petición de material: Es la sección administrativa quien procede a la petición de material.
5. Recepcionamiento de mercancías: Consiste en la recepción, control/revisión de las mercancías. En esta zona del almacén es donde se efectúa la clasificación de los productos recibidos para su posterior ubicación en el mismo.
6. Almacenamiento de la mercancía: Consiste en que a cada producto recibido se le asigna un código donde quedará guardada de una forma ordenada para su posterior entrega, previa petición por las correspondientes unidades y servicios del hospital.

5 Discusión-Conclusión

A través de todo lo comentado y expuesto en este capítulo nos podemos llegar a hacer una idea de la importancia que tiene la figura del celador en el funcionamiento del almacén hospitalario y del funcionamiento del mismo.

El trabajo desempeñado por el celador y otros profesionales dentro del almacén va destinado y orientado al beneficio, mejora y promoción de la salud del paciente.

Y aunque el almacén parezca una pieza menos fundamental en la cadena sanitaria, este es uno de los puntos más importantes del hospital, ya que nutre de cualquier tipo de material a todos los servicios y personas que en él se encuentran, ya sean usuarios o trabajadores.

6 Bibliografía

1. Acuerdo del Consejo de Ministros 26/06/1990 que modifica el Real Decreto Ley 3/1987.
2. Artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmó en una orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971.
3. Estatuto Marco (Ley 55/2003, de 16 de diciembre).

Capítulo 330

AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

JORGE GARCÍA ALVAREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia en el lugar de trabajo como "todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud".

Se podría definir agresión como el acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño.

El tipo de agresión que más se da entre el personal sanitario es:

"Cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometidos por un paciente, su familiar o acompañante, contra un profesional médico en el ejercicio de su función y causando un daño físico o psicológico".

Por último, el término agresión se puede llegar a definir a nivel general, ya no sólo en el ámbito de la sanidad como una conducta interpersonal cuya intención es herir o causar daño simbólico, verbal o físico a una persona que no desea sufrir esa suerte y que de hecho provoca daño real cierto tiempo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer la realidad que se soporta en los centros de salud en cuanto a las agresiones.

Objetivos secundarios:

- Conocer las causas que incitan al agresor a tener semejante conducta.
- Analizar los momentos del día donde suceden más agresiones.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos publicados en revistas de relevancia dentro de la temática de administración en el sistema de salud, encontrados a través de la bases de datos Google Scholar, Elsevier, hasta justo el día 15 de Septiembre de 2022.

Palabras clave: agresión, crueldad, paciente, querrella, violencia en el trabajo, factores de riesgo y habilidades sociales.

4 Resultados

La violencia contra el personal sanitario en su lugar de trabajo es una triste realidad en la actualidad. La prevalencia de este fenómeno va en aumento en todo el mundo y tiene graves consecuencias tanto psicológicas como laborales entre los profesionales que lo sufren.

Haciendo un análisis de las estadísticas, estas demuestran que dentro del personal del centro de salud, los auxiliares administrativos y los galenos son los más propensos a recibir agresiones tanto verbales como físicas, la causa esgrimida por los pacientes son las colas de espera para ser atendidos, su objetivo es llegar y ser llamados de inmediato, perdiendo la paciencia demasiado pronto e incluso algunos las formas manifestando un comportamiento erróneo.

Muchas de las agresiones que sufren los profesionales del SNS siguen sin ser comunicadas y denunciadas, por lo que los datos que se muestran en estos informes, constituyen una pequeña parte de la realidad.

Las agresiones notificadas por parte de los profesionales del SNS se corresponden en su mayoría con agresiones de tipo no físico, entre las cuales se encuentran los insultos y las amenazas.

Sin embargo, es preciso señalar que existe un alto porcentaje de agresiones físicas notificadas, que se ven acompañadas de agresiones verbales. No obstante, a la hora de registrar dicha notificación, es probable que contabilicen como dos agresiones para un mismo acto.

Las agresiones suelen ser verbales (gritos, amenazas, insultos), llegando en algún caso a poder ser físicas e incluso ataques a las instalaciones de los centros, la mayoría se producen durante la mañana que es cuando mayoritariamente los pacientes acuden al centro de salud.

A nivel general a parte de los centros de salud, las agresiones ocurren mayoritariamente en las consultas, seguidas de hospitalización, los puntos de admisión e información, urgencias, las unidades de psiquiatría y salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los problemas que surgen a raíz de las agresiones es la disminución de la calidad en el Sistema Sanitario.

Los principales agresores son más los familiares que los propios pacientes, se han elevado ligeramente las denuncias sobre todo de agresiones físicas, las verbales cuesta más que sean denunciadas.

Las agresiones al personal no sanitario originan un problema que provoca secuelas laborales y emocionales y dan lugar a una percepción de inseguridad en el centro de trabajo en los profesionales no sanitarios. Este problema provoca un aumento grave no sólo porque expone a ser víctimas de agresiones a muchas personas, sino porque viola los derechos fundamentales de seguridad en el centro de trabajo y porque sus consecuencias modifican la calidad del servicio que se presta y afectan a la salud pública de toda la población.

Actualmente se hace mucho hincapié en fomentar la pronta detección para evitar daños mayores y un aumento de las agresiones, indicando a los trabajadores de los diferentes centros de salud que tengan una actitud de alerta y que a la mínima sospecha o conducta inapropiada por parte de los pacientes lo comuniquen de inmediato.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/violencia-ambito-sanitario>.
2. <https://revistamedica.com>.
3. <https://www.sanidad.gob.es>.
4. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/1/com>.

Capítulo 331

CONOCIMIENTO EN BIOÉTICA POR EL CELADOR

MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ PLAZA

1 Introducción

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, sin embargo, a veces discrepen y estén en contradicción.

Para poder referenciar y hablar sobre la importancia de la Bioética debemos conocer muy bien 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” fijó el término bioética (1).

Esta visión de la conducta humana, al igual que el vocablo de la Bioética, hizo su primera 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 la de instaurar un puente entre las dos culturas, la científica y la humanística - moral. La Bioética debe hacerse cargo y comprometerse de unir la ética y la biología. La bioética tiene por función enseñar cómo esgrimir el conocimiento, es una ciencia de la supervivencia (2).

2 Objetivos

- Definir según el oncólogo 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

En la exposición de Potter, la Bioética nace y brota de una situación de alarma por consecuencia de los avances científicos.

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.

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 sujetos, asegurar la autonomía que necesiten para que los realicen por sí solas, es decir, como únicos propietarios de sus actos y decisiones, aunque sean sujetos enfermas. 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 basa 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 expresa 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 sujeto 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 332

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL Y FALLECIDO

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

ENCARNACIÓN ALONSO NUÑEZ

MARÍA SANTA TRIGUERO BEJARANO

MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE

DIEGO MARTIN MAROTO

1 Introducción

Las enfermedades han ido evolucionando con el tiempo. Son diversas las enfermedades que actualmente existen en la sociedad, pero cabe destacar que enfermedades como el cáncer, el VIH y el covid-19, entre otras, que muchas veces evolucionan de manera acelerada, al punto que el paciente llega al servicio de cuidados paliativos.

El servicio de cuidados paliativos tiene como principal objetivo más que curar al paciente, el cuidado físico y psicológico, para evitar que en la última fase de su vida sufra, disminuir el dolor que padece y apoyar al familiar. Es por ello la importancia del personal que es asignado a cuidados paliativos, porque son pacientes en estado terminal. El nivel de empatía y cariño de este personal debe ser de mayor conciencia.

El celador asignado a este servicio debe tener una preparación a nivel psicológico y físico mayor, para poder ayudar a los pacientes terminales, sin que esta situación les afecte de manera directa.

El celador debe mantener una conducta correcta y empática, cuidar cada expresión corporal o respuesta que debe dar frente a una pregunta que emita el paciente, por ello es importante la comunicación verbal y no verbal frente a estos pacientes.

2 Objetivos

- Desarrollar la actuación del celador con el paciente terminal y fallecido.
- Analizar el comportamiento del celador frente a un paciente terminal.

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 cuidado de los pacientes terminales, requiere de la coordinación de un equipo multidisciplinario y el celador es pieza fundamental en él. Partimos de las funciones del celador frente a los pacientes terminales y fallecidos que comienzan por:

- La preparación psicológica y física del celador, para evitar que la situación de enfermedad avanzada del paciente le pueda afectar.
- Velar constantemente porque el paciente esté atendido.
- Facilitar la comodidad y mayor confort del paciente, haciéndole cambios posturales.
- Vigilar que el paciente siempre esté limpio, hidratado, cómodo y que no esté solo.

La mayoría de los pacientes terminales pasan por diferentes fases, comenzando por no aceptar lo que le está pasando y trata de negociar. Así mismo, pasa por momentos de violencia y agresividad, preguntándose por qué él, no entiende

lo que le está pasando. Se lamenta constantemente, por los momentos perdidos, hasta que llega a la última fase que es la de la aceptación y comienza a prepararse para la muerte.

Los pacientes terminales pueden llegar a experimentar cambios físicos que afecten su estado psicológico y físico, que van desde alteraciones constantes en su estado mental, aparato digestivo, físico, úlceras, hematomas, infecciones urinarias, incontinencia, disminución de los signos vitales y pérdida de la consciencia, entre otras.

El celador debe estar preparado para apoyar cuando llega la muerte y ejercer sus funciones que son determinantes en esta fase postmortem, el celador ayuda a los enfermeros y/o personal encargado del amortajamiento, que no es más que la preparación del cadáver que debe realizarse con celeridad para evitar el rigor mortis.

El celador ayuda en la preparación del todo el proceso del exitus, para que después que el personal facultativo realice la autorización para que los familiares puedan velar a su familiar. En este proceso se debe seguir un protocolo:

- Se realiza con la mayor privacidad posible, se coloca en la cama en posición horizontal.
- Se retiran las sondas, drenajes y todo lo que pueda tener el fallecido.
- Se realiza la higiene del cadáver, se procede a cerrar la boca y ojos, etc.
- El celador debe mantener las medidas adecuadas para la preparación del cadáver, el uso de la instrumentación como son los guantes, batas y todo aquello que permita tanto el cuidado del fallecido, como del celador, sobre todo si la muerte es derivada de una enfermedad contagiosa.

Finalizado el amortajamiento, los familiares podrán pasar y permanecer con el fallecido. Seguidamente, el celador, realizar el traslado del fallecido al mortuario. Cuando dicha acción se efectúe, será preciso que todas las puertas de las habitaciones de la planta estén cerradas y el pasillo despejado.

Desde el ámbito de la norma que regula al personal no sanitario, como lo es el celador, este cumple una función de apoyo a las enfermeras, auxiliares y personal encargado del mortuario.

Muchas veces, las funciones salen fueran de la regulación legal y es el celador quien pudiera terminar encargándose en gran parte de esta situación:

1. El celador está atento cuando el paciente comienza y pierde la función respiratoria y la función cardíaca, en este momento debe llamar al personal cualificado

para que haga la auscultación y certifique si ha fallecido.

2. Pudiera ocurrir que el paciente, tenga los signos vitales muy débiles, por lo cual hay que verificar si ha perdido la actividad cerebral y sensibilidad cutánea, pero es el personal sanitario quien debe realizar el encefalograma, para determinar si hay actividad nula y tener certeza de la muerte.

3. También se puede producir la muerte por la desaparición gradual de la temperatura del cuerpo, a eso se le llama “Algor Mortis”.

4. Cuando el paciente llega al Rigor Mortis, su cuerpo se endurece y presenta una rigidez del cuerpo.

Las funciones del celador frente al paciente fallecido están definidas mediante normativa, dentro de las cuales nos podemos encontrar las siguientes:

- Traslada el cadáver desde el depósito hasta la mesa de autopsias.
- Preparar el cadáver para la autopsia.
- Apoya al médico y enfermeros durante el proceso de la autopsia, es quien efectúa los movimientos que hagan falta.
- Realiza las anotaciones, pesa los órganos.
- Realiza el aseo al cadáver y lo recompone.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el cuidado de los pacientes terminales es parte fundamental de un coordinado equipo multidisciplinario.

El celador, entre sus funciones, debe tener una preparación física y psicológica para evitar que las diferentes situaciones vividas en la atención de los pacientes terminales, les pueda afectar en su constante atención al paciente.

El celador facilita la comodidad y confort del paciente, haciéndole cambios posturales. Vigila que el paciente esté limpio, hidratado, cómodo y que no esté solo.

El celador en caso del fallecimiento de los pacientes terminales, traslada el cadáver desde el depósito hasta la mesa de autopsias, apoyando al médico y enfermeros. Es quien efectúa los movimientos que hagan falta y realiza el aseo del cadáver y lo recompone.

El celador tiene en sus funciones la asistencia en todo el proceso de preparación del éxitus.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/actuacion-celador-paciente-terminal-fallecido/>.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud.
3. <https://fisiostar.com/celador/actuación-celador-con-pacientes-fallecidos-sala-autopsia-y-mortuorios>.

Capítulo 333

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN HOSPITALARIA POR EL PINCHE

PABLO OLIVA GARCIA

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

BLANCA ALONSO SÁNCHEZ

MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA

RAUL GARCIA CALVO

1 Introducción

La alimentación para los enfermos en los hospitales es verdaderamente un complejo proceso en la industria, que posee múltiples participantes, así como muchos y diversos planos de actuación. Este desarrollo y proceso es desconocido o muy poco conocido por demasiados profesionales de la salud y, que penosamente, con frecuencia es postergado o relegado a un segundo plano en la planificación y organización de los presupuestos de las instituciones sanitarias.

La alimentación de los hospitales ostenta unas particularidades y características que la conciben única en la esfera de la restauración dedicada a la comunidad o colectividad. Tiene así que interpretarse la ciencia de la Nutrición a la diligencia aplicada en la terapia facultativa. Asimismo, de esa interpretación, concernirá aportar toda esta técnica para la finalidad y objetivo de que los enfermos ingresados en el contexto hospitalario y que se les aporte se les aporte esa terapia

nutricional con gran calidad y que al mismo tiempo se recoja una ingestión de alimentos adecuados. Esto estará entorpecido por el propio trascurso o particularidades patológicas del enfermo y los cambios requeridos para crear una dieta terapéutica que se ajuste a su patología.

Normalmente los enfermos con una determinada patología, asimismo, de no poder seleccionar lo que quieren y desean comer, están afectados orgánicamente y es por ello por lo que asumirán de unas defensas bajas, el apetito se verá menoscabado, ausente o exquisito, selectivo o delicado, y en muchos por no decir la gran mayoría de las patologías tienen por prescripción alguna restricción de algún nutriente o inclusive dificultad para la deglución.

El objetivo de la alimentación y nutrición hospitalaria ha de estar encauzado y referente a cumplir hacia el paciente dos objetivos y finalidades primordiales:

- Dar una alimentación y dietas, que, bajo un criterio sanitario e higiénico, sean íntegramente seguros a la par que logren ser inocuos para los enfermos hospitalizados.
- Ofrecer una dieta convenientemente equilibrada tanto cualitativa como adaptadamente cuantitativa.

2 Objetivos

Exponer la importancia del cuidado hacia los alimentos y la calidad en la alimentación sanitaria, así como la custodia y vigilancia de la cadena alimenticia y epidemiológica asimismo la actualización en alimentación en los hospitales.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas sobre el tema que estamos tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En los ingresos hospitalarios los enfermos ingresados en la mayoría de los casos de patología la inquietud, intranquilidad de su patología asimismo, del dolor

benefician a la aparición de niveles bastante exponenciales de inapetencia y as-tenia hacia los alimentos a la hora de las comidas, y si a esto se le completa las posibles insuficiencias o carencias en la calidad de los suministros recibidos en al centro, la situación pasa a ser muy nefasta y se ve reflejado en un descenso de su ingesta y una visible desnutrición paulatina que forjará que el enfermo asuma más riesgo y por supuesto más contingencias de complicaciones esto derivara en la prolongación en el tiempo su ingreso y estancia hospitalaria.

La alimentación instituirá uno de los pilares más significativos y fundamentales del ingreso de un enfermo hospitalizado. Una nutrición conveniente consentirá mejorar y recuperarse en su patología a un enfermo y, en la gran mayoría de los procesos, evitar más complicaciones de las que tenía al ingreso y estancias hospitalarias más largas.

Entre los elementos que hacen que la alimentación en el contexto sanitario sea saludable y beneficioso para el enfermo destaquen:

- El cumplimiento y organización en los horarios de repartición de las comidas.
- La calidad de los productos y la materia prima, que el enfermo distinguirá, igualmente por la calidad higiénica y por la frescura del producto a consumir, todo esto va a beneficiar en la prevención del riesgo de que acontezcan intoxicaciones alimentarias.
- Hay que potenciar la vigilancia y por supuesto la obligación de su cumplimiento, de las recomendaciones y de los protocolos en las marcadas medidas higiénicas.
- El control exhaustivo e integro de la cadena alimentaria en el hospital.
- Presentación y buen servicio. Debe ser de un aspecto atractivo, los sabores bien diferenciados y la temperatura correcta.

En cuanto a la distribución y repartición de las dietas y el adecuado emplatado, puede efectuarse mediante dos modos compatibles:

- Cocina centralizada o concentrada con línea fría. Recientemente se han originado unos cambios y actualizaciones en la alimentación de los hospitales, con la introducción e instauración de nuevas tecnologías instaladas para una mejor organización a la hora de la distribución y de la preparación de las comidas.
- Buenas prácticas en el emplatado. Una vez acomodada la comida y preparada en las correspondientes áreas o zonas dedicadas al cocinado o las zonas de preparación, debe de ser transportada y movida en los convenientes carros térmicos hacia la zona o área de emplatado. En esta zona o área se depositará y mantendrá a la espera, siempre con un exhaustivo control sobre la temperatura, hasta el instante en que deba ser emplatada ya en la vajilla a manejar por el en-

fermo y puestas en las correspondientes bandejas que instauraran el menú de cada enfermo. La cinta destinada de emplatado es una sistematización mecánica que logra trasladar la bandeja a partir del lugar donde está el propio encargado de los establecidos y concretados como primeros platos, hacia el área final, en la que para clausurar el proceso son los pinches de cocina los responsables y encargados de introducir en la bandeja bandeja los alimentos restantes como la fruta, yogur o los postres convenientes a su menú.

Para este procedimiento es de importancia vital que cada unidad de bandeja lleve su identificación a través de la correspondiente etiqueta con la información de a quien pertenece: nombre, número de la habitación, la dieta y los platos de los alimentos de la toma según se le haya asignado esta dieta.

5 Discusión-Conclusión

Los menús que componen las dietas del hospital han avanzado y estado en un constante cambio, actualización, reajustes y con el paso de los tiempos se han ido adecuándose cada vez en más a medida de las particularidades de cada patología y en ocasiones de cada enfermo, pero la mala reputación que ostenta la comida en los hospitales nos lleva a una certeza de que queda todavía muchísimo tramo por recorrer. Una mejora relativamente actual ha sido la introducción en un gran número de los hospitales por fin del menú opcional, dando así la posibilidad al enfermo de poder elegir a diario lo que quiere comer de entre dos o de tres opciones para primer plato, para el segundo plato y del postre. Este sistema agranda la satisfacción del enfermo y ayuda a la adaptación de el mismo a sobrellevar mejor el ingreso hospitalario, pero es requerible tener una mayor continuidad en estos procedimientos.

6 Bibliografía

1. Castells Esqué Pere. Cocina-alimentación-futuro. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018 [citado 2022 Ago 21]; 35(spe4): 49-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700009&lng=es. Epub 28-Sep-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2125>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.consalud.es/>.
4. Bejarano-Roncancio Jhon Jairo, Cortés-Merchán Astrid Johanna, Pinzón-Espitia Olga Lucía. Alimentación hospitalaria como un criterio para la acred-

- itación en salud. *Perspect Nut Hum* [Internet]. enero de 2016 [citado el 21 de agosto de 2022]; 18(1): 77-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082016000100077&lng=en.
<https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n1a07>.
5. <https://digitum.um.es>.
 6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 334

TIPOLOGÍAS Y ORIGEN DE QUEMADURAS POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

PABLO OLIVA GARCIA

BLANCA ALONSO SÁNCHEZ

MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA

RAUL GARCIA CALVO

1 Introducción

Las quemaduras logran originar ampollas, hinchazón, cicatrices, en los sucesos más severos, ocasionan shock e inclusive la muerte. También logran derivar en infecciones porque lesionaran la barrera protectora de la piel. El tratamiento de las quemaduras ira en dependencia del origen, en cuanto a la profundidad y área del cuerpo afectado. Las pomadas dotadas con antibióticos logran tratar o prevenir las infecciones. Para quemaduras exponencialmente más críticas, es posible que se requiera tratamiento más invasivo e inclusive quirúrgico, para la limpieza de la herida, injertos de piel y así cerciorarse que el quemado tiene suficientes líquidos y una adecuada nutrición.

Una quemadura será una lesión o herida contra los tejidos del cuerpo originada por el calor, sustancias químicas, por electricidad, radiación o el sol. Las escal-

quemaduras serán a través de líquidos calientes y vapor, los incendios en los edificios y los líquidos y gases inflamables son los causantes más comunes de las quemaduras. Otro modo de quemadura es la que se origina por inhalación de humo o de partículas tóxicas.

En España no se disponen de datos o cifras muy concretas ni exactas sobre los quemados, pero por extrapolación con los países de nuestro entorno, obtenemos cifras de que 350 de cada 100.000 habitantes al año requieren de una intervención sanitaria por lo acuciante de las lesiones, lo que supone una cifra de 130.000 españoles y 1.000.000 de europeos afectados de quemaduras.

Los números de hospitalización se hallan en torno a 5.550 españoles, a razón de 15/100.000 habitantes.

Se cifran entre 60.000 y 80.000 los individuos que precisan de un ingreso hospitalario del millón que sufren quemaduras en EEUU. De esos, 5.500 se encuadran dentro de los fallecidos a consecuencia de la gravedad de sus lesiones.

2 Objetivos

Describir los agentes originales de las quemaduras en las cuales están expuestos todos los pinches de cocina, debido al manejo y preparación de los alimentos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Categorización de las quemaduras

Describir los causantes y a su vez observar su clasificación al respecto y en función del agente etiológico.

En cuanto a la referencia de los factores o elementos que son los que logran provocar una quemadura (qmd) estos se pueden fraccionar en:

- Las Quemaduras por calor (Térmicas).

- Las Quemaduras por sustancias corrosivas (Químicas).
 - Las Quemaduras por la electricidad (Eléctricas).
1. Las quemaduras térmicas se congregan en torno a > 90 % del total de todos los casos de quemados, desglosándose a su vez en:
- Qmd térmica por contacto.
 - Por contacto con un sólido caliente. Son quemaduras en un área limitadas, pero bastante profundas.
 - Por contacto con un líquido caliente. Son quemaduras muy extensas, pero poco profundas.
 - Qmd térmicas por llamas. Normalmente se originan cuando hay un fuego en espacios limitados y suelen asociarse a las quemaduras por inhalación de gases.
 - Qmd por radiaciones. Rayos ultravioletas en exposiciones solares y por radiaciones ionizantes.
2. Quemaduras químicas.
- Qmd por ácidos. Son quemaduras limitadas, y la profundidad de ellas depende de la prontitud con que las heridas hayan sido lavadas para disminuir la concentración del producto. Las qmd por ácido clorhídrico requieren especial atención por la capacidad del ácido de penetración intraorgánica, y que demandan el tratamiento de las lesiones con gluconato cálcico intratisular.
 - Qmd por álcalis o bases. Evolutivas quemaduras y de mayor profundidad que las ácidas.
3. Quemaduras eléctricas.
- Por flash eléctrico. Son quemaduras de muy corta duración (mL seg) y elevada y exponencial potencia de 3.000 ° C. Son quemaduras superficiales y conmueven a las zonas expuestas a la luz. No suponen un paso de corriente a través del organismo.
 - Qmd eléctricas con sucesos de paso de corriente a través del cuerpo. Son quemaduras con lesiones muy profundas, donde el daño real no es definible por la extensión de la herida, ya que logra haber rotura muscular, afectación ósea, tendinosa, nerviosa...

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver a través de la exposición de los agentes causantes y culpables de las quemaduras, en cuanto a la figura profesional del pinche de cocina, y en la descripción de este artículo, se observa y se llega a la conclusión de que cualquier individuo logra poder estar expuesto y ser vulnerable a la hora de que le acontezca un accidente de los mencionados, aunque en dependencia de que

profesión realices tendrás más riesgo de exposición o menos, las quemaduras térmicas se observan en una incidencia bastante alta del total de las quemaduras con lo cual son las que más expuestos estamos en nuestras labores en la cocina.

6 Bibliografía

1. Collado Hernández Carlos Manuel, Pérez Núñez Vivian, Lorente Gil Sergio Ramón, Pérez Suárez Francisco Andrés. Caracterización clínica epidemiológica de las quemaduras del adulto mayor ingresado en el Hospital Celia Sánchez. ccm [Internet]. 2015 Sep [citado 2022 Ago 21]; 19(3): 396-405. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300002&lng=es.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/burns.html>.
3. Farriol M., Venereo Y., Orta X., Company C., Gómez P., Delgado G. et al . Ingesta de antioxidantes y poliaminas en quemados con quemaduras graves. Nutr. Hosp. [Internet]. 2004 Oct [citado 2022 Ago 21]; 19(5): 300-304. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000500009&lng=es.
4. <https://www.uninet.edu/tratado/c090802.html>.
5. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20quemaduras%20conceptos%20claificacion.pdf>.
6. Saavedra O. Rolando, Contreras N. Claudia, Cortés P. Liliana, Cornejo A. Edith. Quemaduras en niños por volcamiento de cocina. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2001 Mar [citado 2022 Ago 21]; 72(2): 121-127. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200006&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000200006>.

Capítulo 335

PREVENCIÓN Y MANEJO CONVENIENTE DE LOS ÚTILES DE COCINA POR EL PINCHE DE COCINA

BLANCA ALONSO SÁNCHEZ

PABLO OLIVA GARCIA

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA

RAUL GARCIA CALVO

1 Introducción

El riesgo y peligro al que están expuestos los pinches o trabajadores en las cocinas de los hospitales a la hora de la manipulación y el manejo de los instrumentos afilados y cortantes, es de la ocurrencia e incidencia de los cortes, llegando hasta las amputaciones inclusive en los dedos es uno de los peligros más acostumbrados y prevalentes en el profesional dedicado a pinche de cocina, un alto índice de porcentaje de las incidencias que constan en esta categoría es debido prevalencia de los cortes.

Esta alta prevalencia se debe a la manejación y el manejo de los objetos estimados como cortantes y punzantes, de la maquinaria o herramientas y de los útiles de trabajo esgrimidos, que logran provocar y derivar en las anteriormente citadas lesiones; podríamos nombrar muchos utensilios de los existentes en la cocina

y casos que logran ser los culpables de estos accidentes, mencionaremos los materiales peligrosos a continuación y son los siguientes: útiles de corte, como los cuchillos, machetes, cortadores, entre otros y en cuanto a la maquinaria de la preparación de la comida, nos encontramos con las picadoras, utensilios de corte en mal estado, batidoras, existencia de latas y envases o vidrios con los bordes y cantos cortantes, lavado en los fregaderos de los cuchillos y por supuesto de los demás menajes.

Un uso de los materiales de trabajo del modo conveniente y conveniente además de que, facilitara las labores, funciones y el trabajo asimismo, va a verse repercutido beneficiosamente en la integridad física, previniendo el poder sufrir cortes o lesiones. La etiología principal de las lesiones originadas por los cortes son una incorrecta manipulación de los utensilios, así como su inconveniente almacenamiento o que los citados se hallen en mal estado.

2 Objetivos

- Determinar las medidas a llevar a cabo y efectuar para usar de modo seguro los cuchillos.
- Analizar las medidas a llevar a cabo por los pinches de cocina para disminuir los cortes por cuchillos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Los cortes, heridas o lesiones que son ocasionados por los cuchillos son la causa principal de la mayoría de incurrancia de los accidentes por amputaciones o cortes. Estos por regla general suelen ocurrir u ocurren en las manos o los brazos contrarios al que se coge el cuchillo o el material de corte que se esté manejando,

por lo que se dan las recomendaciones del uso de guantes convenientes y homologados, cuando sea requerido, así como no incurrir en distracciones. Para que los afiladores y los cuchillos o material de corte sean usados en cuanto a seguridad de la modo correcto hay que tener en consideración lo siguiente:

- Contener y estar dotados de un mango de seguridad.
- Conveniente mantenimiento en buena conservación y estado y bien afilados.
- Serán guardados y transportados en su correspondiente funda.
- Debidamente ordenados y colocados después de su manipulación en un lugar seguro y destinado a ello como logran ser los soportes para cuchillos o las barras magnéticas.
- Deben manipularse para cada trabajo su correspondiente herramienta.

Las medidas a llevar a cabo por los pinches y trabajadores son:

- Ser conocedores de la información sobre el uso conveniente de los distintos útiles de cocina que logran efectuar cortes.
- Protección y verificación correcta de que los equipos y materiales de trabajo tengan el marcado conveniente y homologado de CE.
- Asegurarse y disponer de un conveniente uso de guantes homologados que protejan de las lesiones o cortes.
- Ser consecuentes con los peligros que logran derivarse de la limpieza de herramientas o máquinas con superficies cortantes.
- Asegurarse de uso del mango antideslizante, en los cuchillos, así como conservar el filo de estos en conveniente estado, almacenarlos y transportarlos con sus correspondientes fundas destinadas a ello, tras su manipulación y manejo los cuchillos convenientes para cada función a ejecutar.

5 Discusión-Conclusión

Los cortes, lesiones y heridas en las cocinas son considerados como un accidente laboral demasiado acostumbrados y común en el área de las cocinas, son derivados en demasiadas ocasiones por herramientas o cuchillos de trabajo que son usados con habitual asiduidad, por lo que podríamos definir en cuanto a los condicionantes y sería que es debido al exceso de confianza en el uso de los citados útiles, no por ello, en algunos casos, estos cortes son derivados por el uso de los útiles o equipos de cocina que no se encuentran conservados en buen estado, o que no están almacenados en su sitio o de la modo adecuada.

Para la prevención del riesgo de los cortes, hay que tener bajo control los elementos denominados cortantes, tanto de las máquinas de trabajo, como de los cuchillos que disponen de bordes cortantes, aplicando las medidas requeridas cuando

se utilicen y usando los equipos de protección individual que sean requeridos y convenientes, ya que nos proporcionarán la protección adecuada en el trabajo, como puede ser el uso de guantes.

6 Bibliografía

1. <https://marcapl.com/blog/2017/09/trabajos-en-cocinas-factores-de-riesgo/>.
2. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=01/04/2020-c99019605c>.
3. https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47599/cocina_es.pdf/86aac497-164e-8d18-cc39-0e57ac36c07e.
4. <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-laborales-segun-los-lugares-de-trabajo/cocina/>.
5. <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/63795/TRABAJO%20MASTER-4-09-2015.pdf?sequence=1>.
6. <https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-cocina-hospitalaria/>.
7. Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
8. Guía básica y general de Orientación para la Vigilancia de la Salud y Prevención de Riesgos laborales, 2015-2020 del Ministerio de Sanidad.

Capítulo 336

CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL PINCHE DE COCINA DE LOS DIVERSOS EQUIPOS Y APARATAJE

BLANCA ARCE GONZALEZ

JESUS LOPEZ REJON

ELENA GARCIA CALVO

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

HECTOR SANCHI CALVO

1 Introducción

Se llama cocina hospitalaria a aquel departamento zona o área del hospital, cuya misión es almacenar, conservar y preparar los productos alimentarios; es un área de mucho movimiento, cuenta con personal numeroso y especializado; asimismo, en ella se desarrolla un trabajo que puede conllevar mucha presión. La cocina debe estar en una ubicación privilegiada dentro del hospital, ya que debe guardar una conveniente y buena comunicación con las plantas donde se hallan los enfermos, los almacenes, las cámaras de refrigeración y demás espacios. Asimismo, para que el servicio pueda ser rápido y que los platos lleguen a la temperatura conveniente, el desplazamiento de los alimentos debe ser el menor posible. Igualmente, se debe contar con fácil acceso para la llegada de mercancías, tránsito del personal y salida de la basura. Las particularidades con las que debe contar el espacio de cocina son:

- Iluminación: La buena visibilidad es precisa para el mejor desarrollo de los trabajos. Es necesario que la luz artificial cuente con la potencia precisa y que esté por encima de todo, para evitar sombras, deslumbramientos y contrastes.
- Extracción-ventilación: Su objetivo es lograr tanto la extracción del vapor y humos que se ocasionan por el funcionamiento de la cocina, como la regeneración de aire viciado que se ocasiona. Para la extracción es precisa la existencia de una campana con filtros sobre las zonas de cocción.
- Aire acondicionado: Es muy importante contar con una cocina hospitalaria climatizada, ya que las temperaturas dentro de una cocina cerrada logra llegar a más de 40 grados, lo que dificulta el trabajo al profesional de cocina y reduce el tiempo de vida de los alimentos.
- Instalaciones de agua: La abundancia de agua corriente es fundamental para la operación en el interior de las cocinas. Se debe poseer depósitos suficientes y una red bien distribuida de agua caliente y fría, así como grifos convenientes.
- Paredes y techos: Las paredes deben estar revestidas con azulejo o con algún material no poroso de fácil limpieza. El techo debe de contar con algún recubrimiento impermeabilizante para evitar la condensación por los vapores generados en la cocina.

Dentro de la restauración colectiva y en especial la hospitalaria, es fundamental poseer una cadena de instrucciones, emprendiendo en la adquisición y recepción del producto hasta su preparación y servicio y distribución. Y es justamente la distribución de comidas lo más complejo, fundamentalmente si el hospital tiene cierto tamaño, debido al inconveniente de poseer la función de llevar la comida hasta cada habitación y cada enfermo en las circunstancias óptimas, convenientes de presentación, temperatura, higiene, etc.

2 Objetivos

- Conocer los equipos y utensilios que sobre todo maneja el pinche dentro de la cocina y el modo de manejarlos.
- Conocer la nueva maquinaria aplicable a la cocina hospitalaria para la mejora del plato y satisfacción del enfermo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador. Se ha realizado una búsqueda sis-

temática 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

A continuación se describirán algunos ejemplos de la nueva maquinaria aplicable a la cocina hospitalaria:

- Clarimax: posee un filtro pariente al de las conocidas cafeteras y mediante el filtrado se obtiene un líquido claro y limpio que evita las largas cocciones y el difícil proceso de caldos tan manejado en las cocinas colectivas. Asimismo, unas algas llamadas diatomeas que se encargan de absorber las impurezas de la elaboración.
- Deshidratadora: supone un procedimiento muy seguro de protección extrayendo el agua de los alimentos, asimismo y con ello se obtiene una conglomeración de sustancias que aumentan el gusto de los alimentos.
- Rotaval: Consiente la destilación de alimentos líquidos o sólidos cuando tengan un grado de humedad. Asimismo, capta los aromas y las esencias de los productos potenciando el sabor.
- Gastrovac: cocina en vacío instaurando una atmósfera de baja presión y carencia de oxígeno que obtiene disminuir las temperaturas de cocción y conserva textura, tono y aroma de los alimentos, conservando las particularidades organolépticas de éstos.
- Germinadora: consiste en conservar semillas de legumbres y granos en general en las circunstancias de humedad convenientes para lograr brotes verdes que se logra consumir en crudo, los brotes muy actuales no se suelen manejar en la cocina hospitalaria.
- Ronner: es un termostato que consiente cocinar de modo constante y preciso a temperaturas comprendidas entre 5 y 100 °C. De esta forma se garantiza una cocción del alimento controlada y las texturas de los alimentos quedan con particularidades diferentes a la cocción habitual. Maneja en envasado al vacío.
- Vif Marinator: combina la tecnología al vacío con el marinado/impregnado al mismo tiempo. El alimento se introduce en el recipiente unido con los jugos y con presión controlada adquiere un gusto tremendamente intenso.
- Pacojet: es un procesador de alimentos con el fin de preparar de forma instantánea mousse, salsas, sopas, helados... consiguiendo una mayor acentuación de sabores.
- Ahumador: cambia el gusto de los alimentos dándoles esencia a madera y humo.

Trabajan a temperaturas bajas y medias aportando calor al alimento. Escasamente manejado en la cocina colectiva.

Los utensilios y herramientas manejados en la cocina hospitalaria, es el conjunto de útiles y herramientas necesarios para la preparación y elaboración en la cocina.

Los utensilios de cocina son las herramientas fundamentales para el desarrollo de las actividades culinarias de una cocina hospitalaria. Entre los utensilios de cocina que no logra faltar en la cocina hospitalaria son:

1. Cuchillos de cocina. Los cuchillos para la cocina son vitales para el pinche porque le consiente desglosar, picar, y rebanar todo tipo de alimento. A la hora de diseñar la cocina se debe designar un espacio para colocar estos utensilios. Contar con unos buenos cuchillos de calidad será fundamental para el pinche para realizar cortes perfectos y rápidos en los ingredientes. Entre otros podemos encontrar: Chef, jamonero, puntilla, cebollero, para deshuesar, hacha de cocina, para pelar, espátula, para trincar, Cheira para afilar, etc:

2. Tablas de picar. Cortar los alimentos sobre cualquier superficie puede ser peligroso, por esta razón las tablas de picar son accesorios de cocina imprescindibles. Existen de diferentes materiales, como: madera, vidrio y plástico; lo importante es elegir la que se adecue a nuestras actividades. Se recomienda que el material del que se elaboren las tablas tenga poca porosidad. De esa forma, se puede remover muy efectivamente todos los restos de comida para evitar la proliferación de microorganismos. Se deben poseer tablas que sirvan solo por un corte específico, como corte de carnes, otra para cortes de vegetales, otra para pescado, pan, etc. Así se evitará la conminación cruzada por bacterias y virus.

3. Pinzas. Son perfectas para evitar los accidentes, ya que evaden el contacto directo de nuestras manos con elementos como aceites, agua hirviendo u otros riesgos. Con ellas se logra coger trozos de comida sin atravesarlos, para servirlos, darles la vuelta, sacarlos del aceite, etc.

4. Coladores. Un colador es la pieza fundamental para lavar afinadamente verduras, pastas, menestras y otros alimentos.

5. Cucharones de policarbonato. Son esenciales para garantizar nuestra seguridad y evitar la contaminación de los alimentos. El policarbonato es uno de los mejores materiales para los accesorios de cocina, ya que este no cambiará de forma como consecuencia de altas temperaturas.

6. Termómetros. Son herramientas que consentirán calcular la temperatura de nuestros ingredientes, y ofrecer platos de calidad.

7. Canastillas para freír.

8. Coladores. Los coladores son piezas muy manejadas en la cocina. Se dotan de

un filtro o cedazo y de una o dos asas. Logra ser: Colador de plástico o de acero inoxidable, colador de malla, colador chino, colador de tela. Se manejan para colar y escurrir los alimentos, para quitar grumos e impurezas de los platos que deben resultar lisos y suaves.

5 Discusión-Conclusión

La tecnología aplicada a la cocina hospitalaria consiente poseer un mayor grado de conocimiento de las necesidades de los enfermos, productos, maquinaria, etc. Pero asimismo, aporta más fluidez y rapidez a la hora de trabajar, con lo que podemos diseñar mejor los procesos para las elaboraciones y darles más y superior calidad de la que se tenía hace unos años. Los motivos que llevan a la introducción de estas tecnologías son: la mejoría en la calidad de los platos, un aumento producción, la disminución de costes y la distribución para lograr transportar comida a un enfermo que no está cerca de donde se elabora el plato.

Todo profesional necesita de buenas herramientas para poder hacer un gran trabajo.

Cuando se habla de utensilios de cocina hay que mencionar que su buen estado asimismo, es de gran importancia. Si no se les presta la atención conveniente logra dificultar las tareas más simples. Un equipo y utensilio en mal estado de conservación, puede estar afectando los procesos de preparación de los alimentos y a la productividad. Por lo tanto, se deben revisar que todos cumplen con los aspectos básicos de seguridad. Es por eso que es importante saber cómo cuidar los equipos y accesorios de la cocina de un hospital.

6 Bibliografía

1. Castellano. A, Badillo. M “Los procesos en servicios en restauración” Ed. Síntesis.2015.
2. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español.
3. Plataforma Logoss.
4. Libro de oposición a Pinche de cocina, Ed Mad, 2019.

Capítulo 337

EQUIPAMIENTO MÁS HABITUAL EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS POR EL PINCHE

JESUS LOPEZ REJON

BLANCA ARCE GONZALEZ

ELENA GARCIA CALVO

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

HECTOR SANCHA CALVO

1 Introducción

Hace varios años la comida ofrecida en los hospitales no gozaba de buena fama. Un impedimento que afrontan las personas encargadas de dar de comer a los pacientes es concretamente la ausencia de apetito que normalmente sufren debido a la enfermedad, pero para que se recuperen y recobren la salud rápidamente, que los pacientes enfermos mantengan una buena alimentación es una condición imprescindible.

La seguridad alimentaria en los hospitales se decreta la implantación presente de la certificación de calidad ISO 9001/2008, el sistema de autocontrol APPCC (Análisis de Procesos y Puntos de Control Críticos) y la formación continuada del equipo que se ocupa de la preparación diaria de los menús. El principal objetivo de la cocina hospitalaria es lograr que el paciente recobre su salud lo mejor y

antes posible. Son de igual importancia los ingredientes usados en la realización de los menús, como el procedimiento para la elaboración de estos y la atención minuciosa para intentar que los alimentos mantengan en la medida de lo posible sus nutrientes a la vez que sean ricos.

La cocina hospitalaria ha evolucionado perezosamente a lo largo de la historia. En la actualidad es posible servir platos fríos y calientes y se intenta que los alimentos lleguen al paciente manteniendo las propiedades organolépticas. Gracias a los avances en la maquinaria que se esgrime y a la aparición de las nuevas técnicas de cocinado; sin embargo aún no se han resuelto muchas dificultades, como es la llegada en muchas ocasiones de los alimentos cocinados al comensal mal presentados, secos, fríos y poco atractivos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el equipamiento más frecuente en los servicios de restauración hospitalaria.

Objetivos secundarios:

- Distinguir los tipos de sistemas de emplatado y distribución de los menús.
- Exponer la importancia de una adecuada forma de trabajar en la cocina para el buen resultado de un trabajo en equipo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La cocina hospitalaria es un tipo especial de cocina industrial, dedicada a la restauración colectiva social, que difiere en múltiples aspectos de la restauración

colectiva comercial, siendo el fundamental de todos ellos el no buscar beneficio económico sino el proporcionar un servicio de calidad, que ayude a la recuperación de la salud del enfermo, constituyendo en muchas ocasiones una parte esencial del mismo tratamiento, ya que se ha demostrado que una presentación agradable y apetitosa de los menús acorta el período de recuperación, mientras que una alimentación inadecuada lo alarga.

Para que el paciente reciba una alimentación correcta hay un grupo de personas que trabajan en la cocina hospitalaria con amplia experiencia, que serán los encargados de programar los menús, comprar la materia prima y controlar todo el proceso, desde la elaboración hasta el emplatado; los encargados de cocina, vigilarán que la realización de los menús y su servicio no sufran fallos y, por último, los cocineros, pinches y personal auxiliar, son los encargados de cocinar y servir los menús y de que la cocina se mantenga en las correctas condiciones higiénicas. A parte de emplear alimentos de calidad y variados, también se invierte en equipos que proporcionan un gran rendimiento.

El equipamiento más habitual en los servicios de restauración hospitalaria es el siguiente:

1. Cocedores a vapor: son recipientes cerrados que cocinan sin grasa y manteniendo la frescura y los nutrientes de los alimentos por acción del vapor.
2. Hornos de convección natural (gas ó eléctricos): funcionan debido a cambios de temperatura que se produce entre el aire caliente que recorre la cavidad del horno y el alimento que se está cocinando.
3. Hornos de convección forzada y vapor: su principal característica es que puede cocinar con vapor, al vacío y restaurar preparaciones sin resecarlas.
4. Hornos de convección forzada: poseen una estructura de turbinas que hace que el aire caliente pase por el interior de horno y así el calor se distribuye de forma que el alimento queda cocinado homogéneamente por todas partes.
5. Freidoras continuas: posibilitan grandes elaboraciones y programar la temperatura del aceite y el tiempo.
6. Marmita fija o basculante: sirven para elaborar grandes cantidades de alimentos. Pueden ser de calor directo, calor indirecto y de alta presión.

5 Discusión-Conclusión

La gran dotación en equipos mecánicos y con el objetivo de proporcionar la mejor eficacia a la hora de realizar la estructuración y organización de la cocina hospitalaria tiene como objetivo lograr que el paciente enfermo recobre su salud de

la mejor manera y lo antes posible. Resulta de la misma importancia la calidad de la materia prima empleada en la elaboración de los menús, la forma en que estos se elaboran y se conservan, como que resulten apetecibles para el paciente, así como también es importante, las ventajas del sistema centralizado de cocina, todo ello para ganar fluidez y evitar la tan temida contaminación cruzada.

6 Bibliografía

1. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.
2. Plataforma Logoss .
3. www.revistamedica.com.
4. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.

Capítulo 338

ELEMENTOS Y PUNTOS CRÍTICOS EN COCINAS HOSPITALARIAS POR EL PINCHE

ELENA GARCIA CALVO

BLANCA ARCE GONZALEZ

JESUS LOPEZ REJON

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

HECTOR SANCHI CALVO

1 Introducción

“El sistema de análisis llamado de puntos de control críticos (APPCC) es una norma de calidad de obligatoria implantación para toda empresa dedicada a la alimentación dentro del territorio español, que asegura la inocuidad de los alimentos”.

Para poder comprenderlo mejor, es importante que se diferencia y distinga entre el punto de control y el punto de control crítico:

El punto de control (PC) es cualquiera de estos punto, etapa, periodo o procedimiento en el que se logran controlar los posibles peligros existentes en el interior de una cocina hospitalaria, mientras que el punto de control crítico (PCC) es un punto, etapa, operación y/o procedimiento, en concreto, que precisa de un control para reducir, minimizar y/o eliminar niveles aceptables de un peligro que es real para la seguridad alimentaria.

En todo establecimiento en el que se dedica a la manipulación de los alimentos, ya sea restaurante, cocina de un colegio, o como en este estudio se expone y es de interés, en la cocina de un hospital, debe seguirse siempre una normativa de calidad obligatoria.

Una manera de distinguirlos es hacernos la siguiente pregunta: ¿Concurre una etapa posterior al proceso para lograr controlar eficazmente el producto? Si la respuesta es un sí, estamos dialogando del punto de control y si la respuesta es un no estamos dialogando del punto de control crítico.

En la cocina hospitalaria, los pinches de cocina deben estar al tanto y conocer los puntos de control críticos, ya que como se expone en los apartados siguientes, es de vital importancia para los enfermos el cumplimiento de las normas de higiene alimentarias.

Dentro de los PCC más importantes y que desarrollaremos encontramos el de la temperatura a la que se conservan los alimentos y por supuesto, de las materias primas.

2 Objetivos

- Conocer los PCC más usuales dentro de la cocina hospitalaria.
- Comprender la importancia de que el pinche de cocina conozca cada uno de estos.

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 nos aproximaremos a conocer un poco más los PCC más importantes:

1. Temperatura: el crecimiento de las bacterias patógenas se concierne con el acrecentamiento de temperatura, por lo que el sostenimiento de la cadena de

frío durante todo el proceso resulta esencial para el conveniente procesado y comercialización de las carnes, pescados, los lácteos, frutas y/o verduras.

- Área caliente: mayor de 65°C de temperatura. Los tratamientos a través y mediante del calor destruyen las bacterias.
- Área de peligro: entre 5-65°C. Las bacterias se multiplican exponencialmente a esta temperatura. Se favorece su crecimiento así como su proliferación. Esta área ostenta un gran peligro para los alimentos.
- Área fría: Menos de 5°C. Las bacterias renuncian de multiplicarse, pero no mueren. Incluso, concurren bacterias multirresistentes, y que logran permanecer vivas a muy bajas temperaturas.

2. Materias primas: logran tener contaminación física, química o biológica. Es por esto, que los proveedores deben siempre ser de confianza y es recomendable el implantar medidas de control durante la recepción de materias primas en el almacén. Al recibirse deben de pasar un control de recepción por el responsable inspector de calidad, que asegure que esa materia prima recibida es apta para su posterior procesado.

- Procesado: durante este proceso, deben controlarse todas las etapas posibles para lograr evitar contaminaciones. En este punto, debemos prestar una especial atención a la contaminación cruzada, es interesante, asimismo, prestar atención al control en la fórmula del producto elaborado. Todos los ingredientes que forjan parte de la formulación de un producto deben aparecer reflejados en la etiqueta. La revisión de las etiquetas por parte del pinche en cocina puede suponer “salvar la vida del enfermo” ya que se logra detectar alérgenos y/o alimentos que han podido estar en contacto con otros alimentos que logren suponer un peligro para el sujeto ingresado.

Por otro lado, asimismo, se debe tenerse en consideración los aditivos alimentarios, ya que se hallan regulados por el Codex Alimentarius junto con la legislación española.

- Envasado: este proceso, puede derivar en unos grandes riesgos, como por ejemplo:

La integridad del cierre del envase (Un mal sellado podría obrar en la aparición de bacterias y la oxidación temprana del alimento o producto, perdiendo su calidad en pocos días. En el caso de encontrarse ante cualquier tipo de envase hinchado, este se debe retirar, por la aparición de *Clostridium botulinum* que puede ocasionar incluso la muerte), detección de los metales y/o de cuerpos extraños (logran ocasionar daños más o menos graves en el enfermo), la atmósfera tiene que ser protectora (de no ser correcta, el alimento lograra perder su calidad en muy pocos días) y su posterior distribución (donde el pinche de cocina, debe conser-

var cada uno de los alimento en su área de almacenamiento adecuada, evitando interrumpir y romper la cadena de frío, o incluso recalentar un alimento más de una vez).

5 Discusión-Conclusión

Todos sabemos que el pinche de cocina como profesional en un hospital, no diagnostica una patología ni ordena que tipo de alimentación debe seguirse, pero sí, realiza funciones muy importantes directamente relacionadas con el enfermo.

Si el pinche de cocina no conoce correctamente los puntos de control críticos (PCC) los productos y alimentos podrían contaminarse con gran facilidad, gracias a microorganismos patógenos como bacterias, hongos, esporas, etc. y originar intoxicaciones en el enfermo que consume la dieta preparada con estos alimentos en mal estado.

Es por esto, que el pinche, debe de prestar atención a los elementos anteriormente explicados, llevando a cabo y poniendo en práctica sus conocimientos de supervisión, solo así, es sencillo evitar un problema a nivel grupal dentro del hospital.

6 Bibliografía

1. Kopper G. Enfermedades transmitidas por alimentos y su impacto socioeconómico. Estudio de caso en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua [Internet]. Costa Rica: FAO; 2009. [citado 22 Julio 2010]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i0480s.pdf>.
2. Sánchez R, Gómez F. Evaluación de la organización y funcionamiento del servicio de alimentación en un hospital universitario. [Tesis]. Asunción: Universidad Católica de Asunción; 2016.
3. Moreno M, Alarcón A. Higiene alimentaria para la prevención de trastornos digestivos infecciosos y por toxinas. Rev. Med. Clin. Condes [internet]. 2010 (citado 22 Julio 2010); 21(5):749-55. Disponible en: www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED.../749_755_Dr_Moreno.pdf.
4. Fernández N. Manual de investigación de brotes de enfermedades de origen alimentario. Asunción: Programa de Protección de Alimentos en la Ciudad de Asunción; 1998.
5. Organización Mundial de la Salud. Inocuidad de los alimentos, temas de salud [internet]. Ginebra: OMS; 2017. (citado 22 Julio 2010) Disponible en: <http://www.who.int/foodsafety/>.

who.int/mediacentre/factsheet
s/fs399/es/.

6. Organización Mundial de la Salud. Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos. [internet]. Ginebra: OMS; 2007 (citado 07 abril 2015). Disponible en: http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_es.pdf.

7. Puntos críticos en la conservación y caducidad de medicamentos. Mejoras implantadas por unidades clínicas en procesos de acreditación | Revista de Calidad Asistencial (elsevier.es).

Capítulo 339

ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP)

FRANCISCO JAVIER RUBIO SÁNCHEZ

MARIA JESUS CUBELLS OLAYA

SILVIA CUBELLS OLAYA

1 Introducción

El servicio de urgencias extrahospitalarias o servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) son un dispositivo de atención asistencial y sanitaria continuada que se encuentran en centros de salud o en centros de especialidades.

El horario de atención de urgencias empezará a continuación de terminar el horario de los centros de salud, y por ello de la atención de los médicos de familia (médicos de cabecera). Dicho horario será de 15h a 8h de la mañana los días de diario y 24 horas los fines de semana y días festivos.

Hay centros de especialidades que cuentan con un pequeño servicio de urgencias en las que atienden los casos más urgentes, para ello hay un equipo formado por un médico y un enfermero.

Los SUAP o urgencias extrahospitalarias está formado por dos equipos (un médico y un enfermero), siendo uno de ellos el encargado de hacer las salidas

domiciliarias o las urgencias y el otro equipo se quedará en las instalaciones sanitarias. También formará parte del equipo un celador, el que se ocupará de realizar las tareas administrativas de recepción de pacientes y recogida de avisos domiciliarios o avisos del 112 y un vigilante de seguridad que se encargará de controlar tanto el interior como el exterior del recinto sanitario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la clasificación de las funciones de los celadores en el servicio de urgencias de atención primaria, dividiéndose en funciones específicas y funciones generales.

Objetivos secundarios:

- Enumerar y definir cada una de las funciones específicas del celador en el SUAP.
- Enumerar y definir cada una de las funciones generales del celador en el SUAP.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores que desarrollen sus funciones en los servicios de urgencias de atención primaria deberán llevar a cabo las funciones específicas de dichas urgencias y las funciones generales de todos los servicios.

Funciones específicas del celador del servicio de urgencias de atención primaria:

- La principal función de los celadores que se encuentre en el servicio de urgencias de atención primaria es la de administrativo, ya que no existe esta categoría en dichas urgencias.
- Deberán recoger los datos de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y registrarlos en los sistemas utilizados por cada servicio de salud. Para ello de-

berán solicitar la tarjeta sanitaria y verificar los datos del paciente con los datos que aparecen en el registro.

- Deberán preguntar el motivo de la asistencia al servicio de urgencias y hacer un pequeño triaje, pasando inmediatamente a los pacientes que muestren graves problemas.
- Deberán recoger los avisos domiciliarios tanto del equipo médico como del equipo de enfermería.
- Deberán recoger los avisos del 112 y comunicarlo inmediatamente al equipo médico de guardia, para una rápida salida de estos hacia el lugar de la urgencia.
- No podrá dejar la admisión de urgencias sola, si necesita abandonar su puesto de trabajo por motivos ajenos al servicio, solicitará a un compañero que ocupe su lugar.

Funciones generales de los celadores:

- Tramitar comunicaciones escritas y orales de unos servicios a otros.
- Trasladar historias clínicas, documentación y pacientes de unas unidades a otras dentro de las urgencias extrahospitalarias.
- Trasladar muestras biológicas desde las urgencias hasta los laboratorios.
- Movilizar a los pacientes que por sus dolencias, patologías o diagnósticos clínicos no puedan realizarlo por ellos mismos.
- Deberán mantener el orden y el silencio en toda la institución sanitaria, pidiendo a pacientes, acompañantes y profesionales que guarden silencio.
- Prestará apoyo al equipo asistencial en las tareas que le sean encomendadas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Actuaciones del celador en el servicio de urgencias extrahospitalarias. Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)” nos refleja la organización funcional de las urgencias extrahospitalarias, estableciendo el horario de atención sanitaria. Del mismo modo, con la lectura de este capítulo científico se ha podido comprobar las funciones llevadas a cabo por los celadores adscritos a los servicios de urgencias de atención primaria, destacando principalmente la función de administración. Cabe destacar este hecho porque los celadores no tienen la preparación académica para desarrollar las funciones administrativas, que debería realizar un auxiliar administrativo tal y como suceden en los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
2. Junta de Andalucía. Prevención de riesgos laborales. 1º Edición. Andalucía. Iniciativa comunitaria ADAPT Módulo V.
3. www.rae.es.
4. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 340

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR SANITARIO. EL LAVADO DE MANOS

MARISOL GONZALEZ VIEJO

1 Introducción

En el año 2004 se celebró la 57 Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, en la que se creó una alianza internacional de carácter mundial con el objetivo de mejorar y promover la importancia de una seguridad del paciente. El objetivo primordial de esta alianza es no dañar al paciente cuando acude a un centro sanitario, ofreciéndole una atención que resulta limpia y segura. Para conseguir estos objetivos es absolutamente necesario realizar una correcta higiene de manos, pues en estas se encuentran gran cantidad de microorganismos, que pueden producir infecciones en pacientes que no tenían esa afección.

La higiene de manos comprende el conjunto de técnicas y métodos encaminadas a reducir los microorganismos que se encuentran en la piel de las manos, previniendo de enfermedades infecciosas como pueden ser diarrea, gripe, neumonía... Está demostrado que el lavado de manos es la principal medida para evitar la propagación los patógenos nosocomiales, que son bacterias que colonizan la piel y la nariz de los visitantes de los centros de salud, así como de los pacientes y profesionales y que pueden producir distintos tipos de infecciones:

- Infecciones de bacterianas que son causadas por bacterias liberando toxinas que pueden provocar daños en los tejidos.
- Infecciones virales causadas por microorganismos infecciosos más pequeños que las bacterias y que para sobrevivir necesitan células vivas de manera que les

permita multiplicarse, dando lugar a enfermedades como el resfriado, la varicela, herpes...

- Infecciones por hongos que constituyen organismos con un núcleo como mínimo y que se encuentran en todas partes, incluso en el aire, y de los que aproximadamente la mitad son perjudiciales para la salud de las personas. Algunas de las enfermedades que provocan los hongos pueden ser candidiasis o pie de atleta.
- Existen también otro tipo de infecciones que están directamente asociadas con la asistencia sanitaria, la mayor parte por procedimientos invasivos, aunque también causados tras ser atendidos de forma ambulatoria sin necesidad de un procedimiento invasivo, provocando infecciones respiratorias, quirúrgicas o urinarias.

2 Objetivos

Realizar un análisis de las posibles infecciones y enfermedades (provocadas por una higiene de manos inadecuada) que se pueden contraer al recibir asistencia sanitaria en un centro de salud o como mero visitante y describir como se debe realizar un correcto lavado de manos para prevenirlas.

3 Metodología

La metodología de este capítulo de revisión bibliográfica se sustenta en la utilización de criterios de selección, utilizando palabras que resulten claves en la búsqueda y en la evaluación de la información que se ha obtenido cribando aquellas publicaciones que resulten más adecuadas para el contexto sanitario en el que nos encontramos. Se ha dado importancia, por tanto, a artículos y documentos de revistas científicas y de organismos oficiales y entre los buscadores utilizados ha destacado en la búsqueda está PubMed, Scielo y Google Académico, ya que contienen gran cantidad de información científica y permite obtener también resultados muy fiables rápidamente. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron palabras que resultaron clave en la búsqueda con el fin de descartar aquellas publicaciones que no eran relevantes para el tema que se trata.

4 Resultados

Cualquier persona, bien sea trabajador, paciente o los visitantes de los centros de salud, están expuestos a contraer una infección, pero sí que es cierto que hay

personas que están más expuestos a contraer enfermedades, como las personas de edad avanzada, los recién nacidos, las personas que han recibido algún trasplante o las que se encuentran encamados y está claro que cuando más tiempo sea el ingreso de hospitalización mayor riesgo de adquirir una infección.

Existen dos tipos de flora que se pueden encontrar en las manos, la transitoria que se encuentra en un periodo de tiempo corto en las manos, pero que tiene un gran potencial patógeno adquirido principalmente por los profesionales del sector sanitario durante el contacto con los pacientes y contaminando el resto de superficies aumentando la propagación de infecciones y, por otro lado, se encuentra la flora resistente encontrándose en las capas más profundas de la piel de las manos y aunque su potencial patógeno es más bajo es más difícil de eliminar y produce infecciones cuando se trata de procedimientos invasivos.

Para eliminar estos microorganismos y evitar enfermedades es esencial llevar a cabo una adecuada higiene de manos, que comprende el lavado de manos, el lavado antiséptico y el quirúrgico.

Para realizar el lavado de manos basta con mojar las manos con agua corriente, aplicando jabón y frotando las palmas de las dos manos, los espacios entre los dedos y las muñecas durante un mínimo de 10 segundos para después aclararlas con agua secándose con toallas de papel o desechable, pero nunca con una toalla utilizada con anterioridad cerrando el grifo con la toalla utilizada. Es importante realizarlo entre la atención de un paciente y otro, así como cuando se está atendiendo a un mismo paciente, pero existe riesgo de que haya contaminación y si se ha estado en contacto con fluidos u objetos que puedan estar contaminados. Una vez se hayan quitado los guantes, también es esencial el lavado de manos.

El lavado antiséptico se realiza de la misma forma que se hace el lavado de manos, pero con la diferencia de que el jabón es antiséptico y este lavado debe de ser realizado cuando se vaya a realizar procedimientos invasivos y ante pacientes inmunodeprimidos o que se sabe que están afectados por algún microorganismo importante.

Con el lavado quirúrgico lo que se pretende eliminar es tanto la flora transitoria como la resistente en la que se lavará las manos con un cepillo de uñas y jabón que sea antiséptico, dos veces durante dos minutos cada una, incluyendo uñas y antebrazos, aclarando con abundante agua y secando con toallas desechables que sean estériles, comenzando siempre por los dedos hasta el codo, manteniendo siempre las manos hacia arriba. Este lavado se debe realizar en casos de intervenciones quirúrgicas.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones producidas en el sector sanitario suponen una elevada mortalidad, además de los costes que supone para los centros, motivadas por un aumento de la estancia de los pacientes que se encontraban ingresadas o incluso por aquellos pacientes que requerían una atención ambulatoria y que han tenido que ser ingresados posteriormente. Está claro que si se pretende erradicar estas infecciones con el lavado de manos nos encontramos en una utopía, pues existen pacientes muy propensos y frágiles a contraer infecciones, pero sí que se puede realizar una disminución de las enfermedades muy considerable gracias a un correcto lavado de manos, reduciendo la mortalidad y ahorrando gran cantidad de dinero con ello. Y es que aunque puede parecer que el lavado de manos es algo esencial y básico desde los primeros años de vida de una persona, lo cierto es que aún hoy en día existen todavía personas que no piensan en la importancia que esto tiene para toda la sociedad. Diversos estudios han determinado que, gran parte de los médicos, no se lavan las manos después de atender a un paciente, lo mismo ocurre con otros profesionales, por lo que se debe seguir concienciando y llevando a cabo políticas que recuerden continuamente la importancia del lavado de manos.

Tras la pandemia sufrida por la Covid-19, parece que cada vez la sociedad se está mentalizando de que es esencial un correcto lavado de manos para evitar propagar enfermedades, y se están cambiando los hábitos de higiene, pero se debe seguir informando con el fin de que estos nuevos hábitos no sean transitorios y no caiga en el olvido.

6 Bibliografía

1. Diez preguntas clave sobre la higiene de manos <https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/diez-preguntas-clave-sobre-higiene-manos/>.
2. Infecciones nosocomiales <https://www.scielosp.org/article/spm/1999.v41suppl1/S05-S11/>.
3. Infección nosocomial <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/infeccion-nosocomial>.
4. Lavado higiénico de manos <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/lavado-higienico-manos#:text=Humedecer%20las%20manos%20con%20agua,Aclarar%20con%20abundante%20agua%20corriente>.

Capítulo 341

EL CELADOR EN EL TRABAJO DEL PARTO EN MOMENTOS DE PANDEMIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA ISABEL GIL GIL

SONIA RODRÍGUEZ RAMOS

FLORA GEMA JUSTO MALDONADO

MARÍA ISABEL QUINTANILLA FERNÁNDEZ

JAVIER COLMENAR MARTÍN

1 Introducción

El brote de COVID-19 está aumentando rápidamente en número de casos, muertes y países afectados, y las mujeres embarazadas necesitan cuidados especiales en relación con el diagnóstico, manejo y prevención. Es fundamental que a las mujeres embarazadas no se les nieguen intervenciones que puedan salvar vidas en el contexto de una amenaza de enfermedad infecciosa grave, a menos que exista una razón de peso para excluirlas. Los sistemas de vigilancia de los casos de Covid-19 deben incluir información sobre el estado del embarazo, así como los resultados maternos y fetales. Es importante estar atento a la propagación de la enfermedad y poder implementar rápidamente las medidas de control y gestión de brotes una vez que el virus llega a la comunidad. Por lo tanto, este estudio fue

diseñado para mejorar la calidad de la atención de los sanitarios a través de lo que necesitan saber sobre el coronavirus durante el embarazo y el parto.

El Covid-19 no debe influir en el modo de parto si la situación respiratoria de la madre requiere un parto de emergencia. La madre infectada que tiene un trabajo de parto espontáneo podría recibir la aprobación para que dé a luz por vía vaginal. Puede considerarse la posibilidad de acortar la segunda etapa mediante un parto vaginal eficaz mediante pujos activos, ya que el uso de una mascarilla filtrada puede resultar difícil para la madre.

En el estudio de Lui, el 50 % de las mujeres embarazadas dieron a luz mediante cesárea de emergencia debido a morbilidades maternas como sufrimiento fetal, rotura prematura de la membrana, muerte fetal intrauterina y 46 % de trabajo de parto prematuro entre las 32 y 36 semanas. Para las madres exhaustas o hipóxicas, se debe tomar una decisión individualizada con respecto a acortar la duración de la segunda etapa del trabajo de parto con el parto instrumental. En particular, la incertidumbre sobre el riesgo de transmisión de madre a hijo por parto vaginal fue otro motivo para realizar cesáreas. La falta de evidencia de infecciones de transmisión vertical que pueden ocurrir durante el parto vaginal es una preocupación encomiable.

2 Objetivos

- 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

En libros y en revistas electrónicas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión bibliográfica de publicaciones registradas en distintas bases de datos Google Académico, PubMed, Se incluyeron todos aquellos estudios relacionados habilidades sociales en el ámbito sanitario, publicados en español.

4 Resultados

Recomendaciones, para el sanitario de atención médica y no sanitarios, durante el parto:

Las recomendaciones siguientes se aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con Covid-19 sospechado o confirmado:

- La madre infectada debe ser ingresada en una sala de aislamiento con presión negativa en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Todos los proveedores de atención médica hospitalaria deben tener máscara de gas, pantalla protectora facial, gafas, guantes quirúrgicos y bata para atender casos confirmados de Covid-19.
- Se debe informar a las mujeres para que utilicen el transporte privado en lugar del transporte público y, si se requiere una ambulancia, la madre debe estar en cuarentena por posible Covid-19.
- Las mujeres deben ser conscientes de que se debe alertar a una partera a su asistencia antes de ingresar al hospital.
- Las mujeres deben usar una mascarilla quirúrgica adecuada y no deben quitarse hasta que la mujer esté aislada en una habitación adecuada.
- Las mujeres deben ser guiadas directamente a una sala de aislamiento, solo el personal esencial debe ingresar a la sala y las visitas deben mantenerse al mínimo.
- Todas las habitaciones de la madre que se utilicen deberán lavarse después de su uso según las directrices de esterilización del hospital.
- Los proveedores de atención médica deben notificar de inmediato al personal de control de infecciones en sus unidades sobre la futura madre que ha confirmado Covid-19.
- Los proveedores de atención médica deben asegurarse de que la madre pueda cumplir los requisitos de control de infecciones.
- Los proveedores de obstetricia deben obtener un historial de viajes detallado de todos los pacientes y definitivamente deben preguntar sobre los viajes en los últimos 14 días a áreas comunes de Covid-19.
- Para la recolección de muestras con torunda nasofaríngea de Covid-19, todos los sanitarios deben usar un respirador purificador de aire motorizado.
- Se recomienda ejercicio para reducir la ansiedad, la depresión y el estado de ánimo negativo durante este brote de enfermedad para los sanitarios con la cuarentena prolongada.
- Es obligatorio para todos los profesionales sanitarios que la autoprotección, el autocuidado y la higiene de las manos sean importantes.
- La unidad obstétrica debe estar equipada con instrumentos reutilizables y

lavables a máquina que puedan desinfectarse fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario priorizar la mejora de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, así como la educación, el apoyo y la capacitación de los proveedores de atención médica en el control de la epidemia de infecciones. Todos los países involucrados con la epidemia del virus deben publicar sus datos de investigación y recomendaciones clínicas como base para la atención futura hasta que las pautas evolucionen a medida que se disponga de más datos y se acumule experiencia. Compartir datos puede ayudar a los países que probablemente se verán afectados por la epidemia del virus en el futuro a prevenir las complicaciones maternas y neonatales asociadas con el Covid-19.

6 Bibliografía

1. Rasmussen SA , Smulian JC , 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 342

EL CELADOR COMO PERSONAL DE RIESGO

MARIA ISABEL GIL GIL

SONIA RODRÍGUEZ RAMOS

FLORA GEMA JUSTO MALDONADO

MARÍA ISABEL QUINTANILLA FERNÁNDEZ

JAVIER COLMENAR MARTÍN

1 Introducción

Cualquier trabajo en el ámbito hospitalario, y en especial todos aquellos que se desarrollen en contacto directo con los usuarios, conllevan un cierto riesgo. En el día a día de la práctica hospitalaria los trabajadores se exponen a diferentes patógenos, productos químicos, fluidos corporales, que dan a su labor un cierto riesgo que otras profesiones no tienen.

En la actualidad nos encontramos en medio de una pandemia mundial que ha convertido ese “cierto riesgo” anteriormente mencionado en un riesgo grave y real para todos los profesionales en contacto con los usuarios. Entre esos profesionales se encuentra sin lugar a duda el celador, que por las características de su puesto tiene un contacto estrecho y directo no solo con los pacientes, sino también con el instrumental, los objetos personales, los posibles fluidos corporales. Pero el personal de riesgo, y el celador, como uno más de ellos, no solamente se enfrenta a ese riesgo para su salud, sino que tiene que hacer frente a nuevas pre-

siones, miedos, estrés, exceso de carga de trabajo, que sin duda alguna le afectan no solo a nivel físico, sino también mental. Es por ello que consideramos imprescindible reflexionar sobre lo que conlleva ser personal de riesgo, así como los cambios que ese status han supuesto para el trabajo diario del celador y su situación emocional.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir el concepto de personal de riesgo.

Objetivos secundarios:

- Determinar la situación del celador en cuanto a riesgos laborales relacionados con la pandemia por coronavirus.
- Valorar los efectos de ser personal de riesgo sobre el celador.

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. Para ello, hemos utilizado las palabras claves celador, personal, riesgo, Covid, pandemia, coronavirus. De entre todos los resultados en diversos idiomas, se han seleccionado aquellos escritos en castellano.

4 Resultados

Tras numerosos casos de una llamada “neumonía atípica” en la ciudad de Wuhan (China), en enero de 2020 se consigue determinar que el agente causante es un coronavirus: el SARS-CoV-2. Los acontecimientos a nivel mundial se sucedieron rápidamente desde entonces. El 30 de enero la OMS declara la emergencia de salud pública de importancia internacional, y el 11 de marzo la pandemia internacional.

Con los casos y las muertes creciendo exponencialmente tanto fuera como dentro de nuestras fronteras, el gobierno español decide el 13 de marzo declarar el estado de alarma para confinar a la población y así evitar la propagación del virus. Sin

embargo, no todos los españoles quedarían confinados en sus domicilios: las “ocupaciones esenciales” debían seguir llevándose a cabo, con el consiguiente riesgo para los trabajadores. Como se establece en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19, “se asegurará la plena disposición de las autoridades civiles responsables del ámbito de salud pública, y de los empleados que presten servicio en el mismo”. Esto, como es obvio, incluye al celador como trabajador esencial.

El procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 define:

- Exposición de riesgo como: “aquellas situaciones laborales en las que se puede producir un contacto estrecho con un caso posible, probable o confirmado, de infección por el SARS-CoV-2, sintomático.”
- Exposición de bajo riesgo como: “personal sanitario cuya actividad laboral no incluye contacto estrecho con una persona sintomática, por ejemplo: acompañantes para traslado, celadores, camilleros, trabajadores de limpieza”.

Aunque los celadores están nombrados en la exposición de bajo riesgo, resulta evidente que en el desempeño de sus funciones pueden enfrentarse a exposiciones de riesgo como pueden ser el trabajo en una unidad Covid, el apoyo en cambios de posición o traslados de pacientes sintomáticos, etc. De cualquier modo, la realidad es que los celadores son, en esta pandemia, personal de riesgo en mayor o menor medida dependiendo de las condiciones concretas de su puesto y sus funciones.

El celador como personal de riesgo, pues desde el inicio de la pandemia, todo el personal sanitario se ha visto afectado por las nuevas e inesperadas circunstancias en las que deben trabajar. Desde la escasez de EPI (equipos de protección individual) y desconocimiento generalizado de los medios de propagación del virus al inicio, pasando por la saturación de servicios asistenciales, el contacto diario con la enfermedad y sus consecuencias, la conciencia de su propio riesgo, las nuevas presiones a las que estos profesionales se han visto sometidos son enormes. Según estudios realizados en profesionales sanitarios que han estado trabajando durante los últimos meses, una gran mayoría (más del 70%) presentaron síntomas de ansiedad, de los cuales más de un tercio fueron de intensidad moderada a grave. También fueron mayoritarios, aunque en menor medida (alrededor del 60 %) los síntomas de depresión.

Cabe destacar, también, que estos niveles de malestar psicológico no fueron iguales en todas las categorías profesionales, sino que en los celadores (junto con auxiliares de enfermería y técnicos de enfermería) fueron más elevados que

en cualquier otro grupo profesional. Pero los efectos de ser personal de riesgo no son solo psicológicos: el personal sanitario ha sufrido tasas de contagio muy elevadas. A esto se debe unir, en el caso de los celadores, el aumento del esfuerzo físico requerido no solo por la cantidad de trabajo necesaria durante momentos de saturación de los servicios asistenciales, sino también por la dificultad de movimiento e incomodidad añadida por los muy necesarios EPI.

Desgraciadamente, muchos de los factores que afectan al celador como grupo de riesgo parecen poco menos que inevitables. Mientras dure la pandemia, los celadores seguirán siendo personal de riesgo. Es seguramente imposible evitar muchas de las presiones anteriormente mencionadas, ya que son inherentes a la situación de alerta sanitaria en la que hoy nos encontramos: la preocupación por la propia salud y la de sus familias, el contacto diario con la muerte y las secuelas de la enfermedad, las dificultades derivadas de los nuevos protocolos de seguridad y EPI.

Sin embargo, hay otros factores que sí podrían solucionarse o al menos paliarse. La saturación de los hospitales y demás centros sanitarios probablemente sería evitable con una buena planificación y prevención, con el aumento de los recursos materiales y humanos. Aunque la ansiedad sería imposible de evitar por completo, sí podría suavizarse, proporcionando a los celadores los medios necesarios para hacerles sentir seguros en el desempeño de sus funciones, así como el apoyo psicológico adecuado para sobrellevar una situación como la que atravesamos.

5 Discusión-Conclusión

Durante la pandemia del Covid-19 se ha podido ver la gran importancia que tiene la figura de los celadores y celadoras en el sistema nacional de salud, ya que estos son la primera línea de contacto entre el usuario/a y el sistema, bien sea proporcionando la información que se les requiere, cómo de acompañamiento de pacientes y familiares y lo más importante de todo, son el apoyo, sus fuerzas, sus muletas, su energía, además de ser esa palabra amable y de apoyo que necesitamos cuando acudimos al hospital.

Como ha quedado demostrado, la figura del celador/celadora es muy importante en el correcto funcionamiento y desarrollo del sistema nacional de salud, estando en contacto permanente con personas, bien sean los pacientes, los usuarios que requieran de información o el propio personal sanitario y no sanitario que desarrolla sus funciones dentro del sistema. El Celador: “Siempre en primera línea”.

6 Bibliografía

1. «BOE» núm. 67, páginas 25390 a 25400. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19.
2. De La Cruz-Vargas, Jhony A.. (2020). Protegiendo al personal de la salud en la pandemia Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 173-174.
3. Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., & Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica*.
4. López Fernández, Rubén. (2020). «Los servicios de prevención de riesgos laborales en tiempos del coronavirus»; *Lan Harremanak*, 43, 202-215.
5. Muñoz-Fernández SI, Molina-Valdespino D, Ochoa-Palacios R, SánchezGuertero O, Esquivel-Acevedo JA. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por Covid-19. *Acta Pediatr Méx* 2020; 41 (Supl 1):S127-S136.
6. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. (2020) Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

Capítulo 343

LA ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN UN PLAN DE EMERGENCIAS

MARIA ISABEL GIL GIL

SONIA RODRÍGUEZ RAMOS

FLORA GEMA JUSTO MALDONADO

MARÍA ISABEL QUINTANILLA FERNÁNDEZ

JAVIER COLMENAR MARTÍN

1 Introducción

Puede ocurrir una variedad de emergencias en un entorno de atención médica: una emergencia médica, que puede ser una amenaza de bomba, o un accidente inducido por las instalaciones (incendio, explosión) como resultado de las actividades realizadas en las instalaciones. Desastre externo: hacer parecer que muchas personas están heridas o enfermas.

Una emergencia es un evento imprevisto e indeseable que interfiere con el curso normal del negocio y puede causar daños financieros o personales. Las medidas adoptadas para atender las emergencias de contingencia son de prevención, protección y remediación.

Los planes de emergencia se implementan con el objetivo de controlar rápidamente el desarrollo de una emergencia y minimizar su impacto, teniendo en cuenta los recursos humanos y técnicos disponibles. Los medios técnicos de extinción internos incluyen sistemas de detección (humo), alarmas, generadores

de señales de emergencia (botones, sirenas) y medios de extinción (extintores, sistemas fijos de extinción). Los medios técnicos de evacuación de personas se organizan a lo largo de escaleras y pasillos especialmente señalizados.

Las emergencias se pueden clasificar según su gravedad de la siguiente manera: primera vez. Respuesta de Emergencia: Incidentes que pueden ser controlados fácil y rápidamente por personal local. sus. Emergencia Parcial: Es un accidente que requiere la asistencia de un equipo especial de rescate industrial para su control. El impacto de una emergencia parcial se reduce a un área sin afectar a otros sectores u otros sectores. 3. Primeros Auxilios Generales: Accidentes que requieran la coordinación de todos los equipos y medidas de protección de las instalaciones, y la asistencia de medios externos de emergencia y salvamento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la actuación de los vigilantes de seguridad en los planes de emergencia.

Objetivos secundarios:

- Saber actuar en caso de emergencia.
- Definir método de transferencia.

3 Metodología

Se hace una amplia búsqueda en la web sobre el tema, se lee y se analiza detalladamente la información encontrada, se elige la más adecuada y se compara con otras bases de datos. A continuación con la información obtenida, se elabora el capítulo.

4 Resultados

Cuando ocurre una emergencia y se recibe una alerta, los guardias se dividen en dos grupos:

- El personal de seguridad son los miembros del Equipo de Intervención 2º: Su función es recoger la mayor información posible sobre la emergencia de la centralita y llevar los suministros y equipos necesarios al lugar de la emergencia Rescate y socorro de incendios Inmediatamente después de la intervención. orden del Comandante del Incidente.

- Otros Guardias: el Comandante de Incidentes dirige al Jefe de Estado Mayor Junior, quien coordina a los guardias para realizar funciones tales como el uso de ascensores y rutas de escape. Los ascensores de la planta baja estaban paralizados y a cada ascensor se le asignó un vigilante. El ascensor se convirtió en un ascensor para camas, y el ascensor de la cocina fue utilizado solo por el grupo de intervención siempre que fue posible. Dos cuidadores se coordinan en la sala de emergencias y ayudan con el traslado de los pacientes que llegan desde las escaleras cercanas y desde los ascensores. Además, las ventanas y puertas de los almacenes y unidades deben estar cerradas. Las actitudes adoptadas por las partes interesadas y los medios de comunicación en caso de una emergencia deben ajustarse a las siguientes pautas:
- Cadena de detección de alarmas: cualquier persona que vea una emergencia debe tener un medio para enviar una alarma al centro de residentes (centralita, recepción). El medio de transmisión puede ser una llamada de teléfono de extensión o el clic de un botón.
- Evaluar la gravedad y movilizar los equipos internos: Necesidad de garantizar que las alertas lleguen al personal capacitado para evaluar la urgencia y movilizar los equipos necesarios para intervenir en consecuencia.
- Notificación, Recepción y Comunicación de Asistencia Externa: necesidad de asegurar que una emergencia sea comunicada a un equipo de asistencia externa, que se despacha para recibir, avisar y acompañar al responsable del acceso al edificio y al equipamiento que haya.
- Evacuación: Evacuar todo el hospital es difícil, pero posible, pero la evacuación individual puede ser más fácil. En la evacuación parcial, el personal del área afectada es evacuado hasta llegar a un lugar seguro. Idealmente, los pacientes deben ser trasladados a su propia cama o silla de ruedas, pero a menudo esto no es posible debido a emergencias. A la hora de evacuar a un paciente, existen varios métodos de traslado.
- Levantamiento: el más rápido y fácil de hacer con la menor cantidad de esfuerzo.
- Direct Pull: requiere mucho esfuerzo y entrenamiento, es lento y no se puede utilizar para la evacuación vertical. Aparece cuando sale humo.
- Arrastre del sillón: rápido y cómodo para el paciente, pero en principio no se puede utilizar para la evacuación vertical.
- Tracción del colchón: requiere mucho esfuerzo físico, es lento y complicado, pero proporciona alivio y comodidad al paciente. La salida debe ser ancha.

5 Discusión-Conclusión

Una emergencia ocurre en una situación particular en la que se produce una alerta, en la cual debido a los daños que puede causar, hay que actuar con conciencia y con rapidez, sin gritos ni aglomeraciones; se debe mantener el orden y la calma. Conviene acordarse de cerrar puertas y ventanas, despejar el paso en puertas y en rutas de evacuación y tener libre una vía de teléfono.

Es indispensable estar bien formado y conocer los planes de emergencia y las actitudes correctas que hay que seguir. Los celadores son personas fundamentales en el transcurso de una emergencia y las funciones que realizan son múltiples e importantes.

6 Bibliografía

1. <http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema-11.pdf>.
2. <https://nanopdf.com/download/tema-14-actitudes-a-adoptar-ante-unaemergencia-pdf>
3. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos-celadores.htm#6>.

Capítulo 344

EL PAPEL DEL CELADOR CON LOS PACIENTES EN LA UCI. COMO ACTUAR CON ESTOS PACIENTES PARA AYUDAR A SU CUIDADO Y EL MANEJO DE LOS APARATOS

MARINA ORTIZ IZQUIERDO

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

EZEQUIEL ROMERO CABALLERO

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

ANA BELÉN RUEDA NAVARRO

1 Introducción

- La UCI es una unidad del hospital donde se tratan a pacientes graves que necesitan una atención continua, la cual no puede darse en una planta.
- En la UCI hay un puesto de control de enfermería desde el cual se observan todas las camas. Además, en el control hay unos paneles donde se describen las constantes vitales del paciente y su ritmo cardíaco.
- La U.C.I. (Unidad de Cuidados Intensivos), es un servicio destinado al tratamiento y vigilancia continuada del paciente cuya función o funciones están alteradas y en estado crítico.

- Normalmente alberga también a los pacientes que, aun estando estables, puedan sufrir alguna alteración importante como es el caso de los postoperatorios.
- La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas pacientes en condiciones críticas de salud.
- El celador de UCI ejercerá un refuerzo al personal de la Unidad.
- El Celador destinado en UCI debe estar muy bien preparado y formado en la realización de cambios posturales, ya que los enfermos de UCI tienen que ser movilizados con sumo cuidado para que su estado no empeore.

Una unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de vigilancia intensiva (UVI), unidad de cuidados críticos (UCC), centro de tratamiento intensivo (CTI), unidad de medicina intensiva (UMI) o unidad de terapia intensiva (UTI) es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva.

Palabras clave:

Paciente intubado, inconsciente, cambios posturales.

2 Objetivos

- Exponer las distintas funciones del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos, así como las medidas de protección que debe emplear en esta unidad.
- Identificar las funciones del Celador de UCI.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva sobre la literatura científica existente en relación al papel del celador con los pacientes de UCI. Para ello, se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos científicas, seleccionando artículos que proceden de publicaciones revisadas y que por tanto garantizan su integridad como son: Pubmed, Medline y Scielo.

Criterios de exclusión/inclusión: únicamente se han utilizado artículos científicos de habla castellana.

4 Resultados

Dadas las características particulares de los pacientes ingresados en UCI así como de la propia unidad, el Celador aquí destinado debe trabajar en estrecha colab-

oración con todo el personal y conocer muy bien sus funciones, entre las que destacamos:

En la UCI el celador tiene una de las funciones específicas:

- La susceptibilidad a las infecciones de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos provoca extremar las precauciones por parte de los celadores que trabajan en este servicio.
- Cuando el riesgo de exposición es elevado, el celador debe ir siempre con mascarilla quirúrgica o FFP2, bata, guantes, protección ocular, teniendo especial atención a la higiene de manos, y más aún en los momentos de pandemia actuales, provocados por el virus denominado SARS-CoV-2.
- Cuando el riesgo es bajo se recomienda que el celador utilice guantes de nitrilo, tenga especial atención con la higiene de manos y en el transporte de muestras realizarlo con triple envase de seguridad, que es un sistema que garantiza la integridad de las muestras y, en caso de accidente, minimiza la exposición a estas por parte de las personas y el medio ambiente. El sistema de triple envase consiste en depositar las muestras en un recipiente primario, protegido a su vez por un envase secundario y por un embalaje exterior rígido y robusto que protege el secundario.
- Cuando llegue un paciente, ayudará al celador que lo trae a trasladarlo a la cama de la UCI.
- Realizará la movilización y los cambios de los pacientes con gran cuidado y con la supervisión de un enfermero. También colaborará en la movilización del paciente cuando se le efectúen allí pruebas radiológicas.
- Llevar al laboratorio las muestras con gran rapidez.
- Recoger las peticiones de farmacia y almacén.
- Cuando un paciente sea dado de alta, lo trasladará al servicio designado con la correspondiente documentación. Antes del traslado traerá la cama del servicio al que es destinado ya que las camas de la UCI no salen fuera de la unidad.
- Colaborar con el personal de enfermería en los cambios posturales.
- Ayudar al personal de Enfermería en el aseo e higiene de los pacientes.
- Trasladar a los pacientes a los servicios correspondientes para la realización de pruebas diagnósticas (TAC, radiografías, etc.).
- Vigilará el acceso al servicio, cuidando que las visitas se hagan en el horario establecido y facilitando el material necesario para ello; batas, calzas, mascarillas.
- Ayudará a amortajar a los fallecidos y a trasladar el cadáver a mortuorios.
- En general realizará todas aquellas labores propias del celador que le sean asignadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud. El celador de UCI como tal, ejercerá un refuerzo al personal de la Unidad, es el punto de unión con otros servicios del hospital y debe estar lo suficientemente formado para realizar con total eficacia y eficiencia cada una de las tareas que le sean encomendadas bajo la supervisión del personal de Enfermería y/o facultativos.

Los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos deben tener la seguridad de que su estado de salud no será empeorado por la falta de precauciones y de los equipos de protección individual por parte de los profesionales que van a atenderle. Es por eso que este aspecto es tan importante, puesto que además de prevenir el empeoramiento de los pacientes con este protocolo, ayudará a mejorar la imagen de la institución sanitaria en cuestión.

6 Bibliografía

1. Terence Robertson (2013) técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente.
2. Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.
3. Gayubo Bartolomé, M. (2014). Movilización del enfermo, repercusión en el personal sanitario. Revisión bibliográfica.
4. Juan Tomas Giménez cases. 2013. El celador en la UCI.

Capítulo 345

LA IMPORTANCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

GLORIA PANIAGUA LEAL

ALICIA LÓPEZ TENDERO

1 Introducción

Para desarrollar una adecuada inteligencia emocional es fundamental:

- Reconocer los distintos rasgos de personalidad, ya que según sean se gestionan las emociones de una forma u otra.
- Ejercitarse en la gestión de las emociones para poder solucionar y evitar problemas en el trabajo.
- Entender las emociones de uno mismo para poder trabajar en grupo con otros profesionales sanitarios y ser más eficaz en las intervenciones con los pacientes. Es primordial saber y entender que nuestro estado de ánimo influye en el comportamiento que tenemos a la hora de establecer una relación profesional con los pacientes y con los demás trabajadores sanitarios. Por lo tanto es importante saber cuáles son nuestras fortalezas y cuáles son nuestras debilidades. Si no somos capaces de reconocer nuestras emociones acabaremos siendo devorados por ellas. También es de vital importancia no contagiarse de las emociones de los demás máxime cuando los pacientes vienen cargados de angustia cuando acuden a los trabajadores sociales sanitarios.

La intervención profesional empieza desde que tomamos el primer contacto con el paciente y en este primer momento es importante no dejarse contagiar por

el estado de ánimo del paciente. Ya que puede lastrar toda la intervención profesional que se haga. Por el contrario se debe ser una profesional emocional y mentalmente equilibrado para poder establecer una verdadera relación de ayuda con el paciente.

La autorregulación emocional nos ayuda a rebajar la presión de nuestras emociones. Por lo tanto hay que estar alerta y vigilante a la comunicación verbal y no verbal tanto del propio profesional como del paciente que se está atendiendo. La empatía nos va a ayudar a interpretar las señales verbales y sobre todo las no verbales para podernos poner en el lugar de la otra persona y estar en sintonía emocional con él.

2 Objetivos

- Plantear la importancia de la inteligencia emocional en el trabajo social sanitario.
- Entender en qué consiste la inteligencia emocional en el trabajo.

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

Howard Gardner escribió un libro titulado "Inteligencias múltiples" donde hace referencia a que una misma persona tiene diferentes inteligencias independientes pero interrelacionadas entre sí. Clasificó la inteligencia en doce clases: lógico-matemática, musical, naturalista, creativa, lingüístico-verbal, intrapersonal, interpersonal, colaborativa, visual-espacial, existencial, corporal-kinestésica y emocional. Cada una de estas inteligencias forma parte del coeficiente intelectual.

Goleman a partir del libro de Gardner planteó el concepto de "inteligencia emocional" y la definió como la facultad de percibirse de los sentimientos propios y de los demás, de entenderlos y de actuar en consecuencia.

La inteligencia emocional es fundamental para la vida y más para el desarrollo de la profesión del trabajador social y para el trabajo social sanitario; puesto que se trabaja con personas y es muy importante conectar emocionalmente con él para poderlo ayudar desde la comprensión.

La inteligencia emocional no interfiere a la hora de formar las emociones con relación a los estímulos del ambiente, sino que se conecta más con la reacción que un sujeto tiene ante ellas; la mayoría de las veces son más impresionantes que las emociones que desatan la acción

Las características de la inteligencia emocional y que todo trabajador social sanitario debería aspirar a tener son:

1. Estar atentos a las emociones de uno mismo: analizar las propias emociones y escucharlas; no solo se limitarse a sentirlas.
2. Reconocen los sentimientos y no los contienen: expresan sus sentimientos de forma clara.
3. Examinan los proyectos y los anhelos: analizan lo que sienten y se ponen una meta sobre la que trabajar.
4. Evaluación continua de las acciones: evalúan como pueden mejorar cada día.
5. No se toman las cosas de forma personal: cuando algo no sale como querían o alguna persona les incomoda no se lo toman como un ataque a ellos mismos. No se concentran en algo que no pueden controlar.
6. Controlan las acciones: no se deja dominar por las emociones sino que controlan lo que deciden hacer con ellas y son conscientes de cuando algo se les ha ido de las manos.
7. Respetan las emociones de de los demás: intentan ser siempre empáticos con los demás.
8. Se relacionan con las personas que tienen conexión: no pierden tiempo en relaciones tóxicas ahorrándose problemas innecesarios.
9. Se motivan a sí mismos constantemente: se emocionan cuando sucede algo que les gusta o hacen una acción concreta. Buscan mantener la ilusión con nuevas experiencias.

La inteligencia emocional puede clasificarse en cinco categorías:

- Empatía: es entender cómo se sienten los demás y ejercitarse para comunicarse correctamente para lograr un objetivo común.
- Habilidades sociales: establecer buenas relaciones interpersonales ayudan a las personas a llegar al éxito.
- Autoconocimiento: en la capacidad de reconocer los sentimientos que uno experimenta y cómo estos pueden afectar a lo que hacemos.
- Motivación: compromiso cumplir los objetivos que uno se plantea, que hace para

mantenerse positivo ante los problemas y que iniciativa tiene para conseguir las metas.

- Autorregulación: autocontrol que es esencial en la inteligencia emocional.

La Inteligencia Emocional (IE) sirve para el desempeño del trabajo del trabajador social sanitario para hacerlo de una manera socialmente aceptada o si está fuera de lugar en una situación determinada, es decir, puede ser la diferencia entre un buena o mala intervención profesional.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto la inteligencia emocional es muy importante para que los trabajadores sociales desarrollen adecuadamente su trabajo tanto con pacientes como con otros profesionales.

La coordinación es clave para que nuestra inteligencia emocional trabaje duro.

El objetivo de la inteligencia emocional no es controlar las emociones.

Sabe manejar situaciones donde las emociones se salen de control, utilizando técnicas y estrategias que le permiten elegir la mejor opción.

Daniel Goleman dijo que inteligencia significa % del éxito de una persona. El 80 % restante se debe a la inteligencia emocional.

6 Bibliografía

1. Goleman, Daniel: Inteligencia Emocional. Editorial Kairós. (2001) ISBN 84-7245-371-52000.
2. Morgado Bernal, Ignacio. Emociones e inteligencia social: las claves para una alianza entre los sentimientos y la razón. Barcelona: Editorial Ariel, 2007. ISBN 978-84-344-5307-4.
3. Soler Nages, José Luis, et al. (coord.) Inteligencia Emocional y Bienestar II: reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones. Zaragoza: Ediciones Universidad de San Jorge, 2016. ISBN 978-84-608-4847-9.
4. Vallés Arándiga, Antonio. Psicopedagogía de la inteligencia emocional. La Guardia de Jaén: Formación Continuada Logoss, 2016. ISBN 978-84-15764-63-2.
5. Ruiz Ballesteros, Desirée. Mindfulness e Inteligencia Emocional. En Psicología y Educación: Presente y Futuro [linea = en línea]. Alicante: Asociación Científica de Psicología y Educación (ACIPE), 2016 [consulta = consulta: 19 abril 2017]. ISBN 978-84-608-8714-0. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/63981/1/Psicologia-y-educacion_169.pdf.

6. Manrique Solana, Rafael. La cuestión de la inteligencia emocional. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [linean = en línea]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015, 35(128), 801-814. ISSN 2340-2733 [kontsulta = consulta: 2017/04/20]. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16930>.

Capítulo 346

EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE PACIENTES CON EMERGENCIAS

ALICIA LÓPEZ TENDERO

GLORIA PANIAGUA LEAL

1 Introducción

El trabajador social tiene muchos ámbitos de trabajo diferentes en los que puede ejercer su profesión.

Los ámbitos relacionados con la salud de las personas y su asistencia sanitaria, son, fundamentalmente, los hospitales y los centros de salud.

En este capítulo intentaremos comprender cuál es el papel de estos profesionales en el ámbito hospitalario, concretamente conocer el papel que el trabajador social desempeña en su actividad profesional en el área de las urgencias hospitalarias, en donde se encargará sobre todo de conocer la situación del enfermo y de sus familiares.

Las personas que acuden a las urgencias hospitalarias presentan una situación crítica de carácter físico que se caracteriza entre otras cosas por el miedo, desconocimiento y angustia tanto del supuesto paciente como de su entorno, de ahí la importancia de hacer una intervención integral que abarque no solo el aspecto sanitario sino también el psicológico y humano.

Dentro de este contexto es donde ubicamos la labor del trabajador social de urgencias hospitalarias.

Es aquí donde, mediante su formación y capacidades de actuación en el campo de lo relacionado con lo interpersonal pondrá en marcha apoyos necesarios para mejorar la situación del paciente y de su familia, facilitando recursos de apoyo y

ayudando en la gestión del dolor sufrido por el duelo así como de aquellos otros que permitan mejorar la situación del paciente a su salida del hospital.

Entre los objetivos que se trata de conseguir mediante la figura del trabajador social en el área de las urgencias de un hospital, señalaremos como fundamentales las siguientes:

- Informar a los familiares sobre la atención que reciben los pacientes, estado de salud, evolución, pruebas a las que están siendo sometidos así como atenciones a las necesidades básicas.
- Informar sobre cuestiones de carácter general, tales como funcionamiento del hospital, recursos sociosanitarios y prestaciones a las que tienen acceso los pacientes una vez obtengan el alta hospitalaria. También mediar entre el paciente y los agentes de intervención.
- Prestar atención ante situaciones de duelo en aquellas situaciones de muerte del paciente o de riesgo de fallecimiento, prestando alivio ante el sufrimiento y facilitando alternativas ante el dolor.

2 Objetivos

Indicar el papel del trabajador social con pacientes con emergencias sanitarias y el proceso a seguir ante ello.

3 Metodología

Revisión bibliográfica relacionada con el campo de la intervención profesional del trabajador social en el ámbito sanitario, y específicamente en el área de la atención de las urgencias. Asimismo se realiza un amplio análisis de diferentes encuestas y estudios basados en la aceptación tanto del paciente como de sus familiares del servicio de Urgencias de la Unidad de Trabajo Social de los hospitales.

4 Resultados

Comprobamos que la intervención del profesional del trabajo social en el área de urgencias hospitalarias, es un recurso valioso y claramente aceptado tanto por familiares y pacientes del servicio como por los profesionales que trabajan de manera coordinada en él (médicos, enfermeras, psicólogos).

De acuerdo a los diferentes estudios y documentos a los que hemos tenido acceso, comprobamos que son muchos los familiares y pacientes los que acuden a este servicio buscando, no solo consuelo y alivio a las situaciones que están viviendo, sino que también hacen uso de este servicio para obtener información y orientación que les permita conocer la situación en la que se encuentra su familiar y allegado, así como las intervenciones que se están llevando a cabo en relación a su persona, acompañando, cuando así sea necesario en la toma de decisiones que puedan mejorar in situ las circunstancias, así como una vez finalizado el periodo de ingreso.

Asimismo el papel del trabajador social de urgencias es fundamental a la hora de gestionar esa nueva realidad del paciente y su familia, ofreciéndoles para ello, información detallada, comprensible y coordinada sobre apoyos y recursos a los que pueden tener acceso una vez que el paciente retorna a su entorno habitual. Son un pilar fundamental a la hora de gestionar prestaciones básicas de emergencia, mediar entre afectados y agentes de intervención, así como evaluar situaciones de necesidad social.

Por último, y en los casos de fallecimiento del paciente contribuyen a afrontar la situación de duelo, acompañando y ofreciendo información psicosocial a familiares, a los que trataran de dar la información necesaria para poder sobrellevar de una manera más sencilla todas aquellas gestiones necesarias tras el fallecimiento del familiar o allegado.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir, de acuerdo a todo lo indicado en este capítulo, que al igual que es importante y, sin duda, el fin primordial de un servicio de urgencias, atender la situación física del paciente, mejorando su salud en la medida de lo posible, también es fundamental, para lograr una atención integral del paciente y de su familia contar con la intervención del profesional del trabajo social. Este, no solo aliviará el estrés y ansiedad de los usuarios del servicio, sino que también será el nexo entre el paciente y los profesionales que intervienen con él, facilitando aquellos recursos de información, orientación y apoyo psicosocial que sean necesarios para una atención de calidad adaptada a las circunstancias personales de cada uno.

6 Bibliografía

1. Arricivita, A. (2003), Situaciones sociales traumáticas (Emergencias - Urgencias), espacios de acción del trabajador social. Revista de TS y Salud.
2. Guía de organización del servicio de TS de atención especializada. Guía Madrid: ministerio de Sanidad, Consumo, Insalud.
3. Rodríguez Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona: Imsero, ministerio de Sanidad y Política Social.
4. Puy, N. (2013). El TS sanitario en los servicios de urgencias: razones para su reconocimiento. Revista Agathos, atención sociosanitaria y bienestar.

Capítulo 347

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTES PORTADORES DE DRENAJES TORÁCICOS. CONSIDERACIONES GENERALES Y NORMAS DE ACTUACIÓN

MARIA JESUS CUBELLS OLAYA

SILVIA CUBELLS OLAYA

FRANCISCO JAVIER RUBIO SÁNCHEZ

1 Introducción

Los pacientes que se encuentran hospitalizados con dificultades para tener una adecuada expansión pulmonar, necesitan la colocación de drenajes torácicos los cuales les permitan liberar o drenar de la cavidad pleural, la existencia de líquido, aire o sangre excesiva.

Los drenajes torácicos cuentan con dos partes:

- Catéter o tubo torácico. Dicho elemento es un tubo estéril que puede ser de plástico o látex, el cual es colocado por un profesional médico en el bloque quirúrgico o en la unidad de cuidados intensivos.

Existe un gran número de variedad de catéter dependiendo de varios tamaños, el cual depende de la sustancia que debe ser drenada.

Dichos catéter son tapados con apósitos en su entrada en la piel del paciente.

- Sistema cerrado de drenaje torácico. Dentro del ámbito sanitario se pueden encontrar dos modalidades de sistema cerrado de drenaje torácico.

En la actualidad, es utilizado un dispositivo el cual tiene de dos a tres cámaras y válvulas que permiten el drenaje de las sustancias que se quieren liberar.

Anteriormente, el sistema cerrado de drenaje utilizado era el del uso de dos o tres botellas independientes pero conectadas entre sí que creaban el vacío necesario que permitía el drenaje de las sustancias.

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento de actuación durante la movilización de pacientes portadores de drenajes torácicos por parte del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores forman parte del equipo asistencial de los pacientes con drenajes torácicos, encargándose de la movilización de este tipo de pacientes. Será función exclusiva del celador la movilización del paciente con la ayuda del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, pero siempre bajo las ordenes y supervisión del enfermero responsable del paciente.

Hay que tener especial cuidado de los drenajes torácicos durante la movilización del paciente, es por ello que será importante que todo el equipo profesional que intervenga durante la movilización siga unas pautas de actuación.

Pautas de actuación durante la movilización de pacientes portadores de drenajes torácicos:

- Se deberán controlar todos los drenajes antes de la movilización y vigilar exhaustivamente durante la movilización. Es de vital importancia que no salga ningún líquido de los frascos o botellas.

- Tener vigilado el tubo que conecta con la piel del paciente e impedir que se doble o se pince durante la movilización. El pinzamiento del tubo puede suponer una consecuencia muy peligrosa como puede ser la creación de un neumotórax al impedir la salida del aire.
- No dar tirones al tubo durante la movilización ya que se encuentra unido a la piel del paciente con esparadrapo, gasas, apósitos y puntos de seda, y un tirón puede provocar la extracción del tubo.
- Si durante la movilización del paciente el tubo se extrae de la piel del paciente, se llamará inmediatamente al equipo médico mientras que se presiona la zona de inserción del catéter con gasas llenas de vaselina.
- Si durante la movilización se desconecta el tubo del sistema cerrado de drenaje, se colocará de nuevo inmediatamente y se sellará rápidamente con esparadrapo. Una vez sellado, se pedirá al paciente que tosa para eliminar el aire que ha entrado en sus pulmones.
- El sistema de drenaje debe permanecer a una altura inferior del paciente, por lo que no se podrá colocar por encima de la barandilla de la cama.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del celador con pacientes portadores de drenajes torácicos. Consideraciones generales y normas de actuación” nos refleja la importancia de seguir unas pautas de actuación durante la movilización de pacientes portadores de drenajes torácicos, ya que una mala movilización, un tirón del tubo y su extracción o una simple actuación accidental involuntaria, es muy peligroso para el estado clínico del paciente, ya que puede sufrir neumotorax.

Es por ello, que todo el equipo responsable de la movilización del paciente deberá actuar siguiendo las ordenes del enfermero o médico responsable del paciente, mientras estos controlan el tubo durante la movilización.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
 2. Cordon, F., Garrido, J.M, Torres, A. El celador ante el paciente geriátrico. España. Formación continuada logoss. 2013.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.

3. 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.
4. Rodríguez, F., Castro, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
5. www-rae.es.

Capítulo 348

ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ÁREAS Y FUNCIONAMIENTO

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

EZEQUIEL ROMERO CABALLERO

ANA BELÉN RUEDA NAVARRO

MARINA ORTIZ IZQUIERDO

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

1 Introducción

Los servicios de urgencias de los centros sanitarios (centros de salud y centros hospitalarios) son dispositivos que buscan el objetivo de garantizar una atención médica-asistencial continuada durante las 24 horas del día, los 365 del año.

Cabe destacar la importancia de diferenciar una urgencia médica de una emergencia médica. Para definir estos términos nos basaremos en el manual del celador de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana (2021). Se entiende como urgencia médica a toda hecho, situación o acontecimiento que provoque la llamada o la presencia de los servicios sanitarios inmediata. Mientras que la emergencia médica se entiende como todo hecho, situación o acontecimiento que suponga un grave peligro de manera inmediata

para la vida de la persona en cuestión y que no puede esperar la demora de asistencia médico-sanitaria. La organización mundial de la salud (OMS) establece el tiempo de actuación de la urgencia sanitaria en inferior a 6 horas, mientras que la emergencia sanitaria lo establece en un tiempo inferior a 1 hora.

Todos los centros hospitalarios deben garantizar la asistencia médico-sanitaria continuada mediante un servicio de urgencias. Dependiendo de la cartera de servicios que se afronten en el servicio de urgencias se puede hacer una clasificación de los hospitales.

- Nivel 1. Hospital de menor especialización.
- Nivel 2. Hospital como mayor número de especialidades.
- Nivel 3. Hospital de referencia para el resto de hospitales cercanos, donde pueden atenderse urgencias de todas las especialidades.

2 Objetivos

- Enumerar las diferentes áreas existentes en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Dar a conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores adscritos al servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Áreas existentes en el servicio de urgencias:

- Admisión de urgencias.
- Sala de espera.
- Boxes. En esta área son atendidos los pacientes que necesitan ser tumbados en camillas. Dichos boxes están provistos de todo el material médico-sanitario necesario para atender una urgencia.

- Sala de observación. Son habitaciones o salas donde los pacientes están 2 horas en observación para comprobar la evolución de la enfermedad. A las 24 horas y según la evolución del paciente puede ser dado de alta o ingresado en las plantas de hospitalización.
- Sala de reanimación o de Soporte Vital Básico (SVB).
- Zona de emergencias.
- Áreas de especialidades como traumatología, oftalmología o cirugía.
- Despachos médicos y controles de enfermería.
- Zona de triaje.
- Zonas de descanso del personal, vestuarios y aseos.

Funciones de los celadores en el servicio de urgencias:

Las funciones de los celadores adscritos al servicio de urgencias son muy comunes a las funciones realizadas por los celadores de plantas de hospitalización. Sin embargo, los celadores de urgencias tendrán que tener la templanza, serenidad y capacidad de reacción ante situaciones de urgencias y emergencias.

- Serán funciones exclusivas de los celadores la movilización de los pacientes que no puedan moverse por sí mismos, y el traslado de los pacientes de una unidad a otra tanto dentro de la unidad como fuera de ella.
- Deberán trasladar las muestras biológicas, analíticas, hemogramas, gasometrías, pruebas PCR o test de antígenos a los diferentes laboratorios anexos al servicio de urgencias (microbiología, bioquímica y hematología).
- Recoger en la unidad de banco de sangre, la sangre necesaria para hacer transfusiones.
- Dar apoyo o auxiliar tanto al equipo médico-asistencial como al equipo de enfermería, en aquellas tareas que no requiera hacer uso de instrumental sanitario.
- Serán los encargados de trasladar los pacientes fallecidos en el servicio de urgencias al mortuario del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Actuaciones del celador en el servicio de urgencias. Áreas y funcionamiento” nos refleja que el papel del celador en el servicio de urgencias es tan importante como lo que puede ser el de un médico, ya que sin la realización de las funciones del celador, la atención continuada llevada a cabo en este servicio no podría ser posible.

Del mismo modo, con la lectura de este capítulo científico se ha podido comprobar que los celadores de urgencias, al desarrollar sus funciones en un servicio específico, deberán poseer los conocimientos básicos para saber actuar ante situaciones donde la vida del paciente corre un grave peligro y es de vital importancia una rápida y adecuada actuación asistencial por parte del equipo profesional de urgencias.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
3. Junta de Andalucía. Prevención de riesgos laborales. 1º Edición. Andalucía. Iniciativa comunitaria ADAPT Módulo V.
4. www.rae.es.
5. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 349

RIESGOS DEL AYUDANTE PINCHE DE COCINA EN LA COCINA HOSPITALARIA. MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTE LESIONES DE HERIDAS Y CORTES

CARMEN ALVAREZ MARTIN

M^a DEL MONTE DEL FRESNO MENCHERO

MARIA SOLEDAD FERNANDEZ PACHECO GALLEGO

AMPARO PALACIOS CALERO

1 Introducción

La naturaleza de las labores desarrolladas por los ayudantes de cocina hospitalaria dentro del contexto de las instalaciones del centro hospitalario está marcada por una multitud de obligaciones que desembocan en una importante carga de trabajo. A esto habría que añadir los espacios de tiempo en los que deben ser llevadas a cabo que terminan añadiendo dificultades por su estrecha limitación. Ambas dificultades: muchas obligaciones, poco tiempo, añadidas a la propia idiosincrasia de este trabajo provoca que el pinche de cocina hospitalaria esté expuesto en innumerables ocasiones y con asiduidad a un importante número de riesgos (quemaduras, caídas, atrapamientos, atropellos, electrocución, etc.) para

su salud. De estos riesgos, la realización de heridas y cortes es el accidente laboral que con más frecuencia se produce. No se puede olvidar que el entorno de trabajo de los pinches de cocina está marcado en su cotidianeidad por el uso de maquinaria y herramientas con bordes afilados o con puntas como cuchillos, picadoras, lonchadoras, etc.

Es fundamental que los ayudantes de cocina hospitalaria estén perfectamente formados en materia de riesgos laborales y es responsabilidad de sus superiores asegurarse de que poseen esta formación, contribuyendo ambas partes con ello tanto a una minimización de los riesgos a los que se ven expuestos, como a la aminoración de su gravedad en el caso en que el accidente se dé. Igualmente importante es la formación en primeros auxilios para que, dado el accidente, saber actuar en consecuencia.

Por otra parte, el aumento de casos de accidentes de los pinches de cocina durante los últimos años ha provocado que junto a estos, aumenten de forma considerable los estudios sobre en qué circunstancias desarrollan su labor, para, a partir de los resultados de estos estudios, generar soluciones.

Especialmente relevante, es el caso de los cortes y amputaciones de los dedos que suponen un 44% del total de accidentes de los que se tienen datos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los principales riesgos a los que se enfrenta el pinche de cocina que pueden desembocar en lesiones de heridas y cortes.

Objetivos secundarios:

- Definir el contexto y la forma en que se producen estas lesiones.
- Exponer soluciones y medidas a adoptar frente a los riesgos de accidente en la cocina hospitalaria que ayuden a frenar la frecuencia y la gravedad en las lesiones de heridas y cortes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sistemática dentro de la literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo. También se ha utilizado buscadores como Google y

Google Académico utilizando como palabras clave: pinches de cocina “heridas y cortes” o “riesgos laborales”.

4 Resultados

La utilización de máquinas de corte, picadoras, loncheadoras o trituradoras y así como de utillaje como cuchillos, punzones o tijeras por parte de los pinches de cocina en cocinas hospitalarias es tan habitual como indispensable en el desarrollo de su trabajo es por ello uno mayores riesgos laborales a los que se enfrenta este colectivo va a estar marcado por el uso de estar herramientas y puede acabar en la producción de heridas y cortes. A estos elementos hay que añadir otros que también revisten peligrosidad como las propias materias primas utilizadas que podrían tener púas o espinas y, también, como los recipientes que, en ocasiones, los contienen: envases de vidrio o cristal, latas de conserva u otros recipientes que presenten esquinas o laterales afilados.

En cuanto al utillaje de corte, se pueden encontrar una serie de recomendaciones que servirán de ayuda para minimizar el riesgo de accidente. Así: cada cuchillo o utensilio cortante debe adecuarse a la tarea que se realiza, sus hojas deben estar perfectamente afiladas y tienen que estar provistos de mangos fabricados con materiales antideslizantes. En cuanto a su uso, este debe realizarse sobre superficies apropiadas y utilizando guantes cuando la tarea lo requiera. En el uso y transporte controlar el sentido de puntas y filos evitando en todo momento que estos se orienten hacia el cuerpo de los trabajadores. Tras su utilización es necesario limpiarlos correctamente, guardándolos de forma ordenada y dentro de fundas apropiadas.

Si en el uso del utillaje de corte es importante la destreza del trabajador, al hablar de las máquinas de corte esta importancia es aún más elevada, siempre se deben manejar siguiendo las instrucciones del fabricante, utilizando los empujadores o alejando las manos de los elementos de corte cuando estén en movimiento. Tras su uso se deben apagar y desconectar de la corriente eléctrica. De la misma manera, las máquinas de corte deben estar apagadas y desconectadas de la corriente eléctrica durante su limpieza y/o su mantenimiento.

Otro momento de especial riesgo de accidente que desemboca en heridas y cortes es cuando se producen roturas de vajilla, cerámica o cristal y hay que limpiar sus restos. Esta tarea hay que realizarla con recogedores adecuados y utilizando guantes cuando sea necesario.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las lesiones tienen su causa en el uso de elementos de corte defectuoso, su almacenamiento incorrecto y el uso inadecuado

de los instrumentos, subsanar las dos primeras causas y facilitar el uso correcto del utillaje de corte y de las máquinas de corte por parte de los pinches de cocina no solo los hará más eficientes en su labor, sino que minimizará los riesgos de accidente salvaguardando, de esta manera, su integridad física.

Finalmente, concienciar a los pinches de cocina sobre los riesgos y su prevención dentro de la cocina hospitalaria, capacitarlos en el manejo del utillaje y la maquinaria, y proporcionar los equipos de protección necesarios completaría las recomendaciones para evitar los accidentes que producen heridas y cortes.

5 Discusión-Conclusión

El complejo entorno en el que desarrolla su labor el pinche de cocina hospitalario y peligrosidad de los elementos que utiliza en el desarrollo de su labor son un especial caldo de cultivo para que se produzcan accidentes laborales que terminen provocando lesiones como cortes o heridas. Para poder acceder a su trabajo, los pinches de cocina en los centros hospitalarios deben someterse a programas y cursos de formación que les preparan y capacitan para su trabajo y, dentro de este, para adoptar las medidas de prevención necesarias para afrontar los riesgos laborales a los que se enfrentan, entre ellos el de heridas y cortes, formación que no debe acotarse en el acceso al puesto de trabajo, sino extenderse durante toda la trayectoria laboral del pinche de cocina.

En conclusión: el pinche de cocina debe ser consciente de los riesgos a los que esté sometido y debe estar preparado para afrontarlos; debe estar formado en el uso correcto y seguro de las herramientas que utiliza para desarrollar su trabajo; de igual forma, útiles manuales y maquinaria eléctrica deben seguros y estar etiquetados con el símbolo CE; el personal de cocina debe estar provistos de los equipos de protección individual necesarios y estar familiarizados con su uso; finalmente, todo ello con el objetivo de cuidar su salud y la salud de los pacientes destinatarios del resultado de su trabajo.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Prevención de riesgos laborales para ayudantes de servicios destinados en cocinas hospitalarias. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021 [citado el 4 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-cocinas-hospitalarias/>.

2. Ocronos R. Riesgos laborales en una cocina hospitalaria. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021 [citado el 4 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-cocina-hospitalaria/>.
3. Asepeyo.es. [citado el 4 de octubre de 2022]. Disponible en: https://prevencion.asepeyo.es/wp-content/uploads/R1E17013-Gu%C3%ADa-Hosteler%C3%ADa_Asepeyo.pdf.

Capítulo 350

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PUERTA DE URGENCIAS

SILVIA CUBELLS OLAYA

FRANCISCO JAVIER RUBIO SÁNCHEZ

MARIA JESUS CUBELLS OLAYA

1 Introducción

Las unidades de urgencias de los centros sanitarios tienen la finalidad de garantizar a los usuarios del sistema nacional de salud (SNS) una atención sanitaria continuada durante las 24 horas del día.

Los servicios de urgencias de atención primaria en los centros de salud, garantizarán esta atención continuada de 15 h a 8h y las 24 horas durante días festivo y fines de semana.

Por otro lado, los servicios de urgencias de atención especializada en los centros hospitalarios, garantizarán esta atención continuada las 24 horas del día los 365 días del año. Es por ello, que los profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan su jornada laboral en este servicio, deberán realizar los turnos de guardia que le sean establecidos para poder mantener esta atención continuada. La unidad de urgencias está dividida en varias áreas donde desarrollan sus funciones laborales el equipo multidisciplinar que trabaja en dicha unidad.

- Área de admisión de urgencias (auxiliares administrativos).
- Área de espera para pacientes y acompañantes.
- Puerta de urgencias (celador).
- Área de Boxes (médicos, equipo de enfermería, TCAE, celadores, técnicos de RX...).
- Área de observación (médicos, equipo de enfermería, TCAE, celadores, técnicos de RX...).
- Área de reanimación (médicos, equipo de enfermería, TCAE, celadores, técnicos de RX...).
- Áreas de especialidades (cirugía, pediatría, traumatología, oftalmología, cardiología, digestivo...).
- Despachos médicos.
- Controles de enfermería.
- Área de descanso del personal.

2 Objetivos

- Enumerar las áreas que conforman la unidad de urgencias de los centros hospitalarios.
- Conocer las funciones ejecutadas por los celadores en la puerta de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores que se encuentren en la puerta de urgencias del centro hospitalario tendrá que llevar a cabo funciones generales al servicio de urgencias y funciones específicas del puesto de trabajo, en este caso de la puerta de urgencias.

Funciones generales:

- Realizarán los turnos de guardias correspondientes en su planilla de trabajo, para poder mantener la atención continuada del servicio de urgencias las 24 horas.

- Controlarán que tanto usuarios como acompañantes no hagan un uso indebido del material del servicio de urgencias, y que dejen las sillas de ruedas para las personas que realmente lo necesiten.
- Controlarán el acceso de usuarios al servicio de urgencias, permitiendo únicamente la entrada de un acompañante y solicitando al resto que esperen fuera, en el exterior de la puerta de urgencias.
- Mantendrán el orden y el silencio dentro y fuera de la puerta de urgencias.
- Deberá vigilar que no se fume ni dentro ni fuera del servicio de urgencias, comunicando tal hecho a los vigilantes de seguridad.
- Deberán comunicar de los desperfectos que encuentre en la puerta de urgencias, bien al servicio de limpieza, o bien a sus jefes o supervisor de la unidad.

Funciones específicas del celador en la puerta de urgencias:

- Indicarán a pacientes y acompañantes la localización del área de admisión, del punto de información a familiares, de los triajes y les indicará las puertas de acceso a las consultas médicas de urgencias, boxes y salas de observación.
- Recibirá a los pacientes y acompañantes en la puerta de urgencias, indicándoles el área donde deben dar los datos del paciente.
- Aprovisionará la puerta de urgencias de sillas para ponerlas a disposición de los usuarios que las necesiten.
- Saldrá con una silla de ruedas al exterior de la entrada de urgencias, para recoger a los pacientes que acuden al servicio de urgencias en coches particulares y no pueden andar por ellos mismos.
- Trasladará documentos desde el área de admisión hasta los triajes.
- Trasladarán a los pacientes desde el triaje de urgencias al resto de áreas de urgencias.
- Enseñarán a pacientes y familiares el funcionamiento de máquinas expendedoras de bebida y comida.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el servicio de urgencias hospitalarias. La actuación del celador en la puerta de urgencias” nos refleja las funciones que debe llevar a cabo el celador en la puerta de urgencias, haciendo una clasificación de las funciones generales a todos los celadores de urgencias, y las funciones exclusivas del celador que se encuentra ubicado en la puerta de urgencias.

Cabe destacar la importancia de que el celador que se encuentre en la puerta de

urgencias, será el primer profesional al que se encuentre el usuario que acude al servicio de urgencias, por lo que el celador deberá mostrar una actitud agradable y empática hacia el paciente que llega en estado de nervios.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
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 social.
3. www-rae.es.

Capítulo 351

ACCIDENTES IN ITINERE DEL PERSONAL NO SANITARIO

VANESA MÉNDEZ CALVÍN

1 Introducción

“In itinere” significa “en el itinerario”, es decir, un accidente in itinere es el que puede producirse en el trayecto desde el domicilio habitual del trabajador personal no sanitario hasta su centro de trabajo donde realiza sus funciones, tanto en el camino de ida como en el de vuelta.

Por lo tanto, estas incidencias podemos incluirlas en los accidentes de trabajo, dado que se debe actuar y gestionar de la misma manera aunque no debe llevar a confusión con los accidentes que ocurren dentro de la propia jornada laboral. Estos se denominan accidentes en misión y se diferencian fácilmente, ya que se producen cuando se da una incidencia que conlleva una lesión en el horario establecido como jornada laboral y se produce en las mismas instalaciones del centro de trabajo.

Sin embargo, el accidente en el trayecto es cuando se produce ese incidente, que también produce una lesión en el trabajador, pero transcurre en el camino en dirección desde o hacia su centro de trabajo y el trabajador debe acreditar que el horario se ajusta a su jornada laboral y el lugar donde se produce está en dicho trayecto al centro de trabajo.

Estos accidentes suelen producirse en la carretera y en su mayoría son de tráfico, muchos de ellos provocados por las características del propio sector sanitario en el que se da atención continua al paciente-usuario y además se viven situaciones de tensión y urgencia a diario, lo que repercute en el trabajador produciéndole

fatiga, sueño, cansancio, estrés y demás factores que aumentan el riesgo de sufrir este tipo de accidentes.

2 Objetivos

- Conocer las principales causas y factores de riesgo que pueden llegar a provocar un accidente “in itinere” en el personal no sanitario.
- Proponer algunas medidas para evitar que se produzcan dichos accidentes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Dialnet, Pubmed y Scielo, libros, revistas y páginas web en español utilizando los descriptores: accidente “in itinere” y personal no sanitario, limitando la búsqueda mediante los operadores booleanos: And y Or.

4 Resultados

La Ley General de la Seguridad Social indica en su artículo 15 que “se consideran accidentes de trabajo in itinere a toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia de trabajo al ir o al volver de su lugar de trabajo”, pero para que sea considerado como tal el propio personal no sanitario debe justificarlo y además se deben cumplir una serie de requisitos:

- La finalidad primordial y directa, sin que se produzca ningún tipo de interrupción en el viaje, es ir a trabajar.
- Tiene que producirse en el trayecto diario y habitual que se produce desde el domicilio del trabajador hasta su puesto laboral o viceversa.
- Se tiene que producir en el margen de tiempo establecido y considerado normal que se invierte en realizar dicha distancia, sin desviaciones por motivos particulares que puedan romper la relación de causalidad.
- El medio de transporte utilizado deber ser el habitual, el que se suele usar, indistintamente de que sea un medio de transporte privado o público y debe ser el adecuado para salvar el trayecto a recorrer.

Los posibles motivos por los que se producen pueden ser:

- Errores humanos como las conductas irresponsables, ir distraídos o con prisa, padecer fatiga, estrés o emocionalidad y nerviosismo excesivo, falta de horas de

sueño, no cumplir correctamente con las normas de circulación, exceso o falta de experiencia respecto al vehículo o la vía en caso de conducción propia...

- Fallos de cuidado en el mantenimiento y estado del vehículo con el que se desplazan que puede llevar a que se produzcan averías
- Factores atmosféricos o ambientales: como son la oscuridad, la lluvia, la niebla, nieve o viento.
- Factores asociados a la carretera, como son el tránsito por vías estrechas, mal señalizadas, asfaltado o cuidadas o realizar el trayecto en horas punta, donde se producen tráfico denso.

Los departamentos de prevención suelen centrarse en los riesgos relacionados directamente con las funciones a desempeñar en las distintas categorías de personal no sanitario, pero no dan demasiada importancia a los accidentes in itinere, pero en el caso de dicho personal es necesario prestarles más atención ya que los desplazamientos hacia el centro de trabajo o hacia la vivienda son un riesgo importante para ellos debido a su sistema de trabajo, que incluye turnos, trabajo nocturno y demás factores que provocan que puedan mermar sus condiciones físicas y psíquicas.

5 Discusión-Conclusión

Para intentar que se reduzca el riesgo de que se produzcan este tipo de accidentes se pueden proponer e intentar llevar a cabo una serie de medidas como pueden ser:

- Planes de Movilidad en el centro de trabajo para que el personal no sanitario pueda mejorar en temas de seguridad vial al volante.
- Planes de formación y actualización modificaciones del código de circulación, para así refrescar conocimientos de conducción y concienciar a los trabajadores de la importancia de evitar distracciones, exceso de confianza y conductas inseguras.
- Flexibilizar horarios de entrada y salida para así dar la oportunidad al personal no sanitario de adaptar su jornada laboral evitando horas de mayor volumen de tráfico y así las prisas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. www.conceptosjuridicos.com

3. www.race.es
4. www.asepeyo.es
5. RDL8/2015, de 30 de octubre, Ley General de la Seguridad Social

Capítulo 352

EL PAPEL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

JOSEFA ALBERCA ROMERO

MARIA DOLORES DEL ROCIO RAMIREZ SIERRA

M.CARMEN RUEDA JAEN

AURELIO MARTINEZ GOMEZ

MANUELA SECO MOYA

1 Introducción

Un trámite realizado por el personal administrativo de los centros sanitarios es la tarjeta sanitaria. Ya sea la solicitud de ésta para usuarios que se dan de alta en la Seguridad Social (como recién nacidos), cambios de datos personales, solicitud por extravía, elección libre de médico, etc.

La tarjeta sanitaria identifica y acredita su derecho a la asistencia sanitaria, tanto dentro de la comunidad autónoma como en sus desplazamientos por toda España; sirve para coger cita vía web con su médico de familia, pediatra y enfermero; permite que toda su información sanitaria quede recogida en una sola historia clínica (analíticas, radiologías, intervenciones, etc.); garantiza la confidencialidad de sus datos personales y sanitarios; permite una correcta emisión de recetas por parte de su médico de familia o pediatra.

El usuario para conseguirla o cambiar algún dato, tiene que ir a la administración de su centro sanitario de referencia y aportar los documentos necesarios, que generalmente son:

- DNI del titular.
- Número de Seguridad Social, incluyendo la hoja de beneficiarios.
- DNI de los beneficiarios o, en el caso de que no lo posean, Libro de Familia.
- En el caso de venir de otra Comunidad Autónoma tiene que aportar la tarjeta sanitaria de ésta.

Para pedir la tarjeta sanitaria debe tener asignado un Número de Afiliación de la Seguridad Social por la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o aparecer como beneficiario en una cartilla.

Esta tarjeta caduca a los cuatro años desde su emisión.

2 Objetivos

- Tener la información necesaria sobre la tarjeta sanitaria: para qué sirve, cómo se solicita, cuándo caduca
- Conocer la función que desempeña el personal administrativo relacionada con la tarjeta

3 Metodología

Para elaborar este documento hemos realizado una revisión bibliográfica del papel que desempeña el personal administrativo en tema burocrático de la tarjeta sanitaria individual. Hemos consultado varias guías que hacen referencia a ella y también en la web de la sanidad de Castilla- La Mancha.

4 Resultados

La Tarjeta Sanitaria Individual recoge el grado de prestaciones públicas sanitarias que tiene el usuario legalmente en el Sistema Nacional de Salud. Su uso es personal y exclusivo.

A día de hoy, existen diferentes modelos de tarjetas sanitarias que varían su formato dependiendo de cada Comunidad Autónoma. Para regular esto, se elaboró el Real Decreto 702/2013, del 20 de septiembre, que marca un formato común y

único, donde insiste que sólo podrán existir 2 códigos de identificación del paciente:

- CIP-AUT que es el definido por la administración sanitaria de cada Comunidad Autónoma
- CIP-SNS que es el conocido como código de identificación personal único del SNS

Validez y emisión de la tarjeta sanitaria individual

Los individuos residentes en el territorio de cada Comunidad Autónoma, que tienen derecho a una asistencia pública en materia sanitaria, tendrán su tarjeta sanitaria emitida por la Administración Sanitaria de esa CCAA.

Datos comunes de la tarjeta y código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud

Toda tarjeta sanitaria contará con un código único de identificación personal para cada usuario del SNS y un conjunto básico de datos comunes, que estarán recogidos en la base de datos poblacional del Sistema Nacional de Salud elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y será vinculante de identificación personal para el paciente durante todos los procesos asistenciales que requiera en su vida.

Accesos y seguridad

Referente al acceso y seguridad de la base de datos del SNS, será el Consejo Interterritorial de éste, el encargado de designar a los agentes del servicio de salud y sus funciones de operación.

Cesión de datos

Para la cesión de estos datos a terceros, por derecho o con otros fines, se hará bajo la actual normativa de protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

Cada usuario del Sistema Nacional de Salud, ya sea titular o beneficiario, tiene asignado un número con el código de identificación personal, que incluye sus datos personales y su régimen de aseguramiento, indexados en un sistema informático protegido. Toda esa información aparece recogida en la tarjeta sanitaria individual.

Es el personal administrativo al servicio de la salud, el encargado de recibir y atender a esos usuarios en los centros sanitarios. Ahí radica la importancia de su trabajo en el engranaje de la atención sanitaria ya que, son una de las puertas de entrada al servicio y personal de referencia para solicitar o modificar la tarjeta sanitaria.

6 Bibliografía

1. Villalobos Hidalgo, J. Gestión sanitaria para los profesionales de la salud. Editorial McGraw Hill Interamericana. 2007
2. Recuperado el 4 de octubre de 2022 en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tarjetasanitaria/informacion>

Capítulo 353

PACIENTES PALIATIVOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

MARÍA DOLORES LÓPEZ ANDÚJAR

ROSARIO PEREZ RAMIREZ

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

MARIA DOLORES SIMÓN GARRIGÓS

MARIA DE LOS ANGELES GIL ORTEGA

1 Introducción

Vamos a enfocarnos en lo que principalmente tal y como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Cuidados Paliativos, la enfermedad terminal se define como una enfermedad que no tiene un tratamiento específico o cuya progresión puede retardarse y tiene una duración variable (normalmente 6 meses). los pacientes van muriendo progresivamente y el personal sanitario los ayudan para que sufran lo menos posible. Provoca síntomas intensos, multifactoriales y progresivos que provocan gran malestar (físico y psicológico) a familiares y pacientes.

En la última situación, el objetivo de la medicina no es "curar" al paciente, sino "curar" la enfermedad a pesar de la progresión persistente e irreversible de la enfermedad. Se trata de brindar la mejor calidad de vida hasta que ocurra la muerte. Por lo tanto, nació un nuevo tratamiento médico integral llamado cuidados paliativos. El papel de los cuidadores de pacientes terminales y sus actitudes es impor-

tante. Debido a que forman parte de un grupo (junto con médicos, enfermeras, asistentes, psicólogos, etc.), brindan cuidados paliativos y comodidad a pacientes y seres queridos. En tales casos, es muy importante enfatizar las cualidades físicas, intelectuales, mentales y personales que deben poseer los cuidadores. También se requieren algunas habilidades en las relaciones interpersonales.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de los cuidados paliativos y la actuación del celador para procurar el confort del paciente, empatizando (poniéndose en el lugar del enfermo para ofrecer los mejores cuidados).

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se realizó una encuesta que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Varios programas de oposición, publicaciones profesionales, sitios web de salud y Google Scholar fueron útiles. Todo esto está relacionado con el capítulo en cuestión.

Por este motivo, y dado que los cuidados paliativos requieren un equipo multidisciplinar, también se entrevistó a numerosos profesionales en activo.

4 Resultados

El papel del cuidador en el tratamiento de este tipo de pacientes está enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente, brindando cuidados que mejoren no solo los síntomas sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

El trabajo en equipo de todos los profesionales es fundamental para brindar una atención integral bien coordinada tanto en el hospital como en el hogar. Se brinda atención continua e individualizada, se mantiene la dignidad del paciente, se mantiene la higiene rutinaria y continua tanto del paciente como de la unidad (espacio de la habitación, mobiliario, equipo, equipo utilizado por el paciente).

Los cuidadores deben ser muy cuidadosos en todo lo que dicen porque deben tener en cuenta al paciente y su familia. Debe desarrollarse la empatía (la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona y comprender lo que siente y piensa) y las necesidades psicológicas del paciente deben abordarse escuchando y hablando con el paciente. .

Las condiciones terminales también provocan ansiedad y cambios de actitud entre familiares, amigos y seres queridos, por lo que se debe tener en cuenta el proceso de duelo por el que atraviesan. El psiquiatra suizo-estadounidense Kubler-Roth (1926-2004) describió la aceptación de la muerte en cinco etapas.

- Negación: la incapacidad e imposibilidad de aceptar el hecho de que la enfermedad es adquirida.

Ira: etapas de frustración, ira, disgusto, resentimiento y hostilidad debido a la pérdida de poder. - Negociación: (Consentimiento) El paciente acepta paulatinamente la idea de la muerte, pero al mismo tiempo de alguna manera la retrasa o intenta retrasarla.

- Depresión: período de depresión, desánimo. Cojera antes de la enfermedad.

- Aceptación: Registrar la enfermedad y condiciones de vida del paciente. Todo el mundo se aflige de diferentes maneras. Los cuidadores siempre deben respetar las creencias y necesidades sociales y religiosas y tratar a todos de manera única y variada.

5 Discusión-Conclusión

La comodidad y el confort del paciente son el objetivo de celador en cuanto a cuidados paliativos se refiere.

Tanto los cuidados físicos como los emocionales. Mantenerlo en posturas cómodas, a buena temperatura y con buena higiene es tan importante como el hecho de que no se sienta solo en ningún momento, o que pueda tener con quien desahogarse.

Los familiares y allegados requerirán atención casi tanto como el enfermo, a veces incluso sin ellos saberlo. Pasarán por etapas de duelo, y por un cúmulo de emociones que no siempre sabrán gestionar. El celador debe ser extremadamente cuidadoso con sus palabras y gestos. Las funciones en este caso se centran más en la empatía, aunque el resto no dejan de ser importantes nunca.

6 Bibliografía

1. <http://www.san.gva.es>.
2. El celador en cuidados paliativos, formación continuada Logoss.
3. Google Académico

Capítulo 354

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) PARA EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA DOLORES LÓPEZ ANDÚJAR

ROSARIO PEREZ RAMIREZ

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

MARIA DOLORES SIMÓN GARRIGÓS

MARIA DE LOS ANGELES GIL ORTEGA

1 Introducción

Vamos hablar de la importancia de el soporte vital en los centros hospitalarios y la función del celador.

El soporte vital es esencialmente una serie de procedimientos que le permiten a una persona determinar si está en paro respiratorio y aplicar un reemplazo temporal de la función respiratoria a través de estas maniobras hasta que la persona esté en peligro. Es una operación. Puede obtener atención médica.

Recomendamos iniciar BLS lo antes posible. Cada minuto puede aumentar el riesgo de muerte de la víctima. El objetivo principal del soporte vital básico es restaurar las funciones básicas de soporte vital y lograr la oxigenación de los tejidos.

La importancia de mantener la vida básica:

La mayoría de las personas se dan cuenta de que no saben lo suficiente como para aplicar SVB correctamente. Este es un error muy común en la mayoría de las sociedades. Porque conocer estas maniobras puede ayudar a las personas con paro cardíaco a sentirse más seguras.

Controlar los nervios en situaciones como esta es la clave para completar con éxito SVB, ya que no es complicado de ejecutar. Luego hablamos de acciones decisivas que provocan la denegación de visa y la muerte de una persona.

Es importante que los porteros conozcan estas técnicas para salvar vidas.

2 Objetivos

Conocer e indicar el papel del celador en las maniobras de Soporte Vital Básico de los centros sanitarios y sus funciones.

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 han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La importancia de mantener la vida básica:

La mayoría de las personas se dan cuenta de que no saben lo suficiente como para aplicar SVB correctamente. Este es un error muy común en la mayoría de las sociedades. Porque conocer estas maniobras puede ayudar a las personas con paro cardíaco a sentirse más seguras. Controlar los nervios en situaciones como esta es la clave para completar con éxito SVB, ya que no es complicado de ejecutar.

Luego hablamos de acciones decisivas que provocan la denegación de visa y la muerte de una persona. ¿Cómo solicito el Soporte Vital Básico? : la seguridad.

Acérquese a la víctima y asegúrese de que no haya peligros como vehículos que pasan o escombros. Mantenemos el área segura. Use un triángulo de emergencia para señalar incluso si está en la carretera, o deje un espacio alrededor de la víctima si está en la vía pública.

Activar el sistema de emergencia.

Explicar claramente dónde estábamos y en qué situación nos encontrábamos. Te pediré que me llames cuando lleguemos.

Llame al 112 para enviar un DEA. Si estamos solos, llamar al 911 (dejar a la víctima sola si es necesario). Permite que las unidades móviles de manos libres se comuniquen fácilmente con el 112.

Este es uno de los primeros pasos a tomar ya que se pueden aplicar mecanismos de soporte vital hasta que lleguen los servicios médicos especializados.

Elementos básicos para mantenerla con vida. A ver si la víctima responde.

Si determina que está despierto y respirando, siga los siguientes pasos:

Deja a la víctima donde la encuentre.

Si tiene una lesión o problema de salud, lo evaluaremos. Llame al 112 para activar el sistema médico de emergencia si es necesario.

Regularmente reevaluamos a las víctimas. Si se determina que la persona está inconsciente, se tomarán las siguientes medidas.

Acueste a la víctima boca arriba.

Coloque una mano en la frente y los dedos índice y medio de la otra mano en el mentón, realizando manipulaciones en la frente y el mentón para abrir las vías respiratorias. Vea si está respirando normalmente.

Baje la cabeza para mirar las piernas de la víctima, lleve la mejilla a la boca y observe durante un máximo de 10 segundos si la víctima respira con normalidad.

Si respira normalmente, coloque a la víctima en una posición de seguridad lateral (PLS) y active el sistema médico de emergencia por teléfono.

112. Continúe comprobando si la víctima respira hasta que llegue la ambulancia.

Si no respira con normalidad o no respira, se considera que la respiración es irregular o hiperventilante porque la víctima jadea sin movimiento torácico. Resulta que la víctima no está respirando. Coloque a la víctima sobre una superficie firme (como el suelo), boca arriba.

Iniciar compresiones torácicas.

Todas las víctimas de un paro cardíaco necesitan sangre para circular a los órganos vitales. Después de 30 compresiones, realice 2 inyecciones de aire. Inmediatamente después, repita 30 compresiones en una secuencia de 30:2. Con múltiples rescatistas, se sueltan cada 2 minutos para evitar interrupciones en las compresiones entre relevos.

5 Discusión-Conclusión

Desde el momento en que una persona entra en paro cardiopulmonar, las posibilidades de supervivencia disminuyen un 10 % por cada minuto que la persona

permanece en este estado.

La diferencia entre el comportamiento en el primer minuto y el comportamiento después de 3 minutos reduce la tasa de supervivencia del 90% al 70%. Los servicios de emergencia tienen tiempos de llegada cada vez más cortos cada año, pero la atención en los primeros minutos puede marcar una diferencia real para salvar vidas. Tenga en cuenta que cualquier persona puede encontrarse en una situación así.

En el trabajo de un cuidador es imperativo conocer estas técnicas que pueden ayudar a salvar vidas al priorizar la rapidez y prontitud para iniciar las intervenciones lo antes posible.

6 Bibliografía

1. <https://esforem.es/soporte-vital-basico-conceptos-basicos-y-relevancia>.
2. <https://neosalus.com/soporte-vital-basico-svb/>.

Capítulo 355

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE MUESTRAS

MARÍA DOLORES LÓPEZ ANDÚJAR

ROSARIO PEREZ RAMIREZ

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

MARIA DOLORES SIMÓN GARRIGÓS

MARIA DE LOS ANGELES GIL ORTEGA

1 Introducción

Una muestra biológica es una determinada cantidad de cualquier sustancia o material cuyo origen es un organismo.

Al acto de obtener una muestra se le denomina muestreo y normalmente son analizadas y tomadas en los laboratorios.

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.

Cada tipo de estudio o cada ciencia necesita tener un tipo de laboratorio adaptado a su naturaleza y a sus requerimientos.

Por ello existen varios tipos de laboratorios: Laboratorio clínico, Laboratorio de microbiología, Laboratorio de genética, Laboratorio de biología molecular, Laboratorio de química, Laboratorio de física, Laboratorio de metrología, Laboratorio de suelos, Laboratorio analítico, Laboratorio de bioseguridad, Laboratorio de incubadora y Laboratorio de Investigación y Desarrollo.

El celador es el profesional no sanitario encargado de trasladar las muestras desde donde se toman hasta el laboratorio correspondiente.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como celador algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte de muestras biológicas.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para que los resultados que arrojan los laboratorios tras analizar las muestras sean precisos, veraces, significativos y clínicamente relevantes, es necesario que todas las muestras biológicas que llegan al laboratorio sean correctamente seleccionadas, recogidas y transportadas.

Por ello es muy importante que conozcamos como celadores los protocolos y procedimientos relacionados con el transporte de muestras.

Una vez que se obtiene la muestra, es importante que se haga llegar al laboratorio a la mayor brevedad posible para no alterar sus características.

Normas básicas para el transporte de muestras:

- La muestra debe estar en todo momento correctamente identificada, con el nombre y apellidos completos del paciente, el número de cama, servicio o consulta y el número de historia clínica.
- Debe aparecer también la fecha y hora de extracción de la muestra.
- El volante de petición de la muestra debe recoger como debe conservarse la muestra: Rojo: en estufa, Azul: en nevera, Amarillo: a temperatura ambiente.
- El transporte de muestras biológicas será llevado a cabo con un envasado triple: Envase primario (de material absorbente, evita el derrame de las muestras biológicas en caso de rotura), envase secundario (impermeable, estanco y duradero, encerrará el primer recipiente o varios de ellos), envase terciario o exterior (protege la carga de golpes o daños durante el transporte mediante un material amortiguador).
- El recipiente en el que se transporta la muestra debe ser el adecuado para su conservación (con los aditivos, anticoagulantes o conservantes necesarios).
- Normalmente el transporte de las muestras refrigeradas se hace en neveras portátiles, 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

Hemos podido conocer como personal no sanitario que trabaja como celador en un hospital algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte de muestras biológicas dentro de un centro hospitalario.

Hemos podido conocer que es una muestra, que puede contener la misma, que las muestras son analizadas en un laboratorio y que existen diversos tipos según el tipo de muestra y los requerimientos para su análisis: laboratorio clínico, de microbiología, de genética, biología molecular, de física, de química, etc.

Hemos podido conocer la importancia del correcto transporte de una muestra, ya que de ello depende que el resultado del análisis de la misma se corresponda con la realidad y pueda ayudar a diagnosticar enfermedades o anomalías.

Hemos podido conocer algunas consideraciones básicas sobre el transporte de muestras que nos van a ayudar al correcto desarrollo de nuestras funciones.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del celador respecto al transporte de muestras biológicas.

6 Bibliografía

1. <https://www.sanac.org>
› site PDF Proceso de los laboratorios clínicos - SANAC
2. <https://www.mscbs.gob.es>.
Toma y transporte de muestras para diagnóstico de SARS-CoV-2.
3. <https://www.precintia.com>
› blog › Transporte de muestras biológicas: ¿Cómo garantizar la seguridad? - Precintia.
4. <https://www.deltalab.es>
› productos. Transporte de muestras - Deltalab Products.

Capítulo 356

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PURIFICACIÓN MARTINEZ MARTINEZ

DOMINGO GALLEGRO RUIZ

JOSE MANUEL VALENCIANO FERNANDEZ

BEATRIZ ALTES LOPEZ

GEMA LANDETE LÓPEZ

1 Introducción

Una urgencia es la aparición de forma inesperada, de un problema de salud real o potencial de un individuo que puede estar ocasionado por diversos motivos y estos puede ser de diferente nivel de gravedad, que requiere de forma inmediata de atención especializada.

El servicio de urgencias hospitalarias consiste en un organización formada por un equipo interdisciplinar, los cuales ofrecen una asistencia sanitaria integral dada por médicos, enfermeros, celadores y demás personal sanitario y no sanitario.

Este servicio atiende a una gran multitud de personas a lo largo del año con diversas patologías, por lo que los servicios que ofrece deben de cubrir una amplia gama de especialidades como son atención pediátrica, atención psiquiátrica, atención clínica, atención quirúrgica, obstetricia, ginecología, traumatología, otorrino, pacientes críticos, etc.

Normalmente este servicio suele estar ubicado en una zona concreta del hospital, de tal forma que se encuentre conectado con las puertas de acceso y con los principales servicios del hospital: quirófano, unidad de cuidados intensivos, hospitalización, laboratorios, coordinación de ambulancias, partos, etc.

Como decíamos a este servicio llegan pacientes de distinta gravedad y necesidad, por lo que es necesario clasificarlos con el sistema que llamamos en Sanidad como "triaje" para que sean atendidos correctamente con la mayor equidad posible.

El celador es una figura esencial de este servicio, como vamos a ver a continuación.

2 Objetivos

Conocer, como personal no sanitario que desempeña su trabajo en un centro hospitalario en el servicio de urgencias, algunas cuestiones básicas relacionadas con nuestras funciones y las principales características y funcionamiento de este servicio.

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 ha seleccionado aquellos artículos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El servicio de urgencias debe actuar de forma adecuada las 24 horas del día, los 365 días del año, por lo que la cantidad de personal que trabaja en él es elevado y debe estar formado con todo el material posible para poder atender a cualquier tipo de situación que se presente.

A continuación vamos a relatar las funciones del celador en este servicio:

- Transportar a los pacientes (en silla de ruedas, cama, camilla o por su propio pie).
- Vigilar las entradas al servicio de urgencias permitiendo la entrada al mismo solo a las personas debidamente autorizadas.

- Ayudar al personal sanitario en aquellas tareas que se requiera: movilización de aparatos, movilización de pacientes, traslados, inmovilización de pacientes, custodia...
- Trasladar documentos y muestras al servicio de laboratorio, banco de sangre, farmacia, servicio de admisión, etc.
- Mantener el orden y silencio en todo el servicio (sala de espera, boxes, etc.).
- Trasladar aparatos, material, u objetos de unos servicios a otros.
- Recibir a los pacientes cuando llegan al servicio, ya vengan en ambulancia o en vehículo particular, dirigiendo al paciente al servicio de admisión y explicando a los familiares las normas del servicio.
- Revisar que en la entrada del servicio se disponga de camas, camillas y sillas de ruedas suficientes para realizar los traslados de pacientes.
- Avisar al personal sanitario o a su superior de cualquier incidencia en el servicio, ya sea sobre el estado de salud del individuo o sobre las instalaciones.
- Tener buen mantenimiento de las instalaciones.
- Instalar al paciente en el box o lugar de destino.
- No dar información a los pacientes ni a sus familiares sobre el proceso diagnóstico, dirigiéndolos hacia el personal facultativo para que se resuelvan esas dudas.
- Mantener la intimidad del paciente.
- Nunca dejar sin atención la puerta del servicio.
- Ayudar al personal sanitario durante la higiene de los pacientes.
- Trasladar cadáveres al servicio de mortuorio...
- Ayudar al paciente a salir o entrar en la ambulancia.
- Indicar las salidas y entradas de la unidad a los pacientes acompañándolos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario en el servicio de urgencias como celador, algunas cuestiones básicas sobre el funcionamiento de esta unidad y nuestras funciones dentro de él.

Hemos visto qué tipo de pacientes o situaciones se pueden atender, así como su estructura y los servicios ofertados en este servicio.

Hemos visto después que es un servicio de asistencia continuada el cual debe funcionar en todo momento de forma adecuada, por lo que todo el personal debe estar bien cualificado.

Por ello, es importante saber cuáles son nuestras funciones dentro de él.

6 Bibliografía

1. Tipos de Celadores y sus Funciones-<https://enfermería.trip/apuntes/celador/tipos-de-celadores/>.
2. Tema 6 -Funciones del celador- <https://evpepemoreno.files.wordpress.com>.
3. Servicios de Urgencias Hospitalarias -SESCAM-<https://sanidad.castillalamancha.es>.
4. ¿Qué es un celador y cuáles son sus funciones?-<https://aulaplusfoiinacion.es>.

Capítulo 357

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA. FUNCIONAMIENTO Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS

JUAN CARLOS SORIA VELAZQUEZ

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

MARIA DE LOS ANGELES GALAN LOPEZ

1 Introducción

En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) se puede encontrar la siguiente definición de ginecología (De gineco- y –logía) "Parte de la medicina que se encarga de estudiar el aparato reproductor femenino y las enfermedades que de él se derivan".

Por otro lado, en dicho diccionario podemos encontrar la definición de urgencia como "Servicio de los centros sanitarios en el cual se atienden a los pacientes y heridos con gravedad que necesitan asistencia médica inmediata".

En la unidad de ginecología de los centros hospitalarios realizan sus funciones profesionales un gran número de personal sanitario y no sanitario, cuya principal tarea es llevar a cabo una atención médico-asistencial a las mujeres que acuden al servicio de urgencias y que son derivadas a las urgencias ginecológicas.

En el servicio de urgencias ginecológicas desarrollan su actividad laboral las siguientes categorías, durante las 24 horas del día los 365 días del año:

- Ginecólogos.
- Enfermería.
- Matronas.
- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
- Celadores.
- Limpiadora.

Durante el desarrollo de la temática de este capítulo científico se realizará una breve síntesis de las funciones llevadas a cabo por los celadores que se encuentran adscritos al servicio de urgencias ginecológicas.

2 Objetivos

- Enumerar las categorías que desarrollan sus funciones profesionales dentro de la unidad de urgencias de los centros hospitalarios.
- Conocer las funciones realizadas por los celadores en la unidad de ginecología, concretamente en el servicio de las urgencias ginecológicas.

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

Funciones específicas del celador en las urgencias de ginecología:

- Recibir a las mujeres que vienen de urgencias, solicitándoles las pegatinas donde aparecen los datos clínicos que le han proporcionado en admisión de urgencias.
- Acompañar a la paciente al aseo y ayudarle a cambiarse y ponerse una camisón del hospital, siempre que la paciente no pueda realizarlo por ella misma debido a sus dolencias o sus incapacidades físicas o psíquicas.
- Ayudar a la paciente a subirse a la cama ginecológica o potro de urgencias, donde se le va a realizar una exploración ginecológica.
- Ayudar a la paciente a bajar del potro una vez finalizada la exploración.

- Acompañar a la paciente al aseo y ayudarle a cambiarse para ponerse su ropa, siempre que la paciente no pueda realizarlo por ella misma debido a sus dolencias o sus incapacidades físicas o psíquicas .
- Acompañar a la señora al servicio de urgencias si vuelve a ser remitida por las ginecólogas.
- Indicar la salida del centro hospitalario si es dada de alta en las urgencias ginecológicas .
- Ayudar al Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con la movilización del paciente para la colocación y retirada de cuñas, siempre que no pueda moverse el paciente por sí mismo, debido a sus dolencias o sus incapacidades físicas o psíquicas.
- Auxiliar a matronas o ginecólogas en aquellas funciones requeridas, siempre que no se tenga que hacer uso de material sanitario.
- Trasladar al laboratorio o al servicio de anatomía patología las muestras biológicas para su correspondiente análisis.
- Recoger la medicación requerida por el servicio de ginecología en la unidad de farmacia hospitalaria.
- Recoger el material solicitado por el servicio de ginecología en el almacén general del centro hospitalario o de la unidad solicitada.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador en la unidad de ginecología. Funcionamiento y funciones del celador en las urgencias ginecológicas" nos reflejan las funciones desarrolladas por los celadores en el servicio de urgencias ginecológicas.

Dichas actuaciones, son funciones específicas del servicio, por lo que no serán desarrolladas por otros celadores adscritos a otras unidades del servicio de urgencias generales. Es por ello, que los celadores adscritos al servicio de urgencias ginecológicas deberán conocer en profundidad las funciones llevadas a cabo para realizarlas en el menor tiempo posible. Muchas de estas funciones son actuaciones auxiliares a otras categorías, cabe recordar que toda actuación ejecutada por los celadores no pueden hacer uso de material sanitario durante su realización.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
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 social.
3. [www-rae.es](http://www.rae.es).

Capítulo 358

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA COLOCACIÓN DEL MATERIAL DE INMOVILIZACIÓN A PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

JUAN CARLOS SORIA VELAZQUEZ

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

MARIA DE LOS ANGELES GALAN LOPEZ

1 Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) de los centros hospitalarios son unidades especializadas donde se lleva a cabo la actuación médico-asistencial en pacientes con un pronóstico clínico muy delicado. Muchos de los pacientes que se encuentran ingresados en la unidad de cuidados intensivos no podrían sobrevivir si no son tratados en este tipo de unidades tan especializadas, ya que en dichas unidades desarrolla sus funciones laborales un equipo profesional multidisciplinar capacitado para atender a pacientes con diagnósticos clínicos críticos. En las unidades de cuidados intensivos se puede atender pacientes con todo tipo de diagnósticos clínicos, sin embargo, se puede decir que el mayor número de

pacientes ingresados en estas unidades son pacientes con traumatismos craneoencefálicos o politraumatizados.

La movilización de este tipo de pacientes requiere seguir unas pautas de actuación por todo el equipo profesional que intervenga en dicha tarea con la finalidad de evitar o reducir los riesgos y problemas potenciales para el paciente.

Los dispositivos más utilizados para inmovilizar a los pacientes con traumatismo craneoencefálico o politraumatizados son: collarín cervical, colchón de vacío, camilla de tijera e inmovilizador tetracameral o dama de elche.

Durante el desarrollo de este capítulo científico se llevará a cabo una breve síntesis sobre la utilización y colocación del collarín cervical y el inmovilizador tetracameral.

2 Objetivos

- Enumerar los dispositivos de inmovilización utilizados en la unidad de cuidados intensivos en pacientes con traumatismos craneoencefálicos o politraumatizados.
- Conocer el funcionamiento y la manera correcta de colocar los collarines cervicales y los inmovilizadores tetracamerales.

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

Collarín cervical:

Es un dispositivo imprescindible para realizar la inmovilización de la columna cervical. Este dispositivo debe y es utilizado cuando se tiene la sospecha de haber lesión en la columna cervical.

En el mercado se pueden encontrar una gran variedad de modelos. Estos collarines disponen de varias tallas, las cuales ayudan a adaptarse a cada paciente de manera correcta y segura.

La finalidad de la utilización de este tipo de dispositivos en pacientes es evitar la movilización ante posterior de la cabeza, de ahí que es de vital importancia utilizar un collarín con la talla adecuada.

- Colocación del collarín.

Para colocar el collarín en el paciente se necesita la intervención de dos personas mínimas, pudiendo ser una de ellas el celador, siempre que esté bien instruido en esa función de inmovilización. El celador sujetará la cabeza del paciente con las dos manos colocados a la altura de los oídos, extendiendo sus dedos desde el área occipital hasta el ángulo mandibular.

El otro profesional se encargará de medir la talla del collarín y de colocarlo. Para ello, colocará en primer lugar la zona posterior, en segundo lugar colocará el apoyo mentoniano y finalizará fijando el velcro.

Inmovilizador tetracameral:

Este dispositivo es conocido como Dama de elche, ya que simula la forma de la escultura ibera. Otro nombre por el cual se conoce este dispositivo es por inmovilizador de cabeza. Es un elemento muy utilizado en la atención extrahospitalaria hasta el traslado del paciente al centro hospitalario, sin embargo, en las unidades de cuidados intensivos se ha extendido su uso durante los primeros días en pacientes con traumatismos craneoencefálicos (TCE).

Este dispositivo es utilizado para evitar la movilización lateral del cuello mientras el paciente es trasladado o movilizado. La movilización lateral del cuello con los collarines convencionales no se podría evitar completamente.

Está compuesto por piezas de espuma que se unen entre sí con la colocación de velcros.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador en la unidad de cuidados intensivos. La actuación del celador durante la colocación del material de inmovilización a pacientes politraumatizados" reflejan la utilización de dos tipos de collarines utilizados para inmovilizar la zona cervical del paciente. La utilización de un collarín u otro dependerá de la zona concreta que se quiere tener inmovilizada durante la actuación de movilizar a un paciente.

Es de vital importancia, que los celadores que se encuentren adscritos a la unidad de cuidados intensivos, dispongan de conocimientos adecuados a la complejidad de estas actuaciones, ya que una mala movilización del paciente puede llevarlo a

una silla de ruedas de manera permanente o incluso hasta la muerte.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. 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. Edición2021.
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 social.
3. Rodríguez, F., Castro, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
4. www-rae.es

Capítulo 359

EL CELADOR EN URGENCIAS

PURIFICACIÓN MARTINEZ MARTINEZ

DOMINGO GALLEGO RUIZ

JOSE MANUEL VALENCIANO FERNANDEZ

BEATRIZ ALTES LOPEZ

GEMA LANDETE LÓPEZ

1 Introducción

La figura del celador se encargará del traslado de los enfermos, tanto dentro de la institución como dentro de los servicios de ambulancias, como bien viene recogido en el artículo 14.2 del Estatuto de Personal No Sanitario.

El servicio de ambulancias se define como transporte sanitario de desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o que tenga su origen en otra razón sanitaria, en vehículos especialmente acondicionados al efecto. Es un servicio considerado esencial y muy importante en la Cartera de Servicios.

Los diferentes transportes sanitarios que nos corresponden como celadores son:

- Urgente o programado: en función de la existencia o de la no limitación en el tiempo disponible para su realización.
- Individual o colectivo: en el traslado de pacientes.
- Asistido o no asistido: es la administración o no de cuidados al paciente durante el traslado.
- Medicalizado o no medicalizado: presencia o no de médicos entrenados en el equipo de transporte.

- Primario o secundario: cubre hasta el primer centro asistencial o traslado inter-hospitalario.
- Ambulancias asistenciales: son las dotadas de material de SVB y acondicionadas para poder llevar SVA.
- Las ambulancias medicalizadas: aquellas que están dotadas de un SVA, permitiendo así la asistencia en ruta y en las que la práctica asistencial es llevada a cabo por el médico.

2 Objetivos

- Conocer la gran relevancia que tiene el servicio de ambulancias en la primera toma de contacto que se lleva a cabo con el paciente.
- Describir la importancia del papel y funciones que lleva a cabo el celador de ambulancias dentro de este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una profunda investigación 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador es una importante figura y juega un gran papel en el servicio de ambulancias.

Sus funciones en este servicio son:

- Trasladar a los pacientes que sean requeridos de camilla o silla de ruedas desde el centro sanitario hasta la puerta de acceso de la ambulancia o viceversa.
- Trasladar a los pacientes de la camilla del hospital a la camilla de la ambulancia en colaboración con otros compañeros.
- Ayudar a los pacientes a subir en la ambulancia, en caso de que este no vaya en camilla, sino en silla de ruedas o por sus propios medios.
- Ayudar al conductor de la ambulancia en caso de que sea necesario a la salida o entrada de la camilla a la ambulancia y este presente dificultades para ello.
- Acompañar al paciente durante el traslado en la ambulancia si fuese necesario.

Dentro de la ambulancia el celador ayudará al personal sanitario en las mismas tareas que le correspondan respecto a los pacientes encamados del hospital, ayudando a los pacientes en su movilización.

Además, el celador debe de colaborar en:

- Informar al paciente como son el motivo de su traslado, al centro donde van dirigidos, el medio de transporte donde van etc.
- Preparar el informe y la documentación clínica para el centro donde van a llegar.
- Colaborar en la movilización y preparación.
- Respetar la intimidad del paciente siempre.
- No realizará comentarios hirientes.

Además, el celador ante una situación de emergencia deberá:

- Reconocer la naturaleza de la lesión o enfermedad que presenta el paciente.
- Evaluar la gravedad.
- Responder realizando maniobras de SVB.
- Movilizar al paciente con seguridad y rapidez.
- Evitar que el paciente presente lesiones sobreañadidas.
- En situaciones de emergencia respiratoria deberá abrir y mantener permeable las vías aéreas, procurando la ventilación y oxigenación, manejo del ambú y la mascarilla y la respiración boca a boca.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta la gran importancia que tiene el servicio de ambulancias y el papel tan importante que lleva a cabo, ya que es la primera actuación que se lleva a cabo en el paciente desde que es recibido por el equipo de ambulancias hasta que llega al centro en el que ha sido destinado. Además, proporcionan los medios y el personal sanitarios de emergencias para atender al paciente en el lugar del incidente como hemos dicho anteriormente hasta el traslado al centro médico. También hemos visto el papel tan importante que realiza el celador desde el traslado de los pacientes, movilización de enfermos a su ayuda a los demás profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 360

PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

PURIFICACIÓN MARTINEZ MARTINEZ

DOMINGO GALLEGO RUIZ

JOSE MANUEL VALENCIANO FERNANDEZ

BEATRIZ ALTES LOPEZ

GEMA LANDETE LÓPEZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos se puede considerar como el servicio más especializado y equipado en el cual se encuentra todo lo necesario para atender a los pacientes que presentan un pronóstico grave o con un alto riesgo de presentar unas futuras complicaciones. Estos pacientes necesitan una monitorización continua vigilancia y un tratamiento específico. La UCI se considera como el área polivalente de acceso restringido destinado a proporcionar a estos pacientes una asistencia intensiva integral las 24 horas del día y donde la coordinación de todos los recursos es primordial.

El equipo por el que estará formado será un conjunto de médicos especialistas en medicina intensiva que tendrán un buen manejo de estos tipos de pacientes críticos además de contar con enfermeras, técnicos auxiliares y celadores, los cuales desempeñarán un papel fundamental en el equipo médico.

El paciente que llega a la unidad de cuidados intensivos se someterá a un tratamiento que irá destinado a salvarle la vida y que necesitará de un control las 24 horas del día.

Hay diferentes unidades de cuidados intensivos como son:

- Unidad de vigilancia intensiva (UCI).
- Unidad de cuidados críticos (UCI).
- Centro de tratamiento intensivo (CTI).
- Unidad de medicina intensiva (UMI).
- Unidad de terapia intensiva (UTI).

2 Objetivos

- Describir el papel que desempeña el celador en este servicio y conocer las funciones que lleva a cabo.
- Exponer los diferentes unidades de cuidados intensivos que hay.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las diferentes unidades de cuidados intensivos que hay son:

UCI: es la unidad de cuidados intensivos en la que se encuentran los pacientes más graves y complejos los denominados pacientes críticos .

UCI: es la unidad de vigilancia intensiva es igual que la UCI a la que se le añade la importancia de los aspectos activos.

CTI: se dedica al tratamiento y cuidado de las personas con enfermedades crónicas que necesitan un tiempo de recuperación.

UMI: es el servicio central que recibe el apoyo puntual de otros servicios del centro hospitalario como pueden ser cardiología, neumología, hemodinámica , etc.

UTI: es la unidad de terapia que brinda atención a pacientes que tienen alguna condición de salud que pone en riesgo su vida y por lo tanto necesitan control y monitorización permanente.

Dentro del equipo que compone la unidad de cuidados intensivos vamos a destacar la función que tiene el celador dentro de este servicio y las funciones que realizan que serán:

- Trasladarán al paciente desde la unidad correspondiente hasta la UCI y llevara a su cargo la documentación clínica del enfermo.
- Se ocupara de movilizar y trasladar al paciente a la cama que se le asigne en el box indicado. Estas manipulaciones deben de llevarse a cabo extremando la máxima seguridad y el cuidado de los mismos. El celador debe dominar las posturas más frecuentes para evitar posibles lesiones.
- También deberá llevar a cabo el transporte de todos los aparatos, materiales y de toda la documentación que les indique sus superiores.
- Los celadores deberán estar uniformados con las correspondientes batas asépticas, que se quitarán cada vez que se abandonen el lugar donde se encuentre el paciente y poniendo unas nuevas cuando haya que volver a entrar a las dependencias donde se encuentre el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de cuidados intensivos debe estar plenamente capacitada no solamente en lo que se refiere a los procedimientos sino también debe de tener un buen trato con los pacientes y familiares para así entre todos poder formar un buen equipo de trabajo interdisciplinado que ayudará a mejorar el buen tratamiento hacia el paciente.

Tenemos que tener en cuenta la relevante labor que lleva a cabo el celador en esta unidad y que es una pieza clave dentro del equipo de profesionales que hay para atender a los pacientes que se encuentran en este tipo de servicios.

Su papel va desde la ayuda a la hora de realizar el aseo de los pacientes a incluso, la movilización de aquellos que se encuentran encamados así como del traslado a las diferentes áreas de hospital.

6 Bibliografía

1. gruporecoletas.com.
2. umtsalud.com.

3. comunidad.Madrid.

Capítulo 361

EL PROFESIONAL CELADOR Y LA PREVENCIÓN EN CONTAGIOS NOSOCOMIALES

MARÍA DEL PILAR GÓMEZ CANELO

MARÍA SUSANA GÓMEZ CANELO

YOLANDA SANCHEZ SÁNCHEZ

BLANCA ESPERANZA CUADRADO LÓPEZ

ANGEL RONCO BARGUEÑO

1 Introducción

Las infecciones o contagios en los hospitales concretadas así, comúnmente y conocidas en la esfera hospitalaria como infecciones o contagios nosocomiales, deben ser tratadas por todo el personal trabajador en los centros hospitalarios, debido a su importancia y repercusión nefasta para los enfermos así, como para los profesionales de la salud en este caso hablaremos de la figura del profesional celador, ya que va a ser este el que juega un papel muy esencial e importante con el trato y contacto con el enfermo, ya que es uno de los trabajadores de la salud, que más se va a movilizar por todo el centro o institución hospitalaria, en cuanto a servicios, departamentos o unidades. Resulta de vital importancia conocer las normas y protocolos en cuanto a la adecuada y correcta manera de actuar de una buena prevención de por parte del profesional de profesional celador para

evitar y prevenir la propagación y dispersión de los microorganismos patógenos de patologías infectocontagiosas tanto a otros profesionales de la salud, como la contaminación de los fómites o estancias en las que vaya, así, como a otros enfermos.

Las principales medidas que debe adoptar el profesional celador ante el enfermo contagioso serían las siguientes:

Identificar el enfermo con patologías transmisibles.

- Adoptar medidas profilácticas y barreras necesarias. Lavado de manos, calzas, gorro o mascarilla, gafas, bata, guantes y cualquier otro material que se considere importante.

2 Objetivos

- Explicar la importancia y lo significativo de la prevención con enfermos contagiosos.
- Resaltar las buenas prácticas del profesional celador con los enfermos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y estudio consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica en páginas y buscadores como Google, scielo. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y búsqueda en internet.

4 Resultados

Ante cualquier duda durante el traslado o relación con el enfermo contagioso, esta debe ser resuelta antes de iniciar acabo la tarea.

- Toda posible lesión que pueda llevar a un contagio debe cubrirse antes de iniciar la actividad.
- Siempre que terminemos el contacto con un enfermo contagioso, es necesario realizar una higienización completa de manos y si es necesario el cambio de uniforme u cualquier otra prenda u objeto que puede conllevar al contagio a otro enfermo.

También es importante conocer los tipos Aislamientos Hospitalarios, una desinfección puede ocasionar un riesgo irreparable:

- Estricto: se suelen contagiar por el aire o por contacto físico. Ejemplo sería la varicela, herpes, viruela...
- Inverso: protegemos al enfermo inmunodeprimido. Ejemplos de enfermo inverso sería un trasplantado o un gran quemado.
- Contacto: se contagia de persona a persona, por objeto contaminado o heridas abiertas.
- Entérico: se suele contagiar por contacto directo o indirecto con las heces. Ejemplo más común sería la gastroenteritis bacteriana o vírica.
- Respiratorio: se contagia a través del aire por gotitas o partículas de polvo que contienen el agente infeccioso. Ejemplo sería la tuberculosis.
- Parental: se suele contagiar a través de la sangre o líquidos orgánicos. Un ejemplo sería el sida.

Otro punto importante a destacar es saber cuándo un profesional celador debe apartarse de su profesión porque ha contraído una patología. Se hace una breve relación de las patologías más comunes y la recomendación de los especialistas:

- Conjuntivitis: debemos apartarnos del trabajo hasta que haya cedido la secreción, ya que cualquier contacto con un objeto inerte puede ocasionar el contagio a otra persona.
- Gastroenteritis aguda: lo recomendable sería 24 horas después de que desaparezcan los síntomas.
- Gripe: hasta 5 días después de comenzar con la clínica.
- Herpes zóster localizado: lo recomendable sería hasta que todas las lesiones sean costras.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar de las medidas a tomar en cuanto a la transmisión de las patologías infecto contagiosas por parte del profesional celador es que juega un papel importante con y hacia los enfermos, es por eso que se debe recordar y actualizar continuamente las medidas y protocolos que se deben adoptar en cada situación. Es fundamental conocer los tipos de aislamiento que podemos encontrar con los enfermos contagiosos para poder adoptar una buena higiene y unas medidas profilácticas seguras. Otra base fundamental para evitar el contagio que en ocasiones pasa completamente desapercibida es las propias patologías que puede adquirir el propio trabajador.

6 Bibliografía

1. Guía de aislamiento para enfermos con infecciones o contagios transmisibles. Consejería de Salud y servicios sanitarios. Servicio de Salud de Principado de Asturias.
2. <https://scholar.google.com>
3. <https://www.cochrane.org>

Capítulo 362

PROFESIONAL CELADOR CONOCIMIENTO EN ELIMINACIÓN Y USO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

MARÍA SUSANA GÓMEZ CANELO

MARÍA DEL PILAR GÓMEZ CANELO

YOLANDA SANCHEZ SÁNCHEZ

BLANCA ESPERANZA CUADRADO LÓPEZ

ANGEL RONCO BARGUEÑO

1 Introducción

Como profesionales del gremio de celadores en el área de sanidad se expone que los desechos originados en servicios de asistencia sanitaria que es el tema que nos ocupa es por ello que la definición de residuo sanitario u hospitalarios serán los que vienen derivados y generados de la función actividades sanitarias, se sabe que una buena parte de ellos están contaminados potencialmente por líquidos, desechos, sustancias biológicas, así como los derivados de los tratamientos clínicos como pueden ser los citotóxicos y los citostáticos.

En estos residuos peligrosos, se encuentra el material infeccioso, los restos de vacunas, o de material de laboratorio, inclusive restos anatómicos, hemoderivados de pacientes infecciosos, o los equipos de quimioterapia y todo lo que se haya utilizado para su administración, entre otros muchos

Sin embargo aunque exista esta parte mencionada en cuanto a residuos potencialmente contaminados, el mayor porcentaje se lo lleva los residuos derivados de la asistencia normal por así decirlo de la actividad sanitaria por ejemplo los que vienen de las oficinas y solo serian papel, pero se genera también una gran parte en las consultas de enfermería derivados de las curas o de la higiene de los pacientes, como logran ser los empapadores, los pañales, las bolsas de diuresis o de colostomía, estos son considerados como residuos no peligrosos o asimilables a urbanos.

2 Objetivos

- Exponer por parte del personal de celadores la importancia de la adecuada y conveniente gestión de los residuos sanitarios y poner de manifiesto la gravedad de que estos no se gestionen convenientemente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Debe implantarse a la hora de gestionar y saber segregar convenientemente los residuos se dispone de un sistema de carácter universal e integral, para poder conseguir una mejora tanto a medio como a largo plazo en la adecuada gestión de los desechos de la actividad sanitaria en salud. Los métodos de gestión serán lo más inocuos y seguros posibles para el medio ambiente, con la finalidad de proteger a los individuos expuestos y a los profesionales que lo manipulan sobre todo del peligro en la recogida, tratamiento, almacenaje, transporte, eliminación de los desechos.

Deben crearse ya que se anda escaso en normativas concluyentes o unificadas más directrices y más ayudas por parte de ministerios, para su lograr su posterior implantación, sobre todo de las comunidades autónomas y de las gestiones de

los organismos públicos hasta los estamentos más pequeños como son los ayuntamientos del concepto de reciclaje de desechos en cuanto a cómo se podrían reducir al máximo posible, a su posterior reutilización, fomentar y dar apoyo tanto logístico como económico a las plantas de reciclado y la valorización y estudios con el fin de generar o producir el mínimo de desechos, estas son las claves principales al respecto de eliminación y tratamiento de toda clase de desechos y así poder facilitar a las instituciones sanitarias en particular y a los ciudadanos en general la fácil y eficaz eliminación.

Es de suma importancia que esta gestión sea eficaz ya que de ella dependerá la salud de los colectivos, si esta fuera deficiente conllevaría un gran riesgo para toda la sociedad en cuanto a plagas, riesgos biológicos, y diseminación de agentes infecciosos afectando a la salud de la población y los propios trabajadores en la prevención esta la premisa de no incurrir en la degeneración del medio ambiente, para no llegar a los problemas referidos anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a los principales peligros y riesgos existentes en el ámbito hospitalario, estos se sitúan en la manipulación de los desechos sobre todo en su carga y descarga.

Como profesionales del gremio de celadores estamos en continua manipulación y expuestos a estos riesgos o sustancia ya sea debido a la asistencia y manipulación del enfermo, así como derivado del transporte de muestras o de cualquier actividad de la cual se demande nuestra presencia y trabajo, será de vital importancia el conocimiento en este tema para lograr esa buena gestión y que no derive en un riesgo para nosotros mismos o para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Hevia Mosquera M; Tolivia Fernández J.C.; Menéndez García M.I.; López Rodríguez Y.; García Rodríguez M.; Fernández Llera A. ;
2. <https://geaccenpat.wixsite.com/geac/integrantes?lightbox=c8o9>

Capítulo 363

EL PAPEL DEL CELADOR HACIA LAS PATOLOGÍAS MENTALES

YOLANDA SANCHEZ SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR GÓMEZ CANELO

MARÍA SUSANA GÓMEZ CANELO

BLANCA ESPERANZA CUADRADO LÓPEZ

ANGEL RONCO BARGUEÑO

1 Introducción

En este artículo describiremos y concretaremos las Áreas de Salud Mental las cuales son las correspondientes a las áreas de atención en salud mental en régimen de hospitalización a nivel hospitalario. Para proceder a un internamiento, será preciso anteriormente haber superado, las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria. Como orígenes más prevalentes para la decisión de ingreso hospitalario serían: la instauración de un tipo de conductas nocivas y que las cuales pongan en peligro tanto la integridad física del que lo sufre, así como la de las personas que están en su entorno, y el aislamiento.

Las patologías mentales las logramos diferenciar en patologías tanto agudas como crónicas, alteraciones o trastornos de la memoria, alteraciones o trastornos de la percepción y en alteraciones o trastornos de la conciencia.

Las patologías agudas vislumbran las crisis de manía o maníacas, las psiconeurosis emocionales, el delirio, la depresión, las psicosis delirantes agudas y la psicosis

confuso oníricas.

En otra clasificación podríamos agrupar en las patologías crónicas a la neurosis, la perversión sexual, en las neurosis nos podemos encontrar las de angustia, obsesiva o histérica, fóbica, la esquizofrenia, la demencia, la oligofrenia y la paranoia. Dentro de las alteraciones o trastornos de la percepción de la realidad están la alucinación, pseudoalucinación y las ilusiones. La paramnesia y la amnesia que conciernen a las alteraciones o trastornos de la memoria, En cuanto a las alteraciones o trastornos de la conciencia, coma, el delirio, el sopor y la somnolencia.

2 Objetivos

Ver y exponer las funciones del profesional celador, dentro del servicio hospitalario de Psiquiatría y dar visualización al importante trabajo y cometidos que efectúan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo sobre el trabajo de los celadores en Las unidades de salud mental y psiquiatría, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática consultando diversas bases de datos como Medline, Scielo y En base, así como páginas web y libros referentes con el tema.

4 Resultados

Las funciones del celador en la Unidad de Psiquiatría son:

- Vigilancia de la puerta de acceso a las Unidades y controlador de las entradas y salidas, no permitiendo el acceso a personas que no estén autorizadas y cuidando no introduzcan bebidas, comidas y objetos que pudieran resultar de riesgo o no estuvieran autorizados.
- Cuidará el entorno de los enfermos, levantando las persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Controlará la estancia de las visitas y familiares en las habitaciones de los enfermos, también en las zonas comunes para así evitar toda acción que perjudique al orden del servicio o al enfermo.
- Auxiliar al aseo profesional de los enfermos que lo requieran, intentando siempre el fomento de su autonomía y hacer revisión para mantener uñas cortas para

evitar lesiones a ellos mismos o a terceros.

- Vigilará a los enfermos que no quieran asearse para que sí lo ejecuten.
- Colaborar con el resto del profesional del servicio, de que los enfermos no hagan un uso indebido de la ropa del servicio y de los enseres.
- Colaborar con el profesional sanitario para mantener la compostura y el orden en el comedor, teniendo especial cuidado en la vajilla y cubiertos, aun siendo estos de plástico. En los casos de profunda depresión, anorexia y/o bulimia se vigilarán y controlarán las cantidades ingeridas y se seguirá un horario estricto en las comidas. En los periodos posprandiales se vigilará a los enfermos para evitar la inducción al vómito.
- Recoger productos o medicación de la Farmacia, reponiendo la farmacia más pesada.
- Trasladar el mobiliario o el aparataje que se precise y a donde se requiera.
- Tramitar las comunicaciones verbales, documentos o correspondencia confiados por sus superiores.
- Trasladar enfermos a las consultas del centro o a otras unidades que sea preciso, siempre que no haya un compañero dedicado solo para esas funciones.
- Vigilar la armonía y el orden entre los enfermos.
- Ayudar al profesional sanitario en la administración de tratamientos o inyectable si son enfermos que no quieren colaborar.
- Ayudar a otros profesionales del servicio en la contención de enfermos agitados, alterados o a los que hay que aplicar una sujeción mecánica.
- Controlar el suministro de tabaco a los enfermos que en su tratamiento lo tienen permitido.
- Queda prohibido el hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos, y tendrán totalmente prohibido informar sobre los pronósticos de la patología.
- No efectuarán nunca funciones ajenas a su categoría, ya que podrían ser denunciados por intrusismo profesional y por usurpación de funciones.

5 Discusión-Conclusión

Las áreas de salud mental son unas unidades o servicios con requerimientos y protocolos especiales procedentes de las patologías mentales e insidiosas del enfermo el cual también es especial y por eso el profesional de celadores que ejecuten sus cometidos en esta unidad deberán de conocer muy bien cómo desarrollar sus funciones, los protocolos y las actuaciones, ya que la mayoría son enfermos con patologías mentales y no son conscientes sobre todo en las crisis de su

patología, en la mayoría de los casos de lo que están haciendo, e incluso dependiendo de la patología logran llegar a la agresividad. El celador y el profesional del servicio de psiquiatría, debe de tener mucha paciencia para aportar bienestar y seguridad al enfermo.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP.
2. www.discapacidad-cantabria.info.
3. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
4. www.scielo.org.
5. www.medlineplus.gov.

Capítulo 364

DETECTAR LA DEPRESIÓN LABORAL Y COMBATIRLA

PELAYO ÁLVAREZ PRIETO

1 Introducción

Siendo una enfermedad muy conocida por gran parte de la población y muy mencionada, el término depresión lo introdujo Hipócrates en el año 450 A.C. mediante el término bilis negra para detonar la depresión, así pues siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas sobre esta enfermedad. De esta forma la depresión ha sido la única alteración mental descrita en la literatura poética y médica desde la antigüedad hasta nuestros días. Cabe destacar la definición de dicho término como un sentimiento de tristeza profunda, desánimo continuado y falta generalizada de energía y motivación asociada al trabajo. De esta forma, destacan grandes consecuencias para los empleados expuestos a una pérdida de productividad, ausentismo, graves problemas de salud mental y física e incluso el aumento del consumo de sustancias llegando así a ser una situación muy grave y destructiva para aquel que lo experimente. Es por ello que se deben tomar medidas inmediatas cuando se detecta un síntoma de aparición de depresión, buscando ayuda lo antes posible tanto profesionales en materia como un jefe o supervisor del puesto de trabajo que generen un buen primer paso de toma de confianza y el afectado se sienta apoyado en todo momento.

2 Objetivos

Dar a conocer no solo el término referente a la depresión, sino también las medidas y el protocolo a seguir en caso de estar en esta situación, no solo como víctima sino también como observador de la situación.

Mencionar las medidas de prevención que la empresa en este caso debe de tomar como referente y las graves consecuencias que la víctima sufre en caso de encontrarse en dicha situación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. En este caso, se han tomado como referencia diferentes artículos, revistas e incluso libros de los cuales se ha obtenido la información necesaria para poder desempeñar esta tarea. Destacar asimismo la plataforma Google Scholar, la cual, ha servido como referente gracias a la gran cantidad de artículos de gran rigurosidad académica, los cuales, han sido contrastados por ilustres autores para obtener así una información detallada y que nutre de conocimientos al lector.

4 Resultados

Tal y como se ha mencionado antes hablamos de uno de los trastornos del estado del ánimo más comunes como es la depresión laboral, en sus inicios es donde más hay que prestarle atención puesto que sino la situación se convierte más grave, primero afectando al trabajador y luego a la propia empresa de manera directa.

De esta manera, como se ha destacado con anterioridad, los trabajadores que sufren depresión laboral sufren diferentes efectos adversos altamente perjudiciales para la salud de aquellos. No obstante, únicamente no se hacen referencia a riesgos desde una perspectiva clínica, sino también efectos laborales, puesto que a pesar de encontrarse en conocimiento de aquello que sufren, su situación laboral es complicada, por lo que encontrar un nuevo empleo será una ardua tarea.

Así pues se deben identificar los síntomas, que es una de las etapas más difíciles si no se cuenta con una ayuda externa que nos ayude a darle la suficiente importancia, ya sea por parte de un amigo, un compañero de trabajo o un especialista. Entre ellos detectamos el desánimo por ir a trabajar, la falta de concentración,

problemas en la toma de decisiones, tristeza prolongada que dure varios días, cansancio o cambios físicos evidentes generalmente relacionados con el peso.

Tras identificar los síntomas se deben detectar las causas de la depresión laboral para una posterior solución. En este punto el análisis debe ser individualizado puesto que cada persona tiene un motivo distinto o la combinación de varios. Asimismo se identifican como causas de la depresión laboral: en primer lugar unas condiciones que causen estrés laboral, en segundo lugar una actividad que no se consigue dominar y que genera impotencia de no obtener los resultados esperados, también la causa puede proceder de una ausencia de reconocimiento por parte de la empresa al trabajo realizado o de una falta de responsabilidad laboral mayor a su cargo o en último lugar la depresión puede ser generada por conflictos laborales con compañeros de trabajo o con un jefe o persona de rango superior.

Finalmente, se deben destacar las diferentes medidas a seguir tales como las precauciones, intervenciones tempranas de la Administración, la ley y finalmente la rehabilitación personal.

Así pues el papel de la empresa es fundamental para poner soluciones sobre sus causas. Desde eliminar conflictos laborales hasta evaluar el desempeño o tareas que realiza el trabajador, pasando por adecuar incluso las capacidades del trabajador a un puesto distinto de trabajo.

No obstante, todas ellas serán diferentes en cada caso y deberán tenerse en cuenta en todo momento las características referentes a los factores que desencadenan la depresión. Es por ello que se deberá otorgar a la persona afectada ayuda por parte de un especialista profesional de la salud para que realice un diagnóstico exacto y establezca el tratamiento más adecuado. El tratamiento clave suele consistir en terapia psicológica, que en los casos más graves se combinará con terapia farmacológica. En todo caso, el objetivo será recuperar el ánimo. Y como última medida la empresa otorgaría una baja temporal por depresión laboral, donde esta misma deberá apoyar y prestar todo tipo de ayuda a la persona afectada en su reincorporación puesto que es el momento clave, para adaptación fácil y evitar recaídas.

5 Discusión-Conclusión

Es preciso destacar aquello que en muchas ocasiones es invisible a nuestra percepción, es decir, que no hayamos sido víctimas de depresión laboral no significa

que no exista. Es por ello que dar a conocer y visibilizar de mejor manera este término, que actualmente suele ser insignificante para la población, es muy importante. Es por ello que se debe normalizar y hacer ver a las víctimas que no están solas y siempre se puede optar a una solución, no solo por parte de la empresa sino también de aquellos y aquellas que conocen el problema y no realizan nada para remediarlo.

6 Bibliografía

1. Ruiz-Flores LG, Colín-Piana RF, Corlay-Noriega IS, Lara-Muñoz MC, Dueñas-Tentori HJ. Trastorno depresivo mayor en México. La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental* 2007;30(2):25-32.
2. Vázquez F, Torres A. Prevención del comienzo de la depresión: estado actual y desafíos futuros. *Bol Psicol* 2005;(83):21-44.
3. Rozados R. ¿Tiene usted depresión? Disponible en <http://www.depresion.psicomag.com>.
4. Ruiz-Flores LG, Colín-Piana RF, Corlay-Noriega IS, Lara-Muñoz MC, Dueñas-Tentori HJ. Trastorno depresivo mayor en México. La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental* 2007;30(2):25-32.

Capítulo 365

LA GRÁFICA DE HOSPITALIZACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA JOSÉ GARCÍA FRESNEDA

MARÍA FRANCISCA CHAMORRO PEÑAS

MANUELA TORRES LOPEZ DEL CASTILLO

MARIA DOLORES GONZÁLEZ BUSTAMANTE

JUANA RUIZ MUÑOZ

1 Introducción

La gráfica de hospitalización es un documento que forma parte de la historia clínica del paciente. En ella, se plasma los datos clínicos más importantes, permitiendo así un “balance” de diferentes constantes y parámetros.

Y así, el facultativo poder determinar la evolución física tanto positiva como negativa del hospitalizado.

Diferenciamos varios tipos de gráficas:

1. Gráficas mensuales u ordinarias: Incluye dos controles (mañana y tarde) durante 30 días. Son de carácter general. Y suelen utilizarse en todos los servicios de hospitalización.

2. Gráficas horarias o especiales: Son gráficas que controla al paciente hora a hora durante 24 horas. Este tipo de documentos, solo se encuentran en servicios más especiales (Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad Coronaria, Quirófanos, etc.).

En la gráfica se busca lo visual. Es decir, consiste en plasmar las constantes con símbolos y colores, como por ejemplo la tensión arterial se ilustra mediante una flecha de dos puntas, una de las puntas colocada hacia arriba mostrando la sistólica y la otra hacia abajo mostrando la diastólica, esta figura se dibuja en color verde y dentro de los parámetros en los que el paciente se encuentre.

En este capítulo, se hablará del papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería respecto a la gráfica de hospitalización y sus diversas anotaciones en ella. También, se hablará de las consecuencias que podrían darse ante una equivocación por parte del profesional.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes participaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la gráfica de hospitalización.
- Explicar la importancia de la toma de constantes por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y su registro.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo, se ha llevado a cabo una minuciosa exploración de información científica, en la que se ha consultado y contrastado para la elaboración de un documento firme y sólido, en las bases de datos digitales como Google académico.

Así también, se ha recurrido a la experiencia profesional. El escrito presentado se encuentra apoyado por diversos artículos científicos. Así como se encuentra regulado por la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, ley básica de la autonomía del paciente.

4 Resultados

Para poder realizar un correcto balance de constantes atribuidos al técnico en cuidados auxiliares de enfermería son, según Willian Schaffner, profesor de medicina preventiva y enfermedades infecciosas, la Temperatura deberá tomarse

a las 16:00h y las 21:00h, ya que es cuando organismo eleva su temperatura corporal. Esta regla se aplicará siempre y cuando el facultativo no necesite un registro más periódico en el día.

Según la Organización Mundial de la Salud, una persona debe orinar una media de unos 800 ml a 2.000 ml diarios.

Según el NIH (Instituto Nacional de la diabetes y Enfermedades digestivas y Re- nales) puede existir en el paciente diarreas, estreñimientos o incluso melenas, entre otras, que el TCAE debe revisar y plasmar en la gráfica. Hablando de tan solo estos tres parámetros, podemos observar la importancia del personal sanitario a la hora de sus funciones en la toma de constantes y los registros de la gráfica hospitalaria.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se recogen en:

- La toma de la Temperatura mediante instrumentos como el termómetro para determinar una hipotermia, hipertermia, etc. Mediante distintos modos (axilar, rectal, etc). Este parámetro se representará en rojo en la gráfica. Esta técnica puede ayudar al médico a diagnosticar febrículas, picos febriles, remitentes, etc.
- El control de la diuresis, así como de las ingestas del paciente. Anotando las entradas (por ml.) a través de vías parenterales, sueroterapia, etc. Y anotando las salidas.

En la Unidad de Cuidados Intensivos lo más común, es su control a través del urimeter, pudiendo registrar de forma exacta las salidas. También es importante observar la sudoración. Esto permite al facultativo, por ejemplo, diagnosticar algún tipo de fallo renal en el caso de anuria, poliuria, etc. También es muy importante, que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería observe el color y espesor de la orina, como por ejemplo la hematuria.

El registro de deposiciones puede determinar anomalías a nivel intestinal, del recto, etc. En este caso, en la gráfica, en el apartado heces se anotarán el número de deposiciones y en las horas que se han realizado (normalmente se ilustran mediante un triángulo y se especificará la anomalía en el caso de haberla, como el color, espesor, etc.)

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es vital para un buen balance de constantes de la gráfica hospitalaria, así como facilita el

tratamiento al facultativo a cargo del paciente.

Sin embargo, en el caso de una mala gestión a la hora de la toma de temperatura, diuresis o deposiciones, o incluso un error numérico en el documento clínico, podría causar graves problemas respecto al tratamiento a pautar, o por lo contrario, no poner un tratamiento frente a algún problema físico del paciente.

Por lo tanto, en el recuento final de la diuresis, podemos hacer un recuento erróneo en el que sumen más ml. de lo que el paciente ha orinado, o al revés, de un resultado menor a lo que realmente el paciente ha hecho.

En estas ocasiones, podrían ocurrir dos cosas: Uno, que el facultativo no paute el tratamiento correcto restringiendo sueroterapias, y dos, que el médico paute diuréticos cuando no son necesarios.

También, podría detectar problemas en el riñón que no existen, o al revés. Por este ejemplo, y muchos más es tan importante el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y su buena praxis. Por ello, se le debe capacitar para poder realizar adecuadamente sus funciones de acuerdo a las actividades que desarrolla en base a la unidad en la que trabaja.

6 Bibliografía

1. La gráfica hospitalaria. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448184106.pdf>.
2. Enciclopedia médica. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/encyclopedia.html>.
3. Muchos de los datos adjuntados en este documento, se basan en la propia experiencia profesional, en los que se ha trabajado durante meses, y pueden plasmarse con seguridad.
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 366

EL CELADOR EN LA U.V.I (UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA).

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

DAVID MORENO GARCÍA

JOSÉ LUÍS OCAÑA LEÓN

1 Introducción

Los celadores son el personal no sanitario que trabaja al Servicio de las Instituciones Sanitarias. Su labor es fundamental para lograr el correcto funcionamiento de los centros, de la misma manera que los médicos, enfermeros, etc.

Las funciones de los celadores vienen recogidas en el artículo 14.2 Del Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Orden del 5 de Julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, Estatuto del Personal no sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (INSS). Publicado en el BOE del 22 de Julio de 1971.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) también llamadas como Unidad de Vigilancia Intensiva, es un servicio especializado en la asistencia, vigilancia y control, de los pacientes en estado critico, en los que existe o puede existir un riesgo de sus funciones vitales, que desarrolla su labor dentro de un centro hospitalario.

Los celadores en I.V.I. se definen como el servicio permanente que permite detectar rápidamente cualquier cambio del paciente y cambiar rápidamente el tratamiento en función de las necesidades.

También se define como el servicio permanente que permite mostrar inmediatamente cualquier cambio del paciente y cambiar rápidamente el tratamiento en función de las necesidades.

La Unidad de Cuidados Intensivos debe estar situada o ubicada en una zona próxima de la zona más asistencial del centro, próximo a urgencias, quirófanos... y tener un acceso fácil de las mismas.

El trabajo del celador en esta unidad, es muy entendida, debe estar preparado y con formación suficiente para poder y saber como actuar ante situaciones críticas o para poder ejercer un correcto cambio postural, por la situación de algunos pacientes.

2 Objetivos

Enumerar, exponer y dar a conocer las funciones que desarrollan los celadores en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Para la obtención del actual trabajo, se ha realizado una investigación permanente en Internet, en libros. En libros de oposición, en temario de los opositores etc... seleccionando el contenido más significativo. Para finalizar el último paso del trabajo, hemos contrastado con personal cualificado para ello.

4 Resultados

Las unidades de Vigilancia Intensiva (UVI) también conocidas como Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), son servicios que tienen como misión la recepción, observación y tratamiento por personal altamente especializado y determinado de material apto, de los pacientes, en estado grave o crítico, que requieran atención continuada “asistencia, vigilancia y control”, y tratamientos intensivos.

Los enfermos terminales: es una enfermedad que no puede ser curada o tratada de manera apropiada, y se espera como resultado final la muerte del paciente, dentro de un período corto o medio de tiempo.

Los celadores que ejerzan funciones en estas unidades especiales requieren, junto con la formación adecuada a su puesto de trabajo, probado, experiencia profesional y conocimientos de las técnicas de movilización de los pacientes, así como

estar uniformados con batas asépticas, que se renovarán cada vez que abandonen estas dependencias.

Los celadores en UVI, y Unidades especiales deben respetar unas normas de vestuario, en las cuales citamos a continuación:

- Uniforme reglamentario.
- Calzas.
- Mascarillas.
- Guantes.
- Gorro.

Las funciones de los celadores en UVI son las recogidas con carácter general en el Estatuto de Personal no Sanitario.

El celador debe tratar a los familiares de forma cordial y respetuosa, atendiendo a cualquier petición, y proporcionarles bienestar durante la estancia en el hospital. Los celadores también realizan cambios posturales, y deben seguir unas normas básicas posturales, y también podemos recalcar las medidas en cuanto a la reconstrucción de la unidad, y es importante que se disponga de:

1. Vestuario para el personal.
2. Almacén de material y aparataje.
3. Zona de estar de descanso para el personal.
4. Despacho de información para pacientes y familiares.

La UCI consta de:

- Personal Facultativo.
- Personal de Enfermería.
- Auxiliares de Enfermería.
- Celadores y personal Administrativo.

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio realizado hemos llegado a la conclusión que el celador en UVI, tiene que estar bien formado profesionalmente.

El celador dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos tiene que desarrollar una serie de funciones a diario, también tiene que ser habilidoso en su actuación para poder prestar al paciente la atención correcta y adecuada a cada situación en la que se encuentre el paciente, junto con el resto del equipo médico.

En la unidad de UVI nos vamos a encontrar con diferentes tipos de trabajadores, y para la perfecta realización de nuestro trabajo, “celador” es importante conocer tanto nuestras funciones como las funciones de aquellos que se encuentran justo por encima o por debajo de nuestra categoría.

En la UCI debe ser una zona del Hospital que se encuentre de forma independiente, pero que a su vez tenga un acceso rápido y directo del resto de los servicios del Hospital; en especial de Urgencias, Quirófano y Medicina Interna.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/tema-8-uci.pdf>.
2. <https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/curso-el-celador-en-la-uci.pdf>.

Capítulo 367

LA ERGOFOBIA: MIEDO IRRACIONAL AL TRABAJO

PILAR CORDERO RODRIGUEZ

ASCENSIÓN GARCÍA FERNÁNDEZ

MANUELA GONZÁLEZ SUÁREZ

MARIA DE LA PAZ MARTINEZ MARTINEZ

MARIA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

La ergofobia es un miedo irracional y persistente al lugar de trabajo. El miedo es un problema que no solo afecta a nuestra vida personal, también puede influir en nuestra vida profesional. En el puesto de trabajo, el miedo puede aparecer a raíz de situaciones que desconocemos sobre nuestro empleo, ante una situación que resulta una amenaza para nosotros o ante trastornos ajenos al puesto de trabajo. Se trata de un miedo que resulta irracional y que puede generarse antes, durante o después de la jornada laboral e incluso si no se tiene un trabajo o se está buscando un nuevo empleo. Este miedo, llamado ergofobia es más común de lo que se piensa y nos impide desarrollar nuestra actividad laboral con normalidad. Esta fobia puede afectar de un modo grave al desarrollo social, laboral y económico del trabajador, pudiendo originar o ser partícipe de las causas de múltiples patologías tanto físicas como psicológicas.

El miedo a la incomprensión hace en muchas ocasiones que los trabajadores afectados de ergofobia no expresen de un modo abierto cómo les está afectando el trabajo y causa que no se requiera ayuda profesional a tiempo, antes de que la patología afecte de un modo grave al individuo.

La terapia cognitiva conductual ha demostrado ser muy efectiva en el tratamiento de esta fobia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Intentar identificar las causas del miedo al trabajo, estas pueden ser tanto personales como relacionadas con una situación concreta.

Objetivos secundarios:

- Hay persona que experimentan ciertas características personales que las hacen más susceptibles de experimentar estrés o ansiedad laboral, ya sea porque presenta una elevada auto exigencia, dificultad para la planificación, organización u otras características personales.
- Otras pueden haber experimentado una situación difícil que marca un antes y un después en su percepción del ámbito laboral y que pueden ser el detonante de este miedo al trabajo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica mediante la selección publicaciones sobre “ergofobia” consultando las bases de datos Pubmed, cuiden, Google académico y scielo.

También a partir de artículos obtenidos en buscadores como Google, bases de datos y en guías de prevención de riesgos laborales y salud laboral.

4 Resultados

Detectar el problema será el primer paso para perder el miedo al trabajo. Sea cual sea el miedo, debemos saber que todos tienen solución. Sólo hace falta ser consciente de ello y comprenderlo.

Las consecuencias de este temor a trabajar pueden ser muy perjudiciales no solo por el gran malestar que se sufre en el día a día, sino también porque la autoes-

tima puede verse seriamente afectada y el temor puede generalizarse a otras áreas de la vida.

Otra de las consecuencias de esta fobia son la baja de la productividad y de la calidad del trabajo, tener sentimientos incontrolables de irritabilidad, preocupación o vergüenza.

Po eso es muy importante conocer los síntomas que pueden indicarnos un problema de ergofobia.

Las personas nerviosas o ansiosas son las más propensas a sufrir este tipo de trastorno. Las manifestaciones más comunes son:

Aumento de la frecuencia cardíaca: fruto del nerviosismo puede elevarse la sudoración o provocar náuseas.

Dificultad para concentrarse: lo que dificulta el desempeño del trabajo.

Inseguridad: lo que hace que la persona pierda confianza en sí misma, en sus capacidades, se autoexige demasiado.

Comportamientos extraños: el trabajador actuará de forma diferente a la habitual o lejos de lo que se espera.

Además del obvio hecho de que tener una fobia es un sentimiento muy negativo y doloroso para quien la sufre, la ergofobia puede tener un impacto directo no solo en el trabajo si no en la vida personal de las personas.

Algunas de las causas directas de la ergofobia son:

Problemas graves de autoestima.

Pérdida del empleo.

Dificultades en cumplir con entregas, plazos y objetivos.

Problemáticas personales suscitadas en base a la inestabilidad económica.

Irritabilidad constante.

Depresión.

Pérdida de la concentración.

Malestar físico frecuente.

Taquicardia, sudoración y sentimientos de negatividad.

Falta de expectativas en cuanto al futuro en el rubro del empleo.

Por supuesto las consecuencias del miedo al trabajo también dependerán del tipo de persona que lo sufra. Condiciones genéticas, económicas y sociales pueden definir la gravedad de los resultados de sufrir ergofobia.

5 Discusión-Conclusión

El empleo es una de las bases más importantes para nuestro desarrollo, tanto social como individual. Nos hace sentirnos activos, partícipes de la sociedad, Al ser

una pieza clave en nuestra salud y bienestar psicológico, las circunstancias que rodean a nuestro ámbito laboral nos afectarán directamente al estado emocional, pudiendo llegar a ser la causa de un gran malestar si esta situación perdura demasiado en el tiempo.

Algunos consejos para prevenir la ergofobia son:

- Trabaje la relajación: el ejercicio, las técnicas de meditación o el yoga ayudarán a calmar la ansiedad. Mantenga una rutina.
- Celebre sus logros: valore los avances por pequeños que sean. Intente mantener una actitud positiva.
- No se atormente: fallar es de humanos, aprenda de ellos, pero no les dedique toda su atención.
- Comunique su situación a la empresa: de este modo, podrán tomar medidas para mejorar su situación.

6 Bibliografía

1. Revista científic , vol. 4, núm. 13, 2019, -octubre, pp. 40-59 Instituto Internacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico Educativo Venezuela.
2. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.39 no.135 Madrid ene./jun. 2019 Epub 11-Nov-2019 <https://lanientesmaravillosa.com/>
claves-para-superar-la-ergofobia <https://www.turijobs.com/blog/ergofobia/>
<https://ansiedadmalaga.com/ergofobia-cuando-el-trabajo-se-convierte-en-miedo-irracional>.

Capítulo 368

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

JOSÉ LUÍS OCAÑA LEÓN

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

DAVID MORENO GARCÍA

1 Introducción

Podemos definir el quirófano como el espacio independiente de una institución sanitaria y que cuenta con unas características propias donde se llevarán a cabo intervenciones quirúrgicas y anestesia. El quirófano tiene que reunir unas condiciones óptimas para el perfecto desarrollo de las intervenciones evitando cualquier foco de infección u otro problema durante el desarrollo del trabajo que en él se llevan a cabo.

Son muchos los profesionales que forman parte del equipo de trabajo en un quirófano: cirujano, anestesista, enfermero, auxiliar, celador, etc.

El celador, por ser el profesional que traslada al paciente al quirófano, es la primera persona de contacto que tiene el paciente antes de entrar a quirófano. Es por ello que es muy importante que se establezca una relación paciente-celador que transmita seguridad, tranquilidad y confianza al paciente y que éste pueda llegar al quirófano lo más tranquilo posible.

La intervención del celador en éste servicio es muy importante y es por ello que hay que conocer cuáles son las funciones del celador en el quirófano para desarrollar una intervención adecuada, no sólo en cuanto a movilización y transporte

de pacientes sino de los distintos materiales y dispositivos localizados en el quirófano que pueden solicitarnos en cualquier momento.

Además es necesario conocer las distintas estancias hospitalarias para llevar con total seguridad y normalidad al paciente a la zona deseada y estar muy formado en medidas de higiene dentro y fuera de quirófano.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las funciones propias del personal celador en quirófano.

Objetivos secundarios:

- Adquirir la formación necesaria sobre la movilización de pacientes y traslados de éste, no sólo en el propio quirófano sino también del traslado desde el quirófano a otras dependencias hospitalarias y viceversa.
- Mantener medidas de máxima asepsia para evitar contaminar muestras u otros dispositivos o zonas corporales.
- Conocer los distintos materiales y aparatos que pueden pedirte y las zonas de almacenaje de éstos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía y estudios realizados sobre el tema. Se consultan diferentes bases de datos como Dialnet y Medline y distintas publicaciones en Elsevier. Se aporta información personal procedente de la experiencia de celadores que trabajan en quirófanos hospitalarios.

4 Resultados

La formación y conocimiento en las funciones llevadas a cabo por el celador en un quirófano son fundamentales y de gran importancia, no olvidemos que estamos hablando de situaciones delicadas y especiales donde una buena praxis es primordial. Cuando esto se consigue, el desarrollo de nuestra actuación como celadores se lleva a cabo con armonía y profesionalidad.

Es por ello que hay que tener muy identificadas cuáles son las funciones principales del celador en el quirófano que se detallan a continuación:

- Conocer las zonas delimitadas del área quirúrgica.

- Cuidar la higiene personal y el uso de vestimenta adecuado a usar en quirófano para evitar contaminaciones. Cuidar al máximo la asepsia.
- Transporte del material y aparatos necesarios en quirófanos desde los lugares de almacenamiento para el desarrollo adecuado de las distintas intervenciones.
- Traslado de los pacientes desde sus habitaciones hasta el área quirúrgica donde se llevará a cabo la intervención programada previa comprobación de que coincide la identidad del paciente con la historia clínica que acompaña.
- Colocar, según la posición anatómica que pauten el cirujano, al paciente en la mesa del quirófano.
- Una vez finalizada la intervención, el celador tiene que encargarse del traslado del paciente a la sala de reanimación o la sala que proceda. Siempre hay que velar por la seguridad del paciente en el traslado.
- En el caso de fallecimiento del paciente, el celador es el encargado de trasladar el cuerpo al mortuario. En el caso de amputaciones, también se encargará de llevar la parte amputada al lugar correspondiente.
- Ayudará al personal de enfermería y auxiliar de enfermería en la retirada del paciente de la mesa de operaciones tras finalizar la intervención.
- Rasurar a los pacientes masculinos, en el caso de que la intervención lo requiera, en ausencia del peluquero o en el caso de tratarse de intervenciones urgentes.
- El celador debe estar en la zona de antequirófanos por si se necesitara de su presencia y de sus funciones. También se le podría requerir que pasase a quirófano para transporte de muestras, concentrados, aparatos, etc. Siempre cuidar la higiene y usar la vestimenta adecuada.
- Secreto profesional. No hacer comentarios a familiares. Remitirlos al facultativo o personal sanitario correspondiente.
- Ejecutar las pautas u órdenes recibidas por médicos, supervisores o enfermeras.

5 Discusión-Conclusión

El celador es un personal asistencial importante en todo lo que engloba el proceso quirúrgico. Es la persona que lleva al paciente desde la habitación u otra unidad como UCI o servicio de urgencias al quirófano y por lo tanto es muy importante que le transmita al paciente seguridad y confianza. Ser conocedor de las áreas quirúrgicas y de las funciones a llevar a cabo en todo momento y mantener un buen equipo de trabajo favorecen a ello. No olvidar que es de nuevo el celador el que, si todo ha salido bien, vuelve a llevar al paciente a su habitación cerrando con ello este proceso.

6 Bibliografía

1. Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. com.
2. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.
3. Vilchez, M. D. L. A. M. (2012). Competencias técnicas del celador en el ámbito hospitalario. Lulu. com.
4. Fadrique Casero, M. (2015). Enfermería en quirófano.
5. Torres, J. B. Técnicas de movilización y inmovilización de los pacientes en el ámbito sanitario. Lulu. com.
6. Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Sánchez-Cascado, G., & Tordesillas, L. (2017). La movilización de los pacientes (Técnicas básicas de enfermería). Editex.
7. Ramírez, A. T. (2020). La cirugía como una sinfonía. Un proyecto para el trabajo en equipo y coordinado. Revista Colombiana de Cirugía, 35(4), 550-552.

Capítulo 369

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN INCENDIO

MIGUEL ANGEL CHORRO LOPEZ

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

NOELIA VILLALBA ALFARO

DOLORES MORA POLO

RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de las normas básicas que deben seguir los auxiliares administrativos del ámbito sanitario en caso de que se produzca un incendio en su puesto de trabajo. Para ello, lo primero que vamos a hacer es definir fuego, incendio y extintor.

El fuego se define como luz y calor producidos por la combustión, o una combustión caracterizada por una emisión de calor acompañado de humo, de llamas o ambos. Para que se inicie un fuego es necesario que se den conjuntamente tres componentes: combustible, oxígeno y calor o energía de activación, lo que se llama triángulo del fuego.

Aunque el fuego es uno de los elementos más utilizados por el hombre desde su invención, de todos es bien sabido lo peligroso que puede llegar ser cuando no está controlado (incendio).

Un incendio es una ocurrencia de fuego no controlada que puede afectar o abrasar algo que no está destinado a quemarse. Puede afectar a estructuras y a seres vivos. La exposición de los seres vivos a un incendio puede producir daños muy graves hasta la muerte, generalmente por inhalación de humo o por desvanecimiento producido por la intoxicación y posteriormente quemaduras graves. El extintor de incendios es un dispositivo que permite proyectar y dirigir un chorro de agente extintor hacia un fuego y permitir que sea apagado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Poner en conocimiento el protocolo o normas básica a seguir por los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario en caso de producirse un incendio.

Objetivos secundarios:

- Poner en conocimiento los elementos que se dan en el fuego.
- Concretar los tipos de fuegos que existen.
- Enumerar los productos que se emiten durante un incendio.

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: fuego, incendio, elementos del fuego, extintor y normas de actuación ante un incendio.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: fuego, incendio, elementos del fuego, extintor y normas de actuación ante un incendio y artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Para que se produzca un incendio primero tiene que producirse un fuego y este a su vez necesita, se necesita 4 elementos:

- Combustible.
- Comburente.
- Calor.

- Reacción en cadena.

Durante un fuego incontrolado, o incendio, se originan una serie de productos:

- Los gases de la combustión:

Monóxido de carbono (CO).

Anhídrido carbónico (CO₂).

Oxígeno (O₂).

Ácido sulfhídrico (HS).

Acroleína.

Amoníaco (NH₃).

Ácido cianhídrico (HCN).

Bióxido de nitrógeno (NO₂).

- Llama.

- Calor.

- Humo.

Tipos de fuego:

Clase A: son los fuegos de materiales sólidos, y generalmente de naturaleza orgánica, donde la combustión se realiza con formación de brasas (madera, tejidos).

Clase B: son los fuegos de líquidos o de sólidos licuables (gasolina, grasas).

Clase C: son los fuegos de gases (butano, acetileno).

Clase D: son los fuegos de metales (aluminio, sodio).

Clase E: son los fuegos eléctricos.

Protocolo de actuación ante un incendio:

Cuando se produce un incendio existen una serie de normas básicas para actuar ante él, pero lo primero que hay que hacer siempre es avisar de forma prioritaria a los servicios de extinción.

Estas normas las podríamos resumir:

- Verificar el tipo de incendio.

- En caso de fuego en presencia de tensión eléctrica se deberá procurar efectuar el corte de corriente eléctrica en la zona afectada.

- Si se dispone de medios (extintores), pero siempre conservando la integridad personal, se intentará el control del fuego, pero sin arriesgarse más de lo necesario. Utilizando el extintor más apropiado para cada tipo de fuego y qué esté más próximo al fuego. Los auxiliares administrativos como el resto de personal en el ámbito sanitario deben conocer su ubicación, para que tipos de fuego son y el manejo de los distintos tipos de extintores que haya en el centro.

Para la utilización de los extintores:

Se quitará el precinto y pasador de seguridad del dispositivo.

. Se efectuará un disparo de prueba antes de acercarse al fuego.

. Hay que atacar el fuego siempre en la misma dirección que su desplazamiento. Dirigir el chorro del agente extintor hacia la base de las llamas, barriendo suavemente en zigzag, apagando por franjas y sin avanzar hasta asegurarse que se haya apagado la anterior.

Se dejará de aplicar el extintor cuando el fuego está apagado.

Si se aprecian gases tóxicos, mareo o dificultad de respiración hay que retroceder de inmediato.

- Siempre se buscará y se tendrá a la vista una vía de escape por si el incendio se extiende, además de dar la alarma.
- Nunca se intentará combatir el incendio en solitario, se debe solicitar ayuda entre el resto del personal. Cuando se actúe con varios extintores, se hará siempre en la misma dirección, para evitar posibles interferencias.
- Nunca se dará la espalda al fuego.
- Si no se pueda controlar el fuego, se abandonará el recinto donde se produce el fuego, avisando al resto del personal, y cerrando puertas, que actuarán de barrera natural contra la extensión del incendio.
- Se dará la alarma de nuevo y se avisará al teléfono de emergencias local.
- Se evitarán siempre los humos y gases, y en caso de que sean muy densos habrá que mantenerse agachado.
- No se utilizarán nunca los ascensores.
- Si las rutas de escape están bloqueadas o llenas de humo, se buscará una zona libre del mismo, se cerrarán las puertas y se sellarán las ranuras.
- Se avisará a través de ventanas o todos los medios posibles a los servicios de rescate.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier momento, en los centros sanitarios, se puede producir un incendio, de ahí la importancia de que todos los que formamos el equipo multidisciplinar de los centros sanitarios, donde estamos incluidos los auxiliares administrativos, debamos conocer la diferencia entre fuego e incendio, conocer que es un extintor, saber la ubicación de los extintores, saber distinguir los distintos tipos de extintores, conocer las vías de salida en caso de producirse un incendio y lo más importante conocer las normas básicas de actuación en caso de incendio.

¿Por qué es tan importante? Nos podemos imaginar que estamos en un centro de salud donde llega un paciente alterado y hecha una cerilla a una papelera.

Si nosotros respondemos con prontitud y sabemos dónde coger el extintor y utilizarlo rápidamente apagaríamos el fuego, Sin embargo, si no tenemos estos conocimientos y no apagamos este fuego todo se puede complicar, ya que en los centros sanitarios hay gran cantidad de productos altamente inflamables y si el fuego llega a ellos rápidamente tendríamos un incendio.

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. <https://www.unex.es>.
3. <https://uprl.unizar.es>.
4. <https://prevencion.fremap.es>.

Capítulo 370

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO: CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO DE ESTOS TRASTORNOS

MIGUEL ANGEL CHORRO LOPEZ

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

NOELIA VILLALBA ALFARO

DOLORES MORA POLO

RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN

1 Introducción

Los pacientes con enfermedades mentales o psiquiátricas suelen requerir asistencia a menudo urgente, bien por episodios de agitación o intentos de suicidio, siendo importante un control de los impulsos y un tacto especial en el tratamiento de estos pacientes.

De ahí que en este capítulo vamos a hablar de los pacientes con enfermedades mentales o psiquiátricas, de las principales enfermedades mentales agudas, como son las tendencias suicidas, las psicosis agudas, la crisis de ansiedad y el control del paciente violento, agresivo y agitado.

La enfermedad mental o “trastorno de salud mental”, hace referencia a una amplia gama de afecciones de la salud mental, es decir, trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) 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 satisfactoria y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Muchas personas manifiestan problemas de salud mental de vez en cuando. Pero un problema de salud mental se convierte en una enfermedad mental cuando los signos y los síntomas se hacen permanentes, causan estrés y afectan la capacidad de funcionar normalmente.

2 Objetivos

Describir las principales enfermedades mentales que pueden presentar los pacientes que acuden a centros sanitarios.

Resaltar la importancia de la correcta formación del auxiliar administrativo respecto a estas patologías y la adecuada atención a los pacientes que las padecen.

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: salud mental, crisis de ansiedad. Tendencias suicidas, paciente agresivo y normas de actuación con pacientes con problemas mentales.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: salud mental, crisis de ansiedad. Tendencias suicidas, paciente agresivo y normas de actuación con pacientes con problemas mentales, artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Las principales enfermedades mentales que pueden presentar las personas que acuden a los centros sanitarios son:

1. Tendencias suicidas: donde tenemos que distinguir suicidio, intento de suicidio y suicidio consumado.

Suicidio palabra procedente del latín que significa matarse a sí mismo a través de acciones voluntarias que culminan con la muerte del individuo por propia iniciativa.

Intento de suicidio; se considera un acto suicida pero sin las consecuencias fatales de este.

Suicidio consumado es el que tiene como resultado final la muerte.

Entre los métodos más frecuentes utilizados para quitarse la vida están:

Las intoxicaciones medicamentosas y/o toxicológicas (venenos, disolventes, cáusticos) son las formas más frecuentes.

La defenestración, que es arrojarse desde una ventana.

El uso de armas de fuego o arma blanca, siendo las primeras las más frecuentes.

La asfixia por inhalación de gases tóxicos.

El ahorcamiento.

Con respecto a la conducta a seguir con un paciente con ideas suicidas, independientemente de otras consideraciones, será:

Se debe tomar siempre en serio cualquier amenaza de suicidio o acto suicida, nunca despreciar esa idea.

El ambiente debe ser lo más tranquilo posible, evitando terceras personas que puedan interferir negativamente.

Se ofrecerá ayuda para los problemas inmediatos, pero sin dejarse manipular (algo bastante frecuente y que a veces es muy difícil de manejar, pues hay muchos pacientes que utilizan pretextos de este tipo para manipular y obtener un beneficio).

Llamar de inmediato al teléfono de emergencias, colaborar con el médico en todo lo que se pueda que nos enviará de inmediato los recursos de ayuda entre los cuales irán las fuerzas de seguridad.

Si se recibe una llamada en un centro de emergencias o sanitario de una persona que dice que ya ha realizado un acto suicida o que está a punto de hacerlo se intentará conseguir su localización si es posible, contactar con las fuerzas de orden público para que acudan, con los servicios sanitarios, en su rescate, manteniendo ocupado al suicida hasta que lleguen al lugar, siendo fundamental mantener una conversación empática con el paciente, sin perder el contacto y la sintonía.

2. Crisis de ansiedad:

La ansiedad es un mecanismo adaptativo que se desencadena cuando hay una situación de peligro o el paciente la vive como tal, generando una serie de respuestas fisiológicas, cognoscitivas y conductuales cuyo fin es producir un estado de activación y alerta para responder en las mejores condiciones posibles a la situación. Esta ansiedad normal o de adaptación se convierte en patológica cuando aparece ante un peligro que no es real o cuando su intensidad y duración son desproporcionadas, que era lo que antiguamente se conocía por histeria o neurosis.

Se habla de varias formas clínicas de ansiedad, estas son:

- Trastorno de pánico con o sin agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Fobias específicas: animales, situaciones, ambientales, sangre-inyección-daño, etc.
- Fobia social.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastornos de ansiedad provocados por ingestión de sustancias, fármacos, enfermedades.

La crisis de pánico o crisis de ansiedad derivadas de las mismas, se pueden tratar mientras no llega la ayuda sanitaria por personal no sanitario, con las siguientes recomendaciones:

Demostrar tranquilidad y ayudar al paciente a estar tranquilo.

Intentar tranquilizar al paciente sobre la inexistencia de un riesgo físico o mental, pero nunca decirle que no le ocurre nada, sino que se trata de una crisis de ansiedad y que puede ser tratada.

3. Paciente agresivo, violento y agitado:

La agitación es un estado de excitación mental acompañado de un aumento de la actividad motriz que comporta un serio peligro para el propio enfermo o familiares, para el personal sanitario o no sanitario, siendo muchas veces una conducta que debe ser controlada para evitar lesiones, tanto a los demás, como a sí mismo. Son pacientes que van a requerir hospitalización, por lo que hay que solicitar rápidamente ayuda de servicios sanitarios, así como de las fuerzas de seguridad para su contención. Es fundamental en la actuación sobre ellos.

Las causas que producen la agitación son numerosas entre ellas podemos mencionar:

- Psicóticos: esquizofrenia, la psicosis reactiva y el trastorno bipolar.

- No psicóticos: los trastornos por angustia, los trastornos conversivos, los trastornos disociativos, las demencias, el retraso mental.

Episodios de agitación reactivos o situacionales, siempre relacionados con acontecimientos externos que provocan en el paciente una respuesta exagerada y desadaptada, siendo los más importantes:

- Respuesta a situaciones catastróficas.
- De origen emocional.
- La privación sensorial en determinadas situaciones como son los ingresos en unidades de cuidados intensivos y las intervenciones quirúrgicas,.

Con respecto al manejo correcto y tratamiento de estos pacientes se deben seguir una serie de directrices que son fundamentales:

- Si necesitáramos acercarnos al paciente hay que hacerlo con precaución para evitar sufrir ataques y golpes del paciente y siempre tener fácil acceso a la salida, o tenerla localizada, evitando las encerronas que puedan poner en peligro la integridad personal.
- Si el paciente tiene armas u objetos peligrosos, tanto el personal no sanitario como el personal sanitario debe inhibirse, para que actúe el personal de seguridad o la policía, cuya obligación es evitar las lesiones a todos aquellos que están presentes.
- Tratar de establecer un contacto sin demostrar miedo ni inseguridad, con calma y tranquilidad. Hablar suave y con preguntas cortas.

Siempre hay que recordar que el paciente está más asustado de lo que puede creerse, por lo que se recomienda actuar en forma calmada, simple, explicando el procedimiento, para que la persona se tranquilice.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario que tiene atención al público o está adscrito a las unidades de salud mental, unidad de hospitalización breve infanto-juvenil o a las unidades de conductas adictivas conozca las normas básicas para poder realizar la atención a pacientes con problemas mentales de forma adecuada y eficaz evitando mayores problemas a los pacientes y poder ser agredido física o verbalmente por estos pacientes.

También los auxiliares administrativos debemos ser conscientes que muchos de los comportamientos que presentan estos pacientes pueden ser peligrosos, tanto para el personal que los atiende como para la propia víctima, por lo que se deberán tomar todas las precauciones que se pueda antes de abordar a un paciente

de estas características, como solicitar la intervención de las fuerzas de orden público si la situación lo requiere.

6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. <https://www.menteamente.com>.
3. <https://www.sanitas.es>.
4. <https://www.sabervivirtv.com>.
5. <https://tuteticontigo.com/>.

Capítulo 371

LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MIGUEL ANGEL CHORRO LOPEZ

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

NOELIA VILLALBA ALFARO

DOLORES MORA POLO

RODRIGO MERCHANT DE JULIÁN

1 Introducción

La llegada de un usuario/paciente al centro hospitalario tiene un primer contacto en la mayoría de los casos con un auxiliar administrativo, ya sea en la oficina de información general del hospital como en el área de urgencias o una determinada área de consultas externas, entre otros.

En cualquier caso, aquí comienza su experiencia y en gran medida su primera predisposición para encarar su proceso de una manera u otra. La cantidad de variables respecto a lo que va a realizar este usuario/paciente es muy amplia, ya que se puede tratar de un usuario/paciente iniciando un proceso asistencial, sea por derivación o por propia iniciativa, un familiar de un usuario/paciente

ingresado, un ciudadano solicitando información de cualquier tipo, o un ingreso en el área de urgencias.

En todas estas situaciones es bastante frecuente no saber dónde dirigirse, cómo tramitar su necesidad, ejercer sus derechos o cumplir con sus obligaciones. Que su experiencia sea positiva dependerá en parte de cómo se lo reciba en la primera línea de atención.

Cuando al hospital llega un usuario/paciente requiriendo información de cualquier tipo, el profesional administrativo que lo recibe debe tener el conocimiento y las capacidades profesionales y técnicas para resolver de manera positiva ese primer requerimiento y toma de contacto del usuario/paciente con el centro.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la información por parte del auxiliar administrativo en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las situaciones pueden ser bien diferentes, tanto por el de llegada del usuario/paciente (hall central del hospital, urgencias, consultas externas) como por el tipo de usuario/paciente (usuario/paciente con cita previa, familiar, demandante de áreas externos, etc.), e incluso mediante llamadas telefónicas. En cualquier caso, las respuestas a los diferentes casos no debieran diferir o depender de manera absoluta del profesional que en ese momento atiende la solicitud. Cuanta menos estandarización de protocolos de atención, más dispersión habrá en las respuestas para casos y necesidades idénticas, produciendo distintos resultados de satisfacción para un mismo problema. Por otro lado, una misma infor-

mación proporcionada al usuario/paciente de distintas maneras puede producir efectos diferentes en el mismo. Se puede disponer de mucha o poca información para entregar en un momento en particular, pero el modo en que se haga esa entrega sin duda puede ayudar a paliar preocupaciones y angustias de quien la está recibiendo.

Ejercer adecuadamente actitudes de empatía, discreción, respeto, comprensión de la situación e interés por dar la mejor solución que tenemos a mano va a predisponer al usuario/paciente de manera más positiva y receptiva para asimilar nuestra respuesta. En cualquier caso, pensar que la solución a generar actitud positiva en los usuarios/pacientes va a estar en manos de la calidad humana y maneras correctas de atención sería un grave error, pues de poco servirán si no se tiene el conocimiento necesario para evacuar correctamente la necesidad de información requerida.

No siempre va a estar en las manos del auxiliar administrativo la solución a todos los casos que se puedan presentar, pero se hace necesario al menos disponer de herramientas que ayuden a ofrecer soluciones alternativas, como por ejemplo a quién llamar o dónde derivar la situación planteada. El usuario/paciente, en todo caso:

- Debe obtener una respuesta clara y comprensible a su inquietud, aun cuando no se le esté dando una solución a sus necesidades.
- No debe quedar de modo alguno indefenso y sin ninguna respuesta.
- Debe ser tratado con atención, respeto y cortesía.
- Debe ser informado de sus derechos y obligaciones dentro del ámbito hospitalario.
- Debe sentirse en un entorno contenido y poco hostil.

Una situación no deseada aunque bastante frecuente y percibida en manera negativa por el usuario/paciente es tener una cola de espera a veces considerable en los puestos de información. Dado que la mejor solución a este problema no parece ser incrementar la cantidad de profesionales, pues son situaciones en momentos puntuales, podría ser de mucha utilidad disponer de soportes alternativos como pueden ser folletos informativos o cartelería impresa, tanto en Urgencias como en la Recepción Principal o Consultas Externas. De esta manera se puede aliviar la cantidad de consultas en el mostrador de atención al usuario/paciente.

5 Discusión-Conclusión

Se hace indispensable el profundo conocimiento de un abanico completo de situaciones que se puedan presentar en un punto de recepción de un usuario/paciente

en un hospital. Disponer de estadísticas y documentación amplias permitirá redactar un manual operativo completo y guías estandarizadas de líneas de actuación para poner en manos del profesional auxiliar administrativo y asegurar, de esta manera, la base de conocimiento para una correcta respuesta a los requerimientos de los usuarios/pacientes.

Nace aquí la esencial importancia que tiene la correcta formación de estos profesionales, la disposición de las herramientas y sistemas informáticos adecuados, así como de las normativas básicas y esenciales que conformen un plan de información con el que responder de una manera eficaz y consistente a los diferentes sucesos que se puedan presentar.

Normalizar y unificar las actuaciones de los profesionales administrativos en cuanto a información hospitalaria y maneras de atención y comunicación, redundará en una imagen mucho más profesional y humana a la vez de los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. Sánchez, María E., & Mariño, Sonia I.. (2021). Implementación de un repositorio para apoyo a la gestión administrativa. Palabra clave, 10(2), 130. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24215/18539912e130>.

Capítulo 372

DIRECTRICES A SEGUIR POR EL PERSONAL CELADOR ANTE LA EVENTUAL EVACUACIÓN DE PACIENTES DURANTE LA DECLARACIÓN DE ALARMA POR INCENDIO EN UN HOSPITAL

SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ

LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE

MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES

1 Introducción

En todos los complejos hospitalarios debe existir un plan de emergencia y evacuación en caso de producirse una emergencia general.

El plan de emergencia, es un documento en el que se indica tanto la organización de los equipos humanos como la utilización de los recursos materiales de que disponga la institución sanitaria para prevenir las situaciones de emergencia y, en caso de producirse esta, garantizar la evacuación rápida y ordenada de pacientes y personal, que deberá realizarse en todo caso de forma ordenada y eficaz.

Si deseamos efectuar una evacuación eficiente, debemos asegurarnos de que sea ordenada y de que se utilicen las vías establecidas para realizarla.

No obstante, un sistema de evacuación eficaz debe contar con unas normas generales que debe conocer y aplicar todo el personal, definir las prioridades existentes según la zona a evacuar, el tipo de pacientes y la disponibilidad de personal para realizarla, establecer una zona de seguridad para la evacuación y concretar una metodología de traslado de los pacientes que tenga en cuenta sus patologías y las características de la unidad que debe ser desalojada.

En función de la zona en que se produzca el incendio, se fijará los preparativos para trasladar a los pacientes, el personal que va a intervenir en la evacuación, el método para trasladar a los pacientes, la vía de evacuación de los mismos, la acogida de los pacientes trasladados y el control del procedimiento de evacuación.

2 Objetivos

Describir de forma esquemática las directrices a seguir por el personal celador en caso de evacuación de un hospital por incendio.

3 Metodología

Para completar la información de esta publicación hemos consultado sitios web especializados y realizado una gran revisión bibliográfica de publicaciones oficiales.

Los datos obtenidos nos han facilitado la realización de este resumen sobre los diferentes aspectos que rodean a las actuaciones que se han de llevar a cabo ante una eventual evacuación de un centro hospitalario en caso de incendio, con el deseo de que todo el personal estatutario, y sobre todo los celadores, que forman parte de los equipos de intervención ante emergencias, asimile y asuma el procedimiento a seguir.

4 Resultados

Clasificación de las emergencias:

Según el coeficiente de gravedad, las emergencias atienden a la siguiente clasificación:

- Conato de emergencia: es la emergencia que se puede dominar de una forma rápida y sencilla por el personal, haciendo uso de los medios de protección y extinción disponibles en la unidad.

- Emergencia parcial: es la que requiere la intervención de los equipos específicos de emergencias de una zona del centro hospitalario para ser sofocada, y cuyas consecuencias afectan a una zona del edificio sin perjudicar a otras áreas contiguas ni a terceras personas.
- Emergencia general: esta emergencia requiere de la intervención de todos los equipos y medios de protección disponibles en el centro hospitalario y, además, de la ayuda de los medios de auxilio exteriores, y que comporta la evacuación de las personas de departamentos concretos.

Garantías mínimas del procedimiento de actuación ante emergencias:

- La detección y alerta de la situación de alarma.
- La ejecución de la alarma.
- La intervención coordinada durante la alarma.
- El refugio, evacuación y socorro de los afectados.
- La información adecuada sobre los procedimientos y peligros a todas las personas que se encuentran expuestas a los riesgos.
- La solicitud y recepción de las ayudas externas prestadas por los servicios de emergencia.

Actitudes que se deben adoptar en caso de producirse una emergencia:

Las emergencias que se pudieran producir en un hospital requieren de la actuación de personal y medios con la finalidad de garantizar los siguientes aspectos:

- Cadena detección-alarma: cualquier persona que descubra una situación de emergencia puede transmitirla por vía telefónica especial interior del centro, o accionar los pulsadores de alarma conectados a la central de emergencias.
- Valoración de la gravedad y movilización de los equipos internos: esta función debe ser realizada por una persona designada al efecto, que disponga de las aptitudes necesarias para evaluar la emergencia producida y activar a los equipos de intervención, en función de la emergencia detectada.
- Aviso, recepción e información de las ayudas externas: se ha de tener previsto tanto el protocolo de comunicación de la emergencia producida a los equipos de ayuda exteriores, como la designación de la persona encargada de recibirlos a la entrada del edificio e informarlos sobre las circunstancias de lo acaecido.

5 Discusión-Conclusión

Las actuaciones en situaciones de emergencia en un hospital deben estar previstas de antemano en un plan de emergencias, y se han de conocer aspectos tan im-

portantes como la persona que asume el mando y las competencias en la gestión de dicha emergencia o la instauración del equipo humano que va a intervenir y sus niveles de jerarquía, pues deben estar muy delimitada la responsabilidad de cada miembro del equipo de intervención y los medios disponibles para llevarla a cabo.

Muchos celadores desconocen todos estos términos y, de hecho, nunca han intervenido en simulacros de declaración de alarma general y evacuación. Por eso es muy aconsejable instruir no solo a este grupo profesional, sino a todo el personal estatutario acerca de este tipo de situaciones.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Tuñón E, González Vigil D, García Fernández, Velada Becerra J. Plan de autoprotección hospital universitario central de Asturias [Internet]. 1st ed. Oviedo: Hospital Universitario Central de Asturias; 2018 [cited 7 September 2019]. Available from: <https://www.ispasturias.es/wp-content/uploads/2019/05/Plan-de-autoprotecci%C3%B3n.pdf>.
2. Orden de 29 de noviembre de 1984 por la que se aprueba el Manual de Autoprotección para el desarrollo del Plan de Emergencia contra Incendios y de Evacuación de locales y Edificios. [https://www.boe.es/eli/es/o/1984/11/29/\(2\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/o/1984/11/29/(2)/dof/spa/pdf).
3. C S. Tema 20. Prevención ante Incendios. Parte I [Internet]. Celadoresonline.blogspot.com. 2019 [cited 7 September 2019]. Available from: <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-19-plan-de-emergencias-ante.html>.
4. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. NTP 361: Planes de emergencia en lugares de pública concurrencia. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1998 p. 1 a 8.

Capítulo 373

MATERIALES UTILIZADOS EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE CON LA UTILIZACIÓN DE UN ELEVADOR HIDRÁULICO

DAVID MORENO GARCÍA

RAQUEL GARRIDO PÉREZ

JOSÉ LUÍS OCAÑA LEÓN

1 Introducción

Los celadores que desarrollan su actividad laboral en las instituciones sanitarias, ya sean consultorios locales, centros de salud o centros hospitalarios, deberán llevar a cabo dos funciones exclusivas. Dichas funciones son el traslado de los pacientes y la movilización de los mismos siempre que no puedan realizar dicha movilización por ellos mismos.

Dentro 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, quedan recogidas las funciones de los celadores. En el artículo 14.2.3 se

indica la función exclusiva del celador de moviliza a los pacientes, “Será función exclusiva de los celadores la movilización de los pacientes que por sus dolencias, patologías o diagnóstico clínico no puedan realizar por ellos mismos”.

En la actualidad, la mayoría de los centros sanitarios utilizan medios de movilización auxiliares para facilitar la movilidad de los pacientes. Esta actuación tienen dos objetivos claros, por un lado proporcionar seguridad al paciente durante las movilizaciones y por otro lado, ayudar al celador y al resto del personal profesional que intervengan en la movilización de los pacientes y no hacer fuerza bruta innecesaria.

Los medios auxiliares más utilizados son el elevador hidráulico y los transfer o rulos sanitarios.

2 Objetivos

- Conocer los medios auxiliares más utilizados durante la movilización de los pacientes.
- Enumerar y explicar los pasos a realizar durante la movilización de los pacientes con la utilización de un elevador hidráulico.

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 elevador hidráulico o grúa es uno de los medios auxiliares de movilización de pacientes más utilizados en los centros hospitalarios, especialmente en las unidades donde se encuentren hospitalizados los pacientes (plantas de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos).

La utilización del elevador hidráulico se llevará a cabo para mantener la seguridad del paciente cuando se de el caso de algunas de las siguientes situaciones:

- El paciente muestra una movilización pasiva y no ayuda al personal.
- El paciente no puede mantenerse de pie.

- El paciente es muy pesado.

Antes de preparar al paciente y de proceder a su movilización con el elevador hidráulico, el celador deberá comprobar que la grúa funciona perfectamente y que tiene la batería cargada, de esta manera de evitar movilizaciones innecesarias al paciente.

Pasos a seguir durante la utilización del elevador hidráulico:

- Dejar preparado todo el material necesario.
- Realizar un correcto lavado de manos.
- Utilizar guantes desechables.
- Comunicar al paciente de la actuación que se le va a realizar, indicándole que es la forma más segura de levantarlo al sillón.
- Colocar la cama en un plano paralelo al suelo, para que la lateralización del paciente para colocar el arnés se pueda realizar cómodamente y sin hacer sufrir al paciente.
- Colocar el arnés la paciente.

El celador moverá al paciente hacia la posición de decúbito lateral, mientras que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) coloque una sábana entremetida y el arnés.

Una vez colocado el arnés, el celador moverá al paciente hacia el otro lateral para que el TCAE saque el arnés y entremetida por el otro lado.

- Colocar de manera cruzada las bandas inferiores por debajo de los muslos del paciente.
- Colocar el arnés en la parte superior, quedando los hombros del paciente dentro del arnés.
- Colocar las bandas en los ganchos de la grúa.
- Proceder a levantar al paciente al sillón.
- Colocar al paciente en el sillón.
- Retirar los enganches de la grúa.
- Retirar guantes desechables.
- Llevar a cabo un correcto lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Materiales utilizados en la movilización del paciente encamado. La actuación del celador durante la movilización de un paciente con la utilización de un elevador

hidráulico” nos reflejan la evolución de la forma de trabajar en los centros sanitarios, permitiendo realizar un trabajo de manera más segura tanto para el paciente como para los profesionales, protegiendo y cuidando la salud del profesional con la utilización de medios auxiliares durante la movilización de los pacientes.

En los centros hospitalarios hay números tipos de elevadores hidráulicos, por lo que es de vital importancia que el celador conozca el funcionamiento de cada uno de ellos y sepa utilizarlos, ya que es función exclusiva del celador la movilización del paciente, independientemente de que se realice con la ayuda de un medio auxiliar como la grúa.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
3. 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.
4. Rodríguez, F., Castro, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018

Capítulo 374

PERSONAL ADMINISTRATIVO Y NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA: LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

MARIA DOLORES DEL ROCIO RAMIREZ SIERRA

JOSEFA ALBERCA ROMERO

M.CARMEN RUEDA JAEN

AURELIO MARTINEZ GOMEZ

MANUELA SECO MOYA

1 Introducción

La atención especializada consiste en toda aquella atención a la salud que no queda cubierta por la Atención Primaria, ya sea por la complejidad que presenta el paciente o por la falta de recursos.

Los espacios físicos que proporcionan la atención especializada, serán los centros especializados y hospitales, en general. El área hospitalaria se definiría como la demarcación geográfica para la gestión y administración de la asistencia especializada y estaría compuesta, al menos, por un hospital y por los centros periféricos de especialidades que están, a su vez, adscritos al mismo (al hospital de referencia del área).

Además, cubrirán los servicios de internamiento y atención especializada de la población que a su vez corresponde a uno o varios de los distritos de atención primaria, de forma excepcional las personas que corresponden a un distrito pueden dividirse para ser atendidas por áreas hospitalarias diferentes.

Del mismo modo que ocurría con las áreas de atención primaria, las áreas hospitalarias se delimitarán en función de criterios demográficos, geográficos, de accesibilidad de la población y la eficiencia de la prestación de la asistencia especializada, como así dice el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre la ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales.

2 Objetivos

Determinar las funciones de la atención especializada, su finalidad y la estructura de su organización interna (los diferentes niveles de hospitales).

3 Metodología

Para elaborar este documento, hemos realizado una revisión sistemática de las leyes y los decretos que sustentan la Atención Especializada, que definen sus bases, su estructura organizativa, sus funciones y su finalidad como segundo nivel de atención sanitaria al servicio de la población.

4 Resultados

La finalidad de la Atención Especializada es:

- Dar los medios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a los usuarios, mediante recursos humanos y técnicos, que no pueden abordarse en la atención primaria.
- Hospitalización en caso necesario para el paciente.
- Hacerse cargo de las urgencias que no puedan ser atendidas en el nivel de Atención Primaria.
- Consultas externas que precisan atención especializada.
- Trabajar en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y en educación sanitaria.
- Participar en investigaciones relacionadas con la salud y formación en recursos humanos.

- Las áreas de salud están adscritas a un hospital de referencia.

Existen tres niveles en cuanto al tipo de hospital:

- Primer nivel o comarcal: comprende una población entre 100.000 y 250.000 habitantes; a una hora de la población más lejana, cubre el 80% de las necesidades; ratio de 2 camas por cada 1000 habitantes; tiene relación con los centros de salud; tiene servicios como mínimo de medicina interna, cirugía, traumatología, pediatría y teco-ginecología, y servicios generales de laboratorio, radiodiagnóstico, rehabilitación, anestesia y unidad de cuidados intensivos.
- Segundo nivel: comprende una población entre 250.000 y 650.000 habitantes; generalmente se encuentran en capitales de provincia; actúa como hospital básico para la zona geográfica; tiene especialidades para atender varios comarcales próximos de apoyo.
- Tercer nivel o regional: abarca una población de más de 1.000.000 habitantes; presta servicios de alta complejidad, como cirugía cardiovascular y trasplantes, cirugía pediátrica, cirugía maxilo-facial, neurología, radioterapia e isótopos.; requieren de aparatología especializada y tecnología avanzada.

Los hospitales se clasifican según su finalidad asistencial en:

- General
- Quirúrgico
- Maternal
- Infantil
- Materno-infantil
- Psiquiátrico
- Enfermedades del tórax
- Oncológico
- Oftálmico u ORL
- Traumatología y/o Rehabilitación
- Rehabilitación psicofísica
- Geriatria y/o Larga estancia
- Otros monográficos
- Leprológico o dermatológico
- Otra finalidad

5 Discusión-Conclusión

La distribución de hospitales en España es: 40.4% hospitales públicos, 41.6 % privados con ánimo de lucro, 15.3% privados sin ánimo de lucro, 0.2% hospitales de Defensa, 2.5% mutualidades.

La distribución en Castilla- La Mancha: el 67.9 % de los hospitales son públicos, el 28.6% son de carácter privado con ánimo de lucro y el 3.6% corresponden a mutuas.

El nivel de atención sanitaria que representa la Atención Especializada sirve para complementar al primer nivel, hacer lo que este no puede por razones de eficacia y eficiencia. Ambos deben formar un engranaje perfecto para hacer frente a las necesidades de la población, garantizando un acceso universal, con equidad, que reporte niveles de salud adecuados y funcionales.

6 Bibliografía

1. Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales.
2. Ley General de Sanidad 14/1986 del 15 de abril
3. Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Capítulo 375

EL PINCHE DE COCINA Y LAS INTOXICACIONES ALIMENTARIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

SAÚL JIMÉNEZ MUÑOZ

ENCARNA LOPEZ BLASCO

LILIANA RONDON MARIN

VIRGINIA TEJERA GIL

MARIA DEL PRADO PULIDO CID

1 Introducción

El riesgo de toxiinfecciones alimentarias (TA), depende tanto del tipo de alimento y sus hábitos de consumo como de su forma de producción. Los alimentos que podemos asociar preferentemente a las TA son las carnes crudas de vaca, cerdo y aves, así como huevos, leche y moluscos; también verduras y fruta. La industrialización en la producción de alimentos ha supuesto un cambio radical sobre la epidemiología. Así, nos encontramos con alimentos que, como una hamburguesa, puede tener carne procedente de distintas especies de animales, una tortilla puede contener huevo de muchas gallinas, una botella de leche provenir de cientos de vacas, un pollo para asar ha podido estar expuesto a los jugos de otros cientos de pollos cuando son pasados por el estanque de agua caliente después del sacrificio, aumentando de esta forma la posibilidad de contaminación.

La aplicación práctica del concepto de seguridad alimentaria está fuertemente arraigada en los servicios de cocina de cualquier establecimiento hospitalario. La búsqueda de alimentos y preparaciones inocuas es uno de los focos principales de atención del personal que trabaja en una cocina con el propósito de evitar cualquier enfermedad derivada de la manipulación y transformación de los alimentos que pueda afectar a los pacientes hospitalizados.

Desarrollar eficazmente pautas que garanticen, entre otros aspectos, la ausencia de enfermedades provocadas por la ingesta de alimentos y elaboraciones contaminadas ha llevado consigo la implantación obligatoria de sistemas de autocontrol alimentario como es el sistema A.P.P.C.C. (Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico). Con un carácter eminentemente preventivo este sistema tiene como finalidad evaluar todos los riesgos y peligros relacionados con los alimentos para su correcta gestión. El hecho de prestar tanta atención al control de los alimentos y sus respectivas elaboraciones en las cocinas hospitalarias resulta de la gravedad que puede provocar cualquier enfermedad relacionada con la ingesta de alimentos nocivos en las personas y sus respectivas consecuencias.

Gestionar correctamente el almacenaje de los alimentos, tener especial cuidado con las temperaturas críticas de cocinado y conservación y una formación de los profesionales que manipulan los alimentos son los pilares básicos de una buena cultura y práctica preventiva para evitar enfermedades alimentarias.

2 Objetivos

- Demostrar la importancia de la colaboración de los todos los trabajadores en la cocina hospitalaria, para proporcionar seguridad alimentaria a los pacientes.
- Dar a conocer las enfermedades prevalentes originadas por el consumo de alimentos contaminados.

3 Metodología

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

4 Resultados

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) nº 1169/2011 en relación a la información que se debe facilitar al consumidor sobre alergias e intolerancias alimentarias y, en su caso, con la norma UNE-EN ISO 22000:2018 sobre gestión de la inocuidad de los alimentos. De este modo, se puede evaluar en todo momento el riesgo del paciente.

Hasta hoy se han descrito más de 250 agentes diferentes de TA. La mayoría son infecciones producidas por bacterias, virus y parásitos de los alimentos, otras son envenenamientos producidos por toxinas o compuestos químicos. En la actualidad, los microorganismos más frecuentes productores de TA son, por orden de frecuencia, Norovirus, *Campylobacter*, *Salmonella* y *Escherichia coli* O157:H7, aunque esta clasificación esté en constante cambio con el impacto de nuevos agentes como *Cyclospora* (brotes asociados a frambuesas, desde 1996) o *Vibrio parahaemolyticus* (ostras, 1998) o con la mejora progresiva de los métodos analíticos de detección.

A continuaciones haremos la distinción entre los conceptos de alteración y contaminación de los alimentos, imprescindible a la hora de abarcar los tipos de enfermedades que se pueden desarrollar:

1. La alteración en los alimentos implica una serie cambios en sus características morfológicas, organolépticas o nutritivas, pudiendo dar lugar a sustancias perjudiciales que harán no apto un determinado alimento para el consumo humano. Este tipo de alteraciones pueden ser físicas (cambios en las estructuras de los alimentos por golpes, luz, humedad, temperatura, quemaduras por congelación, deshidratación, etc.), químicas (enranciamiento de las grasas por oxidación, gases en conservas, pardeamiento, oxidación de vinos, sustancias añadidas, etc.) y biológicas (gérmenes, parásitos, animales, insectos o el propio ser humano).
2. La contaminación de los alimentos resulta cuando estos entran en contacto con sustancias que los hacen peligrosos para el consumo humano a través de elementos físicos (aparición de objetos extraños como anillos, guantes, vidrio, etc.), químicos (productos de limpieza, fitosanitarios, etc.) y biológicos (virus, mohos, bacterias y parásitos). Es a través de la contaminación cuando surgen las enfermedades provocadas por los alimentos, dando lugar a:

- Infecciones alimentarias: las causan los microorganismos presentes en el alimento al reproducirse en el interior de nuestro organismo. Ingestión de alimentos contaminados.
- Intoxicaciones alimentarias: provocadas por la ingesta de toxinas o sustancias tóxicas presentes en el alimento. Consumo de alimentos que contienen sustancias tóxicas.
- Toxiinfecciones alimentarias: las originan la ingesta de alimentos contaminados por agentes biológicos o por sus toxinas.

A continuación se muestran las enfermedades más comunes provocadas por la ingesta de alimentos contaminados:

1. De origen vírico:

- Virus de Moralk (gastroentiritis vírica): se encuentra en moluscos crudos, hielo o huevo. Las causas principales de su aparición son la falta de higiene en la manipulación de los alimentos y en un mal cocinado de las preparaciones. Su sintomatología es: diarreas, vómito, fiebre, dolor abdominal.
- Hepatitis infecciosa, hepatitis A: la principal fuente de esta enfermedad es el ser humano e involucra a alimentos como el marisco, frutas o verduras. Sus causas pueden ser manipuladores infectados, malas cocciones o aguas contaminadas. Sus síntomas son: dolor abdominal, fiebre e incluso, anorexia.

2. De origen parasitario:

- Disentería: se encuentra en hortalizas y frutas crudas y es provocada por la falta de higiene o el consumo de alimentos en crudo. Sus síntomas son: estreñimiento, dolor intestinal, diarrea, etc.
- Triquinosis: es producida por consumo de carne de cerdo, jabalí o caballo. Teniendo como sintomatología prevalente la gastroenteritis, fiebre y dificultades respiratorias.
- Anisakis: tiene su origen en el consumo de pescado y cefalópodos (calamar, pulpo, sepia, etc.). Es esencial una correcta manipulación y cocinado de los alimentos para prevenir el consumo de este parásito. Para ello es necesario congelar el pescado a una temperatura de -20° durante, al menos, 24 horas o una cocción superior a los 60 grados.

3. De origen bacteriano:

- E-coli: es provocado por la ingesta de alimentos contaminados por colibacilos que viven en el intestino del hombre. La sintomatología más común son el dolor intestinal, diarrea, vómitos y náuseas. Suele aparecer a las 10-15 horas del consumo de alimentos como leche cruda, quesos frescos, productos, cárnicos, verduras y hortalizas.
- Listeria: es producida por el consumo de leche cruda y derivados, carne o queso

sin pasteurizar. Sus síntomas son: fiebre, dolor abdominal, meningitis, etc. Esta bacteria aguanta el calor, las bajas temperaturas y la acidez por lo que es muy importante cocinar los alimentos a más de 70 grados.

- Salmonelosis: es producida por el intestino del hombre o animales, roedores, cáscara de huevos, productos contaminados. Los alimentos de más riesgos son huevos y carnes procedentes de aves. Puede provocar dolor abdominal, escalofríos, diarreas, fiebres y vómitos y suele aparecer entre las 12 y 14 horas de su consumo. Para su eliminación es necesario cocinar los productos, al menos, a 65 grados durante 30 minutos.
- Gastroenteritis: tiene su origen, entre otros, en el *Bacillus cereus* y el *Clostridium perfringens*. Es provocado por una mala refrigeración de los alimentos, mal almacenamiento, consumo de alimentos crudos, mala higiene y limpieza.
- Botulismo: procede de alimentos que han estado en contacto con el suelo y carnes y pescados en conservas en mal estado. Sus síntomas más característicos son vértigos, fatiga, mala visión o dificultad respiratoria. Se puede destruir la bacteria cocinando a 120 grados durante 6 minutos o 65 grados durante 30 minutos.
- Brucelosis: es producida por tejidos y leche de animales infectados. Sus causas derivan del consumo de leche y derivados sin pasteurizar.
- *Bacillus cereus*; se encuentra en productos vegetales, cereales, fécula de patata, embutidos, leche, harinas, etc. Provoca náuseas, vómitos y diarreas apareciendo dichos síntomas entre las 8 y 16 horas posteriores al consumo de los productos contaminados.

5 Discusión-Conclusión

Como cualquier otro profesional que desarrolle su trabajo en el contexto de la cocina y la alimentación, el pinche hospitalario debe tener en cuenta en todo momento las medidas de seguridad alimentaria. En la cocina hospitalaria, este concepto es aún más importante que en otros ámbitos de la hostelería debido a las circunstancias de los usuarios. En las cocinas de los centros hospitalarios es imprescindible y de obligatorio cumplimiento que exista un plan de higiene alimentario que garantice el bienestar de los pacientes.

Las causas de la aparición de enfermedades originadas por alimentos contaminados pueden ser diversas: contaminación cruzada, mala praxis del manipulador, cocinado incorrecto en cuanto a tiempos o técnicas de cocción, almacenamiento o conservación poco adecuado de los alimentos. Todos estos factores, entre otros, ayudan a incrementar exponencialmente el riesgo de sufrir toxiinfecciones alimentarias.

A día de hoy, está claro que todavía quedan sin resolver numerosos problemas relacionados con las TA, y se necesitan más estudios epidemiológicos, sobre todo en las llamadas enfermedades emergentes, y son muchas las preguntas que permanecen sin respuesta, tanto en el ámbito de la producción segura de los alimentos como en su control sanitario.

6 Bibliografía

1. Reglamento (CE) nº 85 /2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios prevención, seguridad alimentaria.
2. 11. Norma UNE-EN ISO 22000:2018 sobre “Sistemas de Gestión de Inocuidad Alimentaria”. Disponible en: <https://www.aenor.com>.
3. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español.
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulocontaminacionesalimentarias>.
5. Plataforma Logoss.

Capítulo 376

EL COCINERO Y LA CLASIFICACIÓN DE LAS CARNES EN EL HOSPITAL

MARIA PATROCINIO VILLA ARAQUE

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

LLANOS GALLEGO LOPEZ

ENCARNACION CUENCA CALERO

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

1 Introducción

La carne es el alimento de origen proteico más consumido en el mundo, quizás a nivel cultural y de costumbres es un producto que es imprescindible para el ser humano y gracias a el la civilización moderna es tal cual la conocemos hoy en día.

Existen varios estudios que afirman que la ingesta de carne cruda y la utilización de piedras afiladas en forma de utensilios de cocina, han favorecido la modificación de las mandíbulas, haciendo que estas sean más pequeñas, al igual que los dientes y los intestinos, favoreciendo la capacidad de hablar, entre otras cosas.

Existen unos hechos y hallazgos que hacen que sepamos que e ser humano lleva comiendo carne más de 2,5 millones de años, esto se debería a que habría sido más fácil para el Homo Erectus consumir y masticar carne que consumir vegetales como zanahorias o remolachas, consideradas parte de la alimentación de estos homínidos.

En el ámbito de un centro hospitalario la carne y los productos de origen cárnico forman parte de dietas específicas que contribuyen a mejorar o mantener la salud de los pacientes ingresados en el hospital, dietas como pueden ser por ejemplo la Dieta hiperproteica blanda, que serviría para malnutrición proteínica energética, quemaduras, cáncer, politraumatismos, etc.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es describir las principales clasificaciones y presentación comercial de las carnes y el uso por el cocinero.

3 Metodología

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

4 Resultados

Destacamos en este estudio que la clasificación de las carnes pueden ser dependiendo de los siguientes parámetros:

- Según la especie animal (bóvidos, porcino, ávidos, etc.).
- Según la clase de canal (edad, sexo, tamaño, etc.).
- Según la categoría (parte de la región anatómica).
- Según su forma de conservación (fresca, congeladas, refrigeradas).

En este caso haremos referencia a la clasificación de las carnes según su especie animal y su presentación comercial destacamos, entre las que destacamos a las siguientes:

1. Vacuno mayor o menor, que se puede presentar en canal medio canal, cuartos traseros y delanteros, lomo alto y bajo, chuleteros, con o sin solomillo, piernas, etc.
- El vacuno mayor hace referencia al toro, buey o vaca.
- El vacuno menor, ternera, añojo, lechal, eral, cebón.

Como categoría especial tendremos el solomillo, de primera A el lomo, redondo, cadera, babilla, tapa, contra y tapilla.

2. Porcino, se presenta en canal o medias canales, también despiezados y también se comercializa el cochinillo o lechón, que es la cría porcina alimentada solo con leche durante 5 o 6 semanas. Destacar que el solomillo y la cinta de lomo es de categoría extra, en categoría de primera tendremos las chuletas de riñonada, chuletas de lomo, jamón y la maza trasera.

3. Ovino y caprino, también al igual que los anteriores se comercializa en canal, despiezado en piernas, paletillas, chuleteros, costillar, falda y pescuezo. Serían de categoría de primera las piernas y los chuleteros, de segunda categoría tendríamos a la paletilla y de tercera categoría tendríamos a las costillas, pecho y pescuezo.

4. Aves. Se presentan en canal, troceadas en cuartos, pechugas, muslos, jamoncitos, etc.

En categoría A tenemos los canales sin deformaciones, golpes, ni roturas, con la grasa bien distribuida. En categoría B pueden presentar algunos golpes o roturas en la piel y en categoría C aves dedicadas a la industria.

5 Discusión-Conclusión

Una de las cosas más importantes a la hora de servir una dieta que contenga carnes de origen animal es la temperatura de servicio, esto favorecerá la percepción de calidad y sabor por parte del paciente. Sería recomendable que el personal de cocina hospitalaria tenga en cuenta esto y procure realizar el protocolo fijado en el emplatado de las carnes.

Por otra parte sería recomendable que desde el departamento de compras se tengan en cuenta factores como los de proximidad, con la compra de proveedores locales se puede bajar la huella de carbono y hacer más sostenibles los métodos de producción.

6 Bibliografía

1. <https://www.bbc.com/mundo/>

Capítulo 377

ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO

PATRICIA RUBIO SÁNCHEZ

INMACULADA NUÑEZ ALMENA

GEMMA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

NATALIA PERONA VALENTÍN

1 Introducción

Debido a las condiciones en las que trabaja el auxiliar administrativo, estas son muy propicias para el desarrollo de enfermedades por el hecho de pasar tantas horas sentado, a no comer bien, a no hacer descansos cada cierto tiempo para despejarse a la gran casnytida de tareas a realizar ..

Un estilo de vida saludable en l trabajo del auxiliar administrativo, como podría ser el movimiento físico, pausas de descanso así como una alimentación adecuada y saludable contribuirían a reducir el riesgo de padecer ciertas enfermedades físicas y mentales, así como el rendimiento laboral se vería mejorado y aumentado .

En el puesto del auxiliar administrativo, se llevan a cabo tareas que requieren sentarse delante de una pantalla durante muchas horas seguidas. Este sedentarismo

por parte de este personal suele afectar negativamente en la salud tanto física como mental del trabajador .

Por ello es muy importante la implantación de un estilo de vida saludable en el ámbito del auxiliar administrativo, para intentar de prevenir efectos negativos en su salud, que también afectaran al centro hospitalario , por ejemplo debido a las bajas laborales que puedan necesitar los trabajadores debido a las repercusiones negativas derivadas de unas condiciones de trabajo poco saludables.

Por todo ello en nuestro trabajo daremos algunas recomendaciones para que este personal pueda intentar o mejorar su estilo de vida a nivel personal y profesional.

2 Objetivos

El objetivo principal será :

Motivar y concienciar al auxiliar administrativo a acostumbrarse a llevar un estilo de vida saludable , lo que mejorara tanto su rendimiento como su salud.

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo de investigación hemos andado buscando información en diferentes artículos relacionados con el estilo de vida saludable , así como de artículos sanitarios .

También hemos utilizado nuestro manual básico del auxiliar administrativo y el buscador Google académico.

4 Resultados

El trabajo del auxiliar administrativo en un centro hospitalario inevitablemente será bastante pegado a una silla y aun ordenador por eso vamos a ver algunas recomendaciones que podrían ayudar a este personal a poder llevar un estilo de vida saludable a pesar de su desarrollo del trabajo diario :

- Alimentarse bien: intentar consumir todos los grupos de alimentos, en su justa medida y de buena calidad a ser posible para poder cubrir todas las necesidades de nuestro cuerpo y que este pueda funcionar correctamente. Así como intentar beber diariamente sobre 2l de agua, para una buena hidratación .
- Practicar ejercicio físico a diario: da igual el ejercicio que sea, pero llevarlo a cabo de manera regular, los beneficios de moverse son innumerables , previniendo también de múltiples enfermedades como la obesidad, hipertensión

etc. El ejercicio físico es la manera mas barata y mas eficaz que mejores beneficios tiene para la salud mental y emocional de las personas .

- Evitar sustancias tóxicas, como el tabaco y el alcohol: esta demostrado que el consumo de estas sustancias a parte de ser un factor de riesgo muy grande para poder desarrollar diversas enfermedades , aparte no reporta ningún beneficio ademas de que te lleva a una calidad de vida pobre
- Mantener un equilibrio mental: El ritmo de vida actual que hace que signos como el estrés, el cansancio, la ansiedad acaben por deteriorar el estado mental, que se vuelve poco saludable.

Es necesario parar y analizar las situaciones en muchas ocasiones, y organizarse para poder sacar más tiempo para compartir con la familia, para relacionarse con amigos y para descansar, es decir saber des conectar del trabajo y de los problemas que este conlleva, nunca llevarse las tareas del trabajo a casa.

- Dormir y descansar lo suficiente; el ejercicio físico siempre ayudara a dormir mejor por la noche, intentar dormir por la noche alrededor de unas 8 horas e intentar que la tanto la calidad del sueño y del descanso sea buena.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que lleva a cabo el auxiliar administrativo en la sanidad, se desarrolla en unas condiciones que favorecen el sedentarismo debido al tipo de trabajo que y a la forma en la que se desarrolla.

En este trabajo el auxiliar administrativo también es propenso a sufrir estrés laboral , debido a la multitud de tareas que realizan, a la par que en muchos casos tienen que estar de cara al publico y agilizando el trabajo tratando de no generar colas y esperas.

Debido al poco tiempo de descanso que tienen en la jornada laboral , el auxiliar también toma un tentempié de corre prisas para volver a su puesto de trabajo , a veces será comida rápida, lo que tampoco es muy beneficiosa.

Todas estas circunstancias conducen al auxiliar administrativo a llevar un estilo de vida poco saludable, por lo que tendrán que concienciarse y empezar a adquirir hábitos para intentar cuidar su salud tanto fisica cómo mentalmente

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.sciencedirect.com

- <https://estilosdevidasaludable.gob.es>
- www.sanitas.es

Capítulo 378

EL EQUIPO EN LAS COCINAS SANITARIAS COMO METODO DE TRABAJO DE COCINEROS

MARIA PATROCINIO VILLA ARAQUE

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

LLANOS GALLEGO LOPEZ

ENCARNACION CUENCA CALERO

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

1 Introducción

El trabajo en equipo conlleva que un grupo de personas con distintas habilidades, trabajen para conseguir un objetivo común. Existen cinco elementos que deben darse para que el trabajo en equipo tenga un alto rendimiento:

- Coordinación: el jefe debe conocer las cualidades de cada empleado para destinarlos al servicio que vea más adecuado para cada uno.
- Complementariedad: cada trabajador con sus habilidades propias, aporta al equipo distintos conocimientos.
- Comunicación: debe existir una comunicación clara para que cada miembro conozca sus funciones a realizar.
- Confianza: los integrantes del equipo deben confiar en sí mismos y en el resto del grupo, para llegar a conseguir el objetivo usual.

- Compromiso: todos deben comprometerse a satisfacer el interés general del grupo.

Trabajando en equipo se consiguen grandes logros disminuyendo el tiempo de realización, ya que cada empleado aporta su conocimiento ofreciendo varias soluciones a los problemas que puedan surgir. En esta forma de trabajo, se necesita de los demás para llegar al objetivo común, favoreciendo las buenas relaciones, ya que cada uno de sus miembros es importante. Es necesario que exista una buena comunicación entre los miembros del equipo, para favorecer la creatividad y lograr que todos aprendan de los demás. Un ambiente relajado sin estrés mejora la eficacia y el buen hacer de las tareas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el trabajo en equipo en los cocineros.

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, Scielo y el principal buscador google.

4 Resultados

Como ventajas podemos ver:

- Los trabajadores realizan la labor con menos tensión, al compartir responsabilidades.
- Se disminuye el tiempo de realización del trabajo y se crea un sentimiento de pertenencia a la empresa que favorece en todos los sentidos en la productividad y buen hacer. Existen algunos inconvenientes que debemos erradicar en la medida de lo posible, ya que los beneficios del trabajo en equipo superan con creces a estos:
- Toma de decisiones precipitadas: cuando se acepta la primera opinión sin consultar otras posibilidades.

- Presiones: pueden existir presiones por el deseo de simpatizar a los compañeros.

Características del trabajo en equipo:

- El resultado es mejor cuando la solución exige gran variedad de aptitudes.

- Favorece la solución de problemas, al existir varios puntos de vista y experiencias.

- El personal se siente más implicado con los objetivos. Existen distintos tipos de roles que interpreta cada miembro del equipo: A. Roles positivos:

- Coordinador: facilita las relaciones entre compañeros. Orienta para seguir las normas y conseguir los objetivos.

- Investigador: se informa sobre el trabajo a realizar.

- Experto: tiene amplios conocimientos sobre la materia a tratar.

- Gracioso: capaz de relajar el ambiente, aliviar momentos tensos, aunque en exceso puede resultar incómodo. B. Roles negativos que debemos evitar:

- Dominador: manipula, chantajea.

- Manipulador: hace que el equipo siga sus normas para satisfacer su interés personal.

- Sumiso: es atacado por el grupo y siente miedo y vergüenza.

- Pícaro: se beneficia del trabajo de los demás sin que estos se percaten.

- Pesimista: se muestra negativo ante ideas.

Para ello se deben seguir unas recomendaciones:

- No debe haber tensiones ni aburrimiento.

- Se debe escuchar a los demás sin juzgar.

- Los trabajadores participan con libertad.

- Se deben estudiar las causas por las que se producen los conflictos y buscar soluciones.

- El equipo debe realizar autoevaluaciones para averiguar si están funcionando bien.

5 Discusión-Conclusión

La cocina suele ser un espacio muy reducido en el que trabajan juntas varias personas que deben ser coordinadas para que el trabajo no se ralentice y cada profesional pueda desenvolver su labor con eficacia. Un equipo de trabajo muestra su eficacia cuando sus miembros consiguen llegar al objetivo que se habían marcado.

El trabajo en cocina, al ser un espacio normalmente reducido, necesita de un buen equipo de trabajo para que todo salga de manera fluida y bien. En los equipos de

trabajo, cada uno de los integrantes que lo forman, está especializados en un área concreta de la tarea.

6 Bibliografía

www.google.com

Capítulo 379

EL COCINERO/A , COCINANDO PARA DIABÉTICOS

MARIA PATROCINIO VILLA ARAQUE

MARIA PAZ VILLA ARAQUE

LLANOS GALLEGO LOPEZ

ENCARNACION CUENCA CALERO

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

1 Introducción

La glucosa es el azúcar que esta presente en la sangre, y se sintetiza en el páncreas, si este azúcar se vierte en demasiadas cantidades puede producir una hiperglucemia, la encargada de regular esta cantidad excesiva en sangre es la una enzima que llamamos insulina.

En un hospital, podemos encontrar muchos casos de pacientes diabeticos.

Se define la diabetes como "un proceso crónico y progresivo caracterizado por una tasa excesiva de glucosa en sangre". Esta enfermedad es tan frecuente que afecta entre el 5 y el 10% de la población española.

Existen varios alimentos que pueden elevar este índice glucémico como las frutas o la bollería.

Cuando el azúcar en sangre aparece de una manera más lenta de lo normal puede derivar en una hipoglucemia y la hormona que esta a cargo de este proceso es el glucagón.

Las personas con diabetes pierden la capacidad de transporte normal de glucosa y los niveles en sangre se ven alterados. La cifra de glucosa en sangre se considera normal cuando es menor de 110 mg/dl.

El Cocinero/a debe conocer qué tipos de alimentos deben ser excluidos de las dietas para estos pacientes, cuales deben consumirse 1 vez a la semana y cuales no deben faltar en una dieta equilibrada semanal de un paciente diabético.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer los diferentes tipos de alimentos que siempre, a veces o nunca deben prepararse para un paciente diabético.

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".

4 Resultados

Dentro de los tipos de diabetes, podemos distinguir:

- Diabetes Tipo 1: Es la diabetes juvenil. Se da en pacientes menores de 40 años. Requieren de insulina exógena.

- Diabetes Tipo 2: Es la diabetes más común. Se da en personas mayores de 40.

- Diabetes Gestacional: diabetes cuyo inicio se reconoce durante el embarazo.

El Cocinero debe velar por la aplicación de alimentos no permitidos a personas con diabetes, ya que su consumo pueden causar daños graves.

Los tres grupos de alimentos que debe conocer un cocinero y que deben o no encontrarse en su dieta son:

1-Alimentos prohibidos o muy restringidos:

- Alimentos que contienen azúcares de rápida absorción: pastelería, bollería, golosinas, leche condensada, frutas en conserva, bebidas refrescantes azucaradas, frutos secos, etc.

- Alimentos ricos en grasa vegetales animales o vegetales saturadas, estos alimentos elevan el colesterol en sangre y contribuyen a la obesidad. Grasas, embutidos,

quesos, mantequillas, etc.

- Alimentos ricos en sal: los diabéticos tienen una mayor predisposición a la hipertensión. La ingesta de alimentos con sal puede elevar la presión arterial.

2-Alimentos limitados:

- Hidratos de carbono: Como la pasta, el pan, el arroz, patatas, etc. No deben superar las 4 raciones diarias.

- Lácteos: Limitar su consumo de 3/4 raciones al día. Es más aconsejable, que estos lácteos sean desnatados.

- Frutas: Consumir 3/4 piezas al día, ya que contienen el azúcar de la fruta, fructosa. Y es importante no añadir a la dieta higos y dátiles pues tienen mucha azúcar.

3-Alimentos permitidos:

- Legumbres.

- Cereales, mejor integrales, es muy buena opción la avena.

- Frutas ricas en fibra soluble, esto ayuda a liberar el azúcar poco a poco como manzanas o peras.

- Alimentos ricos en zinc como el apio, espárragos y ricos en magnesio como las judías y espinacas.

- Alimentos proteicos bajos en grasas saturadas y ricos en grasas insaturadas como por ejemplo el pescado.

- Alimentos ricos en omega 3 como la sardina o el atún.

5 Discusión-Conclusión

El cocinero debe conocer todos los alimentos prohibidos, esporádicos y permitidos que deben estar en una dieta para diabéticos.

Ya que, tras una confusión podría comprometer la salud del paciente, pudiendo llevarle a la hiperglucemia.

Es cocinero no es quien elige las dietas, pero debe conocer el gran abanico de posibilidades que la dietética abarca, así como, controlar los alimentos en cada patología como es la diabetes, tensión, etc

Las funciones del cocinero, contribuyen directamente en el paciente, y así como, en su estado de salud.

Las personas con diabetes pierden la capacidad de transporte normal de glucosa y los niveles en sangre se ven alterados.

6 Bibliografía

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/>
www.google.es

Capítulo 380

EL PINCHE DE COCINA, NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

ENCARNA LOPEZ BLASCO

LILIANA RONDON MARIN

SAÚL JIMÉNEZ MUÑOZ

VIRGINIA TEJERA GIL

MARIA DEL PRADO PULIDO CID

1 Introducción

La nutrición es la relación entre lo que se consume y lo que el cuerpo humano necesita. Así, cuando lo que comemos no contiene suficientes ingredientes para optimizar las necesidades del cuerpo, y cuando lo que comemos excede nuestras necesidades, se produce un desequilibrio nutricional. Si estas condiciones persisten durante un largo período de tiempo, un niño puede llegar a desnutrirse.

En cambio, cuando se trata de alimentación, no se tienen en cuenta las necesidades de nuestro organismo. La alimentación se define como el proceso mediante el cual obtenemos los nutrientes. Este proceso se extiende al hambre, el comer y la digestión y absorción de los alimentos. Si puede satisfacer todas sus necesidades nutricionales, será alimentado.

A veces no es fácil saber si hemos crecido en un estado saludable que proporcione todo lo que nuestro cuerpo necesita para crecer correctamente.

De manera óptima, se requiere un especialista para evaluar al paciente. Después de trabajar con un nutricionista, pasa a la cocina, chef y ayudante.

Una vez en la cocina, necesita conocer las necesidades nutricionales básicas del cuerpo en las diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad y cómo alimentarlas de manera óptima. Entendemos cómo satisfacer sus necesidades. Un dietista clínico maneja menús para prevenir la desnutrición y diversas formas de desnutrición en pacientes, prepara alimentos a través de cocineros y ayudantes de cocina, y sigue las instrucciones del paciente para brindar la mejor manera posible de restaurar la salud. Déjame hacer dieta y comer perfectamente.

2 Objetivos

Describir algunos conceptos importantes para el pinche de cocina tales como nutrición o alimentación, resaltando la importancia de seguir una alimentación saludable.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se realizó una encuesta que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros, referenciando artículos en las principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo, para seleccionar artículos científicos con contenido relevante para el tema de investigación.

4 Resultados

Una pirámide alimentaria se utiliza para representar gráficamente la base dietética de una población en particular. Las figuras que satisfacen necesidades nutricionales específicas están representadas por alimentos que se proporcionan diariamente, semanalmente o de manera irregular. La alimentación es un acto voluntario aplicado al consumo de alimentos, mientras que la nutrición es un acto voluntario o involuntario según el nivel de información disponible e involucra varios procesos.

Proporciona la energía necesaria para las funciones físicas y psicológicas vitales. Aporta los nutrientes necesarios para la formación, mantenimiento y reparación de las estructuras que componen nuestro organismo.

- Regular el metabolismo y desarrollarse correctamente.

- Contribuye como factor protector frente a diversas condiciones médicas. El objetivo principal de la nutrición es lograr la mejor calidad de vida posible a través de una dieta saludable. En cuanto a los beneficios de una correcta alimentación, destaca:
- Evitar la desnutrición y sus consecuencias. Desnutrición proteico-calórica por falta de energía y proteínas, anemia ferropénica.
- Evitar la ingesta excesiva de nutrientes: sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas concomitantes. - Mantener un peso y una composición corporal saludables.
- Previene la aparición de enfermedades asociadas a la desnutrición. La Junta de Alimentos y Nutrición de la Asociación Médica Estadounidense define la nutrición como:
 "La ciencia de los alimentos, los nutrientes y las sustancias que contienen, y sus actividades, interacciones y equilibrios en relación con la salud y la enfermedad. Además, el proceso por el cual el cuerpo ingiere, digiere, absorbe, transporta, usa y excreta sustancias de los alimentos. Aunque los expertos a veces usan estos dos conceptos indistintamente, es importante saber la diferencia entre dieta y nutrición. Sin embargo, el comportamiento alimentario y los procesos vegetativos están estrechamente relacionados. Cualquier alimento que comemos activa el proceso nutricional. Y una buena nutrición depende de la elección adecuada de alimentos."

5 Discusión-Conclusión

El Pinche de Cocina debe saber que la meta del nutrirse es asegurar que nuestro cuerpo tenga todos los componentes, los cuales provienen principalmente de los alimentos, necesarios para mantener su cuerpo en un estado de salud óptimo. Algunos hábitos alimentarios y pautas de vida pueden facilitar o poner trabas a todos estos procesos. No es lo mismo comer rápido que despacio, tomar alimentos que protejan la flora intestinal o tener hábitos poco saludables como fumar o ser sedentarios.

Es positivo realizar cambios, no es tarde para implementar modificaciones. Sobre todo si es para adoptar patrones de alimentación más saludables.

6 Bibliografía

1. <https://www.ocu.org/alimentacion/comer-bien/noticias/menus-hospitales>.

2. <https://nutricion.ufm.edu/articulos/que-es-la-nutricion-y-alimentacionhumana/>

Capítulo 381

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS ALIMENTOS DE QUINTA GAMA DE UNA COCINA INTRAHOSPITALARIA

LILIANA RONDON MARIN

SAÚL JIMÉNEZ MUÑOZ

ENCARNA LOPEZ BLASCO

VIRGINIA TEJERA GIL

MARIA DEL PRADO PULIDO CID

1 Introducción

Vamos a empezar explicando a que nos referimos cuando empleamos la palabra “Gamas de alimentos”, ya que existen otras gamas previas. Usamos la palabra Gama para clasificar los alimentos en función de sus propiedades, origen y procesos a los cuales están sometidos.

Tipos de Gamas de alimentos:

-Primera Gama:

Aquí podemos encontrar los alimentos que se consideran frescos y que no han sido sometidos a tratamientos previos. Estos alimentos conservan todos sus nutrientes y características originales. Su vida útil es muy limitada. Serian alimentos como las carnes y pescados sin procesar, frutas y verduras.

-Segunda Gama:

Aquí incluimos las conservas y semiconservas. Han sido sometidos a procesos para poder mantenerlos en buen estado durante varios meses. Nos podemos encontrar latas de conserva que tienen una fecha de caducidad de varios años. Los procesos suelen ser de tipo térmico y también de envasado al vacío. Podemos encontrar alimentos como frutas, verduras, pescados, legumbres.

- Tercera Generación:

Son los alimentos congelados. Es una forma de mantener los alimentos conservados y listos para consumir mediante un breve proceso de cocinado. No todos los alimentos pueden mantenerse en este estado. Es importante saber que no se puede romper la cadena del frío.

Según el tipo de alimento, tendrán una caducidad distinta. Por ejemplo las verduras suelen conservarse unos 6/12 meses y las carnes o pescados unos 6 meses.

- Cuarta Gama:

Son los alimentos envasados al vacío y que no han sido sometidos a procesos de cocinado. Suelen ser frutas y verduras.

- Alimentos de 5ª Gama:

Son los alimentos que han tenido un tratamiento específico que suele ser el cocinado y el envasado y vienen acompañados de un tratamiento de frío para que se conserven correctamente hasta el final del tratamiento.

Las características de esta gama de alimentos son las siguientes:

-Alta calidad: uso de materias primas sin conservantes ni aditivos y se someten a un tratamiento térmico para eliminar los microorganismos que pueda haber y todo ello manteniendo las propiedades nutricionales.

- Gestión de caducidades: estos alimentos se etiquetan cuando son procesados para ver cuando caducan.

- Rapidez: estos alimentos se pueden preparar en un tiempo de 20 minutos aproximadamente.

- Variedad: puede ser tan amplia como se quiera

2 Objetivos

Describir y explicar qué son los alimentos de quinta gama de una cocina intrahospitalaria, indicando sus beneficios e inconvenientes por el pinche de cocina

3 Metodología

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

4 Resultados

Los factores beneficiosos sobre los alimentos de V gama son muchos, pero revisando varios artículos, también se han detectado una serie de inconvenientes entre los que podemos ver los siguientes:

- El volumen de los envases desechables aumentan en gran cantidad. Los alimentos llegan en unos envases que se utilizan solo para su transporte y conservación y que no se presentan cuando se sirven los alimentos a los consumidores.
- Estandarización de los alimentos: pérdida del toque especial en el proceso de cocinado.
- Se pierde el frescor inicial: los alimentos, al ser cocinados, conservados y almacenados, pierden el frescor de alimento de primera gama.
- Pérdida de productos debido a la fecha de caducidad: es importante una buena gestión de los alimentos almacenados para evitar que alcancen la fecha de caducidad y tener que desecharlos.

También es mencionable el factor ambiental del aumento de residuos de dióxido de carbono producidos durante el transporte de los alimentos desde el lugar donde se preparan hasta el lugar de consumo.

Otro inconveniente es el factor humano. En centros como pueden ser las cocinas de los hospitales, al usar alimentos de V gama se eliminarán tareas de la cocina dando lugar a una reestructuración del personal que se necesitaría para las labores de cocina, por lo que se reduciría la plantilla de trabajadores.

Como hemos visto y mencionado, hay factores a favor y otros en contra sobre la utilización de alimentos de V Gama. A pesar de esto, la mayoría de los centros optan por el sistema tradicional de elaboración consiguiendo crear empleo público y proporcionar un servicio de calidad a los pacientes.

Por otra parte, en los hospitales por ejemplo hay diferentes tipos de pacientes que cada uno puede necesitar una dieta específica según las patologías que tenga y los alimentos de V Gama están bastante estandarizados, por lo que en muchas ocasiones no cumplen con las exigencias de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, la ciencia y la innovación están en constante evolución. En este capítulo nos hemos centrado en los alimentos de V Gama, pero ya se están empezando a introducir los alimentos de VI Gama en el mundo alimenticio. El procedimiento diferenciador es la liofilización, que es un método para la conservación de alimentos en la que confluyen varios procesos como es la congelación, el vacío y la deshidratación. El resultado obtenido es un alimento seco que mantiene una gran parte de las características organolépticas de su estado original como es el aroma, el gusto o el sabor.

Este proceso de conservación de alimentos presenta muchas ventajas, pero también hay que destacar que es un proceso mucho más caro que otros y que precisa de un alto grado de manipulación.

Este tratamiento se suele emplear para frutas, verduras, carnes y productos del mar entre otros.

Por todo ello, es importante estar atento a todas las novedades que van surgiendo y analizar y evaluar la mejor manera de poder ir utilizando estos avances en nuestro día a día.

Esto en los centros como pueden ser los hospitales sería una tarea de los gerentes, pero sería responsabilidad de los trabajadores estar formados y tener conocimientos sobre los nuevos avances y tecnologías para tener actualizados sus conocimientos.

6 Bibliografía

1. Artículo Saia 04/03/2020. <https://saia.es/alimentos-quinta-gama-restaurantes/>
2. Página web empresa Eudec Food. <https://www.eudecfood.com/es/restauracion-hospitalaria>.
3. Carmen Taía Aguilar. <https://www.directoalpaladar.com/otros/lasgamasalimentarias>.

Capítulo 382

SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS. FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN Y EN LOS BOXES.

MARIA DE LOS ANGELES GALAN LOPEZ

JUAN CARLOS SORIA VELAZQUEZ

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias de los centros hospitalarios reúne un gran equipo multidisciplinar de profesionales al igual que a un gran número de categorías profesionales.

El servicio de urgencias cuenta por un lado con un equipo médico generalista, encargados de atender a todos los pacientes que acuden a urgencias, independientemente de las patologías que presenten los enfermos, y por otro lado con médicos especialistas encargados de atender a pacientes con patologías de su especialidad.

Los médicos especialistas que se encuentran en el servicio de urgencias son: traumatólogos, pediatras, cardiólogos, cirujanos, ginecólogos... los médicos del resto de especialidades tendrán guardias localizadas o se encontrarán en sus consultas,

plantas hospitalarias, trasladando a los pacientes a dichas áreas para ser atendidos por los médicos especialistas.

En la unidad también desarrollan sus funciones laborales: equipo de enfermería, técnicos superiores en radiodiagnóstico por imagen, técnicos superiores de laboratorio, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, informadores, auxiliares administrativos, administrativos, celadores y servicio de limpieza.

Los celadores adscritos al servicio de urgencias podrán desarrollar sus funciones en las distintas áreas de la unidad, entre ellas encontramos:

- Puerta de urgencias.
- Triage.
- Sala de transferencias.
- Boxes.
- Salas de observación.
- Salas de curas y cirugía.
- Sala de traumatología.
- Radiología.

2 Objetivos

- Enumerar a las categorías profesionales que desarrollan su actividad laboral en el servicio de urgencias de los centros hospitalarios.
- Conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores en las áreas de boxes y salas de observación.

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

FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS ÁREAS DE BOXES Y SALAS DE OBSERVACIÓN

Los celadores adscritos al servicio de urgencias deberán llevar a cabo una serie de funciones generales a todo el servicio, y otras funciones específicas al área en la cual se encuentre, ya que no desarrollarán las mismas funciones los celadores de radiología de urgencias y los celadores de transferencias.

FUNCIONES GENERALES AL SERVICIO DE URGENCIAS

- Mantener el orden de todo el servicio de urgencias, pidiendo silencio a pacientes, acompañantes, familiares y personal.
- Instruir a pacientes sobre el funcionamiento de las sillas de ruedas o de las camillas.
- Recoger medicación de la unidad de farmacia del centro hospitalario.
- Recoger material sanitario urgente del almacén general del centro hospitalario.
- Trasladar a los pacientes del área dónde se encuentre el paciente hacia el resto de unidades del servicio de urgencias o hacia las consultas de las diferentes especialidades médicas.
- No hacer comentario alguno sobre el diagnóstico, tratamiento o estado del paciente, con familiares y con los propios pacientes. Esta información deberá ser derivada al médico responsable de su asistencia médica.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- Traslado de muestras biológicas, analíticas, PCR, a los diferentes laboratorios del centro hospitalario.
- Recibir a los pacientes que vienen en Soportes vital básico o en los soportes de uvi móvil.
- Auxiliar al TCAE para retirar la ropa del paciente y colocar un camisón o pijama de la institución.
- Ingresar a los pacientes de boxes o salas de observación, a las plantas de hospitalización indicada o a la unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Movilizar a los pacientes que no pueden hacerlo por ellos mismos para cambiarles de ropa, cambiarles el pañal... dicha movilización será auxiliada por el equipo de enfermería o por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Movilizar a los pacientes para la colocación y retira de cuñas. Estas movilizaciones serán llevadas a cabo por el celador cuando el paciente no pueda realizarlo por el mismo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Servicio de urgencias de los centros hospitalarios. Funciones del celador en las salas de observación y en los boxes” nos demuestra el equipo multidisciplinar que

desarrolla su actividad laboral en el servicio de urgencias de los centros hospitalarios. Hay que destacar, la importancia de tener una buena organización en el servicio de urgencias, en el cual cada profesional sepa cuáles son sus funciones a realizar, ya que en la mayoría de las ocasiones acuden al servicio pacientes muy graves con diagnósticos clínicos muy delicados y que necesitan una actuación rápida y coordinada por parte de todos los profesionales.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- www-rae.es

Capítulo 383

CONDICIONES AMBIENTALES Y ERGONOMÍA EN EL TRABAJO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO. UN ENFOQUE HOLÍSTICO.

BEATRIZ PELÁEZ HERRERO

MARÍA TERESA MURGA RODRIGUEZ

JOSE MANUEL FERNANDEZ MUÑIZ

ANA INMACULADA JIMÉNEZ SANCHEZ

MARÍA JOSÉ GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Todo está conectado: Los trabajadores, y su entorno. El trabajo. Su propia salud. Desde lo que respiran hasta cómo respiran. Hasta, por último, la relación entre los factores físicos y ambientales del medio y el confort en el trabajo. Sin olvidar del bienestar de las otras personas, y en un entorno hospitalario, usuarios y enfermos.

Organizaciones, organismos, nacionales e internacionales, estudios científicos, doctrina, jurisprudencia, legislación, entre otros, se han preocupado en definir

qué es la ergonomía en el trabajo, y el porqué hay investigar y legislar sobre ello.

Asimismo, se buscan respuestas a preguntas como: ¿Por qué hay que definir y establecer unos parámetros físicos y ambientales? ¿Cuáles son los valores idóneos que se han de dar en cada entorno laboral? ¿Cuáles son los límites que no se deben sobrepasar si se quiere preservar la salud en el trabajo y minimizar riesgos laborales? ¿Cómo se implementan en cada área laboral?

Estos estudios se relacionan también, con otros que prueban que hay un nexo de unión entre la salud de los trabajadores, física y mental, y la productividad, la eficacia y la eficiencia en el desarrollo de su trabajo.

En el trabajo de auxiliar administrativo de ámbito sanitario, al realizarse el trabajo en un entorno hospitalario con enfermos, y en edificios cerrados, existen parámetros ambientales específicos para este medio laboral, de riguroso cumplimiento.

2 Objetivos

Los objetivos serán investigar los parámetros de condiciones ambientales en el trabajo, establecidos por los expertos y plasmados legislativamente, bien como una recomendación o como obligación a seguir, para que el trabajo se desarrolle en las mejores condiciones posibles y no perjudique al trabajador.

Se valorarán los efectos producidos en el cuerpo humano cuando se ve sometido a condiciones de estrés térmico, o a la exposición de determinados contaminantes en el aire que se pudieran dar en un ambiente hospitalario. Se buscarán los medios para el registro de las incidencias, como accidentes, enfermedades y agentes estresantes para mejorar los indicadores de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática bibliográfica y publicaciones referidas a las condiciones de trabajo y la ergonomía, y en especial las condiciones físico ambientales del lugar donde se desarrolla el trabajo. Información obtenida en la red, utilizando los buscadores Google, Google Académico, Duckduckgo, revistas científicas, páginas en internet: la OMS, Asociación Internacional de la Ergonomía (IEA), INSHT, BOE...

4 Resultados

Hay que partir de la definición de la ergonomía, y para qué sirve. Ergonomía es el estudio del trabajo en relación con el entorno donde se realiza el mismo, es decir, el lugar de trabajo y los trabajadores. Se utiliza para determinar cómo diseñar o adaptar el lugar del trabajo al trabajador a fin de evitar distintos problemas de salud y aumentar la eficiencia en el trabajo.

También, se han de dar una serie de condiciones térmicas. Estas tratan de la situación ambiental capaz de transmitir calor hacia el cuerpo humano o restringir dicho calor hacia el medio en tal cantidad que pueda romper el equilibrio térmico del trabajador, tendiendo a incrementar su temperatura corporal, con las consiguientes efectos en la salud de los trabajadores por estrés térmico.

EL Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios (RITE), es el que establece las exigencias de eficiencia energética y seguridad que deben cumplir las instalaciones térmicas en los edificios, en los que se incluyen los sistemas de calefacción, refrigeración y ventilación.

En las condiciones interiores de diseño de un edificio se busca que la temperatura operativa en verano sea entre 23 y 25 grados centígrados y de humedad en tanto por ciento entre el 45 y el 60. En invierno, entre 21 y 23 grados centígrados y entre un 40 y 50 por ciento de humedad. Por otra parte, para el dimensionado de los sistemas de calefacción se empleará una temperatura de cálculo de interiores de 21 grados centígrados. Para los sistemas de refrigeración la temperatura de cálculo será de 25 grados centígrados.

Son también variados los factores que intervienen en la calidad del aire interior en un edificio y que pueden influir en la salud de los trabajadores, por lo que además de las condiciones de humedad y temperatura, no hay que olvidar la presencia de contaminación en el aire. Existen medidas eficaces para mejorar la calidad del aire interior de los edificios. Además de beneficiar la salud, existen investigaciones que relacionan la calidad del aire interior con los beneficios de la productividad.

Para el cálculo de la temperatura operativa y la humedad relativa se sigue el procedimiento indicado en la norma UNE-EN ISO 7730: 2006, sobre ergonomía del ambiente térmico. La determinación analítica e interpretación del bienestar térmico se hace mediante el cálculo de los índices PMV y PPD y los criterios de bienestar térmico local (ISO 7730:2005).

En los edificios para hospitales clínicos son válidos los valores de la norma UNE 100713:2005 sobre instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales. En relación con los hospitales la temperatura ambiente variará según la unidad hospitalaria de referencia, así en los pasillos estará entre 20 y 21 grados centígrados, dependencias como oficinas entre 21 y 23 grados centígrados y una humedad entre el 40 y 60 por ciento. Lo importante es no sobrepasar los 25 grados para evitar la multiplicación celular.

También, hay que observar la norma UNE 1713330 que especifica los criterios de conformidad de la calidad ambiental en el interior de los edificios.

Por último, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo afirma que es un hecho la conexión entre el uso de un edificio como lugar de trabajo y la aparición, en algunos casos, de molestias y síntomas que pueden derivar en enfermedades para los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos del ámbito sanitario deben realizar su trabajo en unas condiciones ambientales confortables. La ventilación debe ser adecuada a fin de renovar el aire, manteniendo el grado de humedad y temperatura óptimos.

A dicho fin, en los edificios y sus dependencias se tomarán medidas para medir y corregir la calidad del aire interior, midiendo también, la calidad del aire exterior, la ventilación natural y la ventilación mecánica, con una programación adecuada y mantenimiento de los sistemas. Una adecuada limpieza que elimine el polvo y los alérgenos con sistemas de extracción adecuados será también necesaria.

Asimismo, se seguirán criterios ergonómicos en el trabajo: desde el elemento más cercano, como la silla, imprescindible que sea diseñada no solo para evitar dolores musculo esqueléticos, sino que, además, ayude a mantener una postura corporal tal que estando sentado se optimice la respiración, tan necesaria para una buena salud.

Sin olvidar, hasta un adecuado diseño arquitectónico del espacio, que facilite la ventilación, la luz natural, y el confort térmico, que sin duda influirá anímicamente en los trabajadores, sintiéndose más a gusto en el trabajo.

6 Bibliografía

Portal de Ergonomía del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo Ergonomía” : Publicación del 2008 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. <https://www.insst.es/documents/94886/710902/Ergonom%C3%ADa+-+A%C3%B1o+2008.pdf/18f89681-e667-4d15-b7a5-82892b15e1fa>

“Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo” <https://www.insst.es/documents/94886/162520/Cap%C3%ADtulo+45.+Control+ambiental+en+interiores>

N.T.P 242 : Ergonomía: Análisis ergonómico de los espacios de trabajo en oficinas.

N.T.P. 1129: Criterios ergonómicos para la selección de sillas de oficina.

NTP 549 año 2000, “El dióxido de carbono en la evaluación de la calidad del aire interior”.

NTP 343, “Nuevos criterios para futuros estándares de ventilación de interiores”.

NTP 501: Ambiente térmico: inconfort térmico local. https://www.insst.es/documents/94886/327064/ntp_501.pdf/24b8f22e-7ce7-43c7-b992-f79d969a9d77

Real Decreto 178/2021, de 23 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1027/2007, de 20 de Julio, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones térmicas en los edificios. B.O.E. núm 71, de 24 de marzo de 2021.

Norma UNE-EN ISO 7730.

Norma UNE 171330.

Norma UNE 100713.

Capítulo 384

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNIDADES DE URGENCIAS

IGOR TAMAYO BERAMENDI

1 Introducción

Los dispositivos de urgencias sanitarias tienen como finalidad garantizar a los usuarios del Sistema de Salud una atención sanitaria durante cualquier hora del día y cualquier día del año. Esta atención será para los procesos que no admiten demora y no pueden someterse a la espera de la asistencia ambulatoria o de los procedimientos programados. Cuando entra un paciente por la puerta de urgencias, el primer profesional con el que se encuentra es el celador, de la actuación de este en ese momento será la primera impresión que tengan tanto el paciente como sus familiares.

Dentro de las unidades de Urgencias Hospitalarias según los servicios que sea capaz de ofertar, se dividirán los Servicios de Urgencias en tres niveles, nivel 1, nivel 2 y nivel 3. El nivel 3 es el mas completo, siendo los hospitales de referencia y se atienden las urgencias de todas las especialidades.

Según el tipo de urgencia, existe una escala de prioridad para clasificar la tensión. Estos niveles se suelen clasificar en 4 o 5. El tipo de urgencia puede ser, resucitación emergencia, urgencia, urgencia menor y sin urgencia. El lugar donde se clasifica y ubica a los enfermos según su prioridad es el triaje, también se le llama R.A.C. (recepción, acogida, clasificación).

2 Objetivos

- Enumerar las funciones del celador de urgencias.

- Clasificar los lugares donde se ubica el celador.
- Describir el funcionamiento del servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre 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 Urgencias son situaciones en la cual la persona no corre riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un corto periodo de tiempo. La gran mayoría de las veces que se requiere una urgencia, ya sea el propio paciente el que la demanda o bien por parte de alguno de sus familiares, no lo es, en este caso se estaría produciendo una urgencia figurada o urgencia subjetiva.

El servicio de urgencias funciona todos los días del año las 24 horas del día en Atención Especializada y en Atención Primaria.

Según el lugar de urgencias donde se encuentre ubicado durante su jornada el celador tendrá unas funciones u otras. A continuación se procederá a enumerar las mas importantes para cada lugar.

1.- Celador de puerta:

- Recepción y ayuda a los pacientes que lleguen en sus propios coches o en ambulancia.
- Transportar a los enfermos en silla de ruedas o camilla.
- Vigilar las entradas al servicio de urgencias.
- Comprobar que existe en todo momento una cantidad de sillas de ruedas y camillas suficientes.
- Informar al paciente de cuestiones generales no sanitarias.
- Acompañar al paciente al triaje e indicar a los familiares la zona de espera donde deben esperar.

2. Celador de Boxes:

- Acompañar al enfermo al box, acomodándolo de la forma en que se lo digan.
- Llevar al enfermo a realizar pruebas dentro del servicio de urgencias, tales como radiografías, ecos, escáner.

- Llevar muestras a los laboratorios de microbiología, bioquímica, hematología, etc.
 - Acompañar al paciente a la entrada cuando es dado de alta.
3. Celadores en ambulancias:
- Trasladar al paciente desde la unidad de urgencias hasta la puerta de ambulancia y viceversa.
 - Pasar al paciente de la camilla del hospital a la de la ambulancia.
 - Acompañar al paciente dentro de la ambulancia si así es requerido.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de los servicios de urgencias disponemos de las unidades de urgencias hospitalarias y las unidades de urgencias extrahospitalarias. Principalmente, las hospitalarias son aquellas unidades ubicadas dentro de los hospitales y que se encargan de atender los casos de mayor gravedad al disponer de mayores recursos y extrahospitalarias que suelen estar ubicadas en los centros de atención primaria de salud. Las urgencias en los centros de salud incluyen régimen ambulatorio y domiciliario y el personal que presta estos servicios suele ser el propio personal del equipo de atención primaria.

Los celadores en urgencias extrahospitalarias además de las funciones propias de los celadores deben realizar funciones administrativas.

6 Bibliografía

1. Aragón, Suárez, D.; Rivera, V, M.A.; Cañas A, M.M.; Recepción, acogida y clasificación de pacientes. Civerrevista. 2014
2. Díez Espino J, Morán Pi JC. Urgencias en Atención Primaria. FMC. 1994
3. Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Madrid, 1996.

Capítulo 385

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN SERVICIO DE VIGILANCIA DE INSTITUCIONES SANITARIAS

SANTIAGO FLORES GRANADOS

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

ANTONIO JESÚS MARTÍN PALMA

TAMARA MARÍN MARÍN

TERESA CALVO JORDAN

1 Introducción

Las principales funciones de los celadores de vigilancia dentro de las instalaciones sanitarias, se establecen en el Reglamento del Ministerio del Trabajo de 5 de julio de 1971. La gran parte de estas funciones del tutor son de “asistencia” o “asistencia” a los empleados designados, sino que también entre otras funciones tiene la función de fiscalizar los establecimientos de salud de los trabajadores de los servicios.

Los centros médicos se diseñan con un formato abierto, en el que se cuenta con los servicios especializados (dependiendo del tipo que sea y del nivel del hospital) para que se pueda atender a todos los pacientes que tienen necesidades o necesitan algún tipo de ayuda.

Dentro de algunas de las funciones de los celadores, nos encontramos entre otras las siguientes:

- Evitar los fondos ilegales, como son vender calles, tanto en el edificio como en el exterior.
- Por otro lado, la siguiente persona será típica para los jefes de subordinados “Tendrá todo el orden de los edificios, debiendo tener en cuenta los administradores de daños o el cambio que se encontrará”.
- Dentro de un centro hospitalario, el supervisor tiene que asegurarse de que exista un orden máximo y el mayor silencio posible, correspondiente a un entorno, por lo que en cada centro médico donde las personas tienen más o menos salud.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán las de conocer las funciones de vigilancia del celador en las instituciones sanitarias.

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

Un celador puede desempeñar algunas de estas funciones de forma totalmente independiente, mientras que otro tipo de funciones, las deben realizar bajo la supervisión de un profesional sanitario. El cuidado y la vigilancia de los celadores hacia los centros de salud y en la comunicación con el resto del personal sanitario y no sanitario, que trabaja en el centro de salud u hospitalario, son bastante esenciales para crear un entorno de trabajo para que este se haga de forma cohesionada. Los supervisores, que prestan este tipo de trabajo, tienen unas funciones, que deben saber de forma correcta, para saber cuáles son sus deberes y cuáles son sus deberes ante cualquier situación que se llegue a presentar en el día a día. El celador es uno de los responsables del cuidado y vigilancia de las instalaciones de los centros sanitarios. Siempre debe seguir las instrucciones que les ha en-

comendado el responsable anterior en la zona de responsabilidad del departamento o servicio en el cual trabaja el cuidador.

Una de las funciones principales de los guardias, es monitorear los establecimientos de salud, en el que está incluido el monitoreo nocturno de los centros de salud o centro hospitalarios.

Los celadores tienen la responsabilidad y el deber de tratar a todos los usuarios y pacientes de una manera justa, y sobre todo respetar y cooperar con el personal de la salud, con respecto a los servicios médicos. Por eso, el celador tiene que recordar que el cuidador no brinda información, él supervisa y brinda atención al centro médico.

El celador tiene la obligación de guardar silencio, sobre todo lo que él conoce, desde el entrenamiento vocacional antes de estar con el enfermo, familiares, invitados, colegas e incluso aquellos que estén fuera del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La intervención de un celador es de vital importancia para el correcto funcionamiento de los centros sanitarios, así como también de los grupos interdisciplinarios e imprescindibles para trabajar por su perfecto desarrollo. A día de hoy, este tipo de funciones, han sido asumidas por los guardias de seguridad, que son los encargados de toda la gama de servicios hospitalarios. Las funciones de los vigilantes de seguridad están recogidas en las disposiciones desarrolladas en la Ley 5/4/2014, de 4 de abril, de seguridad privada. Pero los guardias no están exentos de estas funciones, ya que están recogidas por el Reglamento de Personal No Médico.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

www.scielo.org

Capítulo 386

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE LOS DOCUMENTOS Y EL MATERIAL

SANTIAGO FLORES GRANADOS

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

ANTONIO JESÚS MARTÍN PALMA

TAMARA MARÍN MARÍN

TERESA CALVO JORDAN

1 Introducción

El celador tiene que tener en presente en todo momento la normativa vigente sobre los riesgos laborales sobre transporte y traslado de mercancía y objetos, siempre procurando que las posiciones ergonómicas sean las que se rigen en la prevención de riesgos, en la recogida y traslado de objetos, así como el medio utilizado para su transporte, o al peso del mismo.

Las funciones de un celador en el servicio del traslado de documentos se lleva a cabo desde que un paciente acude a un centro sanitario, entrega los datos y el celador lleva la documentación, cumpliendo un orden y una secuencia en el proceso asistencial de los pacientes, hasta que este abandona el centro hospitalario por alta asistencial u otra causa.

Nos encontramos diferentes tipos de materiales y documentación, donde los celadores tienen que velar por los correctos traslados de los mismos. Entre este tipo de documentos y materiales destacan:

- Mobiliario o diversos aparatos sanitarios.
- Correspondencia,
- Documentación verbal,
- Objetos.

Según se establecen el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario, dice que en su función primera que un celador “conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, correspondencia y aquellos objetos, que les son confiados por sus superiores”, sirviéndose para llevar a cabo el transporte de correspondencia un carrito de transporte, o cualquier de otro tipo de mecanismos, si se trata de mobiliario o cualquier objeto más pesado.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer los documentos que el celador traslada a distintas secciones de un centro sanitario, así como las formas en las que el celador procede en el traslado de los materiales sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico-técnicas, así como la lectura de diversos epígrafes y capítulos de libros científicos. Además, se ha consultado diversas fuentes bibliográficas como: Pubmed, Medline.

4 Resultados

El celador es el encargado del transporte y traslado de los documentos y materiales sanitarios de un centro sanitario, como es la documentación clínica, por eso mismo es el encargado del traslado de la documentación que contiene y registra aquellos acontecimientos relacionados con la salud de un paciente, como son los estudios radiográficos, patológico, datos personales, etc., también la correspondencia oficial de los centros o cualquier otro tipo de documentación que tenga que ser destinada a alguna zona del hospital.

El celador desarrolla una función muy importante para mantener en todo momento el material sanitario que corresponde a cualquier zona de un hospital, y con los pedidos que son autorizados, tiene que acudir, bajo previa petición, al

almacén de un centro sanitario para hacer la recogida y el posterior traslado de materiales u otros objetos que sean necesitados.

El celador debe conocer la ubicación y otros datos e información de donde se encuentran ingresados los pacientes, ya que esto facilitará el destino para hacer la entrega de los diversos documentos y de la entrega de material sanitario que sea necesaria para el tratamiento del paciente.

También el celador es la persona encargada de hacer el transporte de los análisis clínicos, con su respectiva documentación que lleva asociada al laboratorio, tiene que tener en cuenta a qué lugar los tiene que llevar, ya sea el laboratorio de urgencias, microbiología, toma de muestras, etc. Si fuera necesario, hará la recogida y el traslado, a las unidades demandantes de los tubos de ensayos, los hemocultivos, las pruebas PCR, y cualquier otro tipo de objeto que se encuentre en él.

El celador también debe de conocer los servicios de lencería y lavandería, ya que en alguna ocasiones, se le mandara a estos servicios para hacer la recogida de ropa de cama, almohadas o de cualquier otro tipo de prenda, que necesaria en el servicio.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son los responsables y los encargados del traslado de los documentos y objetos confiados, deben adoptar las medidas correctas para que estos lleguen a sus destinos correspondientes. Por eso el celador tiene que guardar la reserva de lo que transporta, sin dar una información excesiva al personal no sanitario que lo requiera.

El celador, gracias a sus funciones y al esfuerzo y desempeño de su trabajo, con el traslado de la documentación y del material sanitario, ayuda a facilitar y agilizar el buen funcionamiento de los centros hospitalarios y de los centros de salud, donde su actuación se basa en las órdenes que recibe del personal sanitario que lo solicite, siempre debe actuar de una manera rápida y eficaz.

6 Bibliografía

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. <https://revistamedica.com/>.

Capítulo 387

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE TRIAJE

SANTIAGO FLORES GRANADOS

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

ANTONIO JESÚS MARTÍN PALMA

TAMARA MARÍN MARÍN

TERESA CALVO JORDAN

1 Introducción

El servicio de urgencias se diseña de forma que depende del nivel de atención asistencial de cada hospital, por eso se tiene que adaptar los espacios de recepción, acceso y clasificación de los enfermos, sobre todo tiene que estar perfectamente comunicado con la unidad de cuidados intensivos, quirófano, con los laboratorios, etc.

El servicio de urgencias desempeña todos los días del año, las 24 horas del día, un servicio de atención especializada y en atención primaria. Cuando el paciente llega a urgencias de un hospital y después de dar todos los datos de los pacientes en el servicio de admisión de urgencias, este debe ser estimado por el personal médico o por el personal de enfermería, dependiendo de la gravedad de la patología del paciente, derivando a los enfermos, hacia un lugar de atención y un nivel de prioridad, es lo que se denomina triaje.

El Servicio de Urgencias es una zona integrada dentro del hospital y del centro de salud, este servicio suele estar ubicado próximo a la puerta de acceso Urgencias, también puede ser un anexo del hospital y puede tener su propia entrada, la cual está diferenciada del resto de zonas de un hospital, lo que facilita la llegada de los pacientes que precisan atención médica de forma inmediata.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones del celador en el Servicio de Urgencias tanto en el centro de salud como en el hospital.

3 Metodología

Para la realización este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico.

4 Resultados

El servicio de Urgencias de un hospital, tiene que seguir una distribución, la cual tiene que estar basada en la funcionalidad y la operatividad. Es uno de los lugares por donde el paciente tiene que pasar para ingresar.

El celador está destinado a ayudar y orientar a los pacientes dentro del servicio de admisión, siempre que lo admita la situación, o lo llevara a la zona de triaje directo, mientras que los familiares dan los datos administrativos, harán el traslado de los pacientes en silla de ruedas, cama, camilla o por su pie. Darán el aviso al personal sanitario cuando sea necesario, así como mantendrán las entradas de urgencias dotadas de sillas de ruedas y camillas.

Dentro del servicio de urgencias, nos encontramos varias zonas, las cuales se utilizan dependiendo de la patología que presente el paciente, estas son la zona de boxes específicos para una atención puntualizada, entre las que se encuentran el quirofanillo, la sala de yesos, Box vital o de RCP.

No deben dar información ni dar observaciones a los familiares de los pacientes sobre los diagnósticos, tratamientos y exploraciones que se les está haciendo a los mismos, no darán ninguna informarán sobre los pronósticos de la enfermedad

del paciente, los orientaran a las consultas del personal médico encargado de la asistencia del enfermo.

Triage es conocido como un protocolo de recepción, acogida y clasificación de los pacientes que llegan al servicio de urgencias. El celador es la persona que sale a recibir a los pacientes, ya venga en una ambulancia o en vehículos particulares. El celador debe controlar y vigilar que los familiares y visitantes no estén dando vueltas por los pasillos y por las dependencias del servicio de urgencias, más de lo necesario hasta llegar al lugar donde tenga restringido o se destinen los pacientes, los guíaran hasta el lugar si fuese necesario.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de urgencias es de vital importancia el trabajo y las funciones de los celadores, porque realizan diversas tareas y son de gran apoyo para el personal sanitario, para así llegar a conseguir que la atención de los pacientes y los familiares, llegue a ser de calidad y se desenvuelva la actividad en el servicio de urgencias de forma correcta.

El celador es la primera persona que ve y recibe a los pacientes, por eso debe tener una aptitud y predisposición fundamental para los usuarios que llegan al servicio de urgencias.

La pandemia fue muy difícil en este tipo de estas funciones para los celadores, pues al ser el profesional en recibir al paciente se hacía muy difícil.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Pubmed

Capítulo 388

INSTITUCIONES SANITARIAS PRIVADAS EN ESPAÑA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

M.CARMEN RUEDA JAEN

JOSEFA ALBERCA ROMERO

MARIA DOLORES DEL ROCIO RAMIREZ SIERRA

AURELIO MARTINEZ GOMEZ

MANUELA SECO MOYA

1 Introducción

La Ley General de Sanidad 14/1986 del 15 de abril, reconoce el "ejercicio libre de las profesiones, la libertad de empresa y la posibilidad de las Administraciones Públicas de establecer conciertos para prestar servicios sanitarios con medios ajenos al sector público, es decir, mediante medios privados".

Entre los requisitos que deben cumplir estos conciertos están los de tender a mejorar los servicios, contratando aquellos que en los medios propios no se ofrecían, además de tener los mismos precios, etc. Y pueden hacerse tanto con centros hospitalarios (generales o especiales) o con entidades no hospitalarios (pruebas diagnósticas tomografía computerizada, resonancia magnética o hipersensibilidad, entre otros. También tratamientos de rehabilitación, logopedia, psicoterapia o hemodiálisis, por ejemplo).

En la actualidad, están en auge los seguros privados de salud en el sector sanitario, la contratación externa de servicios. En el desarrollo de la sociedad, al haber más información sanitaria y mayor nivel cultural, se demandan más servicios. También el desarrollo de la investigación y las tecnológicas en este ámbito, hacen que las exigencias al sistema de salud aumenten, y es de gran ayuda, tener otras entidades que se sumen a la labor de incorporar estos servicios a sus carteras. Por lo tanto, es importante conocer las principales organizaciones que existen en el sector privado sanitario de España.

2 Objetivos

- Conocer el desarrollo de las instituciones sanitarias de carácter privado durante el transcurso del tiempo.
- Elaborar un listado de las principales organizaciones de este sector en el país.

3 Metodología

Para elaborar este documento, hemos realizado una revisión sistemática de leyes y manuales que nos aporten la información necesaria para conocer la organización de la sanidad privada de España, y sus diferentes formas de relacionarse con las Administraciones Públicas y los usuarios.

4 Resultados

ORGANIZACIONES SECTOR PRIVADO MÁS IMPORTANTES:

1. Mutualidades públicas de funcionarios

Los trabajadores en entidades públicas (funcionarios) reciben la asistencia sanitaria por unas organizaciones denominadas mutualidades. Existen 4 en España:

- MUFACE-> Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado.
- ISFAS-> Instituto Social de las Fuerzas Armadas.
- MUGEJU-> Mutualidad General Judicial.
- MUNPAL-> Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local.

Algunos funcionarios pueden escoger entre recibir asistencia sanitaria por parte del Sistema Nacional de Salud o por una entidad de seguro libre.

2. Empresas colaboradoras de la Seguridad Social

Algunas empresas colaboran de forma voluntaria con la Seguridad Social en la gestión de la asistencia sanitaria de sus trabajadores, teniendo instalaciones propias.

3. Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), son "entidades colaboradoras de la Seguridad Social que funcionan bajo la tutela y vigilancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, siendo su principal función la de gestionar las llamadas contingencias profesionales, como son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales".

Aquellas personas que tengan empleados están obligados, según el Sistema de la Seguridad Social, a tener aseguradas las contingencias profesionales tales como accidentes profesionales y enfermedades profesionales. Algunos empresarios - se denomina así a los que contratan a empleados-, aseguran esta contingencia directamente con el Instituto Nacional de la Seguridad Social, aunque la inmensa mayoría están asociados a las MATEPSS.

Las mutuas, a su vez, dan una serie de servicios a sus empresas asociadas. Por tanto, se encargarán de la gestión de las contingencias profesionales incluidas en la prestación sanitaria y de la gestión del subsidio por incapacidad temporal derivada de enfermedad común. Además, pueden desarrollar actividades preventivas para sus empresas afiliadas tanto en el ámbito de cobertura de las contingencias profesionales, como actuando para ellas en Servicios de Prevención Externo, denominadas Sociedades de Prevención.

4. Entidades de seguro libre

Cubren la asistencia sanitaria de aquellas personas que han suscrito con ellos una póliza directamente o que perteneciendo a una de las mutualidades de funcionarios y teniendo derecho, escogen recibir la asistencia de esta manera.

Se estima que un 8% de la población tiene contratado un seguro privado de enfermedad común y de accidente no laboral con alguna de estas entidades, un servicio que compatibilizan con la atención del SNS.

5 Discusión-Conclusión

A modo de resumen, podemos concluir que el sistema privado se caracteriza por una financiación llevado a cabo por empresas que actúan como financiadores o prestadores de salud. La gestión resulta más sencilla en función del tamaño y la complejidad; esto impacta en los niveles de satisfacción de los usuarios. Una diferencia respecto a otros sistemas, reside en que la relación comercial entre los asegurados y las empresas depende de la voluntad de los usuarios.

Por lo tanto, las funciones de este modelo son:

- Financiamiento: privado, mediante aporte voluntario de las personas.
- Aseguramiento: privado/prepagas.
- Prestación de servicios: privada.
- Cobertura: paciente que paga.
- Gestión: privada.
- Países que adoptan este sistema como modelo de sistema sanitario del Estado : Estados Unidos
- Observaciones: el costo lo asume quien realiza el gasto; hay una mayor satisfacción por la elección de los prestadores y los menos tiempos de espera.

6 Bibliografía

1. Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación en Seguros Privados.
2. Marin Ferre, M. y De la Rosa Torner, A. Las nuevas formas de gestión sanitaria. Modelo Alzira. Madrid: Instituto de Estudios Económicos; 2007.

Capítulo 389

PROTOCOLOS DE ACTUACION EN CASO DE EMERGENCIA EN EL ÁMBITO DE LA CONSTRUCCIÓN

JOSÉ LUIS LORENZO ALVAREZ

1 Introducción

Al ser una obra un entorno cambiante y variable en el tiempo, ocurrirá lo mismo con los protocolos de seguridad y salud y los planes de emergencia por lo que requerirán una actualización constante. Pero existen unas premisas generales para todos los ámbitos de trabajo, que serán las que tendremos en cuenta en este estudio.

Antes de describir los principios básicos de actuación en caso de emergencia, definiremos los primeros auxilios, que son aquellas medidas o acciones de emergencia para reducir los efectos de las lesiones y estabilizar el estado del accidentado, que realiza el auxiliador, es decir, el primer interviniente, la mayor parte de las veces no necesariamente personal sanitario, en el lugar del accidente, con material improvisado, hasta la llegada de personal especializado o el personal de servicios de emergencias.

Es por eso que, esas primeras acciones son muy importantes para poder alargar la supervivencia o prevenir secuelas. En general, no son tratamientos médicos, sino que son técnicas sencillas, que cualquiera puede hacer, sólo manteniendo el sentido común y la calma.

Además es una obligación moral y legal, de todos los ciudadanos la de prestar ayuda cuando alguien lo precisa en situación de urgencia o emergencia.

Por eso nacen unos principios básicos para cualquier persona que presencie una situación de emergencia y tenga que actuar en ella, resumidos en tres actuaciones secuenciales que son las siglas P.A.S. para empezar a atender el accidentado: P de PROTEGER, A de ALERTAR y S de SOCORRER.

2 Objetivos

- Conocer las acciones a llevar a cabo en caso de emergencia.
- Informar de la obligación de socorrer en caso de emergencia.
- Conocer los principios generales en primeros auxilios.

3 Metodología

Para esta investigación documental, una vez elegido el tema a tratar, se ha procedido a recopilar información ya existente sobre el tema en diversos libros y revistas, así como en distintos sitios web realizando búsquedas a través de Google Académico y en bases de datos científicas como Medline y Scielo.

4 Resultados

Las tres actuaciones para empezar a socorrer a un accidentado son:

P de PROTEGER: Antes de actuar, se ha de tener la seguridad de que tanto el accidentado como los que los atienden están fuera de todo peligro. Primero se pondrán fuera de peligro las personas que estén bien y luego se atenderá a los accidentados.

A de ALERTAR: Siempre que sea posible se avisará a los servicios sanitarios de la existencia del accidente o la situación crítica para empezar inmediatamente a socorrer mientras llegan los servicios de emergencias.

Cualquier llamada al sistema sanitario se realizará a través de vía telefónica, marcando el teléfono de emergencias de uso habitual en la región donde haya ocurrido el accidente (061, 112, 911, etc.), se debe colaborar dando la máxima información que requieran.

EL 112 es el número de emergencias europeo, en 1991 se decidió su creación y poco a poco se fue implementando en los países miembros, regulándose en España con el RD 903/1997, desde este número se puede solicitar ayuda ante una situación de emergencia en cualquier país de la Unión Europea, al marcarlo se pueden solicitar las ayudas necesarias policía, bomberos, sanitarios, etc. En esta llamada,

solicitarán información sobre el accidente, se deberá intentar ser claro y ofrecer con diligencia los datos de localización.

Hay unos datos mínimos que se deben de proporcionar:

- Qué ha ocurrido.
- Cuantas personas hay afectadas y su estado.
- Peligros no controlados existentes, como fugas, derrames, postes eléctricos caídos.
- Datos del alertante: nombre y número de teléfono por si es necesario recabar más información.
- Localización del suceso: Se puede usar el GPS del móvil junto con alguna aplicación como Google Maps para comunicar las coordenadas.

Existen Apps como SOS emergencias que facilitan las coordenadas del alertante cuando se pulsa el botón de llamada. Se ha desarrollado un sistema de localización para emergencias llamado AML (advanced Mobile Location) que hace que se active el GPS y todos los sistemas disponibles y envía la posición por mensajes SMS al 112.

Es importante conocer, que los primeros pasos, alertar y socorrer son de obligado cumplimiento, si se es el primero en observar la situación, para no incurrir en un delito de omisión de socorro recogido en el código penal.

S de SOCORRER: Una vez se ha protegido y alertado, se procederá a actuar sobre el accidentado, reconociendo sus signos vitales: 1. Conciencia, 2. Respiración y 3. Pulso. Siempre por este orden.

5 Discusión-Conclusión

Se basan, entonces, los primeros auxilios en una serie de principios generales, y que se enumeran a continuación:

1. Se debe estar tranquilo, pero actuar rápidamente, sin espera, intentando ser metódicos.
2. Hacer una visión general del lugar y de la situación.
3. Tener especial cuidado y precaución en la movilización de los heridos.
4. Analizar todos los síntomas y contusiones que pudiera tener el accidentado.
5. En los primeros auxilios nunca se debe hacer más que lo indispensable, evitando aquellas maniobras que no se sepan hacer con seguridad.
6. El herido se mantendrá caliente.
7. A un paciente inconsciente o herido nunca se le dará de beber
8. Mantener tranquila a la víctima.
9. Únicamente se dejará solo al paciente en caso de tener que ir a solicitar ayuda.

6 Bibliografía

1. Proyecto N°: AE-0023/2015 “Procedimientos para la implantación de medidas de emergencia en el sector de la construcción”, con la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales.
2. Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales. BOE-A-1995-24292
3. Real Decreto 903/1997, de 16 de junio, por el que se regula el acceso, mediante redes de telecomunicaciones, al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112. BOE-A-1997-14058

Capítulo 390

LA BUENA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DE COCINA

JOSÉ MARIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-ESCALONILLA

MARIO CARMONA RUIZ

CRISTINA POVEDA SOTO

RAQUEL MARTÍN GOMEZ

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

1 Introducción

La comunicación es la base de las relaciones humanas y una buena técnica comunicativa ayuda a que estas relaciones sean adecuadas y funcionen correctamente. La comunicación debe de ser óptima, positiva y clara, para ello es necesario que exista un mensaje que es la información que se va a transmitir, un emisor que es quien emite el mensaje, un receptor para recibirlo, un canal para transmitirlo, el código que son los signos y reglas que se usan para enviar el mensaje y el contexto o el medio donde se produce la comunicación.

Para que la comunicación se produzca de forma correcta el emisor debe de emitir el mensaje de tal forma que el receptor entienda exactamente lo que se quiere transmitir y para ello el código tiene que ser entendible por todos y el entorno y situación en el que se emite tiene que reunir las condiciones óptimas.

En las cocinas hospitalarias es importante, como en todas, cumplir los horarios establecidos, ya que los enfermos desayunan, comen, meriendan y cenan siempre a la misma hora. La logística es muy grande y la comunicación entre el personal de cocina y entre la cocina y las plantas debe de ser claro y conciso para que no haya errores.

2 Objetivos

Conocer las formas comunicativas que existen y la forma en que deben de usarse para que el personal de cocina se comunique de forma correcta.

Mostrar que una buena comunicación es la base para realizar 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 existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en Internet de artículos y publicaciones sobre el tema. Se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Google académico.

Palabras clave “comunicación”, “Comunicación Hospitalaria”, “Pinche de cocina” y “personal de cocina”.

4 Resultados

La comunicación se clasifica en verbal y no verbal, la comunicación verbal es aquella en la que existen palabras que son o bien habladas, o bien escritas. La comunicación no verbal hace referencia a todo lo demás, contacto visual, gestos, movimientos, postura, distancia. Esta última comprende entre el 65% y el 80% de toda la comunicación. Para que la comunicación tenga sentido debe de ser coherente la comunicación verbal con la no verbal, la conducta de los interlocutores tiene que ser la apropiada para mandar el mensaje correcto.

La comunicación ha de ser eficaz y efectiva y para ello es necesaria la escucha activa que no es más que saber escuchar. Hoy en día se está perdiendo la comunicación como tal, poner en común y compartir información con los demás, para escuchar se requiere cierto esfuerzo igual que para interpretar lo que se está escuchando, por eso la escucha activa significa escuchar y entender la comunicación, dando sentido a la conversación.

Para que esta escucha sea activa se necesita una predisposición psicológica, observando el entorno que rodea la conversación y mantener el hilo de la conversación con expresiones como “claro”,

“ya veo” y manteniendo contacto visual o asintiendo con la cabeza. Se deben de evitar las distracciones y seguir la conversación con cierto interés en todo momento sin interrumpir al interlocutor, sin juzgarlo y evitando contraargumentar sin caer en el síndrome del experto.

Las cocinas hospitalarias deben de cumplir con los principios de la comunicación eficaz y la escucha activa para que el funcionamiento de la misma sea el correcto. Los servicios de comidas han de transcurrir sin incidentes y los cocineros y pinches han de escucharse con atención unos a otros para realizar las comidas a tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Puesto que la comunicación es parte de la vida cotidiana es importante que todos nos sepamos comunicar, aplicado al ámbito hospitalario y sobre todo a la cocina se puede decir que la comunicación es la base para que todo funcione correctamente.

Los servicios de cocina pueden ser muy estresantes y caóticos y en medio de ese caos todos los profesionales deben de ser capaces de cumplir sus funciones y de acabar las comidas a tiempo para que se puedan subir a las plantas y los enfermos puedan comer.

El personal de cocina necesita un esquema organizativo con un líder y varios equipos de trabajo que deben de compenetrarse y trabajar en cadena y para ello tienen que mantener una comunicación eficaz entre todos ellos.

6 Bibliografía

<https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/el-servicio-de-cocina-del-hospital-general-universitario-de-albacete-se>
<https://www.restauracioncolectiva.com/n/los-secretos-de-la-gestion-en-una-cocina-hospitalaria-acabemos-con-los-topicos>
<https://www.revistacomunicar.com/indice/articulo.php?numero=14-2000-03>

Capítulo 391

SATISFACCIÓN LABORAL EN EL PERSONAL DE LA COCINA HOSPITALARIA

JOSÉ MARIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-ESCALONILLA

MARIO CARMONA RUIZ

CRISTINA POVEDA SOTO

RAQUEL MARTÍN GOMEZ

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

1 Introducción

La satisfacción laboral de los trabajadores de la cocina hospitalaria es la piedra angular del proyecto organizacional y también del Plan Estratégico del centro sanitario. Permite a los trabajadores orientarse en vías de alcanzar metas y objetivos que surgen del lugar de trabajo, así como de las necesidades individuales del propio trabajador. Por ello, en el entorno laboral la satisfacción juega un papel fundamental para el desarrollo de la institución, marcando la diferencia para que los sujetos tengan un mayor desempeño dentro de la misma.

Los principales problemas encontrados al respecto es el hecho de que la institución no sabe cómo motivar de manera adecuada el personal para que pongan un mejor y mayor empeño en sus labores, intensificando la satisfacción laboral y el interés en el trabajo.

Por esta razón, en los últimos tiempos el estudio de la satisfacción laboral en cualquier ámbito ha constituido una parte importante de la literatura científica, centrándose en la psicología industrial para poder explicar las razones por las cuales las personas se sienten motivadas para hacer algo.

Refiriéndonos a la satisfacción laboral en empresas del sector gastronómico o, en el caso que nos ocupa, de una cocina hospitalaria, el lograr objetivos de gran trascendencia tanto para el individuo como para la sociedad y la institución radica en analizar la satisfacción laboral como un proceso indispensable que tiene implicaciones a distintos niveles, tanto administrativos, como individuales y organizacionales.

Si analizamos los aspectos que la satisfacción laboral ejerce sobre un trabajador, podemos decir que existe una relación positiva y significativa entre la satisfacción y la productividad, dada la importancia de la alimentación en la recuperación de un paciente ingresado. Dado que el personal de cocina incide de una manera activa en la preparación y elaboración de los menús, también fomentará la recuperación y rehabilitación de la salud en estos pacientes.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo:

Describir las características de la satisfacción laboral en el personal de la cocina de un hospital.

Como objetivo secundario:

Mostrar la importancia de que una actitud positiva conlleva a una satisfacción laboral.

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

De acuerdo a las investigaciones y conocimientos de los últimos años, encontramos distintos factores que determinan la satisfacción laboral a nivel general y que son los que siguientes :

- En primer lugar, el reto en el trabajo. Los empleados prefieren trabajos que les den la oportunidad de usar las habilidades de las que disponen y que ofrezcan una alta variedad de tareas, prioridad y retroalimentación sobre cómo están desarrollando su labor, siendo que los retos moderados causan placer, satisfacción y motivación. Los retos han de ser, como se ha mencionado, moderados, porque los retos demasiado exigentes causan frustración, disminuyendo la satisfacción laboral.
- En segundo lugar, encontramos los sistemas de recompensa justa, refiriéndonos a los salarios y políticas de ascenso y de primas que mantiene la organización y que ha de ser percibido como justo por parte del empleado para que se sientan satisfechos con el mismo. Cuando el salario es equitativo al trabajo realizado y fundado a la exigencia del puesto, de las habilidades de la persona y al nivel de los sueldos del lugar de trabajo, es probable que el resultado final sea la satisfacción del profesional.

También encontramos los efectos de la relación entre la satisfacción y el ausentismo: hay una relación consistente y significativa entre ambos aspectos; es más probable que los individuos que no se encuentran satisfechos falten al trabajo, mientras que los empleados satisfechos se ausentan menos que los insatisfechos.

Encontramos una relación significativa entre la satisfacción y la rotación: a mayor satisfacción, menos rotación, con lo que es de suma importancia el hecho de que los empleados estén satisfechos dado que las rotaciones, en muchas ocasiones, es inevitable y es uno de los factores que más costes genera a las empresas e instituciones. Finalmente, se menciona la teoría de la fijación de metas, cuya hipótesis es que el desempeño de la persona se incrementa cuando existen metas y objetivos correctos, más que cuando estos no existen. Además, cuando los trabajadores participan en la fijación de metas, su satisfacción se incrementa y tienen un mejor desempeño y sensación de recompensa.

Cuando llevamos estos conceptos al personal de la cocina hospitalaria, encontramos que los trabajadores perciben como relacionados la satisfacción laboral con el bienestar; también introducen el concepto de compañerismo, lo que indica

la necesidad de interacción en contacto social para el desarrollo del trabajo.

Para que se incremente la satisfacción, también la motivación es importante, indicando el interés que despierta en la persona el trabajo en sí mismo. La responsabilidad es otro término añadido, entendido como el grado de responsabilidad que viene determinado por las directrices exigidas para la resolución de los problemas. Relacionados con el desarrollo del trabajo, existen factores muy importantes para los trabajadores de este tipo de instituciones, como son los sueldos, los incentivos, las gratificaciones; así como las recompensas verbales.

El buen clima laboral también es una variable mediadora; los trabajadores precisan que el ambiente laboral sea el adecuado para lograr sentirse bien e identificarse con la organización. También se debe mencionar la superación personal, ya que las personas buscan un equilibrio entre la vida personal y profesional.

El desarrollo personal sería la oportunidad que tiene el trabajador de realizar actividades significativas en torno a su autorrealización. En este sentido, encontramos la participación en actividades fuera del hogar, lo que ayuda a los trabajadores en el proceso de reconocimiento como individuo y persona.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que en una cocina hospitalaria existen diversas categorías profesionales, aunque todas manifiestan los mismos aspectos a valorar a la hora de calificar su satisfacción profesional, como es el compañerismo, el bienestar general, la retroalimentación por parte de los superiores, el salario justo, las gratificaciones e incluso las recompensas verbales.

Todo esto apoyará la superación personal y de autorrealización y, por lo tanto, incrementará su motivación y su satisfacción laboral, encontrando que hay unos factores que influyen más que otros en el estado de ánimo de los empleados.

Esto afecta, de una manera directa, a la productividad y también a la permanencia en la institución. Los trabajadores que cuentan con personas que los apoyen, escuchen y reconozcan sus esfuerzos, seguramente trabajarán con un mayor ánimo, motivados y con una mayor y mejor disposición, cumpliendo los objetivos de la organización y de ellos mismos.

6 Bibliografía

1. Hannoun, G. (2011). Satisfacción laboral (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Económicas).
2. Juárez-Adauta, S. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista médica del instituto Mexicano del Seguro Social*, 50.
3. Álvarez, M. T. F., Fuentes, A. I., & García, M. Nivel de satisfacción laboral del área de Cocina Fría: Hotel Grand Palladium Riviera Maya Resort. Quinta Edición, 2016.
4. Zaldúa Gorozabel, A. B. (2018). Factores que influyen en la satisfacción laboral de los trabajadores del Hospital Israel Quinteros Paredes del cantón Paján provincia de Manabí.

Capítulo 392

INTOXICACIÓN ALIMENTARIA POR ANISAKIS: UN ANÁLISIS DE UN PINCHE DE COCINA

JOSÉ MARIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-ESCALONILLA

MARIO CARMONA RUIZ

CRISTINA POVEDA SOTO

RAQUEL MARTÍN GOMEZ

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

1 Introducción

El anisakis es un parásito que se encuentra en algunas variedades de pescado crudo y que se asemeja a un gusano de color blanco. Se trata de un parásito que una vez ingerido por personas alérgicas provoca una intoxicación que puede manifestarse con fuertes dolores abdominales, urticarias, náuseas y vómitos.

En los últimos años se ha incrementando la presencia de este parásito por dos causas fundamentales. Por un lado, debido al aumento de los niveles de presencia de este parásito en el pescado capturado y, por otro, el creciente gusto por nuevas tendencias gastronómicas en las que se consume el pescado crudo o poco cocinado.

Las variedades en las que se ha identificado una mayor presencia de este gusano parásito son entre otras desde la sardina a la sepia pasando por el bacalao,

boquerón o bacaladilla. En gran medida, estas larvas vivas se encuentran en el hígado, en la cavidad abdominal, los músculos y las vísceras.

En cuanto a la prevención, si se desea consumir crudo, la legislación española obliga a la congelación del pescado a una temperatura en el centro del producto de, al menos, -20° C. Así mismo, se ha evidenciado que la larva del parásito se inactiva si sometemos el pescado que vamos a consumir a un tratamiento térmico de 60° C de 5 a 10 minutos. De esta manera, la recomendación es cocinar los pescados hervidos, fritos, a la plancha y al microondas teniendo en cuenta la temperatura y los tiempos.

2 Objetivos

Objetivo principal del capítulo:

- Conocer los métodos de prevención: congelación y cocinado por un pinche de cocina.

Objetivo secundario:

- Identificar los factores que pueden desencadenar una intoxicación alimentaria por Anisakis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica 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 en los que se trata la intoxicación por anisakis en las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Para que en las cocinas hospitalarias se pueda evitar una intoxicación por anisakis deben seguirse las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo que apuntan a:

Congelar el pescado a -20° C durante 5 días antes de servirse crudo en carpachos, sushi y, especialmente en el caso de los boquerones en vinagre, muy típicos en nuestra gastronomía. Se recomienda la congelación en el caso de los ahumados, escabeches siempre que se realicen en frío, así como los pescados que se preparan

en salazón. Sin embargo, quedan exentos de este tratamiento los moluscos bivalvos (ostras, mejillones o almejas, entre otros), los pescados de río o piscifactoría, las semiconservas como las anchoas y los pescados desalados y secados de manera tradicional como el bacalao.

Someter al pescado a un tratamiento térmico superior a 60° C durante al menos un minuto. Para realizar esta técnica sin riesgos para la salud sería recomendable servirse de un termómetro para elaboraciones al horno, cocciones y plancha, especialmente. En el caso de los crustáceos se recomienda como método de prevención la cocción o la plancha.

Los pescados destinados al consumo por parte de los pacientes:

Eviscerar el pescado inmediatamente a su llegada o adquirirlo ya limpio de vísceras.

Extremar las medidas de higiene tanto de útiles como de las superficies empleadas en la limpieza y elaboración de pescados para evitar una contaminación cruzada.

Emplear guantes de un solo uso para la manipulación y preparación del pescado crudo tanto en el despiece como en la preparación gastronómica a la que vamos a someter el pescado para su consumo.

Examinar cuidadosamente los pescados recién llegados a la cocina ya que, en muchos casos, se pueden observar con una simple inspección visual.

5 Discusión-Conclusión

Las intoxicaciones por anisakis son fácilmente evitables si se siguen a raja tabla las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y las extraídas del Real Decreto 1420/2006, de 1 de diciembre, en lo que se refiere a la congelación y el tratamiento térmico de los pescados.

El personal de las cocinas hospitalarias debe tener muy presente estas normas tanto en el proceso de elaboración de los pescados como en el manejo de los mismos evitando la contaminación cruzada que pudiera afectar a otros alimentos del menú.

Las claves para evitar una intoxicación alimentaria provocada por la ingesta del parásito de anisakis se podrían resumir en: congelación, cocción e higiene.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1420/2006, de 1 de diciembre, sobre prevención de la parasitosis por anisakis en productos de la pesca suministrados por establecimientos que sirven comida a los consumidores finales o a colectividades.
2. Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. www.mscbs.gob.es/ca/consumo/pec/recomendacion/anisakis.htm

Capítulo 393

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA. FUNCIONAMIENTO Y FUNCIONES

MANUEL VIDAL VARELA

MARIA DEL PILAR VELÁZQUEZ GONZALEZ-MOHÍNO

LUIS ANTONIO RODRÍGUEZ CALLEJA

ANTONIO GOMEZ MORENO

MARÍA DEL PILAR DE MARCOS MARTÍNEZ

1 Introducción

La hemodinámica es parte de la medicina que se encarga del estudio de los movimientos realizados por la sangre y de las fuerzas que ayudan a impulsar dicha sangre. La hemodinámica es una subespecialidad de la especialidad de cardiología, que lleva a cabo intervenciones mínimamente invasivas.

La Real Academia de la lengua Española define el término de hemodinámica (De hemo- y dinámico) como “El estudio de los principios físicos encargados de regular la presión y el flujo sanguíneo”.

Los hemodinamistas (cardiólogos especialistas en la rama de hemodinámica) se encargarán de estudiar los aspectos físicos de la circulación sanguínea, así como de la función cardíaca y la fisiología vascular periférica.

Dichos cardiólogos especialistas se encargarán de introducir unos catéteres (tubos largos y delgados) en las venas y arterias del paciente con la finalidad de comprobar problemas en la circulación de la sangre. Los catéteres también son utilizados para realizar tratamientos en las venas, arterias o corazón.

Las enfermedades de corazón más tratadas por la cardiología intervencionista o hemodinámica son:

- Enfermedad coronaria.
- Enfermedad de las válvulas cardíacas.
- Cardiomiopatías.
- Hipertensión.
- Problemas de corazón congénitos o de nacimiento.

Durante el desarrollo de este capítulo se realizará una breve explicación de las funciones realizadas por los celadores en el servicio de hemodinámica.

2 Objetivos

- Enumerar los tipos de enfermedades cardíacas tratadas en hemodinámica.
- Conocer de que se encarga la especialidad de cardiología en hemodinámica.
- Describir las funciones realizadas por los celadores en el servicio de hemodinámica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores del servicio de hemodinámica deberán pertenecer continuamente en la unidad por si se requiere su actuación de manera urgente, al presentarse una situación de urgencia o emergencia con un paciente tratado en la unidad, o que requiere la intervención inmediata del equipo profesional de hemodinamistas.

Al igual que el resto de compañeros, los celadores adscritos al servicio de hemodinámica deberán realizar una serie de funciones igualitarias al resto de servicios, y una serie de funciones más específicas de la unidad.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- No abandonar la unidad salvo petición del equipo médico o el equipo de enfermería.
- Estar localizado en todo momento con el busca del servicio.
- Comprobar la lista de pacientes ingresados en el centro hospitalario y de los pacientes con citación programada.
- Los celadores ayudarán a los pacientes con cita programada a cambiarse y ponerse el camión de la institución, facilitándole gorro, mascarilla y calzas desechables para el momento de la intervención.
- Ayudarán a los pacientes a subir a la mesa de intervenciones y lo colocará en la posición solicitada por el equipo médico intervencionista.
- Trasladarán a los pacientes ingresados en la planta de cardiología, a la unidad de hemodinámica para ser intervenidos. Se asegurarán de que el paciente no lleve objetos personales y los deje a los familiares.
- Trasladará la historia clínica del paciente que va a ser intervenido desde la planta de cardiología a la unidad de hemodinámica.
- Colaborará junto al resto del equipo para pasar al paciente de su cama a la mesa de intervenciones, para ello se auxiliarán de un rulo sanitario o transfer que permite el deslizamiento del paciente sin necesidad de realizar fuerza.
- Trasladará al servicio del almacén las peticiones de material no existente en los almacenes generales de los centros sanitarios.
- No comentará el resultado de ninguna intervención con pacientes y familiares, pidiendo que esperen a la información del médico hemodinamista.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del celador en la unidad de hemodinámica. Funcionamiento y funciones” nos ha demostrado la actividad intervencionista llevada a cabo en las unidades de hemodinámica de los centros sanitarios.

Por otro lado, se ha podido comprobar las funciones llevadas a cabo por los celadores que realiza su actividad laboral en las unidades de hemodinámica.

Hay que recordar la actuación tan importante y necesaria llevada por el celador en la unidad, siendo el encargado de trasladar a los pacientes que presentan

graves problemas de corazón y necesita una rápida y urgente intervención del equipo hemodinamista.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Cordon, F., Garrido, J.M,Torres, A. El celador ante el paciente geriátrico. España. Formación continuada logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- www-rae.es

Capítulo 394

LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE SUFRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y POSIBLES CAUSAS

PATRICIA RUBIO SÁNCHEZ

INMACULADA NUÑEZ ALMENA

GEMMA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

NATALIA PERONA VALENTÍN

1 Introducción

La enfermedad profesional es aquella que se sufre por consecuencia del desarrollo o la acción de realizar un trabajo por cuenta ajena, en las actividades o tareas que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

Dependiendo del trabajo que un trabajador desempeñe, estará más expuesto a unas enfermedades que a otras , pero en nuestro tema serán unas enfermedades específicas, pues son las más habituales que sufre el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

En nuestro trabajo de investigación hablaremos sobre las posibles enfermedades profesionales que puede sufrir el personal administrativo en el desarrollo de sus tareas diarias en un centro sanitario, ya sea desde enfermedades físicas tanto como psíquicas derivadas de sus funciones .

A priori parece que el trabajo de auxiliar administrativo no presenta a penas ningún riesgo y parece alejado de sufrir cualquier tipo de enfermedad, pero nada más lejos de la realidad este personal está también bajo los posibles efectos de poder sufrir enfermedades, pues por causas como el exceso de trabajo, trabajar todo el día con pantallas, largas horas sentado y otro tipo de causas que veremos más adelante.

2 Objetivos

Los objetivos del tema que estamos desarrollando serán los siguientes:

- conocer las posibles enfermedades que puede sufrir el auxiliar administrativo en los centros hospitalarios
- conocer las posibles causas que provocan estas enfermedades

3 Metodología

Para la elaboración de nuestro trabajo grupal hemos buscado información en diferentes webs, de ámbito sanitario, sobre las enfermedades profesionales más frecuentes sufridas por este personal no sanitario. También hemos utilizado el buscador Google Académico y por último hemos revisado nuestro manual básico del auxiliar administrativo para añadir más información al trabajo

4 Resultados

A continuación enumeraremos las enfermedades profesionales más habituales sufridas por el personal auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario, y las causas más comunes que las provocan:

Lumbalgia: esta enfermedad suele estar causada por el exceso de horas que este personal pasa sentado en una silla y por las posturas incorrectas que adopten al sentarse

Cervicalgia: esta enfermedad tan dolorosa e incómoda que afecta a la parte del cuello, especialmente suele venir causada por posturas mal adaptadas que este

personal realiza normalmente frente a la pantalla del ordenador , con el teléfono, sentados mientras escriben, etc.

Síndrome del túnel carpiano: esta enfermedad tan incómoda suele ser causada por el exceso de movimientos repetitivos, así como por la hiperextensión de la muñeca , en el caso del auxiliar administrativo será muy común debido a su trabajo con el ratón del ordenador o con el manejo del teclado

Tendinitis: al igual que la enfermedad del síndrome del túnel carpiano, esta también será causada por los movimientos repetitivos, pues este personal en concreto realiza diariamente físicamente los mismos movimientos

Lesiones musculares: como anteriormente hemos dicho, estas lesiones podrían venir provocadas principalmente por las inadecuadas posturas que este personal adopte en el trabajo

Enfermedades cardiovasculares y obesidad: estas enfermedades serán causadas por el sedentarismo que este personal sufre en su jornada laboral, pues pasan muchísimas horas sentados en una silla frente a un ordenador y un teléfono

Síndrome del ojo seco: causado principalmente por las jornadas continuas frente a la pantalla del ordenador , esto provocará la sequedad en el ojo de la que estamos hablando.

Covid-19: la causa será el hecho de que este personal trabaje en un centro sanitario, pues estarán expuestos al virus igual que el personal sanitario

Estrés laboral: esta enfermedad tan creciente en nuestros días será causada en el auxiliar administrativo por diversos factores como podrían ser , exceso de trabajo, mala relación con compañeros, no estar formado con suficiente experiencia, etc.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que el personal auxiliar administrativo no está exento de sufrir diversas enfermedades profesionales, aunque su trabajo no sea excesivamente físico, sí que lo es muy excesivo, repetitivo, sedentario y psíquico.

Es importante que este personal conozca las posibles enfermedades que puede sufrir en su entorno laboral y las posibles causas , para así poder minimizar riesgos y prevenir en todo lo posible el poder llegar a sufrir dichas enfermedades .

Aun así, de conocer los riesgos a los que se enfrenta este personal, es bastante difícil poder evitar ciertas enfermedades profesionales, pues la práctica de su trabajo a día de hoy, como ya hemos visto, se elabora de manera que es muy propicia a poder sufrir estas enfermedades .

La implantación de cambios a la hora de trabajar en este sector podría ayudar a no sufrir enfermedades profesionales que este personal a día de hoy está expuesto.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Google

Manual básico del auxiliar administrativo <https://transparencia.aragon.es>

<https://acis.sergas.gal>

Capítulo 395

EL PINCHE DE COCINA EN EL CONOCIMIENTO Y LA MANIPULACIÓN DE LA LECHE Y SUS PRODUCTOS DERIVADOS

MARIA SOLEDAD FERNANDEZ PACHECO GALLEGO

CARMEN ALVAREZ MARTIN

M^a DEL MONTE DEL FRESNO MENCHERO

AMPARO PALACIOS CALERO

1 Introducción

El pinche de cocina hospitalaria, como el resto del personal que trabaja en la cocina, debe estar familiarizado con los tipos de alimentos que existen. El conocimiento de estos incluye, también, el saber cómo deben ser manipulados. Existen diferentes formas de clasificar los alimentos. Si tenemos en cuenta la función que tienen en nuestro organismo y se pueden clasificar en: alimentos energéticos, alimentos reguladores, y alimentos plásticos o constructores. La leche y sus derivados pertenecen al grupo de alimentos plásticos o constructores y se caracterizan porque están compuestos principalmente por proteínas de origen animal y por minerales. Otra forma de clasificar los alimentos es según sus nutrientes y se pueden clasificar en los siguientes grupos: grupo 1: leche y derivados; grupo 2: carne, pescado y huevos; grupo 3: legumbres, tubérculos, y frutos secos;

grupo 4: verduras y hortalizas; grupo 5: frutas; grupo 6: azúcar, cereales, pan y pasta; y grupo 7: grasas, aceite y mantequillas.

La leche y sus derivados, pertenecientes al grupo 1, son fundamentales en la formación y el mantenimiento de las estructuras del cuerpo. No se puede olvidar que para el ser humano, como para el resto de los animales mamíferos, la leche va a ser el alimento principal en los primeros momentos de su vida.

La leche aporta gran cantidad de nutrientes, se compone de agua y en cuanto a nutrientes fundamentalmente de hidratos de carbono y, también de proteínas de grasa. También es rica en vitaminas, sobre todo, vitamina A y en minerales, sobre todo, calcio.

La leche cuenta con muchos derivados, todos ellos importantes para la alimentación. Así, la nata se extrae de la leche separándola de ella a través de la centrifugación de la leche o sometiéndola a reposo, es un alimento rico en grasas. Otro de los derivados de la leche es el queso, que se fabrica a partir de la coagulación de la leche con el cuajo y separándola de la mayor parte del suero, nutricionalmente es parecido a la leche, pero aporta mayor cantidad de grasa. La mantequilla es otro de los derivados de la leche a tener en cuenta por la frecuencia de su uso en las elaboraciones y está compuesta principalmente por materia grasa. Finalmente, es necesario mencionar al yogurt, se produce cuando, al añadir fermentos a la leche, estos degradan la lactosa que esta contiene, su aporte nutricional al organismo es muy importante.

La leche y sus derivados pueden ser consumidos de forma directa o utilizados como ingredientes en las elaboraciones finales. Dada la relevancia que tienen la leche y sus derivados en la nutrición de los pacientes hospitalarios, es necesario que el pinche de cocina hospitalaria esté completamente familiarizado con su uso y tratamiento.

2 Objetivos

- Describir los aspectos nutricionales de la leche y sus derivados más importantes para la cocina hospitalaria.
- Exponer las tareas de los pinches de cocina en cuanto a la manipulación de la leche y sus derivados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica ex-

istente. 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. También se han realizado búsquedas en Google utilizando como palabras claves "pinche de cocina y productos lácteos", "productos lácteos en cocina hospitalaria" y "manipulación de los productos lácteos".

4 Resultados

El pinche de cocina hospitalaria, como manipulador de alimentos, debe conocer los procedimientos de conservación y tratamiento que las materias primas deben seguir desde su recepción, durante su preparación y, una vez elaborados, hasta su puesta en servicio.

En el caso de la leche y sus derivados, en general, hay que hacerlo siempre manteniendo la cadena de frío y, específicamente, siguiendo las instrucciones de sus fabricantes tanto en el momento de la adquisición como en el momento en que sus envases han sido abiertos.

En primer lugar hay que distinguir entre la leche y sus derivados cuando se adquieren en su forma fresca o pasteurizada y la leche y derivados ultrapasteurizados o uperizados (UHT). Los lácteos frescos o pasteurizados hay que conservarlos en un rango de temperatura situado entre los 4° C y los 6°C que va entre, es decir, deben estar refrigerados y cuidar de que no pierdan refrigeración al abrir las cámaras frigoríficas o las neveras donde están almacenados.. Los lácteos UHT se pueden conservar a temperatura ambiente de alrededor de 18°C y manteniéndolos en lugares oscuros y secos para evitar que se oxiden.

En cuanto a su manipulación una vez abiertos los envases es importante apuntar la fecha en la que este hecho se ha producido y consultar las recomendaciones del fabricante sobre la duración del alimento a partir de la apertura y las de conservación. También es importante en la manipulación de la leche y sus derivados al abrir los envases que se calcule la cantidad a utilizar en el momento e inmediatamente después volver a refrigerar en las condiciones adecuadas el resto.

Para las recetas elaboradas con ingredientes entre los que se encuentren la leche y sus derivados, las recomendaciones de conservación son las mismas que cuando hablamos de estas materias primas se su forma sin elaborar, pero teniendo en cuenta las siguientes indicaciones: en primer lugar, si la elaboración final no ha pasado por procesos cocción, horneado o congelación, la caducidad de la elaboración es igual e incluso inferior que la caducidad del lácteo utilizado; y, en segundo lugar, refrigerarlos productos elaborados hasta el momento de su con-

sumo.

El pinche de cocina debe tener en cuenta estas medidas y no olvidar las recomendaciones higiénicas generales cuando manipule estos productos como es el minimizar los riesgos de contaminación cruzada utilizando utensilios de uso específico para cada producto y la meticulosidad en la limpieza y la desinfección.

5 Discusión-Conclusión

En la cocina hospitalaria, la leche y sus derivados, son unas materias primas fundamentales tanto en su preparación para el consumo directo como por su utilización como ingredientes para la elaboración de platos por su excelente aportación nutritiva. El uso continuado de estos alimentos hace que el pinche de cocina tenga que estar ampliamente familiarizado con las características de esos alimentos y con su manipulación. Durante su almacenamiento y su preparación es indispensable mantener la cadena del frío. La leche, como el resto de los alimentos ricos en proteínas y agua, es un alimento de alto riesgo que favorece el crecimiento de microelementos, no prestar atención a la adecuada refrigeración puede generar brotes de toxiinfecciones alimentarias. En cuanto a los quesos y otros derivados de la leche, es conveniente asegurarse de que están elaborados a partir de leche pasteurizada o sometidos a procesos de pasteurización. Y en ambos casos: manipulación de la leche y manipulación de sus derivados, evitar riesgos de contaminación cruzada o contaminación ambiental. En definitiva, el pinche de cocina hospitalaria debe especialmente meticuloso cuando aplica a la leche y a sus derivados el reglamento de higiene y seguridad alimentaria al tratarse de alimentos de alto riesgo.

6 Bibliografía

1. Uva.es. [citado el 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/27896/TFG-M-N991.pdf;jsessionid=55BC1099DBF7ADB2884B931E8B928113?sequence=6>
2. Asturias.es. [citado el 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://tematico8.asturias.es/export/sites/default/consumo/seguridadAlimentaria/seguridad-alimentaria-documentos/lacteos.pdf>
3. la Diabetes FP. Grupos de alimentos [Internet]. Fundaciondiabetes.org. [citado el 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/infantil/200/grupos-de-alimentos>

4. TEMA 4: COCINA [Internet]. Navarra.es. [citado el 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.navarra.es/documents/48192/6752503/Tema%204%20%20COCINA.pdf/148917c5-8f6e-5098-dce2-d5a30c26e5ed>

Capítulo 396

EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: HIGIENE PERSONAL DEL PACIENTE ENCAMADO

JOSEFA ALAÑON UTRILLA

MARIA ISABEL VICENTE NAVAS

MARÍA DOLORES NEGRETE GARCIA CONSUEGRA

ÁNGEL MOYA MORA

GUILLERMINA SIMARRO SIMARRO

1 Introducción

Dentro de las funciones que especifica la Orden de 5 de julio de 1971 (aún vigente en el año 2022, después de 51 años de vigencia) está la de que los celadores excepcionalmente lavaran y asearan a los pacientes masculinos que no puedan hacerlo por ellos mismos atendiendo a las indicaciones de sus superiores.

La higiene personal la podríamos definir como el conjunto de actividades que se realizan en un paciente, atendiendo a un protocolo de actuación, para lograr mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud y así poder evitar enfermedades derivadas de la mala higiene corporal.

La higiene corporal o aseo en la cama solo se aplica a pacientes que por sus patologías o por su grado de dependencia deben permanecer encamados.

Este aseo debe ser realizado por dos personas, normalmente dos técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, aunque en algunas ocasiones se solicita ayuda al celador para realizarlo (a pesar de lo que dice la Orden de 5 de julio de 1971, no necesariamente porque sea de sexo varón, sino por necesidades del servicio en el que se encuentra adscrito). Con la intervención de dos personas aumenta la seguridad del paciente y el tiempo de duración de la técnica es bastante menor.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Poner en conocimiento el protocolo de actuación para llevar a cabo la correcta higiene corporal del paciente.

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, paciente encamado, higiene corporal y protocolo de actuación para llevar a cabo la higiene del paciente encamado.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones del celador en el ámbito sanitario, paciente encamado, higiene corporal y protocolo de actuación para llevar a cabo la higiene del paciente encamado, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo la higiene corporal de paciente encamado de sexo masculino:

Recursos personales: Celador y TCAE o dos celadores.

Recursos materiales: guantes desechables, toallas (dos unidades, una para la cara y otra para el cuerpo), jabón neutro, palanganas con agua a 37°, esponjas desech-

ables, productos aseo (colonia, crema hidratante, peine y material de afeitado), pijama limpio y ropa limpia para la cama.

- Preservar la intimidad del paciente.
- Asegurarse que no haya corrientes de aire (cerrado de ventanas y puertas), que la temperatura en el habitáculo sea la adecuada.
- Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Ponerse los guantes.
- Ofrecerle cuña o botella antes del inicio de la técnica y dejarle el tiempo que sea necesario para que realice la micción.
- Colocar cama en posición horizontal, siempre que el paciente no lo tenga contraindicado.
- Retirar colcha y mantas (dejar solo la sábana de arriba para preservar intimidad).
- Quitar pijama o camisón (dejando solo al descubierto la parte que se va a asear)
- Iniciar el aseo:
 - . Lavar los ojos solo con agua y secar.
 - . Lavar el resto de la cara: boca, nariz y resto de la cara. Y secar.
 - . Lavar oídos, cuello y nuca. Y secar.
 - . Desechar toalla.
 - . Lavar brazos, manos y axilas (enjabonar, aclarar y secar).
 - . Lavar tórax y abdomen, aclarar y secar.
 - . Volver a tapar la zona con la sábana.
 - . Enjabonar piernas y pies, aclarar y secar.
 - . Enjabonar zona perineal, aclarar y secar (de arriba hacia abajo).
 - . Poner al paciente en decúbito lateral o prono.
 - . Lavar, aclarar y secar espalda y glúteos.
 - . Dar un pequeño masaje en la espalda con crema hidratante o aceite para estimular la circulación sanguínea de este.
 - . Lavar, aclarar y secar la región anal.
 - . Dar crema corporal en el resto del cuerpo.
 - . Poner pijama limpio.
 - . Llevar a cabo el aseo del pelo.
 - . Llevar a cabo el aseo de la boca (cepillado de dientes).
 - . Aseo de uñas.
 - . Realizar afeitado.
 - . Hacer cama.
 - . Acomodar al paciente.
 - . Recoger todo el material utilizado.

. Quitarse los guantes y desecharlos.

. Higiene de manos.

Normas generales a tener en cuenta:

- El aseo del paciente debe realizarse de forma rápida para evitar que el paciente pueda enfriarse.
- Hay que hacer especial hincapié en el secado de todas las zonas donde existan pliegues.
- Realizar las técnicas apropiadas para la movilización de sondas, goteros, vía intravenosa, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es difícil entender que en la actualidad actual los celadores sigan teniendo en vigor una función tan machista como esta “higiene del paciente de sexo varón”, creemos que ya va siendo hora que nuestras funciones sean revisadas y concretadas en las verdaderas funciones que realizamos en la actualidad y que, si se sigue manteniendo la función de ayudar a médicos y DUES se nos reconozca como personal sanitario y no seguir siendo considerados personal no sanitario en instituciones sanitarias,

Por otra parte, tenemos que ser conscientes que debemos conocer a la perfección la secuencia que se sigue en la higiene corporal (y por ejemplo no empezar con la higiene anal y a continuación con la limpieza de los ojos).

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.

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

Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.

Capítulo 397

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CÓMO SE GESTIONA LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

ANA BELÉN TABASCO GUILLÉN

NOELIA TOSCA RODRIGUEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

1 Introducción

La tarjeta sanitaria es el documento identificativo que permite derecho de acceder a los servicios sanitarios a los usuarios del Sistema de Salud.

La documentación necesaria que necesita el auxiliar administrativo para tramitar la tarjeta sanitaria sería: DNI del titular, el libro de familia, DNI de los beneficiarios mayores 14 años, acreditación del derecho a la cobertura sanitaria pública y el certificado de empadronamiento para acreditar la residencia.

Las unidades administrativas de los Centros de Salud, son los encargados de la realización de la tarjeta sanitaria, siendo el auxiliar administrativo el encargado de tramitar esta gestión.

Cada usuario dispone de su propia tarjeta sanitaria, independientemente de la edad, y le identifican como usuario del Sistema de Salud autonómico al que pertenezca, para el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

La tarjeta sanitaria es la clave de los ciudadanos para acceder al sistema sanitario público, por eso una persona que la solicita obtiene información, además, se realiza una identificación sobre lo que el paciente demanda y su situación actual. Los auxiliares administrativos de los centros de salud deben tener un elevado conocimiento sobre todas las gestiones que rodean a la tarjeta sanitaria y pleno conocimiento de programas informáticos para orientar y dar respuestas e información a los usuarios.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es analizaremos en que consiste la tarjeta sanitaria, sus funciones y características y los requisitos que hacen falta para obtenerla y los trámites necesarios para solicitarla.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica de artículos y revistas y en bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline, también en buscadores de internet como Google, con palabras clave “tarjeta sanitaria” “trámites y gestiones para solicitar la tarjeta sanitaria”.

4 Resultados

Los datos que contiene la tarjeta sanitaria, son los siguientes: o Dirección del centro de Atención Primaria. o Nombre del centro . o Nombre y apellidos del médico/a y del enfermero/a asignados. o Los teléfonos de cita previa y de urgencias. o Código de Identificación de asistencia sanitaria del Profesional CIP. o Código de identificación del tipo de tarjeta (CITE). o Nombre y apellidos del usuario. o Números del DNI, pasaporte o NIE. o Código de identificación personal de la comunidad autónoma (CIP). o Número de orden de la tarjeta sanitaria. o Número de afiliación a la seguridad social. o Tipo de aportación de farmacia. Los encargados de gestionar todas las tarjetas sanitarias son las Comunidades Autónomas, pero los encargados de realizar cualquiera de los trámites necesarios de la tarjeta son los auxiliares administrativos .

La tarjeta sanitaria es un documento personalizado , individual e intransferible , en el cual está acreditado el derecho a la asistencia sanitaria, derecho a recibir asistencia sanitaria pública en todo el territorio español, también incluye

la aportación farmacéutica que corresponde al titular y a los beneficiarios que estén incluidos dentro de ella, dependiendo de sus condiciones laborales. Es individual e intransferible para cada asegurado o beneficiario y es necesario presentarla a la hora de recibir cualquier tipo de asistencia sanitaria, es aconsejable tenerla siempre encima junto con el documento nacional de identidad (DNI).

El auxiliar administrativo desde el Centro de Salud tramita la tarjeta, que será remitida al domicilio del ciudadano, los documentos necesarios para sus tramitaciones, son los siguientes:

- DNI o NIE del titular.
- DNI de los beneficiarios mayores de 14 años.
- Libro de familia si algún beneficiario es menor de 14 años.
- Certificado de empadronamiento.
- Documento de afiliación a la seguridad social.

5 Discusión-Conclusión

La tarjeta sanitaria también es utilizada para la receta electrónica, lo cual agiliza el trámite y es más cómodo para ciertas personas.

La tarjeta sanitaria es individual y única para cada persona titular y beneficiaria de un asegurado, es el documento necesario para identificar a los pacientes para el acceso a los Servicios Sanitarios, así como para recibir asistencia sanitaria o realizar algún procedimiento administrativo.

El auxiliar administrativo debe recoger todos los datos y toda la documentación clínica, así como revisar que no falte nada, para una correcta tramitación de la tarjeta sanitaria y dar el derecho de asistencia, ya que esta es la puerta de entrada de los usuarios.

6 Bibliografía

- Real Decreto 183/2004 de 30 de Enero por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
- Ley 16/2003 de 28 de Mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de salud.
- www.seg-social.es

Capítulo 398

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS LEY ORGÁNICA 3/2018 DE 5 DE DICIEMBRE

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

ANA BELÉN TABASCO GUILLÉN

MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

NOELIA TOSCA RODRIGUEZ

1 Introducción

La ley de Protección de Datos Personales reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se ha recogido sobre las personas en las bases de datos o archivos que son susceptibles de tratamiento por las entidades privadas o públicos.

Los datos personales relativos a la salud están considerados como datos sensibles y especialmente protegidos, como una categoría especial de datos personales.

Nos referimos a los datos que se refieren a la situación de salud o enfermedad de los usuarios. Los datos personales a la salud constituyen una categoría especial de datos y los pacientes se consideran colectivos vulnerables en el tratamiento de datos.

En los hospitales y centros de salud, los auxiliares administrativos son los que más trabajan y necesitan los datos de los pacientes, así como el manejo de historias clínicas, por ello están obligados a cumplir ciertas exigencias especiales con el tratamiento de la información de los pacientes.

Los datos de las bases de datos sanitarios son de dos tipos: los que identifican a las personas y la información acerca de su estado de salud.

Según la Constitución Española, en su artículo 18.4 la protección de datos es un derecho fundamental que goza de una protección especial y en el personal sanitario se deposita la responsabilidad y obligación de protegerlos y custodiarlos.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es analizaremos los derechos de los pacientes y usuarios, revisando algunos puntos de la ley de protección de datos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave “protección de datos” y “Ley de Protección de datos”.

4 Resultados

Tanto el personal sanitario como el no sanitario es conocedor de la información personal de los pacientes en el desarrollo de sus funciones y son conscientes dar cualquier dato de los pacientes es un delito recogido en la Ley de Protección de Datos y que de hacerlo conllevaría a sanciones que van de leves a graves.

El personal administrativo es el responsable del tratamiento de los datos de los pacientes recogidos en sus historias clínicas y deben de conservar, proteger y custodiar todas las que se utiliza mientras dure la atención sanitaria del paciente. La historia clínica es el conjunto de documentos asociados al proceso asistencial de los pacientes, en los cuales está incluida la información sobre el estado de salud en el pasado, en el presente y en el futuro. En ella se encuentra información transcendental para conocer y verificar los antecedentes de la salud de los pacientes. Los responsables de estos datos son los propios médicos o los centros

hospitalarios públicos o privados, su obligación es elaborar, custodiar e implantar medidas de seguridad adecuadas para no extraviarse o sea de acceso a terceros. Como decíamos anteriormente, la protección de datos está recogida en la Constitución y consta como un derecho fundamental regulado por la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, en esta normativa afecta a los empleados que desempeñan el trabajo en el ámbito sanitario y en instituciones sanitarias .

Los usuarios tienen el derecho a solicitar una copia de su historia clínica para ir a otro especialista, también tienen derecho rectificar o suprimir cualquiera de sus datos. No se solicita consentimiento cuando son para este tipo de casos o para una tramitación de una invalidez.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario y no sanitario son los que continuamente están manejando y recibiendo estos datos de los pacientes, algunos datos más utilizados son: DNI, nombres completos, direcciones, teléfonos, número de tarjeta sanitaria, etc., y otros más relativos como son medicamentos, cirugías, antecedentes familiares, etc.

Los principales dueños de los datos son los propios usuarios, ellos mismo pueden hacer el cambio o la rectificación de los mismos o incluso anularlos para que no aparezcan.

Los trabajadores deben de estar recibiendo información para la prevención de los datos, ya que relevar datos de pacientes es un delito que está recogido en la Ley de Protección de Datos.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales del 5 de Diciembre de 2018.
- Reglamento General de Protección de Datos de 25 de Mayo del 2018.

Capítulo 399

PRINCIPALES FUNCIONES DE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN HOSPITALES

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

ANA BELÉN TABASCO GUILLÉN

NOELIA TOSCA RODRIGUEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA TORRES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

1 Introducción

El perfil de auxiliar administrativo debe de ser competente, con alta capacidad de escucha, gran sentido de ética, capaz de desenvolverse adecuadamente, responsables y comprometidos con las funciones administrativas.

Los auxiliares administrativos se dedican a aquellos trabajos como son apoyo, el material, secretarías de planta y servicios, historias clínicas y tratamiento de los datos para la informática.

Los hospitales están destinados a prestar atención y asistencia a enfermos promedios profesionales que constituyen el equipo de atención hospitalaria, entre ellos destacan médicos, enfermeras, celadores, auxiliares administrativos, personal de lavandería y plancha, técnicos de radiodiagnóstico, telefonistas, etc.

Los auxiliares administrativos desarrollan unas funciones importantes dentro de la organización de los hospitales, atienden al usuario tanto presencial como telefónico, y tratan los datos informáticos, organizan los expedientes, gestionan las citas, escriben documentos y son encargados de las tareas administrativas.

Podemos distinguir 3 puntos clave de las funciones:

- Encargarse del apoyo material, ejercicio y desarrollo de las tareas administrativas de los hospitales.
- Realizar funciones de secretarías de plantas y servicio del hospital.
- Realizar funciones de preparación de los datos de la información.

Dentro de estas tareas, se incluyen una gran variedad de tareas administrativas de tipo auxiliar administrativo dentro del ámbito sanitario del hospital.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer y las principales funciones del auxiliar administrativo dentro de un hospital, para que de esta manera funcionen de manera correcta y se conozca lo importantes que son dentro del ámbito hospitalario y los centros de salud.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación en revisiones bibliográficas sobre artículos en Google con palabras clave como “funciones del auxiliar administrativo en hospitales”. También en principales bases de datos como Pubmed.

4 Resultados

Las funciones se recogen en la orden 28 de mayo de 1984, de Estatuto Del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las instituciones sanitarias de la seguridad social.

Las principales funciones del auxiliar administrativo son:

- Posibilitar un nivel de calidad de atención desde atención de cita previa.
- Atención al público, atención telefónica, atención de fax y hacer fotocopias.
- Elaboración, mantenimiento y actualización de ficheros y archivos.
- Gestionar y manejar los programas.
- Manejar el equipo de ofimática y actualizar la base de datos.

- Apoyo administrativo a la gestión y seguimiento del área.
- Estadísticas y elaboración de listas.
- Informes mensuales y gestión de los cobros.
- Información continuada del servicio social de base.
- Atención al paciente.
- Gestionar citas sin necesidad de desplazarse.
- Gestionar la admisión de enfermos.
- Localizar e informar a los familiares de los pacientes.
- Tramitarán las solicitudes del transporte sanitario.

Los auxiliares administrativos suelen verse afectados por problemas de salud como la fatiga o el estrés, las molestias en el cuello, trastornos lumbares, el túnel carpiano y alteraciones visuales.

El auxiliar administrativo es la primera persona que atiende a los pacientes a la llegada a los centros hospitalarios, su labor es atender a estos de forma clara y entender lo que diga.

Los auxiliares administrativos tienen infinidad de funciones en los centros hospitalarios y sirven de gran ayuda para coordinar las distintas áreas hospitalarias. El auxiliar administrativo es el encargado de los aparatos informáticos con multitud de datos. Se encarga de incorporar la documentación nueva y los archivos correspondientes, de manera que quede disponible de una manera eficiente, ordenada y secuencial para su acceso, manteniendo siempre la protección de datos y la intimidad.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del auxiliar administrativo son varias, desde atención al paciente, gestionar citas, admisión de pacientes o incluso en el registro y gestión de cobros. Siempre tienen la información del usuario, la cual tienen que tener cuidado con mantener la protección de datos y el derecho a la intimidad en todo momento del paciente.

Todas las funciones que realiza un auxiliar administrativo son muy necesarias para los hospitales, porque se encargan de gestionar las citas a los pacientes y gestionar los datos en el sistema informático, en ellos no funcionaría bien el hospital, ya que ellos proporcionan una comunicación importante con las pacientes.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com

- Pubmed.
- www.boe.es:
decreto 1718/2010 de 17 de Diciembre.

Capítulo 400

TRATAMIENTO DE DATOS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PATRICIA RUBIO SÁNCHEZ

INMACULADA NUÑEZ ALMENA

GEMMA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

NATALIA PERONA VALENTÍN

1 Introducción

El tratamiento de datos de un paciente clínico será rellenado y consultado por el personal sanitario que atiende a dicho paciente, nadie más deberá acceder a sus archivos o historia clínica, a no ser que sea necesario o inevitable.

En el caso del auxiliar administrativo, no son personal sanitario, pero sí tendrán en primera instancia acceso a su tratamiento de datos mediante sobre todo el ingreso en el centro sanitario, necesitando recabar toda la información posible como sus datos personales.

Debido al trabajo que desempeña el auxiliar administrativo, llega a tener acceso a archivos de pacientes del día a día (ya que todo se digitaliza), y que puede contener información que puede causar un daño a su intimidad o no, pero es información privada y no puede divulgarse sin el consentimiento del paciente. Dicha información puede llegar a ser delicada y que, además, está protegida por la ley y que son de vital importancia para estos casos.

El auxiliar administrativo debe cuidar muy bien de dicho tratamiento de datos. En nuestro trabajo nos centraremos en que consiste el tratamiento de datos clínicos y en la figura del personal administrativo y la facilidad que tiene a su alcance de poder acceder a los datos de cualquier paciente y su historia clínica.

2 Objetivos

El objetivo principal objetivo de nuestro trabajo de investigación será:

- conocer el tratamiento de datos clínicos por parte del auxiliar administrativo
- resaltar la importancia de la ley de protección de datos

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 tratamiento de los datos personales, consiste en cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales, ya sea por procedimientos automatizados, la recogida, registro, organización, estructuración, conservación, adaptación o modificación..., o cualquier otra forma de habilitación de acceso.

Como todos sabemos, la información incluida en el historial médico está restringida al personal directamente implicado en el tratamiento del paciente, los cuales están obligados a guardar secreto médico y no podrán revelar datos relacionados con la salud de los pacientes.

La Ley de Protección de Datos se encarga de regular el tratamiento de nuestros datos personales, fuera, y, sobre todo, dentro de Internet. Para evitar los riesgos de fraude, acoso o extorsión, es muy importante hacer un uso responsable de la información y proteger los datos con todos los medios a nuestro alcance.

El auxiliar administrativo es el personal que trabaja en un centro sanitario que mayor acceso tiene a los datos relativos a pacientes y a sus historias clínicas, por lo tanto, serán de los más comprometidos en cumplir con la ley de protección

de datos y en acceder a las historias clínicas en caso de que les sea demandado por facultativos que tratan dicha historia o en casos extremos por inspectores o agentes de la ley, nunca jamás el personal administrativo tiene ningún derecho de revisar ninguna historia clínica o consultar ningún dato de pacientes ya sean conocidos o no .

En esta época que vivimos y debido a que todo ha sido o está siendo digitalizado, cabe la posibilidad de que cualquier auxiliar administrativo, con tan solo pulsar un botón, puede acceder a cualquier historia clínica de cualquier paciente y que pueda llegar a tener la tentación de consultar dicho historial (sobre todo, si, además, es una persona conocida), esto se considera saltarse la ley de protección de datos y está establecido y reconocido en la ley como delito.

La adecuada formación y preparación del personal auxiliar administrativo en este tema hará que puedan realizar su trabajo con mayor conocimiento y facilidad y así evitar problemas jurídicos por atentar contra la intimidad del paciente .

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que día tras día la ley de protección de datos es más conocida en todos los ámbitos profesionales , y poco a poco ese conocimiento hace que todos seamos más precavidos y conscientes de lo que significa.

En nuestro caso particular del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario veremos que es un personal cada vez más formado en el tratamiento de datos de pacientes , por lo que son muy profesionales a la hora de elaborar y tratar dichos datos, en caso contrario estarían saltándose la ley de protección de datos e infringiendo la ley .

La buena preparación de este personal no sanitario es el éxito del mejor tratamiento de datos clínicos.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

manual básico del auxiliar administrativo

Wikipedia <https://microlabhard.es>

Capítulo 401

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS. FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL ÁREA DE TRIAJE

ANTONIO GOMEZ MORENO

MARÍA DEL PILAR DE MARCOS MARTÍNEZ

MANUEL VIDAL VARELA

MARIA DEL PILAR VELÁZQUEZ GONZALEZ-MOHÍNO

LUIS ANTONIO RODRÍGUEZ CALLEJA

1 Introducción

En las urgencias de algunos centros sanitarios es utilizado el Sistema estructurado de triaje (SET), método de triaje llevado a cabo por equipo de enfermería que divide el triaje en cinco categorías. Este sistema permite priorizar la urgencia del estado clínico de cada paciente, sobre el funcionamiento organizativo de los profesionales del servicio de urgencias.

Sin embargo, el método de triaje más utilizado en las urgencias de los centros hospitalarios es el Sistema de triaje Manchester (MTS). Al igual que con el método SET, se prioriza la urgencia del paciente, estableciendo unos tiempos máximos de espera del paciente dependiendo del nivel en el que se encuentre.

- Estado crítico del paciente. Color Rojo. La atención debe ser inmediata, ya que el paciente no puede esperar.
- Estado de emergencia del paciente. Color Naranja. La atención debe ser llevada a cabo en los próximos 10 minutos una vez triado.
- Estado de urgencia del paciente. Color Amarillo. La atención debe ser llevada a cabo en los próximos 60 minutos una vez triado.
- Nivel estándar. Color verde. La atención debe ser llevada a cabo en los próximos 120 minutos una vez triado.
- Nivel no urgente. Color azul. La atención debe ser llevada a cabo en los próximos 240 minutos una vez triado.

2 Objetivos

- Conocer la clasificación y priorización de los pacientes en el servicio de urgencias según el método MTS.
- Conocer los métodos de triaje utilizados en las urgencias hospitalarias.
- Enumerar las funciones de los celadores en el área de triaje de las urgencias hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE TRIAJE

Los celadores adscritos al servicio de urgencias que se encuentren en el área de triaje deberá desarrollar las funciones generales llevadas a cabo por todo el equipo de celadores del servicio de urgencias, sin excepciones del área en el que se encuentre ubicado.

FUNCIONES GENERALES AL SERVICIO DE URGENCIAS

- Controlar y hacer guardar silencio de pacientes y familiares dentro de la unidad de urgencias.

- Mostrar a pacientes y familiares como funciona el sistema de frenado de las sillas de ruedas y camillas.
- Derivar al médico responsable del paciente toda consulta sobre el diagnóstico o tratamiento del paciente, no haciendo comentarios sobre la evolución del paciente.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- Recoger las pegatinas con los datos de los pacientes que acuden al servicio de admisión de urgencias, y llevarlos al triaje para que el equipo de enfermería trié a los pacientes.
- Una vez triados los pacientes, repartir las pegatinas de los pacientes por las diferentes áreas de la unidad (pediatría, traumatología, cirugía, medicina general, oftalmología, cardiología, etc.), dependiendo de su triaje, para que sean llamados por los médicos especialistas.
- Trasladar a los pacientes desde la sala de espera hasta el área de triaje.
- Trasladar a los pacientes desde el área de triaje hasta las consultas donde han sido derivados.
- Transferir a los pacientes desde las camillas de las ambulancias a las camillas del servicio de transferencias.
- Llevar el material sanitario al servicio de esterilización para su desinfección y esterilización.
- Recoger el material de esterilización de la unidad de urgencias.
- Recoger el material urgente del almacén general del hospital.
- Recoger la medicación del servicio de farmacias y distribuirlo en las consultas, boxes y salas de observación.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el servicio de urgencias de los centros hospitalarios. Funciones de los celadores en el área de triaje” nos demuestra el papel tan importante realizado por equipo de enfermería de triaje, ya que triar a un paciente y clasificarlo en un nivel equivocado puede poner en grave peligro la vida del paciente.

Por otro lado, se ha podido comprobar las funciones llevadas a cabo por los celadores del área de triaje, siendo estos los encargados de recibir a los pacientes y trasladarlos a las consultas de especialidades donde los ha derivado el área de triaje.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- [www-rae.es](http://www.rae.es)

Capítulo 402

EL CELADOR EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS. FÉRULAS DE INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES

MARÍA DEL PILAR DE MARCOS MARTÍNEZ

MANUEL VIDAL VARELA

MARIA DEL PILAR VELÁZQUEZ GONZALEZ-MOHÍNO

LUIS ANTONIO RODRÍGUEZ CALLEJA

ANTONIO GOMEZ MORENO

1 Introducción

Cuando un paciente acude al servicio de urgencias con posibles fracturas es derivado al área de traumatología, donde los médicos especialistas se encargan de pedir las pruebas exploratorias y diagnosticas necesarias para comprobar si el paciente ha sufrido una fractura.

Para llevar a cabo estas pruebas, es necesario ser trasladado por el equipo de celadores hasta el servicio de radiología de urgencias y movilizado en dicha unidad para traspasarlo a la mesa de exploraciones de rayos. Dicha actuación

deberá ser realizada en bloque, teniendo mucho cuidado y siguiendo las órdenes del traumatólogo mientras supervisa la movilización. Para evitar que las lesiones o fracturas se agraven con el movimiento se inmovilizarán las zonas corporales fracturadas del paciente, con la ayuda de materiales auxiliares de inmovilización. María del Carmen Esquinas y Julia Cordon coautoras de “ El celador en la unidad de cuidados intensivos” han definido la inmovilización como “Actuaciones o técnicas llevadas a cabo para evitar la movilización del paciente o de determinadas zonas corporales”.

Al igual que el paciente puede sufrir lesiones con la movilización, los celadores pueden sufrir sobrecargas musculares o daños en la columna vertebral, por lo que será de vital importancia que los celadores posean conocimientos amplios sobre una buena ergonomía durante la realización de actividad de movilizar a un paciente.

2 Objetivos

- Definir el término de inmovilización.
- Conocer los diferentes elementos utilizados para inmovilizar las extremidades en el área de traumatología del servicio de urgencias del centro sanitario.
- Exponer las funciones de los celadores con los pacientes traumatizados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante el traslado o movilización de los pacientes traumatizados es de vital importancia que las zonas corporales afectadas no sufran más daño, para evitar este hecho se inmovilizará las partes corporales traumatizadas con férulas de inmovilización.

Existe en el mercado una gran variedad de férulas y su elección dependerá del objetivo que se busque lograr con su utilización.

FÉRULAS DE INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES

Las férulas de inmovilización son muy utilizadas tanto en la unidad de traumatología del servicio de urgencias como en la unidad de cuidados intensivos.

Para su utilización y colocación se seguirán los siguientes pasos de actuación:

- Valorar previamente el pulso del paciente.
- Alinear la extremidad lesionada.
- Valorar nuevamente el pulso, cuando ha sido alineada la extremidad traumatizada.
- Colocar la férula indicada para la lesión.
- Valorar nuevamente el pulso, si no existiera pulso, se aflojará la férula liberando presión.

TIPOS DE FÉRULAS

- Férulas neumáticas.

Material: plástico o nylon.

Formada por varias cámaras de aire que son rellenas a través de una válvula que permite la entrada y salida de aire.

Colocación del miembro en el interior de la férula, realizando la mínima movilización de la zona afectada. Una vez introducida en la férula, cerrar la cremallera y se inflará con la ayuda de una bomba de aire.

Dichas férulas no afectan a la realización de pruebas radiológicas.

- Férulas de vacío.

El material utilizado en las férulas de vacío es más resistente que el de las férulas neumáticas. El interior está relleno de partículas de poliéster, y será realizado el vacío con la ayuda de un aspirador de secreciones.

Permiten una inmovilización más eficaz.

Las férulas de vacío permite comprimir la zona corporal que presenta graves hemorragias.

- Férulas de tracción.

Material rígido y metálico, cuyo sistema tolera la tracción lineal de la zona corporal afectada.

Dichas férulas afectan a la realización de pruebas radiológicas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el área de traumatología del servicio de urgencias. Férulas de inmovilización de extremidades” nos demuestra la variedad de férulas utilizadas

por el servicio de traumatología de urgencias y la unidad de cuidados intensivos para inmovilizar extremidades corporales y poder llevar a cabo la movilización del paciente sin agravar la situación de la fractura.

Del mismo modo, el celador deberá conocer las técnicas de movilización de los pacientes traumatizados o politraumatizados para realizar un buen aprendizaje de dichas técnicas y poder realizar un entrenamiento diario para evitar lesiones o futuros problemas de salud, debido a una mala actuación durante la movilización del paciente.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. 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. Edición2021
- JUNTA DE ANDALUCÍA. Prevención de riesgos laborales. 1º Edición. Andalucía. Iniciativa comunitaria ADAPT Módulo V.
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 403

EL CELADOR EN URGENCIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

JAVIER GÓMEZ LÓPEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

1 Introducción

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza una asistencia integral y la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, a través de los servicios de los profesionales del Centro de Salud. según el gobierno de España: La atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales como auxiliares de enfermería y celadores. Es aquí donde desgranaremos cuales son las funciones que realizan los celadores en estos centros de atención continuada.

Forma un eslabón muy importante dentro del equipo para poder proporcionar una asistencia lo más eficaz, rápida y de calidad humana hacia unos pacientes que en esos momentos lo que necesitan es un buen trato por parte de todos los profesionales que se encuentran en el centro en ese momento.

Vamos por lo tanto a entrar en materia de estudio de dichas competencias.

2 Objetivos

La finalidad de este estudio es dar visibilidad a la importancia de los medios humanos que conforman los equipos de asistencia urgente en la atención primaria y más en concreto de los celadores, una figura un tanto olvidada en la mayoría de los ámbitos.

3 Metodología

Para la realización de este estudio hemos recopilado datos a través de internet, así como de diversos libros que versan sobre la materia y de múltiples editoriales que contienen datos contrastados y verificados sobre el tema; además hemos extraído ideas basadas en nuestra propia y dilatada experiencia.

4 Resultados

Vamos a ir añadiendo poco a poco cuales son las funciones de un celador que forma parte del equipo que conforma las urgencias de la atención primaria:

- Estará a su cargo la labor de abrir el centro y posteriormente cerrarlo. El horario dependerá de las características que tenga el susodicho centro, sobre todo influirá el horario. Como forma habitual el horario entre semana será una guardia de 17 horas, y en fin de semana y festivos cuando los centros de salud permanezcan cerrados, de 24.
- Recibirá a los pacientes que acudan a las urgencias del centro, tomándoles su identificación e inscribiendo sus datos en el programa informático para que posteriormente el médico o profesional sanitario tenga un acceso rápido y eficaz a la historia clínica.
- Una vez que los datos están en el programa informático, avisará con la mayor celeridad posible y si ha y varios pacientes atendiendo a al más urgente a los médicos y enfermeras para su valoración y tratamiento.
- Citar a los pacientes para la consulta del médico y de enfermería para una posterior valoración en los centros de salud a los cuales pertenezca siempre y cuando sea ordenado por el médico que ha llevado a cabo la valoración del paciente.
- Atender el teléfono y tomar nota de los avisos para la atención médica domiciliaria, llamadas de particulares que precisan una consulta telefónica así como avisos del centro de coordinación del 112, notificándolos al personal sanitario (médico y enfermera).

-Ayudará al personal sanitario presente en el centro a todas aquellas labores que le sean encomendadas dentro de sus competencias, así como trasladar a los pacientes dentro de las dependencias de las urgencias siempre y cuando le sean encomendadas por los sanitarios allí presentes.

5 Discusión-Conclusión

Para que la atención al usuario en el centro de atención de urgencias del servicio de primaria sea rápida, eficaz, y con la mayor probabilidad de éxito, es muy importante conocer y tener bien definidas las funciones de cada una de las personas que forman el equipo de urgencias del centro de salud en cuestión.

Con todo lo expuesto anteriormente una cosa queda clara, y es que el celador forma una parte muy importante en la conexión paciente-médico, haciendo mucho más humana y eficiente la atención temprana. También con su amplio abanico de funciones, ayuda a dar dinamismo, rapidez y eficiencia al trato y diagnóstico de pacientes.

6 Bibliografía

1-Ministerio de Sanidad - CS-AU-AtencionUrgencia<https://www.sanidad.gob.es>

>

2-El celador en Urgencias de Atención Primaria - Ocronos<https://revistamedica.com>

3-Gerencia atención primaria Comunidad de Madrid.

4-Atención primaria de salud - Wikipedia, la enciclopedia libre.

Capítulo 404

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN EN BLOQUE DE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO O CON TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

MARI CARMEN JIMÉNEZ MARTÍNEZ

JORGE CARPIO DÍAZ

1 Introducción

En los centros sanitarios una de las actuaciones más repetida es la movilización de los pacientes por diferentes motivos. El profesional encargado de dichas movilizaciones será el celador, siempre ayudado o auxiliado por otro celador, o por el equipo de enfermería.

Actividades médico-sanitarias que propician la movilización de los pacientes:

- Realizar el aseo diario y cambiar la ropa de cama.
- Realizar curas de heridas o post-operatorios.
- Realizar pruebas exploratorias o de diagnóstico, siendo necesario el traspaso del paciente de la cama o la camilla donde es trasladado a la mesa de radiología, mesa de operaciones...
- Trasladar a los pacientes desde la cama a la camilla y viceversa.

Durante cualquier movilización que realice el celador deberá tener en cuenta los principios de ergonomía corporal para evitar daños corporales y futuras lesiones. Del mismo modo se deberán tener en cuenta una serie de reglas antes de llevar a cabo la movilización.

- Retirar la ropa de cama para tener buena visualización de vías, sondas, drenajes... Colocar una entremetida para sobreguardar la intimidad del paciente.
- Utilizar la sábana como elemento de arrastre para movilizar al paciente.
- Comunicar al paciente la actuación que se le va a realizar.
- Movilizar al paciente despacio y evitando tirones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Enumerar las diferentes situaciones en las cuales se movilizará al paciente.

Objetivos secundarios:

- Conocer las reglas básicas previas a la actuación de movilizar al paciente.
- Conocer el procedimiento de actuación en la movilización en bloque de pacientes politraumatizados o con traumatismo raquímedular.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes cuyas patologías o diagnósticos clínicos requieren una movilización en bloque, serán movilizados manteniendo el cuerpo alineado.

En pacientes politraumatizados o con lesiones medulares, se deben seguir una serie de pautas durante su movilización para evitar el aumento de la lesión, o provocar lesiones adicionales.

La técnica de movilización en bloque necesitará la actuación de 3 profesionales como mínimo, siendo recomendada la intervención de 5 profesionales.

Procedimiento a realizar durante la movilización en bloque del paciente:

- Colocarse un profesional a cada lado de la cama y posicionar el cuerpo manteniendo una correcta ergonomía corporal.
- Cruzar sobre el pecho del paciente sus brazos.
- Los profesionales deberán inclinar el tronco hacia el paciente, a la vez que son flexionados tobillos, caderas y rodillas.
- Si la actuación requiere la actuación de tres profesionales, colocándose uno en la cabeza del paciente, los otros dos profesionales posicionarán los brazos por debajo del paciente.
- Flexionar rodillas y mantener en tensión los músculos de glúteos, abdomen, piernas y brazos.
- Subir las barandilla del paciente hacia el lado que va a ser movilizándolo, evitando de esta manera la caída del paciente.
- A la orden del profesional colocado en la cabeza del paciente, movilizarán a la vez al paciente hacia un lateral.
- Realizar la actividad por la cual se ha movilizó al paciente.
- Posicionar al paciente nuevamente en la posición de decúbito supino.

Procedimiento a realizar durante la movilización en bloque del paciente con la ayuda de una sábana:

- Los profesionales se posicionarán en el lado del paciente hacia el cual va a ser movilizó.
- Llevar a cabo una buena ergonomía corporal.
- Sujetar la sábana del paciente, del lado posterior.
- Tras la señal de la persona que se encuentra en la cabeza del paciente, los profesionales girarán a la vez al paciente utilizando la sábana.
- Realizar la actividad por la cual se ha movilizó al paciente.
- Posicionar al paciente nuevamente en la posición de decúbito supino.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del celador en la movilización en bloque de un paciente politraumatizado o con traumatismo raquímedular” nos refleja la importancia de la actuación de los celadores durante la movilización de los pacientes que requiere una movilización en bloque, resultado de vital importancia seguir unas pasos de actuación para evitar agravar la situación tan delicada que presentan este tipo de pacientes.

Cabe destacar la necesidad de poseer unos conocimientos adecuados de movilización de pacientes, y de saber actuar ante este tipo de pacientes, siguiendo en todo momento las indicaciones del médico responsable de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. 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. Edición2021.
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 social.
3. Rodríguez, F., Castro, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
4. www-rae.es

Capítulo 405

EL CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO: REALIZACIÓN DE CAMA OCUPADA POR PACIENTE

JOSEFA ALAÑON UTRILLA

GUILLERMINA SIMARRO SIMARRO

ÁNGEL MOYA MORA

MARÍA DOLORES NEGRETE GARCIA CONSUEGRA

MARIA ISABEL VICENTE NAVAS

1 Introducción

En el ámbito sanitario se utiliza la terminología de cama hospitalaria para referirse a camas destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados. Dentro de las camas hospitalarias se incluyen las incubadoras fijas y las cunas (menos las que están ocupadas por los recién nacidos normales).

Las camas en el ámbito sanitario deben cumplir con una serie de características, entre las que cabe mencionar:

- Debe ser cómoda.
- Aportar seguridad al paciente.
- Capacidad de cambiar la postura del paciente (subir cabecero, levantar pies, etc.).
- Deben ser móviles.

Y se considera cama ocupada aquella que está siendo utilizado por un paciente hospitalizado. En este capítulo nos vamos a centrar en las camas de pacientes que están encamados (no se pueden levantar de la cama) bien por sus patologías, por prescripción facultativa o por tener un gran grado de dependencia. En estos casos es necesario realizar el aseo de la cama (cambio de sábanas, protectores, fundas de almohada, etc.) con el paciente ubicado en esta, aunque el aseo de la cama corresponde a los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería cuando por razones asistenciales o por orden de mandos superiores se puede requerir la ayuda del celador de planta para desempeñar esta función.

2 Objetivos

Poner en conocimiento el protocolo de actuación y normas generales para llevar a cabo la realización de una cama ocupada.

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, cama hospitalaria, cama ocupada, normas generales para realizar una cama ocupada y protocolo de actuación para llevar a cabo la realización de una cama ocupada.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones del celador en el ámbito sanitario, cama hospitalaria, cama ocupada, normas generales para realizar una cama ocupada y protocolo de actuación para llevar a cabo la realización de una cama ocupada, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Normas generales para la realización de cama ocupada con paciente:

- La ropa de la cama nunca debe tocar el suelo.
- La ropa de la cama nunca debe tocar el uniforme del trabajador.
- Estimular la conversación del paciente durante el proceso.

Protocolo de actuación para llevar a cabo la realización de una cama ocupada por paciente:

- Preservar intimidad del paciente con biombo o cortinas de separación entre paciente si las hubiera.
- Asegurarse que no existen corrientes de aire.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Explicar al paciente la técnica que se le va a realizar, motivándolo a que colabore en la medida de sus posibilidades.
- Poner cama en posición horizontal (si no está contraindicado)-
- Soltar puntos de sujeción de la ropa.
- Retirar colcha.
- Retirar manta/s.
- Mantener sábana de arriba (con ella se protege la intimidad del paciente).
- Quitar almohada.
- Mover al paciente hacia un lateral de la cama.
- Quitar sábana bajera doblándola hasta llegar a la espalda del paciente.
- Colocar sábana bajera limpia, doblándola en abanico en el centro (esquinas en mitra).
- Girar al paciente hacia el lado opuesto (donde ya está la sábana bajera limpia puesta).
- Se quita la sábana bajera sucia y se tira de la limpia de tal forma que no quede ninguna arruga, con esquinas en mitra.
- Se coloca al paciente en decúbito supino.
- Se quita sábana de arriba sucia y se sustituye por limpia, fijándose esta ultima a los pies en mitra sin que oprima los pies del paciente.
- Se coloca manta, fija en los pies en mitra.
- Se coloca colcha, fijándose a los pies en mitra.
- Quitar funda sucia almohada y poner limpia.
- Colocar almohada al paciente.
- Acomodar al paciente (atendiendo a los cambios posturales, es decir que, si el paciente quiere estar en decúbito supino, pero le toca posición de decúbito lateral izquierdo, esta ultima es la que le tenemos que dejar).
- Asegurarse de que sondas, goteros, etc. están bien puestos y no presentan ninguna obstrucción.
- Recoger ropa sucia y depositar en el contenedor adecuado para su recogida.
- Quitarse los guantes y desecharlos.
- Lavarse las manos con agua y jabón.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente que antes de que un celador lleve a cabo el cambio de ropa de una cama ocupada con paciente debe conocer el protocolo de actuación que debe seguir y las normas generales para realizarla, de no ser así puede ocasionar innumerables problemas a los pacientes entre los que se podría mencionar: dejar arrugas en las sábanas (que le pueden provocar úlceras por presión),no realizar bien la movilización de sondas, goteros (obstrucciones o incluso arrancarlos),no mantener el eje del cuerpo del paciente (lo que le ocasionaría contracturas), etc. Por todo ello, creemos que el celador debe estar formado con cursos presenciales que le permitan realizar el cambio de la lencería de una cama ocupada con 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 <https://www.eustat.eus/>.

Capítulo 406

FUNCIONES DE LOS CELADORES DESTINADOS EN EL SERVICIO DEL ANIMALARIO

FRANCISCA FERNANDEZ ESCRIBANO

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

FRANCISCO JOSE CASTILLO MARTINEZ

MARIA JOSE ALCANTARA CARRASCO

MARIA EUGENIA GARCIA JEREZ

1 Introducción

Para comenzar con la introducción del capítulo que se va elaborar, hay que hacerse la siguiente cuestión, puesto que para el profano en la materia sería un tema desconocido, qué es un animalario. Un animalario es el lugar donde se guardan, cuidan y vigilan animales, que referido al contexto sanitario, sería aquellas dependencias donde se tienen animales con fines científicos y terapéuticos.

Estos fines están orientados al descubrimiento de nuevos fármacos para combatir las enfermedades, trasplantes, conocer los efectos secundarios de ciertos fármacos, docencia, etc. Siempre estas actuaciones se realizarán bajo las premisas y obligaciones del Real Decreto 53/2013 de 1 de Febrero, por el que se establecen las normas básicas para la protección de los animales utilizados en experimentos y otros fines científicos.

Según la orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971, donde se recoge el Estatuto de Personal no Sanitario de la Seguridad Social, en su articulado aparece una función específica de los celadores quienes tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, y manteniendo limpias sus jaulas, aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas, bajo las indicaciones de médicos, supervisoras o enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.

Es por tanto, que es función de los celadores destinados en el servicio de animalario, realizar todas las tareas encomendadas en el Estatuto.

2 Objetivos

- Describir cómo es y cómo funciona el servicio del animalario.
- Conocer las funciones que el celador de animalario desarrolla en el mismo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha reunido información de varias fuentes, realizando las elecciones oportunas y más interesantes de la información que se ha recogido. Para ello se ha realizado el cribado de la información de diferentes fuentes bibliográficas, así como en revistas especializadas. También se ha extraído información de la lectura de diversos manuales, y de literatura legislativa estatal.

4 Resultados

Los celadores destinados en el servicio de animalario cumplirán las siguientes funciones.

En relación con la ubicación en las jaulas y el cuidado animal. Los celadores son los encargados de la exacta colocación de cada especie animal en su respectivo habitáculo, procurando la separación de los animales machos de los animales hembras, salvo periodos de procreación y con ciertas especies, cuando sea indicado por los profesionales sanitarios. Son los encargados de trasladar en sus respectivos trasportines aquellos especímenes que vayan a ser objeto de experimentación o estudio.

En relación con la alimentación animal, el celador procurará suministrar la cantidad indicada por el personal sanitario, según las especies, manteniendo, tanto, los comederos como bebedero, siempre en perfectas condiciones de higiene.

En relación con la limpieza de las jaulas y otros receptáculos. El celador limpiará y lavará la jaula de los animales siempre que observe que están para tal menester, según las características de cada especie, renovando las camas con paja limpia o recortes de papel necesarios.

El celador es el encargado de retirar todo tipo de excrementos que contengan las jaulas, y si son jaulas con bandejas, las esterilizará siempre que sea necesario, empleando una solución de agua e hipoclorito de sodio.

En relación con los animales muertos. El celador retirará y enviará al crematorio a aquellos animales que hayan muerto por cualquier causa, sacándolos de las jaulas y trasladándolos al crematorio para su incineración.

En relación con el aseo animal. El celador será el encargado de asear a los animales en caso necesario, y siempre lo realizará, antes y después de cualquier prueba o experimento.

Además de todas estas funciones estrechamente relacionadas con los animales, el celador del servicio de animalario, no dejará pasar nada más que a las personas autorizadas para ello, y siempre bajo la supervisión del personal sanitario encargado del servicio.

5 Discusión-Conclusión

El celador del servicio de animalario debe ser un profesional que ame a los animales, puesto que su tarea está directamente relacionada con su cuidado, limpieza y atención diaria. En su quehacer diario deberá ir provisto siempre de guantes de cuero, puesto que los contactos con los animales pueden derivar en algún incidente de ataque y mordiscos.

Como profesional destinado en este servicio, deberá contar con la formación necesaria para saber manejar y coger a las diferentes especies, puesto que no se coge de igual modo, por ejemplo, a una rata, que a un conejo.

De las buenas condiciones en que se encuentren los animales enjaulados, como encargado de las mismas, dependerá el objetivo y finalidad del servicio, puesto que con sus actuaciones, los animales serán trasladados a los experimentos en perfectas condiciones físicas y sanitarias.

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. Código de Protección y Bienestar Animal, actualizado a 28 de Junio de 2022. Disponible en <https://www.boe.es>.
3. Funciones del celador de animalario. Disponible en <https://revistamedica.com>
4. Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, por el que se establecen las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia.

Capítulo 407

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL AREA HOSPITALARIA DEL SERVICIO DE DIGESTIVO

FRANCISCA FERNANDEZ ESCRIBANO

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

FRANCISCO JOSE CASTILLO MARTINEZ

MARIA JOSE ALCANTARA CARRASCO

MARIA EUGENIA GARCIA JEREZ

1 Introducción

El servicio del Aparato Digestivo está compuesto por la planta de hospitalización, las pruebas diagnósticas y de tratamiento y las consultas externas. Las tres unidades están especializadas en los pacientes que presentan alguna enfermedad, sintomatología o intervención relacionadas con el aparato digestivo u órganos relacionados.

En la planta de hospitalización se encuentran los pacientes que ingresan para ser intervenidos o que tienen pendiente alguna de las múltiples pruebas diagnósticas, entre las mismas destacan, las ecografías digestivas, gastroscopias, colonoscopias, etc. Hay que destacar del mismo modo las técnicas terapéuticas más específicas y de mayor calado, como son los tratamientos de las hemorragias digestivas, polipectomías, estenosis, sondas digestivas, etc..., que presentan mayor dificultad de realización, por los posibles efectos secundarios en los pacientes.

Las consultas externas se dedican a seguir las evoluciones de los pacientes y otras consultas están dedicadas al estudio y tratamiento de nuevos síntomas diagnósticos del aparato digestivo.

En las tres unidades que conforman el servicio de aparato digestivo, desarrollan sus funciones propias el personal sanitario, entre ellos destacan enfermeros y tcas; el personal médico compuesto por los especialistas en el aparato digestivo y el personal no sanitario, de gestión y servicios, como son los auxiliares administrativos, encargados de todo el trámite burocrático, y los celadores.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores destinados en el servicio de aparato digestivo.
- Describir el funcionamiento del área de digestivo.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de información a través de diferentes buscadores y con la lectura de libros y revistas científicas, otorgando al presente trabajo mayor fiabilidad. Entre los buscadores a destacar en el desarrollo del trabajo se destacan Dialnet, Google Académico y Medline.

4 Resultados

Los celadores destinados en el área de digestivo desarrollan sus funciones dependiendo de la unidad dónde se encuentren destinados.

-Funciones de los celadores en la planta de hospitalización de digestivo.

Una de las funciones principales del celador en la planta de digestivo es la colaboración continua que tiene con las tcas de la planta, ya que son muy frecuentes los cambios posturales de los pacientes para el acomodo correcto en la cama de los mismos, y en la realización de los aseos diarios que se ejecutan. Asimismo colabora con el personal de enfermería en la movilización de los pacientes en la realización de las curas diarias que se les practican a los mismos, siguiendo siempre las instrucciones de este personal.

El celador destinado en planta, vigila continuamente la entrada de familiares y allegados de los pacientes, indicándoles a los mismos que se respeten las normas

sobre el cuidado de materiales y sobre la estancia en las habitaciones, aconsejando que se guarde el silencio oportuno y necesario.

Es función también del celador en planta, trasladar a los pacientes en cama o en silla de ruedas, dependiendo del estado de los mismos, para la realización de las diferentes pruebas diagnósticas.

-Funciones de los celadores en las pruebas diagnósticas.

Los celadores en las pruebas diagnósticas se harán cargo de los pacientes que los celadores de planta trasladen, ubicándolos en las diferentes salas de ejecución de las mismas, ya venga en cama o silla de ruedas.

En las diferentes salas, colabora con el personal sanitario a la movilización y traspaso de los pacientes a las mesas de las diversas pruebas, acomodando a los mismos según la prueba a realizar. Una vez finalizada la prueba colabora en el traspaso de nuevo a la cama o silla del paciente, para realizar el traslado a la planta de digestivo, y, siempre siguiendo las orientaciones del personal sanitario.

-Funciones de los celadores en consultas externas de digestivo.

Los celadores de las consultas externas siempre estarán atentos a la recepción de los pacientes, ya provengan en servicio de ambulancias o programados que vengan a pie. El celador ayudará siempre al resto de personal técnico o sanitario al traslado del paciente hasta la correspondiente consulta, previamente escaneando la hoja de la consulta por el lector del código de barras.

Además de las diferentes funciones descritas, los celadores del área de digestivo, trasladarán todo tipo de documentos, aparatos, o analíticas que les sean encomendadas por el personal sanitario de cualquiera de las tres unidades de digestivo.

5 Discusión-Conclusión

No cabe duda que la labor desempeñada por los celadores en el área de digestivo contribuye de una manera más que eficiente a que los objetivos del servicio y del propio centro hospitalario, en cuanto a calidad y atención integral al paciente, se cumplan.

Dentro del equipo de profesionales del área de digestivo, el celador es un puntal importantísimo, es el apoyo estructural y colaborativo que se necesita en la labor de los mismos, cumpliendo con las tareas complementarias fundamentales.

Hay que destacar la ejecución de los traslados de los pacientes por parte del celador, en cualquiera de las unidades que conforman el servicio, cuya profesionalidad en su realización contribuye a la seguridad y bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. El área médica de digestivo. Disponible en <https://www.chospab.es>
2. Funciones del celador en las diferentes áreas. Disponible en <https://www.auxiliar-enfermeria.com>
3. Funciones del personal subalterno en las diferentes áreas. Disponible en <http://www.hgu.cr.es>

Capítulo 408

EL CELADOR EN EL AMBITO SANITARIO: TRASLADO DEL PACIENTE DESDE LA CAMA HOSPITALARIA A LA SILLA DE RUEDAS PARA REALIZAR UN TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

JOSEFA ALAÑON UTRILLA

MARIA ISABEL VICENTE NAVAS

MARÍA DOLORES NEGRETE GARCIA CONSUEGRA

ÁNGEL MOYA MORA

GUILLERMINA SIMARRO SIMARRO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación que debe emplear un celador para trasladar un paciente de la cama a una silla de ruedas para efectuar un traslado intrahospitalario.

Cama: mueble de diferentes materiales, formas y tamaños que se utiliza, básicamente, para acostarse a dormir o descansar, aunque en el ámbito sanitario podemos encontrar a pacientes que deben estar en cama las 24 horas del día.

Silla de ruedas: es una silla adaptada con ruedas (la mayoría cuentan con cuatro ruedas). Su diseño permite el desplazamiento de personas con problemas de movilidad o con movilidad reducida.

Las sillas de ruedas están formadas por: empuñaduras, asiento, respaldo, apoya brazos, ruedas, frenos, reposapiés, arco propulsor, ruedas propulsoras y ruedas de dirección).

Las sillas de ruedas se pueden utilizar con varios fines, desde el pautado por prescripción médica para que el paciente descanse de la cama hasta su utilización como medio para llevar a cabo un traslado intrahospitalario del paciente.

Se entiende como traslado intrahospitalario el traslado de un paciente desde su unidad de hospitalización a otra unidad de forma puntual o transitorio (para realizarse una prueba diagnóstica, una intervención quirúrgica, someterse a diálisis, etc.) o definitiva a otra unidad de hospitalización del mismo centro hospitalario.

2 Objetivos

Poner en conocimiento el protocolo de actuación del celador para realizar el paso de cama a silla de ruedas de un paciente que va a ser trasladado intrahospitalariamente.

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, cama, silla de ruedas, partes de una silla de ruedas, traslado intrahospitalario y protocolo de actuación para pasar a un paciente de cama a silla de ruedas para efectuar un traslado intrahospitalario.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones del celador en el ámbito sanitario, cama, silla de ruedas, partes de una silla de ruedas, traslado intrahospitalario y protocolo de actuación para pasar a un paciente de cama a silla de ruedas para efectuar un traslado intrahospitalario, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Traslado del enfermo desde la cama a la silla de ruedas:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Ponerse los guantes desechables.
- Trasladar silla de ruedas hasta la habitación.
- Ubicar la silla de ruedas al lado de la cama con el respaldo de la silla al lado de la piecera de la cama.
- Frenar la silla de ruedas.
- Retirar los reposapiés de la silla de ruedas.
- Poner una sabanilla en la silla de ruedas.
- Bajar la altura de la cama hasta que permita al paciente estando sentado en la cama poner los pies en el suelo.

Si el paciente coopera:

- Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama.
- Ayudar al paciente a ponerse la bata (si el paciente tiene vía esta se debe empezar a poner por el brazo donde la tiene).
- Ayudar al paciente a ponerse las zapatillas.
- Situado al lado del paciente, sujetarlo por la cintura ayudándolo a ponerse en pie.
- Ayudar al paciente a sentarse en la silla de ruedas (si puede tener la ayuda de otro celador para realizar la movilización el otro celador sujetará la silla a pesar de que esté frenada).
- Colocar reposapiés y los pies del paciente en ellos.
- Ponerle sobre las piernas sábana o manta según las condiciones climáticas.

Si el paciente no coopera (se necesitan dos celadores obligatoriamente):

- Se coloca cada uno a un lado del paciente, lo sujetan por hombros y los muslos, lo levantan(suavemente) y lo sientan en la silla.
- Colocar reposapiés y los pies del paciente en ellos.
- Ponerle sobre las piernas sábana o manta según las condiciones climáticas.

Una vez colocado en la silla asegurando los dispositivos que lleve (oxígeno, sondas, etc.) se llama al lugar a donde lo tienen que recepcionar a ver si está todo preparado, Si es así , se comunica a los familiares del traslado y se procede al trasladarlo al servicio indicado, se recoge la documentación clínica que tiene preparada enfermería para entregarla en el lugar de destino. Una vez que se está en el lugar se permanece con el paciente hasta que sea recogido por esa unidad.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario conocer la forma correcta para mover a un paciente de la cama a la silla de ruedas (tanto si es un paciente que colabora como que no colabora) puesto que es algo que los celadores estamos haciendo constantemente en nuestro día a día, si no sabemos realizar las movilizaciones correctamente podemos aumentar las patologías de los pacientes, e incluso podemos dañar su integridad física al caérsenos), también es importante que conozcamos bien el protocolo para el traslado, es decir que debemos ponernos en contacto con el servicio al que llevamos al paciente para evitar esperas innecesarias, que recojamos y entreguemos la documentación necesaria y que nunca dejemos solo 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

Capítulo 409

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO

FRANCISCA FERNANDEZ ESCRIBANO

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

FRANCISCO JOSE CASTILLO MARTINEZ

MARIA JOSE ALCANTARA CARRASCO

MARIA EUGENIA GARCIA JEREZ

1 Introducción

El servicio de paritorio conforma una prestación más del centro hospitalario. Se trata de un servicio especial, quiere esto decir, que gran parte de sus actuaciones, están exentas de una programación o lista diaria de pacientes, en la mayoría de los casos, aunque las embarazadas tengan una fecha probable de parto, esta puede adelantarse o atrasarse, además de las urgencias que se puedan presentar, y por este motivo nunca se sabe a ciencia cierta, el número de pacientes que pueden ser ingresadas en el servicio.

Por lo dicho y se señala nuevamente es un servicio especial, donde el equipo de profesionales que constituyen el servicio, debe estar siempre preparado para actuar, en ocasiones, con celeridad y en otras, con programación. Entre este equipo destacan las matronas, auxiliares de enfermería y celadores, y por supuesto los especialistas en ginecología.

La labor desarrollada por estos profesionales es una labor delicada y que merece toda la atención y dedicación posible y el estar siempre alerta por cualquier circunstancia que pueda sobrevenir. Por ello, este personal, nunca puede abandonar su servicio, y esto afecta también al celador que esté destinado en el mismo. Dentro de su estructura organizativa está compuesto el servicio por las salas de dilatación, las salas de puerperio, los paritorios, propiamente dichos, y las salas para consultas de urgencias.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que desarrolla el celador en el área de paritorio.
- Describir la actuación del celador en la atención con la mujer embarazada.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de información a través de diferentes buscadores y con la lectura de libros y revistas científicas, otorgando al presente trabajo mayor fiabilidad. Entre los buscadores a destacar en el desarrollo del trabajo se destacan Dialnet, Google Académico y Medline.

4 Resultados

Las funciones y tareas que llevan a cabo los celadores en el servicio de paritorio y en relación con la mujer embarazada son las siguientes:-El celador se encarga del traslado de la mujer embarazada desde donde se encuentre hasta el servicio de paritorio, es decir, la mujer embarazada puede acudir al centro sanitario por el servicio de urgencias o bien se presenta ingresada en la planta de hospitalización. Cuando la mujer se encuentra en la planta, el celador realiza el traslado de la misma hasta el paritorio, llevando consigo el historial clínico con los datos identificativos de la paciente. Este traslado de la paciente ha de realizarse con rapidez y determinación.

Dentro del servicio de paritorio, el conjunto de personal sanitario por el que está integrado, realiza determinadas pruebas a la paciente, como pueden ser pruebas de heces, muestras de orina, etc..., entre otras. En este caso, el celador debe ser el encargado de llevar dichas muestras para su análisis al laboratorio.

Cuando se produce una escasez de material o instrumental sanitario con el que trabajan los profesionales de paritorio, la auxiliar de enfermería llama al celador para la reposición de dichos materiales. Durante el proceso de intervención de tareas del personal sanitario en el servicio de paritorio, es posible que la continuación de tareas con la paciente se deba llevar en el quirófano, para una cesárea u otra intervención y en este sentido, el celador de paritorio traslada a la paciente hasta dicha área con la carpeta de datos de la paciente.

Entre otras de las funciones del celador de paritorio, se destaca el control en las proximidades del servicio, evitando así aglomeraciones de familiares entusiasmados por el milagro de la vida. Para ello, el celador les indica el lugar reservado de espera donde deben guardar silencio.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en este trabajo, se destaca la figura del celador en el servicio de paritorio y en relación con la paciente embarazada. De este modo, se afirma que el celador debe ser una persona amable y simpática, que sea capaz de crear un clima de tranquilidad ante la paciente, dado el nerviosismo que causa estar en una situación así.

Por otro lado, el celador debe actuar con rapidez y determinación en el servicio de paritorio, donde el desarrollo de sus funciones y tareas de apoyo y colaboración con el conjunto de personal sanitario de este servicio, enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería, etc.

6 Bibliografía

1. El celador y la paciente embarazada. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones del celador en maternidad. Disponible en: <https://fisiostar.com>

Capítulo 410

TAREAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TELECONSULTA A DEMANDA

GLORIA GARCÍA DELGADO

MÓNICA NOVILLO CRUZADO

MARIA LUZ CUENCA MANZANERO

ROSA MARÍA FAJARDO CASTELLANOS

MATILDE MARTÍNEZ RUIZ

1 Introducción

La pandemia ocasionada por el coronavirus obligó al mundo y a todos los establecimientos de cualquier índole a llevar a cabo una serie de reajustes, para adaptarse a la “nueva realidad”.

La presión asistencial en los centros de salud y hospitales conocida hasta antaño, tuvo que adaptarse a las nuevas necesidades y por lo tanto tomar las medidas severas y urgentes, sobre todo la de descongestionar la afluencia de usuarios y pacientes a instituciones sanitarias, para paliar en la medida de lo posible un mayor aumento de contagios.

Esta necesidad propició que empezara a aparecer la atención telefónica, no conocida como hasta antaño, sino con una atención plena y exhaustiva, dedicada exclusivamente a tal propósito.

Y debido a tal demanda de la ciudadanía, se empezaron a habilitar en diferentes servicios de salud los denominados Call Center y a su vez, como apoyo, un incremento de personal de refuerzo en los centros de salud para así poder dar la mayor cobertura posible a las necesidades de los usuarios y conseguir que descendiera notablemente la afluencia masiva de pacientes de manera presencial, salvo que no fueran expresamente citados por su médico, enfermero, pediatra, matrona, etc. en consulta programada o urgente.

No debemos de olvidar que siempre hay que atender diariamente a las urgencias, las cuales sobre todo en los hospitales pueden saturarse y un trato en la atención primaria que el paciente considere que no sea adecuado a sus necesidades, va a propiciar que acudan de manera presencial a la atención especializada y colapsar muchas veces las urgencias de una manera innecesaria.

2 Objetivos

- Dar a conocer a la población un servicio para agilizar sus citas, dudas o consultas mediante la teleconsulta a demanda.
- Enumerar ventajas de la teleconsulta a demanda.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como teleconsulta, call center, atención primaria y especializada. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática de libros.

Asimismo me he nutrido de la propia experiencia profesional como auxiliar administrativo en la atención primaria y en este caso en particular en un call center.

4 Resultados

A continuación detallaremos la manera en la cual el servicio de teleconsulta a demanda o el servicio de cita previa, sea más eficaz para los propios profesionales y para los usuarios que lo solicitan.

En primer lugar, como viene siendo habitual en esta pandemia, deberemos revisar que nuestros equipos de trabajo (mesa de trabajo, cascos telefónicos, teléfono y

ordenador) estén desinfectados y si notamos restos de suciedad procederíamos a su limpieza, en ausencia de la limpiadora

A continuación y una vez que hemos encendido el ordenador y abierto el programa del servicio de cita previa, estaríamos preparados para empezar a recibir llamadas. Lo ideal es dirigirse a los usuarios con un saludo de bienvenida, como podría ser:

- Servicio de atención telefónica general, muy buenos días, ¿en qué puedo ayudarle?

Tenemos que ser conscientes que recibiremos llamadas de cualquier provincia, en este capítulo mencionaremos a la provincia de Castilla la Mancha que incluiría a Albacete, Toledo, Cuenca, Ciudad Real, Guadalajara y los diferentes pueblos y pedanías de estas capitales de provincia.

Si disponemos de un teléfono virtual integrado en el ordenador, nos facilitará la localización de los prefijos de las diferentes provincias.

Si los teléfonos nos están monitorizados y no se pueden determinar el número de llamadas entrantes, salientes o perdidas, en ese caso, es necesario que anotemos a papel cada llamada recibida que servirá a modo de estadística para así conocer qué provincia tiene más concentración de demanda asistencial.

Una vez que ya nos hemos presentado al usuario, le indicaremos que nos indique si es tan amable su D.N.I. o NIE, para así agilizar la búsqueda de identificación del paciente, ya que mucha parte de la población es extranjera y tiene dificultades incluso para verbalizar o deletrear su nombre correctamente. Si el paciente no se acuerda o lo desconoce, entonces procederíamos a hacer la búsqueda por sus apellidos y nombre o agotaríamos otras búsquedas como búsquedas por número de seguridad social o número de teléfono.

Además, cuando tratemos con pacientes de avanzada edad y la conversación no sea fluida, ya sea porque no nos escuchan bien, olvidan sus datos, etc.; si creemos que va a ser muy difícil satisfacer su demanda, intentaríamos buscar una solución para que nos pueda telefonar o escribir algún familiar o persona de su confianza, con el fin de que el paciente no se sienta solo ni desamparado.

A continuación responderemos a la demanda del ciudadano ofreciéndole la teleconsulta a demanda, principalmente para su médico de cabecera, pediatra o enfermero.

Las fechas que nosotros podemos ofrecer son las citas que cada centro de salud nos habilita en sus agendas.

Dependiendo de que ciudad, pueblo o pedanía sea, obtendremos citas más próximas a las necesidades del paciente o citas que se prolongan en semanas e incluso meses, generando el malestar en el paciente.

Nuestra misión es mitigar la presión asistencial y no podemos satisfacer a todos los usuarios por igual, ya que el Call Center es un servicio externo y sus funciones son bastante limitadas, ya que carece de muchos permisos para poder citar, por ejemplo, una urgencia, una cita administrativa para recetas, solicitar una urgencia o ambulancia domiciliaria, etc.

Cuando ocurren estas situaciones en el que no podemos responder a la demanda del usuario, deberemos de remitirle a su centro de salud, por supuesto disculpándonos de antemano y también sugiriéndole si podemos ayudarle en cualquier otra gestión que precise.

La reducción de las citas programadas presenciales y la larga espera hasta que encuentran una respuesta acorde a sus intereses, genera en muchas ocasiones crispaciones en los usuarios.

Los auxiliares administrativos debemos de ser pacientes, empáticos e intentar dar soluciones reales y objetivas.

Desde que se empezó a vacunar a la población con las vacunas contra el coronavirus, los centros de salud poco a poco han ido ampliando de nuevo las consultas presenciales. Para el Call Center también supuso un alivio, ya que se podrían ofrecer soluciones para su atención médica por la vía presencial y por la telefónica, agilizando la gestión de nuestro servicio y creando una respuesta más positiva en los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Es un hecho que la teleconsulta a demanda ha venido para quedarse, ya que desde la vía telefónica se pueden resolver las principales demandas del ciudadano que no precisen una atención directa para exploración física.

Los ciudadanos debemos de saber aprovechar las nuevas tecnologías, tanto de las aplicaciones telefónicas existentes que nos ofrecen los diferentes servicios de salud, como el uso razonable de las llamadas telefónicas a los centros.

En la mayoría de las ocasiones no es imprescindible acudir a un centro de salud de una manera presencial.

Muchos trámites, (como podrían ser las recetas que vienen ya pautadas en la tarjeta electrónica, consultas médicas que no requieren exploración física y trámites para volantes de extracciones de sangre o derivaciones a especialistas, etc.) podríamos tramitarlos sin nuestra asistencia presencial.

Es de vital relevancia que seamos conscientes de la importancia que tiene no congestionar los centros de salud y evitar de esta manera los contactos entre pacientes de una manera más estrecha, sobre todo en tiempos de pandemia.

Nuestra responsabilidad como auxiliares administrativos de un Call Center, es la de ofrecer soluciones reales a los pacientes e intentar dar respuesta a sus necesidades, ayudándolos en todo lo necesario.

Una inadecuada atención al paciente, puede ocasionar malestar y por ende, la necesidad del paciente de acudir a su centro de salud e incluso en algunas ocasiones a las urgencias hospitalarias. Es cierto que nuestras funciones son bastante limitadas en cuanto a la resolución ágil de problemas inmediatos, pero no olvidemos que un objetivo primordial, es el de descongestionar la presión asistencial, principalmente en la atención primaria y sobre todo evitar los colapsos en urgencias y por lo tanto ya estaríamos ayudando a gran cantidad de personas.

6 Bibliografía

1. E.Shigekawa, M. Fix, G. Corbett, D.H. Roby, J. Coffman. The Current State Of Telehealth Evidence: A Rapid Review.Health Aff (Millwood)., 37 (2018), pp. 1975-1982.
2. R.G. Mark. Telemedicine system: the missing link between homes and hospitals?. Mod Nurs Home., 32 (1974), pp. 39-42.
3. S. Duffy, T.H. Lee.In-Person Health Care as Option B.N Eng J Med., 378 (2018), pp. 104-106Ley 41/2002.
4. www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202104054.pdf.
5. Ley 41/2002 ,de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.
6. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 411

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO

GLORIA GARCÍA DELGADO

MÓNICA NOVILLO CRUZADO

MARIA LUZ CUENCA MANZANERO

ROSA MARÍA FAJARDO CASTELLANOS

MATILDE MARTÍNEZ RUIZ

1 Introducción

Vamos a hablar de las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en el registro único.

Es el conjunto de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (JCCM) es un espacio destinado a garantizar la atención directa y personalizada en todos los trámites que correspondan a la tramitación electrónica de los trámites más habituales en materia de recursos humanos, a su vez, mantenerlo informado del estado y condiciones de la educación ofrecida. A continuación se describen cada una de las diferentes aplicaciones y opciones para configurar un único registro:

- Registro Telemático Ciudadano: Este registro proporciona medios electrónicos para atender las solicitudes de registro, así como para acceder a las comunicaciones ciudadanas.
- Registro electrónico de solicitudes: Al igual que los registros anteriores, este registro también permite registrar solicitudes de registro y consultas por vía electrónica. Previamente, se debe cumplimentar una solicitud o

formulario de acceso y, una vez cumplimentado, enviarlo por correo electrónico con el asunto 'Solicitud de acceso al Registro de Aplicaciones Telemáticas'. La persona que administre el trámite a la dirección de la JCCM y demás organismos con los que esta tenga vinculación podrá hacerlo por sí o por medio de un representante. • Registro presencial: Se realizará en cada centro administrativo. Para ello se ha activado una comisión cuyo objeto es dejar la inscripción en la solicitud del número de registro asignado, y a cambio, en la misma correspondencia o en forma de escrito de los ciudadanos, reciben igual número de registros de ingreso, para que exista evidencia para poder conocerlos, siempre que cuente con la autorización o permiso correspondiente. En Información y Registro, puede registrar documentos para enviar a cualquier administración, ya sea una dirección local, autonómica o nacional, Información y Registro, donde puede solicitar información sobre cualquier asunto relacionado con la propia administración.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones de un auxiliar administrativo en el registro.
- Conocer el conjunto de aplicaciones, cuyo objetivo común y principal es la recepción o salida de solicitudes, escritos y comunicaciones.

3 Metodología

Para la realización de este artículo se han consultado numerosos artículos, manuales de aplicaciones y cursos de Registro Único.

A su vez, se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y se han 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: funciones de un auxiliar administrativo, Registro Único, asistencia sanitaria, SESCAM.

4 Resultados

El Asistente Administrativo del SESCAM debe conocer todas las áreas de la aplicación del SGRS necesarias para realizar su función de registro de quejas y reclamos de los usuarios relacionados con la salud. No obstante, se harán constar en la solicitud las reclamaciones y propuestas presentadas sobre otros temas no relacionados con la asistencia sanitaria.

Junta Directiva (César). En lo que respecta a asuntos profesionales o asuntos relacionados con reclamos y quejas de funcionarios públicos (como reducciones, salarios, etc.), el Registro Común se ocupa únicamente de asuntos de política general.

No será posible registrar casos individuales de gestión de personal en el registro unificado (por ejemplo: requisición de mosquitos, etc.) Porque estos problemas deben resolverse en el departamento de personal correspondiente. Las quejas o reclamaciones por escrito pueden presentarse ante el registro, donde se debe hacer constar un breve resumen del motivo de la misma y adónde se envió. Todos los usuarios tienen acceso a la opción Partes Relacionadas. El Administrador General puede corregir estos datos relacionados con el interesado, incluido el número de caso del interesado, tenga en cuenta que todos ellos aparecen cuando busca, tanto antiguos como nuevos. Todos los campos, excepto el número de archivo, el nombre, el apellido y el apellido, se pueden cambiar utilizando partes estandarizadas. Los partidos no normalizados tienen habilitados todos los campos, excepto los mencionados en los partidos normalizados (nombre, apellido y apellido). Si es necesario cambiar algún campo deshabilitado debido a un error, el registrador puede enviar un correo electrónico indicando los cambios que desea realizar y el motivo de los mismos. Para realizar correctamente su trabajo, el registrador debe comprobar si las partes que aparecen en la nueva solicitud pueden estar ya registradas en la base de datos de la empresa. Por lo tanto, debe investigar un poco antes de comenzar a registrarse. Esto se hará sin ingresar ningún número de documento, por lo que la aplicación buscará todas las formas posibles. Tampoco debe buscar por nombre o razón social. Esta opción debe mostrarse si la búsqueda no arroja resultados "Nuevo" permite el registro de partes relacionadas. Tenemos que introducir manualmente las letras del NIF porque la aplicación no lo calcula. Es muy importante que el recepcionista solo añada interesados que puedan ser identificados posteriormente. Para ello, es imprescindible la introducción de números de identificación (NIF, CIF, pasaporte, etc.). Puede buscar interesados desde la opción de menú Solicitar. Los interesados pueden crear capturas de pantallas de registro de entrada y salida y listas de distribución usando el botón Agregar.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos en este capítulo es que el auxiliar administrativo realiza una tarea muy importante y necesaria en la unidad de registro a través de la implantación de la nueva aplicación de Registro Único de la Junta de Comu-

nidades y del SESCOAM, y teniendo en cuenta la obligatoriedad de identificar a los interesados con un número de documento (NIF, CIF, Pasaporte o Documento de identificación de extranjeros), para la correcta identificación de las distintas Administraciones que remitan documentación; se da a conocer las funciones de un auxiliar administrativo en el registro, conociendo el conjunto de aplicaciones para la correcta recepción o salida de solicitudes, escritos y comunicaciones.

6 Bibliografía

- Biblioteca Nacional de España. (s. f.). Colecciones | Biblioteca Nacional de España. <https://www.bne.es/es/colecciones>.
- <https://www.bne.es/es/colecciones>
- Manual de usuario, registro presencial, uso y funcionamiento Editado por: Viceconsejería de Presidencia y Administraciones Públicas. Inspección General de Servicios. Depósito Legal TO- 303-2014

Capítulo 412

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN RADIODIAGNÓSTICO

GLORIA GARCÍA DELGADO

MÓNICA NOVILLO CRUZADO

MARIA LUZ CUENCA MANZANERO

ROSA MARÍA FAJARDO CASTELLANOS

MATILDE MARTÍNEZ RUIZ

1 Introducción

La radiología, también conocida como radiología diagnóstica o diagnóstico por la imagen, es una profesión encargada de producir imágenes internas de todas las partes necesarias del cuerpo utilizando diversos medios físicos como rayos X, ultrasonido, etc. Los resultados se utilizarán para el diagnóstico de la enfermedad y, en menor medida, para el pronóstico y el tratamiento. Se puede dividir en dos áreas bien diferenciadas: radiología diagnóstica y radiología intervencionista. La radiología de diagnóstico ayuda a los proveedores de atención médica a ver las estructuras internas del cuerpo. Un radiólogo intervencionista es un médico que utiliza imágenes como la tomografía computarizada (TC), el ultrasonido, la resonancia magnética nuclear (RMN) y la fluoroscopia para ayudar a guiar la cirugía. Estas imágenes son útiles para los médicos cuando insertan catéteres (tubos), alambres y otras herramientas e instrumentos pequeños en el cuerpo, especialmente útiles para pequeñas incisiones (incisiones). En lugar de

mirar directamente dentro de su cuerpo a través de un endoscopio (cámara) o mediante una cirugía abierta, los médicos pueden usar esta tecnología para detectar o tratar enfermedades en casi cualquier parte del cuerpo. Los radiólogos intervencionistas a menudo participan en el tratamiento de cáncer o tumores, arterias y venas bloqueadas, fibromas uterinos, dolor de espalda y problemas hepáticos y renales. Los servicios de radiología de diagnóstico ayudan a los pacientes hospitalizados o ambulatorios. Asistir a lo solicitado por otros especialistas o médicos de atención primaria. Las medidas de ayuda se pueden dividir en los siguientes componentes:

- Pacientes hospitalizados: estos pacientes acuden al servicio de radiodiagnóstico con la ayuda de un ordenador a petición del especialista correspondiente.
- Pacientes ambulatorios: estos pacientes acuden al servicio a petición de un médico especialista o de atención primaria y se llama previamente al paciente a recepción o por teléfono, presentando una solicitud.
- Pacientes de urgencias: Estos pacientes proceden principalmente de los servicios de urgencias (servicios médicos, quirúrgicos y de traumatología), servicios de medicina de urgencias y ginecología, pero también incluyen exámenes de urgencia de pacientes hospitalizados. Se contactó telefónicamente con los médicos responsables de los exámenes o los radiólogos de guardia para solicitar estos exámenes; cada especialista admitió y atendió pacientes en las áreas mencionadas en proporciones variables según la parte o técnica involucrada. Los residentes que rotan por el departamento realizan las mismas actividades, con responsabilidades de acuerdo al nivel educativo (y/o años de experiencia).

2 Objetivos

- Explicar e indicar las funciones del auxiliar administrativo en la unidad de radiodiagnóstico de un hospital.

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.

Palabras clave: servicio de radiodiagnóstico, auxiliar administrativo, paciente, tipos de citas.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos realizan diversas funciones en los servicios de radiodiagnóstico:

- Atención al cliente presencial y telefónica. - Emisión de documentación al paciente o acompañante. - Imprimir la lista de pacientes hospitalizados con solicitudes pendientes y exploraciones de quirófano. - Referente a las pruebas de radiación. - Inquietudes, solicitudes, consultas, dudas, reclamos del centro de servicio

Terrenos del hospital y otras áreas, etc. A continuación presentamos el contenido anterior en detalle:

El trabajo del auxiliar administrativo comienza con la identificación del paciente mediante: número de registro, DNI o tarjeta sanitaria. Exploración con cita previa, el paciente puede concertar cita (ecografía, TC, resonancia magnética...) o no (más sobre esto en este caso), comprobar si el paciente está al corriente de la exploración o de la exploración a realizar, según un libro de consentimiento firmado. El siguiente es el cuarto al que debe ir, a veces la información se refleja en una pantalla de información que el paciente no sabe cómo usar, o puede ser una situación en la que tiene una discapacidad visual y la información en la pantalla está vacía de su entrada. ; en ese caso, damos las noticias locales relevantes por teléfono o vamos allí para indicar que nos llamarán por nombre y apellido.

Gestión de contratos:

Las solicitudes de exámenes radiológicos de diagnóstico siempre deben ser realizadas por un médico y solo pueden modificarse con receta médica. Reserva un equipo:

- Contratos pendientes: contratos que aún no se han concluido.
- Contratos Pasados: Contratos que han pasado, pero no han sido registrados.
- Cancelación de cita (Cancellation): cancelación de cita por diversos motivos (cita incorrecta, solicitud del paciente, orden médica, razones clínicas, razones institucionales, etc.).
- Acceso: ingreso con cita previa.
- No visita: el contrato se considera incompleto. Otra cosa que solemos hacer es imprimir boletas de asistencia a pedido de los pacientes o sus acompañantes; si el paciente es menor de edad o adulto con movilidad reducida, edad o algún tipo de discapacidad física o psíquica, estos recibos se imprimen para pacientes y acompañantes. A primera hora de la mañana y durante la jornada laboral, imprimimos una lista de pacientes hospitalizados con solicitudes pendientes, ya sea un examen de rayos X o un examen de quirófano antes de la intervención quirúrgica para pacientes hospitalizados; la última lista es a las 14:00: tiro a la vuelta. Por lo

general, los pacientes hospitalizados tienen un horario fijo para la tarde y, si el paciente no puede levantarse de la cama debido a una condición clínica, se realiza una radiografía portátil en su habitación con el personal que lleva una máquina Rx portátil. Su implementación en fábrica. En cuanto a la exploración en quirófano antes de la operación, básicamente se dispone que se realice a primera hora de la mañana del día siguiente (08.00), en ocasiones el paciente se encuentra en el preoperatorio, y antes del examen radiológico deseado, se realiza una intervención quirúrgica para ampliar la información radiológica.

5 Discusión-Conclusión

El Auxiliar Administrativo es parte integrante del equipo radiológico y un eslabón de la cadena sanitaria, una de sus principales funciones principales es la adecuada atención al paciente, como de citar correctamente las pruebas para que los radiólogos, los técnicos, el equipo de Enfermería, etc., puedan desarrollar su trabajo, todo ello enlazado a la atención telefónica y los trámites administrativos oportunos del trabajo que deben realizar para facilitar y el buen desarrollo del trabajo en equipo para que todo funcione con eficiencia, eficacia y calidad. Es importante el conocimiento por parte del auxiliar administrativo de todas las funciones que desempeña en el servicio de radiodiagnóstico y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

- Julián Jiménez., D. A. (2020). GUÍA FORMATIVA 2020 SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. GUÍA FORMATIVA 2020 SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Medline Plus. Información de salud para usted. (s. f.). Imagenología y radiología.
- NIH Biblioteca Nacional de Medicina. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007451.htm>
- Proyecto SIAI, Manual de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón).

Capítulo 413

LA FATIGA EN EL CELADOR

JOSÉ ANTONIO ALARCÓN LÓPEZ

LUIS RODRÍGUEZ-CAMUÑAS ALCOBENDAS

PILAR RUÍZ NARANJO

ANGELA POZO BAUTISTA

ESTRELLA LEÓN MELERO

1 Introducción

La fatiga laboral sufrida por el personal celador es un factor que potencialmente puede causar o provocar un accidente de trabajo en el ámbito sanitario. Se puede definir como un cansancio extremo provocado por una sobrecarga de trabajo y que afecta al normal desarrollo de las labores diarias. La fatiga provoca una falta de motivación en el trabajo, y en general, pocas o ninguna gana de acudir a trabajar. La aparición de la fatiga en el celador o celadora puede deberse a múltiples factores: monotonía del trabajo, rutina prolongada, trabajar bajo determinadas tensiones, poca iluminación, ruidos, etc.

Hay también otros factores no relacionados con el desempeño del trabajo, es decir, que se producen fuera del ámbito y de la jornada laboral, que también pueden dar lugar a la aparición de la fatiga, como son el insomnio, enfermedades, falta de descanso, preocupaciones económicas o familiares, irritabilidad, nerviosismo, etc.

Han descrito distintos tipos de fatiga atendiendo a las alteraciones que provoca en el trabajador o trabajadora: la fatiga crónica (también llamada surmenage o agotamiento), la fatiga aguda y la fatiga fisiológica. En función del grado o nivel de fatiga, el celador/a sufrirá unos síntomas u otros, que potencialmente pueden llegar a provocar accidentes o enfermedades graves.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Explicar los distintos tipos o grados de fatiga que existen.

Como objetivo secundario:

Mostrar cuáles son los efectos que provocan en el desempeño del trabajo del celador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La fatiga es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio provocada por un esfuerzo extremo, actividad prolongada, estrés, aburrimiento, falta de sueño, descanso inadecuado, etc. Es muy habitual que un alto porcentaje de trabajadores del ámbito sanitario sufran ataques de fatiga alguna vez en su vida laboral, bien sea física o mental.

La fatiga mental es una de las afecciones más comunes actualmente en el ámbito de la sanidad, porque el personal sanitario tiene un exceso de trabajo de tipo intelectual, es decir, constantemente se les exige comprensión, razonamiento, solución de problemas y memoria en el desarrollo de su actividad.

En estos tiempos de pandemia por coronavirus, cada vez hay más celadores y celadoras con esta molestia o afección. La fatiga física viene derivada de un esfuerzo físico extremo y continuado en el tiempo.

Aunque se puede englobar dentro de fatiga mental, cada vez hay más trabajadores que padecen fatiga visual: personas que permanecen largas horas de su jornada laboral frente al ordenador o pantallas, en un futuro pueden llegar a desarrollar vista cansada.

Un celador tiene fatiga cuando presenta síntomas como: bajo nivel de atención, pensamiento lento, respuesta lenta ante un estímulo y la disminución en la motivación laboral, ansiedad, nerviosismo, sueño e irritabilidad, entre otros.

En la mayoría de la población, la fatiga mejora cuando pasa el tiempo o por si sola, con un cambio en el estilo de vida. Cuando la fatiga no se alivia con dormir bien, alimentarse de forma adecuada o tener un ambiente de bajo estrés en el trabajo, requiere de atención médica inmediata.

El médico puede sugerir ciertos exámenes médicos si cabe la posibilidad de que la fatiga esté causada por un problema médico no diagnosticado (por ejemplo, anemia, depresión, problemas de tiroides).

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión Actualmente, un alto porcentaje de trabajadores del sector sanitario y en concreto de celadores se enfrentan a esta afección debido al volumen de trabajo y nivel de exigencia provocados por la pandemia del coronavirus.

Por lo tanto, la fatiga es un síntoma de que algo no va bien en nuestro cuerpo. Para reducir la fatiga, es necesario saber cuáles son las razones subyacentes, tratar de aliviarlas con una mejora de la calidad del sueño, hábitos de vida saludable, alimentación adecuada, práctica de deporte y tratar de reducir el nivel de estrés en el trabajo. Si tomando estas medidas, no se consigue solucionar el problema, es el momento de pedir ayuda médica.

6 Bibliografía

1.https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrJA4shrcBhS2MAZV1U04lQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzYEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1640045985/RO=

10/RU=https%3a%2f%2fforomed.com%2ffatiga-causas-sintomas-
tratamientosmas%2f/RK=2/RS=bo0VlRRqyxA86s1g8DS1SjFjmbl

2.https://conceptodefinicion.de/fatiga

Capítulo 414

EL CELADOR Y EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDO

JOSÉ ANTONIO ALARCÓN LÓPEZ

LUIS RODRÍGUEZ-CAMUÑAS ALCOBENDAS

PILAR RUÍZ NARANJO

ANGELA POZO BAUTISTA

ESTRELLA LEÓN MELERO

1 Introducción

El virus de inmunodeficiencia adquirido se transmite a través de los siguientes fluidos: - Sangre - Semen - Líquido pre-eyaculatorio - Fluidos rectales - Fluidos vaginales - Leche materna.

El celador de instituciones sanitarias se encuentra expuesto diariamente al riesgo de infectarse por el VIH, hablamos, por tanto, de una exposición ocupacional. En el ámbito de la salud, los celadores y celadoras, y en general cualquier trabajador o trabajadora, pueden mantener contacto con muestras infectadas por VIH, o también pueden ocurrir accidentes como pinchazos o cortes que provoca el contacto con líquidos corporales de personas infectadas.

El riesgo medio de infección del trabajador por contacto con personas infectadas está comprendido entre el 0.1% y el 0.3%, si bien este dato puede verse incremen-

tado en el caso de exposiciones al virus de inmunodeficiencia adquirido complicadas como pueden ser: pacientes graves de SIDA, accidentes con agujas que han sido utilizadas para extraer sangre a pacientes portadores, cortes con materiales que tienen sangre de pacientes infectados, etc.

En el ámbito sanitario, es muy complicado reducir a cero el riesgo de exposición laboral al virus de inmunodeficiencia adquirido, por lo tanto, es necesario cumplir al pie de la letra las Precauciones Universales, y en el caso de que ocurra una exposición accidental seguir las pautas de profilaxis post-exposición.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo:

- Explicar las precauciones estándar que debe realizar un celador ante un paciente con el virus de inmunodeficiencia adquirido.

Como objetivo secundario:

- Evitar los accidentes de exposición a esta enfermedad con las actitudes adecuadas.
- Mantener el secreto profesional ante un contagio.
- Mostrar el proceso ante un contagio a seguir con salud laboral.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se ha consultado publicaciones encontradas por Google sobre la materia.

4 Resultados

El virus de inmunodeficiencia adquirido se transmite a través de los siguientes fluidos: sangre, semen, líquido preeyaculatorio, fluidos rectales, fluidos vaginales y leche materna. En el ámbito sanitario, lógicamente existe un cierto nivel de riesgo de que los trabajadores y trabajadoras entren en contacto con muestras o pacientes infectados por VIH.

El riesgo de exposición laboral al VIH no puede reducirse nunca a cero, aunque el muy bajo si se siguen las medidas de precaución dictadas. Si ocurre un accidente y hay contacto con muestras infectadas, hay una serie de pautas a seguir tras la exposición al VIH.

Si el contacto ha sido por un corte, en primer lugar lavamos la herida con agua sin frotar durante al menos 3 minutos, a continuación se desinfecta la herida, por ejemplo con povidona yodada. En el caso de salpicaduras de sangre o fluidos, lavamos la zona con agua abundante y con jabón.

Estos accidentes deben comunicarse inmediatamente al Servicio de Medicina Preventiva o al médico de guardia para valorar el riesgo del accidente y recabar información de los pasos a seguir. Tras la exposición, medicina preventiva llevará a cabo el seguimiento serológico del trabajador o trabajadora.

Se hará una valoración y si el resultado es seronegativo, se realizarán análisis periódicos durante al menos seis u doce meses, aunque es muy raro que trascurridos seis meses desde el contacto con el fluido infectado aparezcan anticuerpos del virus de inmunodeficiencia adquirido.

Por lo tanto, a partir de esta fecha se suspende el seguimiento. Durante el periodo de seguimiento, el trabajador o trabajadora debe cumplir una serie de normas para prevenir una hipotética transmisión del virus de inmunodeficiencia adquirido, como por ejemplo: no donar sangre, semen u órganos, mantener relaciones sexuales con protección y en el caso de maternidad reciente, suspender la lactancia.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, aunque es muy difícil reducir a cero el riesgo de contagio del virus de inmunodeficiencia adquirido en las instituciones sanitarias, el porcentaje es muy bajo si se siguen correctamente las normas de precaución dictadas para los trabajadores y trabajadoras.

Por lo tanto, en el caso de que ocurra un contacto ocasional con fluidos con virus de inmunodeficiencia adquirido por lesiones o salpicaduras, es importante seguir las pautas y comunicar lo antes posible al Servicio de Medicina Preventiva o al médico de guardia para valorar el riesgo del accidente y recabar información de los pasos a seguir.

Es importante que durante todo el proceso quede preservada la confidencialidad

del trabajador o trabajadora y del paciente portador del virus de inmunodeficiencia adquirido.

6 Bibliografía

<https://masmorbomenosriesgo.es/2019/04/10/el-personal-sanitario-con-vih/>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552018000200081

Organización Internacional del Trabajo. Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA. 1ª ed. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2005

Ramiro Avilés, M, Salas Muñoz I. Informe Clínico Legal: El VIH y las profesiones sanitarias: la transmisión iatrogénica del VIH. CESIDA, 2014.

Capítulo 415

ACTITUDES Y APTITUDES DEL CELADOR

JOSÉ ANTONIO ALARCÓN LÓPEZ

LUIS RODRÍGUEZ-CAMUÑAS ALCOBENDAS

PILAR RUÍZ NARANJO

ANGELA POZO BAUTISTA

ESTRELLA LEÓN MELERO

1 Introducción

El celador es una figura clave dentro de la asistencia sanitaria, si bien la categoría profesional se encuadra dentro del personal no sanitario, el celador realiza diferentes funciones, que, aunque no siempre, en la mayoría de las ocasiones están directamente relacionadas con la atención directa al paciente.

Las funciones del celador se encuentran especificadas en el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971 y pese a que dicha norma tiene muchos años y que los avances tanto en la sociedad como en la asistencia sanitaria han llevado a numerosas modificaciones en la práctica diaria del trabajo, las funciones del celador aún se rigen por esta obsoleta normativa.

Como ejemplo, el Estatuto asume que el celador es siempre hombre, sin embargo, según los datos recogidos por diferentes Servicios de Salud autonómicos, actualmente el 45% del personal celador es hombre y el 55% son mujeres. Por otro lado, la profesión de celador no cuenta con una titulación reglada, podemos encontrar cursos privados o subvencionados, pero no existe una titulación oficial que capacite para el desempeño de las funciones. Para trabajar como celador es necesario haber superado una oposición y estar en posesión del certificado de estudios obligatorios o certificado de escolaridad

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Describir las funciones básicas del celador.

Como objetivo secundario:

Enumerar algunas de las cualidades necesarias para el desempeño del trabajo

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre las funciones del celador en instituciones sanitarias. Se han consultado manuales de diferentes editoriales y bases de datos como son Google Académico o Dialnet, utilizando las palabras clave: celador, tareas y cualidades.

4 Resultados

Se define celador como la persona que tiene por oficio celar o vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o que realiza otras tareas de apoyo en un establecimiento público. Como se mencionaba al principio de este trabajo, las funciones recogidas en el Estatuto por el que se rige el personal celador, han quedado muy obsoletas en relación al trabajo cotidiano.

Hoy en día el celador no se limita a vigilar el buen funcionamiento del centro o establecimiento sanitario, sino que realiza innumerables tareas relacionadas con la asistencia sanitaria, por eso son una figura clave en los hospitales y centros de salud.

Para comprender mejor cuál es la función del celador describiremos algunas de las tareas que realiza habitualmente:

Recibe a los pacientes y usuarios a su llegada al centro, especialmente cuando estos ingresan por urgencias, proporcionándoles una silla de ruedas o camilla si esto fuera necesario.

- Realizan el traslado de pacientes dentro del centro, ya sea para realizar pruebas diagnósticas o para su ingreso en hospitalización.

Ayudan al personal de enfermería en la movilización de pacientes, para su aseo si el paciente se encuentra encamado, para realizar cambios posturales, para levantarlos o acostarlos o para la realización de curas y exploraciones.

Traslado de "Éxitus" al mortuario. Además, es función del celador ayudar en la práctica de autopsias en todas aquellas tareas que no requieran manejo de instrumental.

Coloca al paciente en la mesa de quirófano en la postura adecuada según el tipo de intervención a practicar.

Proporciona información a pacientes, familiares y usuarios sobre la localización y horarios de las consultas o unidad a la que se dirigen, de forma presencial o telefónica. Debemos matizar que en ningún caso el celador proporcionará información de carácter clínico ni al enfermo ni a sus familiares, debiendo orientar la consulta hacia el personal facultativo o de enfermería. -

Recepción de mercancías, su ubicación dentro del almacén y reparto de suministros y material a las unidades del centro.

En el servicio de farmacia dispensará los medicamentos que sean solicitados por las plantas de hospitalización o consultas.

El celador se hace cargo del traslado de documentación, como pueden ser historias clínicas, correo interno y externo, peticiones de consultas (por ejemplo, petición de radiografías, analíticas clínicas, interconsultas, etc.). Así mismo, se encarga del traslado de mobiliario y otros objetos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos concluir que el celador es quizá la figura más versátil de un centro sanitario y, por tanto, debe reunir una serie de cualidades y aptitudes que serán de vital importancia en la rutina diaria de trabajo.

Por lo tanto, podemos destacar:

Capacidad de adaptación para trabajar en los diferentes servicios y unidades que integran la actividad asistencial.

Habilidad de comunicación, desarrollando cualidades como la empatía y la asertividad para proporcionar un trato y comunicación adecuados a los pacientes y usuarios.

Disposición para aprender, puesto que el celador realiza tareas tan diversas que no es posible conocer en profundidad cómo funciona cada servicio si no es a través de la experiencia.

Tener capacidad para trabajar en equipo y ejecutar las instrucciones recibidas, pues a lo largo de la jornada se relacionará con multitud de compañeros, ya sean personal sanitario o no sanitario.

Por ello, se le debe capacitar para tener aptitudes y actitudes que va a facilitar la labor sanitaria.

6 Bibliografía

1. Manual Celador: Temario y parte Específica (Servicio de Salud del Principado de Asturias – SESPA). Editorial MAD (Convocatoria 2018-2019).
2. 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. n.º 174, de fecha 22 del mismo mes).
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud
4. Parrondo Mesa, L. Las habilidades de comunicación entre el celador y el paciente. Editorial Monsálvez. 2020

Capítulo 416

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

NATALIA SUÁREZ LÓPEZ

JORGE OVIES DIAZ

LAURA MORAN MANSILLA

ALBERTO ISMAEL GUTIERREZ IGLESIAS

ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL

1 Introducción

En la unidad de urgencias sanitarias dentro de un hospital, se garantiza a todos los usuarios del Sistema Sanitario una atención continuada durante las 24 horas del día, para resolver y tratar todos los procesos que no admiten demora.

El punto de entrada para un enfermo a un hospital es a través de la puerta de urgencias del mismo. Solos o acompañados por sus familiares, que considerando necesario que se les preste atención médica, el celador encargado del puesto de puerta de Urgencias, es el primero en recibir a dichos pacientes y a sus familiares. Dependiendo de la actuación y actitud del celador de puerta, la primera impresión que los pacientes o sus familiares se lleven, puede resultar positiva o, por lo contrario, negativa, pero siempre se creará una impresión. La calidad que perciban de la prestación que se les dé, depende mucho de esta primera impresión, en la que intentaremos disipar miedos, inseguridades o angustias, para intentar

generar un ambiente de confianza y un sentimiento de que, la prioridad del personal de la unidad es atender al enfermo de la mejor manera y brevedad posible, evitando así las respuestas negativas de los usuarios por no lograr satisfacer sus expectativas.

2 Objetivos

Constatar la importancia de los celadores en la unidad de urgencias de un hospital y reflejar algunas de las funciones que se realizan entre la entrada y salida del paciente a este servicio.

3 Metodología

Para desarrollar y elaborar este trabajo, consultamos información de distintas fuentes como páginas webs en español, relacionados con el tema que tratamos. También, artículos científicos de publicaciones revisadas en bases de datos como: Scielo, Pubmed o MedlinePlus. Las palabras clave para la búsqueda fueron: celador, servicio de urgencias, funciones, etc.

4 Resultados

Son múltiples e importantes, las funciones que desempeñan los celadores en esta unidad. Destacamos algunas de ellas puesto que, en ocasiones, nuestras competencias tanto para los propios compañeros como para los usuarios no están del todo claras.

- Recepción del paciente. A todo usuario que lo necesite, tanto si viene por sus propios medios o a través de una ambulancia, se le ayudará en su traslado al interior del servicio de urgencias, bien en silla de ruedas, camilla o caminando.
- Velarán para conseguir orden y silencio en las salas de espera y espacios comunes.
- Comunicación con el personal sanitario para que actúen lo más rápido posible, si la situación lo requiriese.
- Mantener la entrada del servicio provista de un número suficiente de camillas, sillas de ruedas, balas de oxígeno, transfer y lencería.
- Facilitar cualquier información general, siempre y cuando no sea sanitaria ni administrativa a los acompañantes.

- Evitar que accedan personas no autorizadas a la unidad. Como, por ejemplo, más de un acompañante en personas menores de edad o personas discapacitadas. Para esto, siempre nos guiaremos por las normas establecidas por el centro en cada momento.
- Ayudar al personal sanitario en la movilización o inmovilización del paciente, como otras funciones que le sean propias, y también ordenadas por médicos o supervisores.
- Realizarán el transporte sin tardanza de documentos, analíticas al laboratorio, correspondencia, objetos, mobiliario o aparataje.
- Trasladar a pacientes a distintas zonas de la unidad o del centro como: quirófanos, interconsulta, radiología, UCI, reanimación, ingresos a planta, etc.
- Ayudar a realizar los cambios posturales solicitados por el personal sanitario al paciente.
- Dentro de las posibilidades, mantener la intimidad del paciente en el interior del box.
- Tramitarán sin tardanza, las comunicaciones verbales que les sean transmitidas.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de urgencias, encontramos diferentes tipos de trabajadores que desempeñan distintas funciones, ya que éste, debe de estar dotado de todos los medios humanos y técnicos necesarios, para asegurar un buen nivel asistencial. Y todo ello, coordinado dentro de lo que es la cadena asistencial. El celador, como parte integrante de esta cadena, tiene múltiples funciones asignadas de manera genérica y específica.

Lo primordial y más importante siempre, es salvar y atender al paciente y jamás tentar con su vida, por lo que, frente a una emergencia, se proveerá a todo el personal sanitario, sin distinciones por raza, sexo, edad, etc.

6 Bibliografía

<https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-3-urgencias.pdf>
<https://revistamedica.com/celadores-urgencias-hospital-pandemia/>
<https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>
<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>

Capítulo 417

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL DESARROLLO DE SU TRABAJO EN LA COCINA HOSPITALARIA DE GESTIÓN CENTRALIZADA

AMPARO PALACIOS CALERO

CARMEN ALVAREZ MARTIN

M^a DEL MONTE DEL FRESNO MENCHERO

MARIA SOLEDAD FERNANDEZ PACHECO GALLEGO

1 Introducción

El destinatario de la cocina hospitalaria tiene unas peculiaridades que lo hacen especial al compararlos con los destinatarios de otras cocinas, como podría ser la cocina de restauración. Estas peculiaridades tienen que ver, en primer lugar, con la relevancia del estado de salud del paciente, la cocina hospitalaria debe participar en la búsqueda de la recuperación de la salud de la forma más rápida posible; en segundo lugar, debido a sus condiciones de salud, el paciente puede estar pasando por un periodo de inapetencia que dificulta su alimentación; por último, el paciente de un hospital no ha elegido estar allí, no quiere permanecer allí y quiere marcharse cuanto antes de allí.

La cocina hospitalaria se enfrenta a los siguientes retos: asegurar el control de la calidad higiénico-sanitaria y procurar la satisfacción gastronómica de sus destinatarios, retos que comparte con todas las cocinas; pero, frente a las otras cocinas y teniendo en cuenta las condiciones especiales sus destinatarios finales, tiene como principal reto la importancia de su contribución en el mantenimiento de la salud del paciente, en su recuperación e incluso en formar parte de su tratamiento.

Para ello se han diseñado distintos modelos de gestión de la cocina hospitalaria: la externalización, es decir, la cocina va a depender de una empresa que no está vinculada con el propio hospital, aunque la elaboración de alimentos se puede dentro del hospital o instalaciones externas; y la internalización, que puede ser centralizada, la elaboración y la distribución se realiza desde la propia cocina, o descentralizada, la elaboración se realiza en la cocina y la distribución la realizará el office de las diferentes unidades.

Con la cocina centralizada, por sus características, se disminuyen los riesgos de contaminación y se consigue que los alimentos lleguen al paciente en mejores condiciones gastronómicas (temperatura y presentación) al acortar el circuito cocina-paciente. Sin embargo, para que estos objetivos sean alcanzados, los pinches de cocina hospitalaria, y todo el personal que trabaja en ella, deben estar formados y conocer la lógica de su funcionamiento, los objetivos que persigue y cómo se lleva a cabo su práctica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer los diferentes tipos de gestión de las cocinas hospitalarias.

Objetivos secundarios:

- Describir el funcionamiento de la cocina hospitalaria centralizada y sus aportaciones.
- Poner en relevancia la labor que tienen los pinches de cocina en la cocina centralizada hospitalaria para la consecución de los objetivos de esta.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “organización cocina hospitalaria” “pinche de cocina en la cocina centralizada” o “funcionamiento de la cocina centralizada”.

4 Resultados

La cocina centralizada se ha conformado como una de las mejores opciones dentro de las diferentes formas de gestión de las cocinas hospitalarias. Por una parte, contribuye a minimizar los riesgos de contaminación de los alimentos en la cocina, sobre todo la contaminación cruzada; por otra parte, contribuye a que los alimentos lleguen a sus destinatarios en buenas condiciones gastronómicas. Pero para que estas finalidades se den, la cocina centralizada debe cumplir requisitos como la separación de las zonas de trabajo, el establecimiento de circuitos cortos y la marcha adelante.

Uno de los requisitos que debe cumplir la cocina centralizada hospitalaria es la separación de las zonas de trabajo. Tareas como la preparación de los alimentos para ser elaborados, el manejo del pescado y la carne cruda, la preparación de los platos fríos o las tareas de limpieza suponen una continua exposición de los alimentos a la contaminación. Esta contaminación puede ser nociva para la salud del paciente, es por ello que la separación de las zonas de trabajo es un instrumento muy eficaz para evitar el riesgo de contaminación. Pero la separación de las zonas de trabajo no puede impedir que el trabajo se realice con comodidad y fluidez, por ello, debe existir una buena comunicación espacial entre una zona y la siguiente. La separación en zonas de trabajo incluye la utilización en cada área de sus propios utensilios y maquinarias, que no se pueden llevar de una zona a otra.

El siguiente requisito a tener en cuenta es el del establecimiento de circuitos cortos. Se trata de que los procedimientos ordenados que se realizan en la cocina discurren siempre por la ruta más corta. Cuanto menor es el recorrido seguido, menor es la probabilidad de contaminación y mayor la posibilidad de que los alimentos lleguen a los pacientes en las mejores condiciones gastronómicas.

Finalmente, otro de los requisitos de la cocina centralizada es que cumpla el concepto de marcha adelante y para ello el sentido del orden es fundamental. Esto quiere decir que las tareas que se llevan a cabo en la cocina se realicen siguiendo un orden, siempre avanzando de una zona a la siguiente y a través del circuito más corto. Requiere evitar que los alimentos se crucen, se mezclen o retrocedan

en su paso entre zonas sucias y limpias con el fin de evitar riesgos de contaminación de los alimentos o los utensilios. Esto requiere de una labor de distribución de los espacios desde el mismo momento en que se diseña la cocina, básicamente se pueden encontrar tres: distribución en línea, distribución en “L” y distribución en “U”.

5 Discusión-Conclusión

El hospital, como institución, pretende el mantenimiento o recuperación de la salud del enfermo en el menor tiempo posible. La cocina hospitalaria participa en este objetivo con los medios que tiene a su alcance: la nutrición del enfermo. Con el objeto de la consecución de este objetivo se establecen diferentes formas de gestión de la cocina hospitalaria y, dentro de ellas, la gestión de la cocina centralizada aparece como una de las más eficientes. Esto es así porque afronta con las mejores garantías los riesgos de contaminación de los alimentos, procurando, a la vez, la satisfacción de las necesidades nutricionales y gastronómicas del enfermo.

Los principales requisitos que debe cumplir la cocina hospitalaria centralizada, como se ha expuesto, son: la separación en zonas, el establecimiento de circuitos cortos y la marcha adelante. El pinche de cocina hospitalaria que trabaja en una cocina de gestión centralizada, y el resto del personal, debe estar perfectamente familiarizado con estos requisitos y seguir de manera pormenorizada las instrucciones que requieren durante la realización de sus tareas, solo así se conseguirá, de manera eficaz, conseguir los objetivos que persigue.

6 Bibliografía

1. Sanz ITP. Alimentación y nutrición hospitalaria: Cocina hospitalaria [Internet]. Instituto Tomas Pascual Sanz. 2012 [citado el 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.institutotomaspascualsanz.com/alimentacion-y-nutricion-hospitalaria-cocina-hospitalaria/>.
2. Cocina hospitalaria centralizada [Internet]. Docplayer.es. [citado el 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/13693192-Cocina-hospitalaria-centralizada.html>.
3. Médicos P. Tipos cocina hospitalaria [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2020 [citado el 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tipos-cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 418

LOS FACTORES DE RIESGO LABORAL PARA EL PERSONAL NO SANITARIO

MARTA ALCÁZAR ALBA

NATALIA CALVO TOREL

SERGIO NORIEGA CUESTA

MARÍA JOSÉ CAMPOS GONZÁLEZ

1 Introducción

Desde que existe el trabajo hay una palabra que ha ido, desgraciadamente, asociada al mismo: el riesgo laboral. No fue hasta el siglo XIX cuando se empezó a tener conciencia de los riesgos derivados del trabajo, con la Ley Benot, que sentó las bases de la Prevención de Riesgos Laborales prohibiendo las jornadas largas y el trabajo a menores de diez años. A partir de ahí, en 1900, con la aprobación de la Ley de Accidentes de Trabajo, se estableció que los accidentes laborales debían ser indemnizados a los trabajadores que los sufrieran, representando un avance en la prevención de riesgos importantísimo que ya protegía los derechos de los trabajadores.

Pero ¿qué es un riesgo laboral? Dentro de la definición de riesgo hay que tener en cuenta tanto la gravedad del mismo, los daños posibles y la probabilidad de que se dé en el entorno de trabajo.

Los riesgos pueden ser de varias naturalezas, pero todos ellos tienen implicación en la salud del trabajador y pueden tener condiciones traumáticas o no.

Además, existe una clasificación que tiene por objeto aclarar las condiciones necesarias para que exista el riesgo, que pueden ser tanto por la seguridad, el ambiente laboral, la organización del trabajo y la carga del mismo. Los analizaremos en los siguientes apartados.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo fundamentales en el desempeño de las labores del personal no sanitario.
- Clasificar los riesgos por categorías según la legislación preventiva.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se utilizará, tanto los conocimientos previos como los aprendidos en los distintos cursos de Prevención de Riesgos Laborales obligatorios para los trabajadores tanto del sector privado como público. Se realizará una clasificación de acuerdo a la legislación vigente en materia de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

Dada la definición de "riesgo laboral", hay que conocer los factores de riesgo, que no es más que el desencadenante que provoca el accidente o la enfermedad en el trabajador. Como ya hemos adelantado en el apartado introductorio, es menester clasificar los riesgos según la legislación actual, que pueden entrar dentro de una de las cuatro categorías reconocidas por la ley.

Respecto a la seguridad laboral

Aquí se incluyen todos los riesgos provocados por los elementos materiales del puesto de trabajo. Dentro de ellos podemos reconocer las caídas (a igual o distinto nivel), caída de objetos; heridas producidas por el manejo de máquinas o aparatos; golpes contra objetos estáticos; atrapamiento con objetos y máquinas; y sobreesfuerzo.

Respecto al medioambiente laboral

En esta categoría se incluyen los riesgos que producen daños provocados por agentes químicos, físicos o biológicos. Entre ellos, tenemos como más comunes la exposición prolongada a vibraciones y ruido, temperaturas altas, radiaciones; productos irritantes, narcóticos, corrosivos, cancerígenos o irritantes; y los que

cursan enfermedad profesional por exposición a virus, bacterias, hongos o parásitos.

Respecto a la carga laboral

El exceso de jornadas, dobles turnos, mayor responsabilidad de la necesaria y otros factores puede llevar a la fatiga, falta de atención y agotamiento mental y físico del trabajador, lo que puede llevarle a desarrollar una enfermedad profesional o tener una mayor posibilidad de sufrir un accidente de trabajo.

Respecto a la organización laboral

Las consecuencias de los riesgos asociados a la organización laboral suelen ser de carácter mental, produciendo, al igual que los asociados a la carga de trabajo, fatiga, estrés, síndrome de burnout y otras complicaciones que suelen venir dadas por un exceso de jornada, nuevas técnicas desconocidas para el trabajador o una deficiente organización empresarial.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de riesgos laborales es un tema en auge y de carácter importantísimo en la defensa de los derechos de los trabajadores. Un trabajador que se enfrenta a factores de riesgo a diario en su trabajo es un trabajador que en cualquier momento puede tener un accidente o una baja laboral que le impida desempeñar sus funciones por un corto o largo periodo o incluso definitivamente.

La prevención de los factores de riesgo y su conocimiento es fundamental tanto para el trabajador como para el empresario o contratante, que deberá tomar las medidas necesarias para minimizar el riesgo al mínimo y proteger la salud laboral de los trabajadores, siguiendo la legislación vigente y teniendo en cuenta las innovaciones en la materia que se van produciendo con el tiempo.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>.
- ”Ley Benot de 1873, el inicio de la PRL en España”: <https://prevencionar.com/2022/04/28/ley-benot-1873-inicio-la-prl-espana/>

Capítulo 419

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ÁREAS QUE INTEGRAN LA UNIDAD.

MARI CARMEN JIMÉNEZ MARTÍNEZ

JORGE CARPIO DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

Los centros sanitarios son clasificados en centros de atención primaria y centros de atención especializada, dependiendo de la actividad medico-asistencial llevada a cabo en dicho centro.

En los centros de atención primaria se presta atención a la comunidad de manera ambulatoria y domiciliaria, prestando atención de urgencias aquellos centros que dispongan de un PAC (punto de atención continuada). El servicio de urgencias de los PAC, también conocido como servicio de urgencia de atención primaria (SUAP), funcionará cuando la asistencia médica realizada en los centros de salud cese su actividad. El servicio de urgencias atenderá de 15 a 8 de la mañana, y las 24 horas del día los fines de semana y los días festivos.

Los centros de atención especializada se centrará en la actividad hospitalaria y la atención de urgencias las 24 horas del día durante los 365 días del año.

Dependiendo de la cartera de servicios que disponga cada centro hospitalario, se encontrará en un nivel de asistencia de mayor o menor rango. Se puede distinguir tres nivel en los centros hospitalarios:

- Nivel 1: son los centros hospitalarios de menor especialización, ya que cuenta con una cartera de servicios muy básica.
- Nivel 2: son centros hospitalarios que cuenta con una cartera de servicios mayor al nivel 1.
- Nivel 3: son centros hospitalarios donde cuenta con una amplia cartera de servicios, atendiendo todas las especialidades médicas. Estos centros hospitalarios son centros de referencia para los centros de nivel 1 y 2.

2 Objetivos

- Conocer y diferenciar las urgencias de atención primaria y las urgencias de atención especializada.
- Conocer la clasificación de centros hospitalarios dependiendo de la cartera de servicios atendida.
- Enumerar las áreas que conforman el servicio de urgencias 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

ÁREAS QUE CONFORMAN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS.

El servicio de urgencias de los centros hospitalarios está formado por varias áreas donde son atendidas distintas especialidades sanitarias, o donde son llevadas a cabo actividades no sanitarias, realizadas por personal no sanitario.

- Admisión de urgencias o admisión de enfermos. Área donde son entregados los datos clínicos del paciente para que sean atendidos por el equipo de guardia del servicio de urgencias.
- Área de información para usuarios, pacientes y familiares. Área donde se facilitará la información solicitada sobre la ubicación de servicios o consultas médicas

de la unidad de urgencias y donde se proporcionará la ubicación del paciente a los familiares y acompañantes.

- Salas de espera de pacientes. Ubicación donde esperan los pacientes una vez han sido atendidos por el equipo médico, pero que necesitan esperar los resultados de pruebas diagnósticas o análisis.
- Salas de espera de familiares y acompañantes.
- Sala de triaje. Donde son triados los pacientes, dependiendo de las dolencias que presenten serán dirigidos hacia una especialidad médica u otra.
- Área de boxes, donde son atendidos los pacientes que por sus dolencias requieren ser tumbados en camillas para recibir cuidados médicos .
- Salas de tratamiento, donde son atendidos los pacientes que necesitan medicación, pero no requieren estar tumbados en camillas.
- Sala de observación, donde se encuentran los pacientes que requieren una observación de 24 o 48 horas para ver su evolución clínica.
- Área de reanimación. Son áreas donde son atendidos los pacientes que requieren una actuación urgente del equipo médico, donde pueden ser monitorizados y donde son tomadas sus constantes vitales continuamente.
- Área de transferencia. Donde son transferidos los pacientes que acuden al servicio de urgencias a través de los soportes básicos o avanzados. Una vez triados los pacientes, son llevados a la sala de transferencia para pasarlos a una camilla del servicio y darles una ubicación.
- Áreas de especialidades médicas.
 - Salas o consultas de traumatología.
 - Salas o consultas de cirugía general.
 - Salas o consultas de pediatría.
 - Salas o consultas de obstetricia y ginecología.
 - Salas de curas
 - Salas de yesos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el servicio de urgencias. Áreas que integran la unidad” nos refleja la asistencia médica de los servicios de urgencias de los centros de atención primaria y los centros de atención especializada. Del mismo modo, se ha podido comprobar la clasificación de los centros hospitalarios en tres niveles, dependiendo de la cartera de servicios atendida en cada centro. Por otro lado, se ha podido

comprobar las áreas que conforman la unidad de urgencias, y la funcionalidad de cada una de ellas.

Cabe destacar, que los celadores del servicio de urgencias podrán desarrollar su actividad profesional en cualquier de las áreas existentes en la unidad debido a la rotación del equipo de celadores, por lo que deberán conocer la ubicación de cada una de ellas y su funcionamiento, para poder desarrollar sus funciones de modo rápido y efectivo.

6 Bibliografía

Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021

- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 420

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO. FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

MARI CARMEN JIMÉNEZ MARTÍNEZ

JORGE CARPIO DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

La Real Academia de la lengua Española define el concepto de pediatría (Del gr paidos y -iatría) como la rama de la medicina que se encarga de estudiar las enfermedades y la salud de los niños.

Por otro lado, se puede encontrar en dicho diccionario el concepto de paciente (Del lat. Patiens, -entis) definido como la persona que sufre de forma física y corporal, y requiere de asistencia y atención médica para mejorar su estado físico y corporal. En la segunda acepción de este término se encuentra la siguiente definición en el diccionario de la RAE, “Persona que va a ser atendida por un equipo médico”.

Mientras que el concepto de urgencia (Del lat. Urgentia) es definido por la academia como área de los centros hospitalarios que se encargan de atender a los pacientes y heridos con graves patologías y que requieren de una atención médico-asistencial inmediata.

Dentro de las urgencias hospitalarias, se puede encontrar el área de urgencias pediátricas, donde los niños que vienen con dolencias o diagnósticos clínicos graves son atendidos por un equipo médico especializado en pediatría.

En la mayoría de las urgencias hospitalarias, se pueden encontrar una ubicación destinada a las REAS infantiles, reas pediátricas, donde son atendidos los niños que requieren de monitorización y atenciones especializadas de más gravedad.

2 Objetivos

- Conocer los conceptos de pediatría, paciente y urgencia.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores ante el paciente pediátrico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un niño acude al servicio de urgencias con sus padres, tutores o familiares, el primer profesional que los atiende es el celador que se encuentra en la puerta de urgencias.

Celador de puerta:

Este celador se encargará de indicarles el área de admisión de urgencias, donde los pacientes dan los datos clínicos para poder ser atendidos por el equipo médico. Una vez dado los datos, el celador los dirigirá hasta la sala de triaje para que el niño sea triado.

Celador de triaje:

Cuando el niño ha sido triado, el celador que se encuentre en el área de triaje los dirigirá hacia la ubicación que le indique el enfermero.

Dichas ubicaciones pueden ser:

- Sala de espera de pediatría.

- Box de pediatría.
- Sala de radiología.

Celador de radiología:

Si un niño requiere de ciertas exploraciones radiológicas, el celador de radiología se encargará de trasladarlo desde la ubicación de pediatría que se encuentre hasta las salas de radiodiagnóstico. Dependiendo de las características físicas del paciente, o de las sospechas del posible diagnóstico dicho traslado será realizado en sillas de ruedas o en camilla.

El familiar podrá acompañar al niño para que este se encuentre más tranquilo, pero no podrá entrar en la sala de radiología con el niño para evitar una exposición radiológica innecesaria.

Si el niño se muestra inquieto, el familiar podrá acceder a la sala con la protección de un chaleco plomado proporcionado por el equipo de radiodiagnóstico.

Celador de box:

El celador de box se encargará de subir al laboratorio las muestras biológicas y los análisis del niño, para que sean analizadas en el menor tiempo posible.

Si el médico pediatra decide ingresar al niño en el centro hospitalario para seguir realizando pruebas y conocer las causas de su enfermedad, el celador de box se encargará de realizar el ingreso del niño en la planta de hospitalización de pediatría.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador ante el paciente pediátrico. Funciones del celador en las urgencias pediátricas” nos refleja el gran número de celadores que realizan sus funciones en las urgencias pediátricas, trasladando al paciente de un servicio a otro para realizar las pruebas exploratorias necesarias y trasladando las muestras biológicas al laboratorio para que sean analizadas.

Cabe destacar, que la actuación de los profesionales con los pacientes pediátricos debe ser respetuosa, a la vez que tranquilizadora, ya que para los niños son situaciones nuevas que, unidos a las dolencias que presentan, generan situaciones incómodas para los niños, por lo que se pueden mostrar alterados.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
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 social.
3. [www. Rae.es](http://www.Rae.es).

Capítulo 421

CORRECTA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN LOS CENTROS DE TRABAJO PARA EVITAR LESIONES

ANTONIA DOS ANJOS BEIROTO

ROSA ANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

MARÍA TERESA GARCÍA FERNÁNDEZ

ADORACIÓN SÁENZ GARCÍA

CARMEN CONSUELO SUAREZ NUÑO

1 Introducción

Debemos de considerar como punto de partida que los puestos de trabajo deberían ser accesibles para toda la población trabajadora y para ello vamos a partir de la base de considerar carga a cualquier objeto que vayamos a mover y cuyo peso exceda a 3 kg. Como indicación general en condiciones ideales de manipulación es recomendable no sobrepasar los 25 kg, pero si son trabajadores poco entrenados, mujeres o trabajadores jóvenes o mayores no se deberían de sobrepasar cargas de más de 15 kg. También deberemos diferenciar la manipulación manual o mecánica de las cargas teniendo en cuenta que en las primeras van a intervenir uno o más trabajadores para el levantamiento, colocación, empuje, desplazamiento o transporte para llegar al almacenamiento como último paso del proceso. Mientras que en las segundas o mecánicas el levantamiento, transporte,

descarga, cambio de lugar o almacenamiento se realizará de forma que intervendrán carretillas, toros mecánicos, transportadores, puentes-grúa, etc.

Las rutinas en el trabajo, la repetición de tareas, las prisas, etc. son las causantes, muchas veces, de las malas posturas y como consecuencia las motivadoras de posteriores lesiones, sobre todo de las dorso-lumbares.

Nos adentraremos en los principales factores de riesgo a los que se van a enfrentar los trabajadores al manipular cargas manualmente como pueden ser: la organización y desempeño del trabajo, las características de la carga o las condiciones de manipulación de las mismas.

2 Objetivos

- Dar a conocer las condiciones ideales para una correcta manipulación de las cargas.
- Valorar el correcto desempeño del trabajo a realizar para evitar posibles lesiones.
- Exponer acciones adecuadas para desarrollar un correcto desempeño del trabajo a realizar.

3 Metodología

Para desarrollar el trabajo que nos ocupa hemos realizado una revisión bibliográfica sistemática y hemos acudido a distintas publicaciones como han sido la de la Facultad de Medicina de Málaga o del trabajo realizado por la universidad de La Rioja sobre la manipulación de cargas ; también hemos consultado guías de webs de los sindicatos UGT y FeSP, dentro de la sección de enseñanza, además de las propias en El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (IN-SHT) o al BOE en su Real Decreto 487/1997, de 14 de abril. Todos ellos nos han ayudado a la elaboración de este trabajo como quedará reflejado en el apartado 6: Bibliografía

4 Resultados

Partiremos de esta base: Real Decreto 487/1997 se entenderá por manipulación manual de cargas (artículo 2): “cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colo-

cación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorso-lumbares, para los trabajadores”. Tendremos que pararnos en distintos aspectos para luego llegar a unas conclusiones que nos lleven a un desempeño correcto de nuestro trabajo y nos evite problemas de salud y lesiones que nos acompañen el resto de nuestra vida.

Nos fijaremos en las características de los elementos a cargar, evitando que sean demasiado pesadas o voluminosas, que no nos proporcionen un correcto agarre o nos hagan estar en posición inestable ya que en la mayoría de las ocasiones la manipulación manual de cargas va a ser la responsable de la presencia de fatiga o de lesiones como cortes, fracturas, golpes y sobre todo trastornos músculo-esqueléticos.

Cualquier parte del cuerpo es susceptible de sufrir lesiones pero en este aspecto las más propensas a padecerlo van a ser las extremidades superiores y toda la espalda, con mayor incidencia en la zona dorso-lumbar (hernias discales, lumbalgias, dolores cervicales, pinzamientos...), van a ser también frecuentes quemaduras, heridas o arañazos, caídas, problemas circulatorios, hernias inguinales, problemas en dedos, manos, brazos y hombro.

Se deberían tomar unas recomendaciones o medidas preventivas para mitigar en cierta medida la fatiga y lesiones músculo-esqueléticas por la mala manipulación manual de cargas como podrían ser el uso y manejo de algunos equipos mecánicos que nos facilitasen el trabajo, como mesas elevadas y con ruedas, cintas de transporte, carretillas elevadoras, etc. Evitar en lo posible el actuar con cargas pesadas y no sobrepasar un peso de 25 kg (15 kg en el caso de personal mayor, mujeres o trabajadores jóvenes), trabajar con objetos de formas regulares y que sean de fácil agarre para su traslado, no cargar con elementos cuya anchura supere la de nuestros hombros, una altura del objeto inferior a los 60 cm y una profundidad entre los 35 y 50 cm. Será muy conveniente que el lugar de trabajo sea amplio, bien dispuesto y acondicionado para su cometido y con las medidas de seguridad necesarias para evitar posibles lesiones.

El trabajador también debe hacer su aportación personal con una buena formación y seguimiento de las medidas de seguridad, aconsejadas por las normas de prevención de riesgos laborales que deben de estar a su alcance y nunca intentar hacer un sobreesfuerzo para ejecutar un trabajo y pedir la ayuda o cooperación de otros compañeros para ejecutar el trabajo o hacer uso de aquellos elementos mecánicos que faciliten la labor, también debe intercalar periodos de descanso o de cambio de actividad para que se produzca una recuperación de los músculos que están soportando la carga del trabajo o incluso hacer tareas de mantenimiento de las herramientas o maquinaria, completar pedidos, cubrir hojas de

trabajo, ordenar y limpiar el local de trabajo e incluso la realización de algunos ejercicios para fortalecer la musculatura de brazos, piernas, espalda, etc. Todo esto va a reducir el trabajo repetitivo, la fatiga física y la carga muscular, lo que repercutirá de forma positiva al reanudar la actividad de nuevo.

Nos vamos a encontrar con una serie de factores de riesgo al manipular manualmente una carga: si esta es demasiado pesada o grande, si es voluminosa y no nos permite un buen agarre, si estamos sin un equilibrio estable (tanto el trabajador como la carga), si está alejada del eje del tronco del trabajador o este está en posición inclinada o de torsión.

Toda carga, para su manipulación, va a requerir un esfuerzo físico que podrá perjudicar al operario si este es demasiado intenso o el ritmo en el desempeño de la labor es muy alto o prolongado, si el manejo de la carga se hace en una posición de manifiesta inestabilidad, como si para el manejo de la misma debemos de modificar el agarre o esta pueda moverse, o cuando el trabajador no haga uso de los periodos de reposo o recuperación entre tareas,

También sería conveniente fijarnos en las características propias del individuo o de su entorno como podrían ser: la no capacidad física del trabajador para llevar a cabo esas labores, la insuficiente formación o de conocimientos en esa materia, lesiones propias del individuo anteriores al desarrollo de la actividad, la ausencia de una vestimenta apropiada para el desarrollo seguro de su trabajo (calzado, guantes, gafas, faja, mascarilla, etc.).

Del mismo modo que si la zona de trabajo no presenta las condiciones seguras como podrían ser: suelo irregular o resbaladizo, distintos niveles en el plano de trabajo, si la temperatura, humedad, ventilación de la zona no son las adecuadas, si el espacio no permite al operario hacerlo con una postura correcta y a la altura necesaria y cómoda, que no se disponga de una iluminación adecuada y sin lugares de sombras.

Como podemos ver para llevar a efecto una correcta manipulación de cargas en los centros de trabajo para evitar lesiones nos vamos a encontrar con un conjunto de facetas en las que tienen que intervenir muchos elementos juntos y que al coordinarse entre ellos van a facilitar el buen desempeño del trabajo, sin olvidar la aportación propia del lugar de trabajo y el conocimiento del trabajo a realizar puesto que las lesiones van a aumentar cuando un trabajador no tiene la información y formación que es necesaria para realizar las actividades acometidas de una forma segura. Tanto la empresa como el comité de empresa se tienen que encargar de proporcionar a sus empleados programas de formación permanente que incluyan: el uso adecuado del material de protección del que debe disponer el trabajador, uso correcto y seguro de aquella maquinaria o mecanismos que

puedan facilitarle su labor, formación y adiestramiento de tácticas seguras para la manipulación de cargas. Se da por supuesto que el local o espacio el que se desarrolla toda la actividad cumple con las normativas de seguridad e higiene.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto anteriormente tendremos que llegar a unos resultados en los que entren varios factores de intervención: primero el lugar de trabajo, que deberá presentar las condiciones óptimas. En segundo lugar será el propio trabajador el que aporte todo lo necesario para el buen desempeño de su función. En tercer lugar podríamos incluir la formación que deberá llevarse a efecto para corregir los posibles fallos y descuidos del personal. Tampoco deberíamos olvidarnos de la continua revisión de los lugares y zonas de trabajo para que estén en perfecto orden.

Todo esto se vería beneficiado si el trabajador tiene una visión positiva y gratificante del trabajo que desempeña, de este modo le sería mucho más sencillo si existe una sintonía positiva entre: empresario / lugar de trabajo / compañeros / formación laboral / salario / seguridad; puesto que una persona que acude a su trabajo con alegría y optimismo es menos propensa a padecer percances laborales y por lo tanto va a repercutir en su salud y en la armonía laboral.

6 Bibliografía

1 - Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. Madrid: INSHT, 2009

.[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/ Guías Técnicas/Ficheros/cargas.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuíasTécnicas/Ficheros/cargas.pdf).

[Consulta: 10 de enero de 2013] [Consulta actual: julio- agosto de 2022]

2 - Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2009). EVALCARGAS V.1.0. Aplicación informática para la prevención 027. Madrid. INSHT. Disponible en la Web: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=4db12dd692ff0310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnextchannel=1d19bf04b6a03110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>. [consulta actual: julio - agosto de 2022]

3 – OTRAS PUBLICACIONES:

3 -1.- Área: Medicina del Trabajo – Campus de Teatinos – Facultad de Medicina – Telf. 952137061 – Fax: 952131654 Correo electrónico: prevmet@uma.es Web: www.uma.es/prevencion.

[consulta actual: julio de 2022]

3 – 2.- Manipulación Manual de Cargas. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. www.unirioja.es

18/05/2015. [consulta actual: septiembre 2022]

3 – 3.- Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. UGT y FeSP Servicios Públicos de Enseñanza. 2015 https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/wp-content/uploads/2017/02/guia_cargas.pdf.

[consulta actual: septiembre 2022]

4 – OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN:

4 – 1.- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación de cargas. BOE nº 97 23-04-1997. [consulta actual: septiembre 2022]

4 – 2.- Apartado 3 del artículo 37 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

[consulta actual: septiembre 2022]

Capítulo 422

LA NECESIDAD DE CONOCER LOS PRIMEROS AUXILIOS

MARIA JESUS ZURBANO SANCHEZ

1 Introducción

Hoy en día tener formación en primeros auxilios ha dejado de ser una actividad profesional sanitaria, para llegar a convertirse en un aspecto y conocimiento más que esencial de la formación de cualquier persona. Su conocimiento y un mínimo de su aplicación pueden llegar a salvar vidas. Esos conocimientos básicos significa la diferencia entre la vida y la muerte de una persona.

Por ello podemos definir los primeros auxilios como las actuaciones y técnicas que nos permiten, la atención inmediata de una persona enferma, lesionada o accidentada en el lugar de los acontecimientos, hasta la llegada de la asistencia del personal médica, especializa, profesional, o de ser trasladado el interesado a un centro de asistencial u hospitalario.

En conclusión, son todas aquellas medidas, actuaciones que se realizan de forma inmediata en las personas accidentadas o con enfermedades repentinas con la finalidad de aliviar el dolor, evitando su agravamiento.

Siempre debemos recordar que: “Todo ciudadano tiene la obligación de socorrer a una persona que se encuentre desamparada y en peligro manifiesto y grave, siempre y cuando lo pueda hacer sin riesgo propio o de terceros.” De lo contrario, estará incurriendo en un delito tipificado en el artículo 195 del Código Penal por omisión del deber de socorro

En los casos de riesgo y en aquellos en los que no se pueda prestar auxilio por algún motivo, siempre queda la obligación de solicitar la ayuda de un tercero y de llamar al 112.

2 Objetivos

Saber actuar ante una situación de emergencia, por ello es fundamental saber qué hacer en cada momento y sobre todo mantener la calma.

Conocer y adquirir un conocimiento básico que nos permita en lo medida de lo posible responder ante una situación de emergencia hasta la llega del personal sanitario especializado, con los conocimientos que tengamos adquiridos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Ante una situación de emergencia o cuando prestemos primeros auxilios, hay que seguir unos consejos generales, debemos de actuar siempre de una forma calmada, pero actuando con rapidez, de forma ordenada y eficiente.

Los objetivos son, mantener vivo al accidentado, evitando nuevas lesiones, y poner al accidentado en manos de servicios especializados.

Los consejos generales ante la actuación es actuar con rapidez, evitar las aglomeraciones de las personas que están observando sin hacer nada, con lo cual hay que imponerse, no mover a la persona herida salvo que sea imprescindible, no dar nunca de comer, beber o medicación al accidentado; tranquilizar al herido y hacer solo lo imprescindible hasta la llegada de la asistencia de profesionales.

Por ello es muy importante conocer el protocolo PAS: Proteger, Avisar y Socorrer, que nos dice cómo debemos actuar ante una situación de emergencia. Son los pasos que debemos seguir para saber actuar ante dicha situación que requiere una actuación ordenada e inmediata.

P. Proteger el lugar de los hechos.

Ante todo, lo primero es proteger al accidentado, a terceros y a uno mismo. Controlará que el suceso que ha causado la situación no pueda agravar el estado del paciente, ni producir otros accidentes a las personas que han acudido en su ayuda. Hay que señalizar en todo momento, retirar peligros, iluminar y asegurar un espacio para poder atender a la víctima con seguridad.

Siempre que la zona no sea segura, no se actuará, pasaríamos al siguiente paso para que se active la ayuda.

A. Avisar a los servicios de emergencia

Ante dicha situación se llama al servicio de emergencias 112, comunicando que es lo que ha ocurrido, tipo de accidente.

Nos identificaremos ante la llamada con datos personales y número de teléfono, Informando del suceso acontecido, indicando con la exactitud más veraz posible de la ubicación exacta del hecho o puntos de referencia cercanos; así como quien es el accidentado o número posible de heridos, su estado y situación.

No se debe de colgar el teléfono hasta que no tengamos la certeza de que el mensaje ha sido recibido claramente o nos lo indiquen, ya que es de vital importancia que el centro coordinador de emergencias tenga el máximo posible de información para así poder gestionar con la máxima celeridad y eficacia; y movilizar los operativos necesarios lo más rápido posible.

S. Socorrer

Sería aplicar los conocimientos básicos en primeros auxilios.

Se debe actuar rápido pero con calma, tranquilizando a la víctima.

No se debe de mover al accidentado, ya que la prioridad es salvar la vida y evitar nuevas lesiones o que se agraven las ya producidas.

Exploración de la víctima, con lo cual debemos de comprobar los signos vitales del herido, comprobando si responde a estímulos y si tiene consciencia, respira, tiene pulso o movimientos torácicos, hemorragias.

La forma más rápida de evaluación es si nos responde o no.

Se preguntará al herido de cómo está. Si contesta es que respira y tiene pulso. En caso de que no conteste, lo pellizcaremos suavemente; si reacciona, le volveremos a preguntar como esta.

Si no responde, valoraremos la respiración. Ver, escuchar y sentir. Nos acercaremos a la boca de la víctima con la mejilla e intentaremos sentir el aliento a la vez que miraremos si hay movimientos torácicos.

Ver: Miramos el tórax, si se eleva o no. Escuchar: Con el oído escuchamos el sonido de la respiración. Sentir: Con el dedo índice y medio sentimos el pulso carotídeo.

En caso de verificar que la víctima no respira y no se encuentra el pulso, se debe de iniciar la RCP, reanimación cardiopulmonar

5 Discusión-Conclusión

La finalidad de los primeros auxilios es adquirir un conocimiento básico de los procedimientos y protocolos de primeras actuaciones y auxilios que nos ayude a saber cómo actuar ante una situación de emergencia que podamos encontrar en cualquier momento de la vida diaria y en lo medida de lo posible, saber reaccionar en cada momento hasta la llegada de los servicios especializados, para la finalización de la actuación.

Por ello sería de vital importancia que se proporcione información y formación, a través de campañas educativas, tanto a nivel educativo, en los institutos y colegios, sin olvidarnos de los grupos y asociaciones, como en el ámbito laboral. Es importante hacer que toda persona haga suyo, la necesidad de tener estos conocimientos, ya que en cualquier momento puede ayudar a salvar la vida de una persona querida, un familiar, un compañero de trabajo o incluso un auténtico desconocido. Es fundamental que los conocimientos estén al alcance de todos porque a veces en algunas situaciones se salvan vidas.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/primeros-auxilios-heimlich/>
https://es.wikipedia.org/wiki/Primeros_auxilios
https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf
<https://escuelaclinica.com/guia-importancia-primeros-auxilios/#::text=El%20objetivo%20principal%20de%20las,que%20se%20consigue%20asistencia%20m%C3%A9dica.>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100023

Capítulo 423

EVALUACIÓN DEL PAPEL DEL CELADOR EN LA GESTIÓN DE LOS DONANTES DE ÓRGANOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL

1 Introducción

Los trasplantes de órganos tienen un recorrido relativamente corto en la historia sanitaria. El primer trasplante de un donante con muerte encefálica se realizó en 1963, trasplantándose un riñón. Al inicio de estos trasplantes se identificaron complicaciones asociadas que derivaban en infecciones en la persona trasplantada, pero en la actualidad es una garantía de una nueva vida sin mayores complicaciones para la persona que recibe el trasplante (1).

En la actualidad, el complejo funcionamiento de un trasplante y los medios que este proceso conlleva hacen que se optimicen los procesos a la hora de enfocar la recuperación de la persona que recibe el órgano donante. Esto se produce por medio de un equipo multidisciplinar el cual debe estar completamente organizado y engranado para poder conseguir un resultado óptimo de la intervención y así garantizar una respuesta positiva por parte de la persona que recibe el órgano. En este equipo existe la figura del celador que en muchas ocasiones organiza junto al equipo de transporte, la localización del órgano y el correcto transporte del mismo. Se deben mantener unos parámetros de conservación y de transporte protocolizados del órgano y unos tiempos de transporte que deben de ser lo más reducidos posibles para evitar en todo momento posibles comorbilidades asociadas (2,3).

También hay que tener en cuenta la correcta preparación psicológica y metabólica del receptor ya que cualquier complicación en su preparación puede llevar a un error fatal en el proceso (4).

2 Objetivos

Abordar los tratamientos y cuidados que se ejercen desde los celadores en pacientes donantes de órganos.

3 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 llevar a cabo esta revisión bibliográfica, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2022 y septiembre de 2022.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“organ donor” OR “donor patient”) AND (care OR “health care” AND (watchman OR “health caretaker” OR caretaker)).

4 Resultados

En los artículos seleccionados para esta revisión, podemos observar en dos de los artículos seleccionados (2,6) que el papel del celador dentro de la atención en el tratamiento del cuidado del donante como del destinatario del órgano es fundamental a la hora de mantener los niveles correctos de la monitorización del receptor, donde se deben tener en cuenta los valores de frecuencia cardiaca, presión arterial, presión venosa central y saturación de oxígeno. También hace hincapié en la importancia del control hemodinámico y respiratorio ya que hay que evaluar en todo momento los correctos valores del paciente receptor y del momento adecuado para proceder a la intervención.

En dos de los artículos seleccionados en nuestra revisión (1,3) se señala el aspecto multifactorial del trasplante de órganos sobre todo centrado en los pacientes que han sufrido muerte encefálica y son posibles candidatos a ser donantes de órganos. En este aspecto se debe tener en cuenta que el paciente deba mantener

unos parámetros fijos los cuales son medidos mediante los profesionales en enfermería que deben tener en cuenta el momento óptimo del proceso de extracción y de la viabilidad de la aceptación por parte de los receptores de órganos. Es por tanto fundamental mantener una comunicación activa por parte de donante y receptor ya que en muchas ocasiones los diferentes equipos médicos se encuentran en diferentes estancias del país. El papel del celador en estas situaciones es fundamental a la hora de la organización de la comunicación que se debe realizar al respecto.

Por último, en uno de los artículos seleccionados en nuestra revisión (5) evalúan el papel de la enfermería en las donaciones de órganos con pacientes que han sufrido una parálisis cerebelar pero el resto de órganos están en perfecto estado para una intervención médica de trasplante de órganos.

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión bibliográfica se muestra las alteraciones fisiopatológicas producidas en pacientes donantes de órganos que en muchas ocasiones han sufrido una parálisis cerebral pero el resto de órganos es óptimo para ser candidatos a donantes. Es por tanto la importancia de los cuidados tanto en el mantenimiento del paciente donante como en los cuidados de extracción y transporte de estos órganos ya que cualquier mínimo error de cálculo puede echar por tierra la intervención. Es por tanto que una comunicación activa entre el grupo de sanitarios que procede a la extracción como la recepción, así como al transporte de estos órganos es fundamental en el desarrollo de todo el proceso.

6 Bibliografía

1. Aristizábal A, Castrillón Y, Gil T, Restrepo D, Solano K, Guevara M, et al. Manejo actual del donante potencial de órganos y tejidos en muerte cerebral: guía de manejo y revisión de la literatura. Rev Colomb Cir [Internet]. 2017; 32:128-45. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a8.pdf>
2. Gil Rodríguez M, Suárez Fernández P, Álvarez Álvarez R, Ferreras García A. Cuidados de Enfermería del potencial donante en el Complejo Asistencial Universitario de León. Tiempos de Enfermería y Salud [Internet]. 2017; 2(1):34-38. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B7jt9_h6d9FOclYzNkcxOFBjM1E/view
3. Rodrigues Costa C, Pereira da Costa L, Aguilar N. El papel de la enfermería y el paciente con muerte cerebral en la UTI. Rev. bioét. (Impr) [Inter-

net]. 2016; 24(2): 368-73. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0368.pdf

4. Freire SG, Silverio Freire IL, Texeira Pinto Jales Menescal J, Duarte de Almeida Quithé de Vasconcelos QL, de Vasconcelos Torres G. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Esc Anna Nery (impr.) [Internet]. 2012; 16(4): 761-766. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000400017

5. Coordinación de Trasplantes. [Internet]. Madrid: Caballero F, Matesanz R; 2018. Manual de Donación y Trasplante de Órganos Humanos. Capítulo 5. Mantenimiento del donante de órganos en muerte encefálica. Disponible en: <http://www.coordinaciontrasplantes.org/index.php/bloque-02/capitulo-05>

6. Coordinación de Trasplantes. [Internet]. Madrid: Caballero F, Matesanz R; 2018. Manual de Donación y Trasplante de Órganos Humanos. Capítulo 15. Autorización judicial para la extracción de órganos para trasplante. Casos judiciales. Disponible en: <http://www.coordinaciontrasplantes.org/index.php/bloque-09/capitulo-15>

7. Dueñas Jurado JM. Protocolos clínicos de actuación ante el proceso de donación y extracción de órganos y tejidos para trasplante en donación en muerte encefálica. Cuad Med Forense. [Internet]. 2015; 21(1-2): 34-42. Diponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062015000100005

8. Bradley JA, Pettigrew GJ, Watson CJ. Time to death after withdrawal of treatment in donation after circulatory death (DCD) donors. Curr Opin Organ Transplant [Internet]. 2013; 18(2): 133–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23425786>

Capítulo 424

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE SEGÚN LOS MEDIOS DE TRASLADO

FRANCISCO JOSÉ RUBIO MARTÍN FONTECHA

MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA

ANA ISABEL SOTOCALIZCANO

1 Introducción

En los centros sanitarios, el paciente que acude a urgencias o está ingresado en el centro hospitalario necesita ser trasladado por el interior del centro para la realización de pruebas especiales y debe ir acomodado en silla de ruedas, cama o camilla. En raras ocasiones el paciente irá andando, puesto que debido al malestar que pueda presentar, le podría ocasionar algún mareo. Si fuese el caso, el paciente siempre iría acompañado de un celador o por un profesional sanitario. El celador es el personal encargado de este cometido, entre muchas otras tareas, lleva y trae a los pacientes a las distintas áreas del hospital para que les practiquen todas las pruebas pertinentes que el médico considere oportunas para la mejora de su salud o para obtener algún diagnóstico.

Existen unas normas básicas en el traslado del paciente en las que el celador se tiene que basar al trasladarlo, puesto que una mala práctica, no sería positivo para el buen funcionamiento y no sería de buen gusto para el paciente.

El transporte lo realiza el celador, desplaza de un lugar a otro al paciente, el cual debe poseer una destreza en el manejo de todos los medios de transporte, igual-

mente debe tener un control del estado en que se encuentra de cada uno de estos medios.

2 Objetivos

- Dar a conocer las técnicas que un celador emplea en el proceso de traslado de un paciente en los distintos medios de transporte en los centros hospitalarios.
- Explicar los protocolos de actuación que este personal no sanitario debe tener con los pacientes en su labor.

3 Metodología

El presente capítulo se ha elaborado mediante una investigación y revisión, consistente en consultas en internet, se ha realizado una búsqueda mediante artículos y textos de libros y guías prácticas de publicaciones revisadas. Además de realizar una búsqueda intensa en diversos buscadores.

4 Resultados

El personal celador se dota del conocimiento de unas normas básicas para el transporte del paciente que deben ser obligatorias.

El traslado del paciente varía según el medio de transporte, en silla de ruedas, cama o camilla, pero en todos ellos hay unas normas básicas comunes como, al iniciar un traslado, lo primero que se debe comprobar es si el paciente está bien sujeto, para evitar caídas o lesiones, además se puede tener en cuenta aplicar otras medidas de seguridad para la protección del paciente. Se deben evitar las corrientes de aire, pues puede empeorar su estado de salud.

El celador debe informar al paciente del traslado y del motivo del mismo, deberá abrigar bien al paciente, por las corrientes de aire que no se puedan evitar.

En la silla de ruedas: Al entrar en un ascensor, primero entra el celador de espaldas, si el ascensor lo permite le dará la vuelta para salir el celador el primero y después la silla del paciente. Para subir una rampa con la silla, si presenta una pendiente considerable, el celador se situará por detrás de la silla hacia atrás tirando de la silla de espaldas. Al bajar siempre irá reteniendo la silla desde el respaldo.

En camilla: Al entrar en un ascensor el primero que entra será el celador tirando de la cabecera del paciente, para salir del ascensor, el celador tirará de la parte

de los pies, colocándose después en la parte de la cabecera. Para bajar una rampa con camilla, el celador se colocará en la parte inferior y caminará para atrás, manteniendo la vista siempre en el paciente.

En todo momento, el celador deberá respetar y mantener la intimidad de los pacientes en todo traslado que se les practique.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de trasladar a un paciente de un sitio a otro en cada centro hospitalario, se emplea básicamente para la realización de las pruebas necesarias que el médico considere oportunas, para la determinación de una posible enfermedad del paciente y para la curación del mismo. El celador es el encargado de este traslado y como tal debe conocer una serie de destrezas básicas para poder desarrollar su trabajo con la máxima calidad y la máxima efectividad en sus movimientos empleando los medios de transporte sanitarios y así asegurarle al paciente la máxima confianza.

Por otro lado, el celador acompañará al paciente en los casos en los que este pueda ir andando.

6 Bibliografía

1. Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>
2. Conocimientos básicos y funciones del celador. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>

Capítulo 425

FUNCIONES DEL PERSONAL CELADOR EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO

FRANCISCO JOSÉ RUBIO MARTÍN FONTECHA

MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA

ANA ISABEL SOTOCA LIZCANO

1 Introducción

La labor de un celador dentro del área de quirófano es esencial para el funcionamiento del mismo y sobre todo para darle el apoyo necesario al personal sanitario que desempeña la labor quirúrgica en los quirófanos (cirujanos, anestelistas, enfermeras/os), pues si no fuese por la ayuda que le presta el celador, el personal sanitario se tendría que encargar de todo lo que se necesita y esto retrasaría su labor y afectaría a la eficacia del servicio. El celador encargado del área de quirófano es una pieza esencial dentro de todo el equipo que forma el área de quirófanos.

El celador aparte de desempeñar el apoyo al personal de quirófano también realiza las funciones similares a las que corresponden a otro tipo de celadores, como son, traslado de pacientes, movilización paciente, transporte de documentos, transporte de material o de aparatología, vigilancia y cuidado del material y de las instalaciones, cooperar con el personal sanitario, hacer llegar a sus destinatarios las informaciones verbales rápidamente, notificar daños o desperfectos de materiales o del edificio, cooperar en la limpieza y el mantenimiento cuando

sea requerido, ayudar al aseo de los enfermos cuando sea necesario, vigilar la entrada y la salida del personal no autorizado, trasladar al paciente fallecido al mortuario.

2 Objetivos

- Dar a conocer las distintas funciones que el celador desarrolla en el servicio del área de quirófanos.
- Explicar los protocolos de actuación que este personal no sanitario debe tener con los pacientes.

3 Metodología

El presente trabajo se ha elaborado mediante una investigación y revisión minuciosa que ha consistido en consultas en las distintas páginas de internet, se ha realizado una búsqueda mediante artículos y textos de libros y guías prácticas de publicaciones debidamente revisadas.

4 Resultados

En el área del quirófano, el celador se encarga principalmente del traslado de pacientes desde la habitación en la planta hospitalaria, pasando por el preoperatorio para la realización de las pruebas oportunas necesarias para la realización de su intervención y después lo transportará al quirófano, donde por último, procederán los cirujanos a practicarle la cirugía. Después de cada cirugía, el celador lo trasladará a reanimación, donde quedará el tiempo que necesite el paciente para su recuperación de la anestesia, y por último lo regresará a la habitación de la planta donde lo recogió. El celador, en el momento de transportar al paciente, llevará toda la documentación y la historia del paciente que le facilitará al enfermero/a de la unidad donde recoja al paciente.

Una vez trasladado al paciente dentro del quirófano, el celador se encarga de colocar al paciente en la mesa de operaciones, colocará la cama a nivel de la mesa y si el paciente puede moverse, se le pedirá que se remonte con la ayuda del celador, de lo contrario se le transportará con la ayuda de una sábana o un transportador. El celador permanecerá en el antequirófano durante la intervención, puesto que el cirujano le puede pedir ayuda para cambiar la posición del paciente cuando se practican cirugías de traumatismos. Después de cada intervención, el celador

aplicará las habilidades adquiridas para movilizar correctamente al paciente para colocarlo en la cama o camilla.

La ayuda que debe prestar un celador en quirófano, es fundamental, es por eso que tiene que permanecer atento y para después actuar cuando le indiquen los médicos, enfermeras o supervisores, dicha ayuda puede ser para ajustar la iluminación del quirófano, elevar la mesa de operaciones, movilizar al paciente, etc. Además, debe encargarse de la organización en los almacenes de quirófano, revisar las camillas y los soportes que se utilizan en las mesas, vigilar y controlar la asepsia, traer el material de esterilización, transportar aparatos, mobiliario, documentos, etc.

5 Discusión-Conclusión

Cada celador tiene unas funciones específicas dentro de su área de trabajo, aunque en definitiva todos tienen funciones comunes, dentro del área de quirófano un celador debe manejar una serie de técnicas para poder desarrollar su trabajo con rapidez y no empeorar o retrasar el trabajo de los profesionales en esa área. Después de describir todas las funciones que un celador debe desempeñar dentro del área de quirófano, es muy importante cumplir unos requisitos de suma importancia que es la capacidad de comunicarse con los pacientes y sus familiares. En esta área de quirófano, es muy importante hacer que el paciente se sienta lo más cómodo posible, intentando de inspirarle la mayor confianza en el trato hacia él. Tanto el personal sanitario como el celador deberá mantener ante el paciente un protocolo de actuación consistente en unas normas básicas de buenas prácticas.

Al dirigirse al paciente, deberá presentarse, se le llamará al paciente por su nombre, la comunicación deberá ser en un lenguaje comprensible, sonreír, si lo necesita se le dará la mano, respetar la dignidad y la intimidad de la persona.

6 Bibliografía

1. Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>
2. Conocimientos básicos y funciones del celador. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>

Capítulo 426

LA LABOR DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

FRANCISCO JOSÉ RUBIO MARTÍN FONTECHA

MONTSERRAT RUBIO MARTÍN FONTECHA

ANA ISABEL SOTOCA LIZCANO

1 Introducción

El área de farmacia de un centro hospitalario, es el servicio que se dedica a abastecer de todos los productos de farmacia, a todo el hospital, tanto para abastecer las plantas hospitalarias de todo el material necesario para poder atender al paciente en todo lo que precise para su mejora y curación, como para suministrar a los quirófanos de todo el material necesario para que los cirujanos desarrollen su labor. También aprovisiona al servicio de urgencias y a todas las áreas que lo precisen.

La organización dentro del área de farmacia es fundamental para que el hospital funcione de manera correcta, pues de lo contrario se ocasionarían problemas si los medicamentos no llegaran a tiempo a su destino y no sería posible administrarle al paciente el fármaco que necesite.

El trabajo del celador es de suma importancia para poder desarrollar todo el trabajo que la planta de hospitalización requiere. El celador en este caso es el responsable de que todos los medicamentos lleguen a su destino, pues una de las tareas que desarrolla es la de dotar a todas las áreas de lo necesario. Reponen el carro

de la medicación, donde después el personal sanitario, enfermeras y auxiliares de enfermería se encargarán de aplicar a cada paciente la medicación correspondiente.

2 Objetivos

- Conocer las labores del celador dentro del servicio de farmacia del centro hospitalario.
- Identificar el desarrollo del trabajo que el celador realiza dentro del servicio de farmacia.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, 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 de libros y se han consultado revistas debidamente revisadas, y se han seleccionado artículos científicos relacionados con el tema de este estudio.

4 Resultados

Dentro de cada hospital, es totalmente imprescindible que exista una o varias áreas de farmacia destinadas a suministrar todo el material necesario a los servicios del centro hospitalario, aunque según la normativa, recoge que un hospital dotado con más de 100 camas, podrá contar con un servicio de farmacia, y los centros hospitalarios que tienen menos de 100, pueden tener unos depósitos de medicamentos al frente de un licenciado farmacéutico.

El celador de esta área de farmacia, se ocupa de la recepción del material, con la obligada comprobación de que la mercancía corresponde al pedido realizado, también va a cotejar el albarán con el material recibido, pues puede haber errores y firmar un albarán de algo que no se decepcionó o viceversa, si se diera este caso no se recepcionará. El celador transporta el material recepcionado dentro del área de farmacia, acondiciona y coloca toda la mercancía en el lugar estipulado, se encarga del alcohol y el suero. Otra de las funciones es repartir el material solicitado por las plantas, quirófano o cualquier otro servicio y lo entregará al personal sanitario junto con el albarán, al que le dejará una copia del mismo, para justificar

su entrega, igualmente traslada el material de otros servicios al servicio de farmacia, si el material es pesado y si es necesario empleará para su transporte carros, transpaletas, toros, etc. Asimismo, colaborará con el personal sanitario en la realización de los inventarios, realizando un recuento real de todas las existencias y que normalmente es por un periodo anual. El celador también está encomendado para custodiar el área de farmacia, siendo responsabilidad suya cualquier situación anómala que se produzca, incluso la entrada de alguna persona ajena.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de farmacia dentro del centro hospitalario, dan la facilidad al hospital de poder tener todo el material de farmacia a su alcance en todo momento, pues el celador se va a encargar de prestarles todas estas facilidades, pues es el que se encarga de que todo el material de farmacia esté en su sitio, que todo se suministre con rapidez y con precisión a todos los servicios que requieran medicamentos y material sanitario. Como ya se ha expuesto anteriormente, el celador también es un colaborador con todo este personal sanitario, les prestará ayuda en los recuentos de material y las demás labores, por todo ello la figura que representa un celador dentro del servicio de farmacia es imprescindible.

6 Bibliografía

1. Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>
2. Conocimientos básicos y funciones del celador. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>

Capítulo 427

LA UNIDAD DE SALUD MENTAL Y EL CELADOR

ALICIA TALAYA NAVARRO

JAVIER GÓMEZ LÓPEZ

1 Introducción

La salud mental según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como un estado de bienestar que consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida permitiendo al individuo adoptar y mantener modos de vida saludables, pudiendo afrontar las tensiones normales de la vida. Mucha gente confunde psiquiatría con salud mental pensando que ambos términos se refieren a la misma cosa, pero no es así. Por lo tanto debe tenerse en cuenta que la ausencia de la salud mental es sinónimo de la ausencia del equilibrio necesario para el bienestar.

Con la publicación de la Ley General de Salud, la integración de la salud mental en la seguridad social tuvo lugar en 1986, gracias a esta ley se lleva a cabo la integración y la igualación de los enfermos mentales en el sistema general de salud, cubriendo la asistencial social y la rehabilitación. A partir de la ya mencionada ley supuso que el enfermo mental gozará de los mismos derechos a la atención sanitaria que cualquier otro paciente pudiendo ser uno más del Sistema Nacional de Salud.

Si preguntamos ¿Es posible tener un adecuado nivel de salud sin salud mental? la respuesta es claramente no. A pesar de ello, la sociedad sigue marcando unas líneas de comportamiento y de pensamiento, unos elementos culturales que sistemáticamente excluyen esta parte del ser humano relegándola a lo marginal.

2 Objetivos

- Conocer la función de los celadores en el ámbito de la salud mental
- Conocer la actuación del celador en relación con el enfermo mental
- Dar a conocer los diferentes recursos asistenciales en salud mental siendo estos los dispositivos sanitarios y estructuras intermedias o rehabilitadoras, así como el papel que desempeña el celador en dichas instituciones
- Extraer un conjunto de buenas prácticas aplicables a su trabajo para que pueda mejorar su desarrollo profesional.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del celador en la unidad de salud mental son muy variadas y una gran parte de ellas suponen el contacto directo con el paciente, la figura del celador cobra una importancia capital y para nada exenta de una gran parte de responsabilidad.

Las funciones específicas serán;

- Cuidar el entorno ambiental de los pacientes, como levantar las persianas por la mañana y bajándolas por la noche, favoreciendo así el descanso nocturno controlando los ruidos.
- Vigilar a los pacientes ante las posibles agresiones o autolesiones, ya que el celador que trabaja en esta unidad está en primera línea por su cercanía casi continua con estos pacientes llegando así a prevenir este tipo de conductas.
- Colaborar con el equipo de profesionales de la unidad en la reducción de pacientes agitados, utilizando los medios adecuados.
- Ayudar al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamientos a pacientes que se niegan a colaborar.
- Animar y acompañar a los pacientes con prescripción médica por las zonas ajardinadas cercanas al centro sanitario, ya que es importante y sabido la realización

de ejercicio físico y poder disfrutar del aire libre de un simple paseo, el celador se encargará en estos casos de la vigilancia de los pacientes en estas salidas.

- Controlar el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.

Sin olvidar que el celador tiene otras funciones más comunes como : vigilar entradas y salidas, tramitar o conducir informaciones verbales o escritas, transportar mobiliario, traslado de pacientes, estas funciones mencionadas no se diferencian de cualquier otra unidad pero que también se realizan en la unidad de salud mental.

Finalmente , también se asegura de que los enfermos usen correctamente el equipo y la ropa del dispositivo.

5 Discusión-Conclusión

A parte de las funciones generales de cualquier otro celador, el celador de la unidad de salud mental se encarga de otras específicas de un valor esencial, ya que cada trastorno mental tiene diferentes manifestaciones y el paciente que se encuentra en esta unidad a menudo es una persona que exige de más paciencia, comprensión y dedicación que cualquier otro paciente, teniendo así una gran responsabilidad.

Por lo que el celador de la unidad de salud mental es necesario que éste empatice con el enfermo y que entienda las peculiaridades y características de este tipo de pacientes, por eso es importante que estos profesionales nunca la posibilidad de seguir formándose siendo primordial y fundamental que sepa trabajar a favor del mismo.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- Celadores online de Instituciones Sanitarias (2018). Actuación del celador con el paciente psiquiátrico. Recuperado el 12 de junio de 2020 de celadoresonline.blogspot.com>tema 25

Capítulo 428

CELADOR: LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

CARLOS FERNANDEZ ROMERO

ELIAS GALVEZ ROMERO

ALICIA AMPARO GOMEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Para la mayoría de los seres humanos, hablar de tener buena salud es hablar de no tener una enfermedad. Sin embargo, ambos conceptos, salud y enfermedad, aceptan definiciones distintas y variadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su acta de constitución del año 1946, define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Como podemos observar, se trata de una definición que tiene en cuenta no solo la parte física, sino también los aspectos mentales y sociales. Sin embargo, lo que no contempla la definición de la

OMS es que el bienestar completo es algo prácticamente inalcanzable, es decir, es más una aspiración que una realidad. Además, tampoco tiene en cuenta que la salud es dinámica a lo largo del tiempo.

En 1998, la OMS definió los determinantes de la salud como el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones

En 1974, el Ministerio de Sanidad de Canadá realizó un estudio sobre la salud y sus condicionantes. Este estudio, conocido como el Informe Lalonde, establece

que la salud es una variable que depende de ciertos factores. Estos factores son los determinantes de la salud.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como celador, cuáles son los determinantes de la 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 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

Por lo tanto, no hay un único factor que afecte a la salud de un individuo o de una población, sino que la salud depende de numerosos aspectos que se pueden clasificar en cuatro grupos: factores ambientales, factores biológicos, factores asociados al sistema sanitario y factores asociados al estilo de vida.

-Medio ambiente

En el medio ambiente existen muchos elementos (físicos y químicos) que pueden afectar a la salud. Por ejemplo, la temperatura, el grado de contaminación del aire o del agua, las radiaciones o el ruido. Muchas veces, estos factores están relacionados con el medio biológico, como los virus o las bacterias que causan numerosas enfermedades.

-Biología humana

La estructura biológica de las personas puede influir también en su grado de salud. Por ejemplo, existen enfermedades congénitas determinadas por la información genética (como el síndrome de

Down) o la persona puede ser propensa a padecer determinadas patologías o, por el contrario, a gozar de buena salud. La edad también es un factor determinante de la salud, ya que los niños y los ancianos son más propensos a padecer ciertos tipos de patologías.

Además, a medida que se envejece, suelen aparecer más problemas relacionados con la salud.

-Sistema de asistencia sanitaria

El sistema sanitario por sí mismo también puede determinar la salud de una población. Las personas que cuentan con un sistema sanitario de calidad (con buena cobertura y un coste razonable) gozarán de un mejor grado de salud. Por el contrario, si el sistema sanitario es de baja calidad (costoso o que solo cubre una parte de la sociedad), la salud de esa población será peor. La disponibilidad y la accesibilidad a los sistemas de asistencia sanitaria son, por tanto, elementos determinantes de la salud.

-Hábitos y estilos de vida

En los países desarrollados, los hábitos y estilos de vida son los factores determinantes que más influyen en la salud de la población.

Cuando hablamos de estilos de vida nos referimos a los patrones de comportamiento de las personas. Estos comportamientos dependen de las características personales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como celador, cuáles son los determinantes de la salud.

Se sabe que en 1998, la OMS definió los determinantes de la salud como el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones.

Y además, se sabe que en un informe denominado Informe Lalonde establece que la salud es una variable que depende de ciertos factores. Estos factores son los determinantes de la salud.

Por lo tanto, no hay un único factor que afecte a la salud de un individuo o de una población, sino que la salud depende de numerosos aspectos que se pueden clasificar en cuatro grupos: factores ambientales, factores biológicos, factores asociados al sistema sanitario y factores asociados al estilo de vida.

6 Bibliografía

1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES - Mario Alberto De La Guardia Gutiérrez (29-Jun-2020) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

Capítulo 429

ALERGIA ALIMENTARIA AL HUEVO

FERNANDO GONZALEZ SIERRA

MARÍA INMACULADA RODRÍGUEZ BLANCO

MARIA FRANCISCA FERNANDEZ GARCIA

ISABEL DOMENECH SOLACHE

1 Introducción

Una alergia alimentaria es una reacción del sistema inmunitario que se produce poco después de comer un determinado alimento. Incluso pequeñas cantidades de alimentos alergénicos pueden causar síntomas como problemas digestivos, urticaria o inflamación de las vías respiratorias. En algunos casos, una alergia alimentaria puede causar síntomas graves e incluso una reacción potencialmente mortal conocida como anafilaxia.

Se estima que las alergias alimentarias afectan al 8% de los niños menores de 5 años y hasta al 4% de los adultos. Aunque no existe una cura, algunos niños crecen y ya no tienen alergias alimentarias. Las alergias alimentarias se pueden confundir fácilmente con un tipo de reacción más común conocida como intolerancia alimentaria. Aunque molesta, una intolerancia alimentaria es una enfermedad menos grave que no involucra al sistema inmunológico. Para algunas personas, las alergias alimentarias pueden ser problemáticas, pero no graves. Para otros, una reacción alérgica a un alimento puede ser aterradora e incluso potencialmente mortal. Los síntomas de alergia a los alimentos generalmente comienzan entre minutos y dos horas después de comer el alimento. En casos raros, los síntomas pueden aparecer varias horas después. En algunas personas, una alergia

alimentaria puede causar una reacción alérgica grave llamada anafilaxia. Esto puede causar signos y síntomas que pueden poner en peligro la vida.

2 Objetivos

En este trabajo vamos a intentar exponer lo peligroso que puede llegar a ser que a un paciente le llegue comida con algún alimento al que él sea alérgico, como por ejemplo el huevo.

3 Metodología

Para que este trabajo este documentado vamos a recabar información en internet sobre los síntomas y problemas que surgen cuando eres alérgico. Buscaremos información en revistas, libros y páginas de Google que nos den esa información como por ejemplo Medlineplus, Aesan...

4 Resultados

La alergia al huevo es un síntoma que experimentan algunas personas cuando comen huevos o productos que contienen huevos. Estos síntomas también pueden ocurrir con el contacto directo con los huevos o el contacto indirecto con otros comedores de huevos y, en casos más graves, incluso al respirar los huevos mientras se cocinan (el calentamiento hace que las proteínas se descompongan y las suyas se evaporen).

La alergia al huevo es el resultado de una respuesta inmunitaria, el sistema de defensa del organismo, provocada por las proteínas de este alimento. Al igual que otras alergias alimentarias, los síntomas de una alergia al huevo dependen de si la alergia está mediada por IgE. Esta clasificación se relaciona con el tipo de respuesta inmune generada por las proteínas de huevo individuales.

Por lo tanto, la alergia al huevo dependiente de IgE se caracteriza por un inicio rápido de los síntomas, dentro de las 2 horas posteriores a la ingestión (más a menudo en los primeros 20- 30 minutos) y síntomas que afectan a la debilidad de la piel del huésped en forma de urticaria, enrojecimiento, picazón. , hinchazón (inflamación); síntomas respiratorios de tos y/o dificultad para respirar; involucrando la nariz y los ojos (estornudos, rinitis, picazón y ojos rojos); reacciones gastrointestinales (vómitos, dolor abdominal) o reacciones alérgicas (por afectación de 2 o más órganos o sistemas).

A diferencia de una alergia al huevo que no es dependiente de IgE, los síntomas aparecen más tarde, 2 horas o incluso días después de ingerir el alimento, siendo los síntomas más comunes los gastrointestinales, como diarrea crónica (enfermedad intestinal), sangre y mucosidad en las heces del lactante. (enteritis), vómitos profusos con o sin hipotensión y putrefacción (enteritis o FPIES), etc.

Además, existen otras entidades alérgicas al huevo asociadas a un mecanismo mixto de hipersensibilidad como la dermatitis atópica o la esofagitis eosinofílica mediada por células/tipo no IgE. En la esofagitis eosinofílica, los síntomas característicos dependen de la edad del paciente, por lo que, en niños mayores y adultos, la presentación clínica es dificultad para tragar alimentos sólidos (disfagia), retención de alimentos (comida atorada en el esófago) y dolor torácico no relacionado. Los síntomas posteriores a la ingestión en niños pequeños incluyen vómitos, dolor abdominal, anorexia y, a veces, retraso en el crecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente, si no tenemos el debido cuidado y por ello se produce la ingesta de dicho alimento, deberemos tener en cuenta su forma de tratar los síntomas/medicamentos o tratamiento de reacciones agudas: antihistamínicos, corticoides orales, broncodilatadores y, en casos graves, adrenalina intramuscular (anafilaxia), disponible en unidades precargadas o autoinyector.

Prevenir o evitar el tratamiento:

- Para la alergia al huevo no mediada por IgE confirmada, este es el único tratamiento posible, pendiente de completar las pruebas de tolerancia, que se programará de 3-6-12 meses por unidad.
- Para la alergia al huevo mediada por IgE, saltarse o evitar la dieta era la indicación de tratamiento hace muchos años, pero en los últimos años se está investigando un tratamiento agresivo de la alergia al huevo conocido como inmunoterapia, solución oral (ITO) o inducción de tolerancia oral.

Tratar la causa subyacente: inmunoterapia oral (ITO), tolerancia a estimulantes o desensibilización alimentaria.

. En general, es uno de los tratamientos más prometedores para las alergias alimentarias. Su finalidad es dotar al niño de una completa tolerancia a los alimentos (en este caso, los huevos) o, en su defecto, elevar su umbral de tolerancia, que al menos le preservará de la ingestión accidental.

6 Bibliografía

1. Medineplus.
2. Aesan.

Capítulo 430

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

MARIA DEL CARMEN DE LOS SANTOS LOPEZ

DAVID LÓPEZ MEDINA

ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL

1 Introducción

La tensión arterial (TA) se define como la fuerza ejercida por la sangre al realizar presión en los vasos arteriales cuando es bombeada por el corazón. Sin embargo, la hipertensión arterial (HTA) es una de las principales causas de alteración de la salud en los países desarrollados y con mayor riesgo de producir enfermedades renales y cardiovasculares como infartos, accidentes cerebrovasculares o patologías cardíacas.

La HTA consiste en una elevación persistente de la tensión arterial, sistólica y diastólica por encima del valor 140/90 mm de Hg con el paciente en reposo, conllevando un factor de riesgo y aumento en el desarrollo y morbilidad de las enfermedades cardiovasculares anteriormente citadas.

La sintomatología de esta enfermedad es algo difusa, siendo los síntomas más recurrentes cefaleas, palpitaciones, mareos o incluso aturdimiento; pudiendo llegar a desarrollar alteraciones cardíacas como arritmias, arteriales, como disfunción en las arterias y cerebrovasculares entre otros.

Según la evidencia disponible, la prevención y tratamiento de esta enfermedad, desde el punto de vista no farmacológico, es practicar un estilo de vida saludable, evitando el sedentarismo y favoreciendo una dieta equilibrada. Los elementos como el Sodio (Na), Potasio (K), el calcio (Ca) y las proteínas tiene un papel fundamental en la dieta de las personas que sufren HTA.

2 Objetivos

Los objetivos del presente capítulo son:

- Definir la HTA, su sintomatología y características asociadas según la literatura revisada.
- Exponer los elementos y factores dietéticos que influyen en la HTA según la evidencia disponible.
- Sintetizar la literatura disponible sobre las recomendaciones nutricionales y hábitos de vida saludable para prevenir y tratar la HTA

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el papel de la alimentación en la hipertensión arterial. Para lo cual se han revisado como principales bases de datos Google Scholar, PubMed, Cochrane, Scielo y Mendeline; siendo las palabras clave utilizadas, hipertensión arterial, estilo de vida saludable, dieta y alimentación.

4 Resultados

La HTA es una alteración de la salud que es definida como elevación mantenida de la tensión arterial del paciente en reposo, superando los valores de 140/90 mm de Hg. Se trata de un factor de riesgo principal para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y renales, así como el aumento de la morbimortalidad de las mismas.

Para el diagnóstico de la HTA se ha realizar la toma de TA sin haber consumido bebidas alcohólicas, café o tabaco en la media hora previa y con un reposo mínimo de 5 minutos. Existen tres tipos de HTA: grado I con valores comprendidos entre 140-159/90-99 mm Hg, grado 2 con TA 160-179/100-109 mm Hg y grado III con valores superiores >180/120 mm Hg.

Tanto en la prevención de la aparición de la HTA como el tratamiento de la misma, el desarrollo de una vida saludable basada en el ejercicio físico y una dieta equilibrada son pilares fundamentales.

Los principales factores nutricionales y recomendaciones en la dieta y estilo de vida en el paciente hipertenso son:

SAL (NaCl):

- Aumento en el consumo de sal en la dieta se relaciona con un incremento en los valores de TA. Esto es debido a un aumento de la excreción y del volumen intracelular del Na produciendo una inhibición la bomba del Na, aumentando el K y la angiotensina II y estimulación del sistema nervioso simpático (SNS). En los países del llamado “primer mundo” se excede el consumo recomendado de sal (9-12 g/día), proviniendo la mayor parte de esta de alimentos procesados. Se recomienda la ingesta en adultos sanos 7,5-10 g/día y 5-6 g/día.

Potasio (K):

- En la actualidad el K se encuentra infra consumido en los países desarrollados, debiéndose consumir 4,7 g/día. Su importancia radica en la implicación con la bomba del Na en nuestro organismo. Se recomienda introducir en la dieta alimentos ricos en este elemento como son la fruta y la verdura.

Proteínas:

- La ingesta de proteínas es beneficioso para mantener niveles adecuados de TA, siendo en mayor proporción si es de origen vegetal. Los alimentos que nos aportan este macronutriente en nuestra dieta son lácteos, carne, pescado, marisco y huevos de origen animal.

Calcio (Ca):

- El consumo de elevado de Ca produce una disminución de los valores de TA. Por tanto, la dieta en la HTA debe ser rica en productos lácteos.

Fibra:

- Una dieta rica en fibra (cereales, legumbres, verduras y frutas) puede disminuir la TA.

Cafeína:

- Esta sustancia produce un incremento inmediato de la presión arterial, cuyo efecto se pierde tras 4 h de la ingesta de la misma (café).

Alcohol:

- La ingesta moderada de bebidas alcohólicas tiende a disminuir los valores de TA en contraposición con el abuso de las mismas.

Obesidad y ejercicio físico:

- Según la vista disponible se relaciona el sobrepeso y la obesidad como factor de riesgo frente a HTA. Es causado por alteraciones del sistema renina-angiotensina-aldosterona, resistencia vascular periférica y estímulo del SNS.

Las recomendaciones se basan en tratar tener un peso próximo al ideal, mediante variada y equilibrada, con balance energético negativo y evitar el sedentarismo con un mínimo de 30 minutos 5 veces/semana.

Dietas:

- Las dietas más recomendadas en pacientes con HTA son la DASH (Dietary Approaches to stop hypertension) y mediterránea.
- DASH: rica fruta, verdura, productos lácteos desnatados y baja en sal.
- Mediterránea: Basada en verduras, fruta, legumbres, nueces, lácteos desnatados, pescado, carne (mayoritariamente roja) y aceite de oliva como principal fuente de grasa.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión arterial es un problema de salud a nivel global, sobre todo en los países desarrollados, ya que es uno de los principales factores de riesgo y aumento de la morbilidad de las enfermedades de origen cardiovascular y renal.

Se trata de una enfermedad causada por el aumento mantenido de los valores de la presión arterial sistólica y diastólica por encima de valores de 140/90 mm de Hg.

La prevención de la HTA o su tratamiento no farmacológico se basa fundamentalmente en tener de estilo de vida saludable. Este consiste en la realización de 5 veces en semana de al menos 30 min de ejercicio físico y una dieta basada en una

ingesta reducida de sal, rica en proteínas, calcio y fibra; así como un consumo necesario de potasio.

6 Bibliografía

1. Hipertensión [Internet]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1
2. Zanuy, M. V. (2013). Nutrición e hipertensión arterial. Hipertensión y riesgo vascular, 30(1), 18-25.
3. Ocharan-Corcuera, J., & Espinosa-Furlong, M. D. C. N. (2016). Hipertensión arterial. Definición, clínica y seguimiento. Gaceta Médica de Bilbao, 113(4).
4. James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, 311(5), 507-520.
5. Orte Martínez, L. M. (2010). Hipertensión arterial en su encrucijada: a la búsqueda de una definición operativa. *Nefrología (Madrid)*, 30(4), 394-402.

Capítulo 431

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

MARIA DEL CARMEN DE LOS SANTOS LOPEZ

DAVID LÓPEZ MEDINA

ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL

1 Introducción

La enfermedad de Crohn se define como patología crónica del aparato digestivo que cursa con la inflamación inespecífica del tubo digestivo pudiendo afectar a todas sus capas (mucosa, submucosa, muscular y serosa) y en toda su extensión (boca a ano).

La incidencia y prevalencia se encuentra al alza en los últimos años sobre todo en los países desarrollados y en vías de desarrollo en gran parte gracias a la influencia del consumo de fast food y comida ultraprocesada.

El diagnóstico precoz es vital para el buen manejo de la enfermedad y prevención de complicaciones. Sin embargo, suele ser un proceso largo en el tiempo causado por su inicio insidioso y etiología multicausal, donde el papel genético y autoinmune tiene gran relevancia.

La enfermedad se compone de brotes (fase aguda con manifestación de los síntomas) y periodos de remisión. La sintomatología más frecuente es diarrea, dolor

abdominal, pérdida de peso, fiebre si hay presencia de infección, alteraciones perianales o fistulas y malnutrición, caquexia o anemia por la alteración en la digestión y absorción de los alimentos.

Como tratamiento no farmacológico la alimentación y nutrición tiene un papel fundamental, especialmente en los brotes de la enfermedad. Esto es debido a que ciertos alimentos como la fibra o las grasas pueden acentuar los síntomas en los pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos del presente capítulo son:

- Definir la enfermedad de Crohn, sintomatología y características según la evidencia disponible.
- Determinar la importancia de la alimentación y nutrición en la enfermedad de Crohn según la bibliografía revisada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la influencia de la alimentación y el ejercicio en personas diabéticas. Para lo cual se han revisado como principales bases de datos Google Scholar, PubMed, Cochrane, Scielo y Mendeline; siendo las palabras clave utilizada enfermedad de Crohn, dieta, nutrición y ejercicio físico.

4 Resultados

La enfermedad de Crohn es una patología digestiva crónica que cursa con una inflamación inespecífica del tubo digestivo. Se caracteriza por la fase aguda o brote en la cual se manifiestan los síntomas de la enfermedad y la fase de remisión.

Existen varios factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad siendo factores ambientales (la dieta, el hábito tabáquico y la toma de algunos fármacos como los AINES o algunos antibióticos), el estrés y factores genéticos e inmunológicos.

Los principales síntomas que se manifiestan en la fase aguda son diarrea, pérdida de peso, alteraciones de la salud relacionadas con la malabsorción como la anemia, dolor abdominal (generalmente en la fosa iliaca derecha), fiebre asociada procesos infecciones, enfermedades perianales o fistulas y en algunos casos rectorías.

El diagnóstico precoz es vital para el buen manejo de la enfermedad y prevención de complicaciones. Sin embargo, suele ser un proceso largo en el tiempo causado por su inicio insidioso y etiología multicausal, donde el papel genético y autoinmune tiene gran relevancia.

En cuanto al tratamiento no farmacológico de esta patología digestiva, la alimentación y nutrición tiene un papel fundamental para el buen manejo de la enfermedad y prevención o minimización de complicaciones. En la comunidad científica no hay una recomendación de dieta específica para este tipo de pacientes. Sin embargo, si hay unas recomendaciones a seguir en función en la fase de la enfermedad en la que se encuentren los pacientes.

Nutrición en fase aguda:

- La dieta debe ser hiperproteica e hipercalórica, ya que las necesidades del organismo del paciente en este periodo se encuentran aumentadas. En cambio, se ha de reducir el consumo de grasas y fibra que actúan como lubricante y aumenta el volumen de las heces respectivamente favoreciendo la diarrea y mayor irritación del aparato digestivo. En suma, se ha de garantizar una buena hidratación y se recomienda la ingesta de alimentos de fácil digestión.

Nutrición en fase de remisión:

- En esta etapa de la enfermedad se recomienda seguir una dieta saludable y equilibrada. Además, se ha de evitar o minimizar el consumo de lácteos, alcohol, picante, café, embutidos, carne grasa y alimentos ricos en azúcares. Esto es debido a que favorecen la irritación del tubo digestivo.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica del aparato digestivo de etiología multifactorial que cursa con la inflamación inespecífica del tubo digestivo en toda su extensión y capas. Los síntomas principales en la fase aguda de la pa-

tología son diarrea, pérdida de peso, dolor abdominal y fiebre asociada procesos infecciones.

Los principales factores de riesgo son genéticos e inmunitarios, el estrés y ambientales, donde tienen gran relevancia el tabaco, el ejercicio físico y la alimentación.

La dieta y tipos de alimentos que consumen los pacientes que sufren esta enfermedad supone un pilar fundamental en el tratamiento no farmacológico de la misma. En la fase aguda se recomienda llevar una dieta hiperproteica, hipocalórica baja en grasas y en fibra; mientras que en la fase de remisión se ha de minimizar la ingesta de irritantes como productos lácteos, picantes, cafeína, bebidas azucaradas y alcohol principalmente.

6 Bibliografía

1. Ledesma Darias, M. (2019). Hábitos y estilos de vida saludables en la enfermedad de Crohn.
2. García-Sanjuán, S., Lillo-Crespo, M., Sanjuán-Quiles, Á., & Richart-Martínez, M. (2015). Hábitos dietéticos y creencias sobre la alimentación de las personas con enfermedad de Crohn. *Nutrición Hospitalaria*, 32(6), 2948-2955.
3. Díaz Boada, O. (2017). Etiología e importancia de la alimentación en la Enfermedad de Crohn.

Capítulo 432

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN Y EL EJERCICIO FÍSICO EN LA DIABETES GETACIONAL

MARIA DEL CARMEN DE LOS SANTOS LOPEZ

DAVID LÓPEZ MEDINA

ANTONIO DE LA DUEÑA FUSTEL

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica, crónica y de etiología múltiple, que supone un factor de riesgo cardiovascular, con una alta prevalencia e incidencia a nivel mundial.

Dicha patología cursa con la elevación de los niveles de glucosa séricos y se diagnostica con niveles mayor o igual a 126 mg/dl en ayunas de 8 horas y mayor a 200mg/dl en cualquier periodo del día. Existen varios tipos de diabetes, siendo los más relevantes el tipo 1, 2 y la gestacional, en la cual se centra el presente capítulo.

La diabetes gestacional es definida como la alteración del metabolismo de la glucosa que es diagnosticada durante el embarazo, teniendo una prevalencia de un 2-5% y pudiendo ocasionar complicaciones en la madre y el feto durante el embarazo, parto y postparto.

En cuanto al tratamiento, prevención de aparición y las complicaciones de la diabetes gestacional las principales intervenciones a realizar son la dietoterapia y el ejercicio físico fomentando un estilo de vida saludable.

La dieta ha de ser variada y equilibrada jugando un papel fundamental los hidratos de carbono, ya que tienden a elevar la glucosa en sangre. De modo que se ha de planificar las comidas, el tipo de carbohidrato a ingerir y el índice glucémico de los mismos. Así mismo, se ha de promover la realización del ejercicio físico evitando el sedentarismo especialmente en este de pacientes, ya que tiene beneficio cardiovascular y disminuye los niveles séricos de glucosa.

2 Objetivos

Los objetivos del presente capítulo son:

- Definir la diabetes gestacional y sus características asociadas según la literatura revisada.
- Exponer los factores de riesgos que influyen en la diabetes gestacional según la evidencia disponible.
- Sintetizar la literatura disponible sobre las recomendaciones nutricionales y ejercicio físico para prevenir y tratar la diabetes gestacional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la influencia de la alimentación y el ejercicio físico en la diabetes gestacional. Para lo cual se han revisado como principales bases de datos Google Scholar, PubMed, Cochrane, Scielo y Mendeline; siendo las palabras clave utilizadas diabetes gestacional, glucosa, embarazo, dieta y ejercicio físico.

4 Resultados

La diabetes mellitus se define como enfermedad crónica de carácter metabólica causada por un aumento de los niveles sanguíneos de glucosa, hiperglucemia. Es originada por una alteración o disminución de la secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas o desarrollo de resistencia a la misma.

Para diagnosticar esta patología la glucosa sérica debe ser igual o mayor a 126 mg/dl tras 8h en ayunas, mayor o igual a 200mg/dl en cualquier momento del

día o tras la realización de test de tolerancia oral de glucosa. Existen varios tipos de diabetes, siendo las más relevantes el tipo 1, 2 y la gestacional.

La diabetes gestacional se trata de una patología de carácter metabólico con debut en el embarazo caracterizado por la alteración de los valores de glucosa sangre. Un diagnóstico precoz y buen manejo de la enfermedad es de gran relevancia debido a las posibles complicaciones en la madre y el feto tanto en el embarazo, parto y postparto.

Los factores de riesgo son padecer sobrepeso u obesidad, multiparidad, antecedentes familiares de diabetes, abortos previos, edad superior a 30 años, toma de medicamentos hiperglucemiantes principalmente.

Los pilares fundamentales para la prevención y tratamiento de este tipo de diabetes son una dieta equilibrada y variada y el ejercicio físico debiéndose destacar lo siguiente:

Carbohidratos:

- Este nutriente ocupa un lugar esencial de la dieta de estos pacientes. Se ha de tener en cuenta el índice glucémico de los carbohidratos, siendo alto los simples que producen un rápido aumento de glucosa en sangre y de índice bajo los hidratos complejos o de absorción lenta como cereales. En suma, es de gran relevancia la distribución del consumo siendo el 30% en el desayuno y media mañana, 40% en comida y merienda y 30% en la Cena.

Dieta:

- Se trata de un recurso fundamental para el tratamiento no farmacológico de la enfermedad. Se basa en una dieta variada y equilibrada minimizando el consumo de bebidas azucaradas, comidas rápidas o procesadas y priorizando la ingesta de frutas en piezas enteras y no en zumo, ya que poseen mayor índice glucémico. En suma, las embarazadas con diabetes gestacional se ha de realizar una ganancia adecuada evitando la obesidad alrededor de 8-12 Kg.

Ejercicio físico:

- Una vida activa favorece el transporte sérico de la glucosa y por tanto los niveles en valores adecuados. Además, previene las posibles complicaciones de la diabetes y disminuye el riesgo cardiovascular.

La recomendación de actividad física se caracteriza por ser de carácter leve y tras las ingestas para evitar posibles hipoglucemias.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes gestacional es una enfermedad cuyo debut se origina durante el embarazo que cursa con la alteración del metabolismo de la glucosa. La prevalencia de esta patología es del 10% de los embarazos.

El diagnóstico se basa en hiperglucemias séricas por encima de 126 mg/dl en ayunas y mayor a 200mg/dl en cualquier momento del día.

Los principales factores de riesgo son obesidad, multiparidad, antecedentes familiares de diabetes, abortos previos, edad superior a 30 años y toma de medicamentos hiperglucemiantes principalmente.

La educación para la salud es de vital importancia para el buen manejo y prevención de complicaciones durante el embarazo, parto y postparto de la madre como del feto.

Las intervenciones principales son la dieta y el ejercicio físico pilares fundamentales. Se ha de llevar un estilo de vida activo evitando el sedentarismo y una dieta variada y equilibrada teniendo especial cuidado en la distribución de la ingesta de los carbohidratos como el tipo y el índice glucémico de los mismos.

6 Bibliografía

1. Medina-Pérez, E. A., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A. R., Martínez-López, M. A., Jiménez-Flores, C. N., Serrano-Ortiz, I., & Cruz-González, M. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina interna de México*, 33(1), 91-98.
2. Montes-Tejada, A., Sánchez-García, J. C., Merino-García, E., Molina-Martínez, E., & Rodríguez-Blancue, R. (2020). El ejercicio físico en el embarazo y/o el posparto frente a la fatiga percibida. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(3), 329-346.
3. Marron O, Rafael F, Requena M, et al. Definición, clasificación clínica y diagnóstico de la diabetes mellitus. 2008;7-12.
4. Vilaplana M. Farmacia Abierta Nutrición y diabetes. *Farm Prof.* 2015;29(2):26-30. From: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-nutricion-diabetes-X0213932415915953>
5. Molina, R., & Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 10, 7-12.

6. James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, 311(5), 507-520.

Capítulo 433

CELADOR: RECURSOS DIDÁCTICOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ALICIA AMPARO GOMEZ FERNANDEZ

ELIAS GALVEZ ROMERO

CARLOS FERNANDEZ ROMERO

1 Introducción

Los recursos didácticos son materiales que se usan para facilitar el aprendizaje, en este caso para la educación para la salud. Estos materiales forman parte del programa de educación y responden a los objetivos del mismo.

Texto, imagen, gráficos, infografías, vídeos, entre otros, son los elementos utilizados en los recursos didácticos, los cuales se transmiten en un formato que puede ser desde la voz hasta el papel o una pantalla, entre otras opciones. Así, los recursos interaccionan con el receptor, con mayor o menor participación del educador o profesional sanitario.

En la educación para la salud, los recursos didácticos son muy importantes para apoyar los métodos educativos, tanto directos como indirectos. Sin embargo, no siempre son adecuados ni suficientes. Un aspecto importante a tener en cuenta es que los materiales no deben ser obsoletos, por lo que es importante seguir profundizando en el desarrollo de las nuevas tecnologías, en su teoría y en sus experiencias prácticas

Para llevar a cabo un programa de educación sanitaria con éxito, es importante que el profesional disponga de los materiales adecuados y sepa cómo manejarlos para alcanzar los objetivos.

Existen una serie de criterios de calidad que nos permiten evaluar los recursos didácticos los cuales se desarrollaran mas adelante.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como celador cuales son y en que consisten los recursos didacticos en la educacion para la 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio

4 Resultados

Existen una serie de criterios de calidad que nos permiten evaluar los recursos didácticos:

- Perspectiva comunitaria: los recursos deben hacerse desde la perspectiva de la comunidad, según sus habilidades y recursos, y ser relevantes para sus propios intereses.
 - Integrados: deben crearse dentro de un programa completo y bien definido de educación sanitaria y no ser empleados aisladamente (es decir, el recurso forma parte de algo más grande, no es por sí mismo la totalidad).
 - Relacionados: deben estar relacionados con un sistema de prestación de servicios de salud capaz de poner a disposición del usuario lo que se anuncia en los mensajes.
 - Pruebas: es conveniente realizar pruebas piloto con los materiales para comprobar si el uso de los mismos es congruente y reforzante. Estas pruebas pueden hacerse, por ejemplo, mediante encuestas o a través de una discusión de grupo.
 - Instrucciones: los materiales deben ir acompañados de instrucciones que expliquen cómo, cuándo y con quién deben utilizarse.
- Otro aspecto a tener en cuenta es que los recursos didácticos deben actualizarse periódicamente.

Los recursos didácticos impresos utilizan texto e imágenes y se presentan en forma de murales, carteles o folletos, entre otros.

Los carteles deben exponer una sola idea (clara y concisa), tener un diseño interesante (75% imágenes o gráficos; 25% texto) y colocarse en lugares visibles y estratégicos. Por su lado, los folletos también deben tratar un tema específico y, en su diseño, debe tenerse en cuenta su coste (que debe ser mínimo) y cuál será la forma de distribución (la cual debe ser sencilla y económica). La eficacia de los folletos depende del nivel de instrucción de la población. En ellos, debe constar una introducción, el desarrollo del tema, las conclusiones, recomendaciones y, finalmente, forma de contacto

(direcciones, teléfonos, webs o correos electrónicos).

La infografía es un tipo de recurso que combina imagen y texto de forma esquemática. Las infografías han sido utilizadas habitualmente en medios de comunicación y como recurso didáctico. Sin embargo, con el desarrollo de Internet, su uso se ha extendido y se ha demostrado que son más eficaces que el texto escrito. Por ello, en los últimos años, muchas instituciones y medios de comunicación han utilizado las infografías para transmitir información, en muchos casos relacionada con la salud

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como celador cuales son y en que consisten los recursos didácticos en la educación para la salud.

Se sabe que los recursos didácticos son materiales que se usan para facilitar el aprendizaje, en este caso para la educación para la salud. Estos materiales forman parte del programa de educación y responden a los objetivos del mismo. Y además, también se conoce que la perspectiva comunitaria, los integrados, los relacionados, las pruebas y las instrucciones son los criterios de calidad que nos permiten evaluar los recursos didácticos.

6 Bibliografía

- RECURSOS UTILES EN EDUCACION PARA LA SALUD - Núñez Jimenez C (2014)
- <https://fapap.es/articulo/298/recursos-utiles-en-educacion-para-la-salud>

Capítulo 434

LA EMPATÍA, HABILIDAD NECESARIA EN EL TELEFONISTA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

Los hospitales se consideran uno de los lugares más importantes para la atención médica. El operador de telefonía es un actor clave en el ámbito hospitalario, ya que suele ser el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias. La empatía es una cualidad importante que deben poseer los operadores telefónicos, ya que puede ayudar a garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna.

Los telefonistas que tienen empatía, tienen la capacidad de percibir y comprender al usuario que llama al centro hospitalario y, por lo tanto, proporcionan a los pacientes la información que necesitan de manera oportuna. Esto es especialmente importante en un entorno hospitalario, ya que, son temas de carácter sanitario. También permite a los operadores establecer una relación con las personas que

llaman, lo que puede ser beneficioso cuando se trata de recopilar información sobre la condición de un paciente (1).

Es importante que los operadores telefónicos tengan habilidades sociales y la empatía es muy necesaria en este trabajo. En un entorno hospitalario, el operador telefónico suele ser el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias. Como tal, es importante la empatía para comprender realmente los que pacientes y familiares demandan al telefonista. Además, es la capacidad de comunicar con confianza y eficacia las propias necesidades y deseos. Es importante la empatía en el telefonista, ya que así se consigue proporcionar instrucciones e información claras a los pacientes y sus familias.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar la importancia de la empatía en un telefonista en el ámbito hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Proporcionar a los pacientes la información que necesitan de manera efectiva.
- Favorecer la eficacia en las comunicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario, es importante la empatía en los operadores telefónicos, para lograr que sus llamadas atendidas sean más eficaces. Esto significa que deben ser claros y concisos en su comunicación, y asegurarse de que la persona del otro lado entienda lo que están diciendo. En primer lugar, los hospitales suelen ser lugares muy concurridos y los operadores deben poder transmitir la información de forma rápida y eficiente. En segundo lugar, muchas personas que llaman a los hospitales se encuentran en un estado de ansiedad o estrés, y es importante que los operadores puedan brindarles instrucciones y orientación claras.

Finalmente, la empatía ayuda a generar confianza entre el operador y la persona que llama, lo cual es importante en cualquier situación y en especial en el ámbito sanitario.

La empatía por parte del telefonista, se plasma en una atención de manera respetuosa a la otra persona, tratando de escuchar y comprender sus emociones y sus acciones, entender lo que sienten ante una situación y la magnitud de ese sentimiento, así como sus preocupaciones sobre su estado de salud y todo lo que conlleva. La empatía juega un papel clave en el ámbito sanitario, sobre todo cuando se tiene que dar una mala noticia y los pacientes y sus familiares tienen que enfrentarse a situaciones difíciles. Cuando el telefonista realiza mal su trabajo, puede provocar retrasos en la atención o incluso resultados negativos para los pacientes (2).

Para que la comunicación entre telefonista y el paciente sea efectiva debe de estar basada en la empatía y la asertividad, la empatía para entender y comprenderlo es el paciente el que ha de marcar la pauta y el tono de la conversación, ya que cada usuario necesita su tiempo para asimilar y aceptar su situación; y la asertividad para poder encontrar la manera más adecuada de decir las cosas y resolver posibles dudas que puedan surgir. (3).

Los telefonistas con habilidades sociales, como la empatía, es más probable que generen en las personas que llamaban satisfacción con su experiencia. Los operadores empáticos son percibidos como más competentes y eficientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la empatía en las llamadas telefónicas del telefonista en el ámbito hospitalario es muy importante. El operador debe poder comunicarse con claridad y confianza para brindar a los pacientes la mejor atención posible. Hay algunas cosas clave que el operador puede hacer para ser más empático en el teléfono, como hablar despacio y con claridad, usar un lenguaje positivo y ser cortés.

La conducta empática puede y debe enseñarse, por lo tanto, es muy importante la formación de los telefonistas en este aspecto. La empatía se plasma en una atención de manera respetuosa a la otra persona, tratando de escuchar y comprender sus emociones y sus acciones, entender lo que sienten ante una situación y la magnitud de su mensaje. Es indispensable integrar el desarrollo de habilidades sociales en la asistencia sanitaria.

Numerosos estudios han demostrado como la empatía en las llamadas telefónicas recibidas en los centros hospitalarios han tenido un efecto positivo en la satisfac-

ción del paciente, sin lugar a dudas.

6 Bibliografía

1. <https://www.divulgaciondinamica.es/tecnicas-comunicacion-assertiva/>.
2. <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>.
3. https://mad.es/oposiciones/123096_telefonista-sas.html?var=241714.

Capítulo 435

LA VOZ COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO DEL TELEFONISTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

Los hospitales se consideran uno de los lugares más importantes para la atención médica. Los telefonistas juegan un papel vital para garantizar que los pacientes y los médicos puedan comunicarse entre sí.

La voz del operador es una herramienta fundamental en la prestación de este servicio. Los telefonistas deben poder proyectar sus voces de forma clara y precisa para ser entendidos por ambas partes en la línea. También deben poder manejar un gran volumen de llamadas sin perder la calma y la profesionalidad. Los telefonistas telefónicos de los hospitales brindan un servicio esencial que ayuda a garantizar una atención de calidad al paciente. Desempeñan un papel vital en la comunicación entre pacientes y médicos, y sus voces son una parte importante

de ese proceso. En muchos hospitales, el teléfono es el principal modo de comunicación entre el personal y los pacientes. La voz es una herramienta de trabajo fundamental para los telefonistas telefónicos en estos entornos. Este artículo explora el papel del operador telefónico del hospital y cómo utiliza su voz para facilitar la comunicación entre el personal y los pacientes (1).

La voz es una herramienta importante para el operador telefónico en el ámbito hospitalario. El operador debe poder proyectar su voz de manera clara y concisa para ser escuchado por teléfono. Además, el operador debe ser capaz de comprender y responder a las preguntas de forma rápida y precisa.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar la importancia de la voz como herramienta de trabajo del telefonista en el ámbito hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Entender la importancia de la formación integral de profesiones en el ámbito sanitario, incluido aspectos como la voz.
- Fomentar el servicio telefónico eficaz en los hospitales.

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

Hay muchos desafíos que vienen con el trabajo, especialmente cuando se trabaja en un entorno hospitalario. Uno de los mayores retos es utilizar tu voz como herramienta de trabajo. Los telefonistas en los hospitales deben poder hablar con claridad y lo suficientemente alto como para ser escuchados a través del teléfono, al mismo tiempo que pueden entender lo que dice la persona al otro lado de la

línea. Esto puede ser difícil, especialmente si hay mucho ruido de fondo o si la persona al otro lado del teléfono habla rápidamente (2).

La voz humana es la herramienta más importante del operador telefónico. Es el medio a través del cual el operador transmite información e influye en las actitudes de las pacientes que llaman, por lo tanto, es importante:

- Utilizar un tono adecuado, no gritar ni susurrar.
- Hablar en un tono normal, e ir adaptándolo a las circunstancias concretas, es decir, matizándolo.
- Poner énfasis en las palabras clave.
- Utilizar un lenguaje sencillo.
- Adaptar la entonación al objetivo de la conversación.

La voz del operador telefónico debe ser clara, agradable y bien modulada. Debe transmitir una sensación de calma, eficiencia y competencia. La voz del operador puede tener un impacto significativo en la actitud de la persona que llama. Si la voz es tranquila y eficiente, es probable que la persona que llama perciba que el hospital está bien organizado y es competente. Por otro lado, si la voz es incoherente o poco clara, la persona que llama puede percibir que el hospital está desorganizado o es ineficiente. Por lo tanto, es importante que los telefonistas sean conscientes de cómo sus voces afectan las percepciones del hospital por parte de los pacientes que llaman (3).

Son muchos los beneficios de utilizar la voz como herramienta de trabajo. Primero, es una excelente manera de comunicarse con compañeros de trabajo y pacientes. En segundo lugar, puede ayudarlo a mantenerse organizado y eficiente. En tercer lugar, puede ayudarlo a lograr un resultado más efectivo entre pacientes y profesionales sanitarios. Finalmente, puede ayudarlo a mantener la calma y la concentración durante los momentos estresantes.

5 Discusión-Conclusión

La voz como herramienta de trabajo del telefonista en el ámbito hospitalario es un tema interesante e importante. La voz del operador telefónico debe ser clara, agradable y bien modulada. Debe transmitir una sensación de calma, eficiencia y competencia. La voz del telefonista tiene efectos en la actitud los usuarios que llaman.

La voz del operador es un factor clave para proporcionar una comunicación clara

y concisa entre los pacientes y el personal. Además, la voz del operador también se puede utilizar para brindar apoyo a pacientes y familiares. La voz del operador es una poderosa herramienta de trabajo que puede utilizarse para mejorar la calidad de la atención al paciente.

En el ámbito hospitalario, la voz es una herramienta muy importante de trabajo del telefonista, ya que no existe el contacto visual. El operador utiliza la voz para comunicarse con los pacientes, las familias y el resto del personal, la finalidad es conseguir que la comunicación en el hospital sea clara, eficiente y eficaz.

6 Bibliografía

1. <https://infantilprl.saludlaboral.org/riesgos-sector/2-trastornos-foniatricos/2-1-la-voz-como-herramienta-de-trabajo/>.
2. https://www.usc.gal/export9/sites/webinstitucional/gl/servizos/sprl/descargas/NPR-24_ES_Ed_1_La_voz_como_herramienta_de_trabajo.pdf.
3. <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>.

Capítulo 436

GESTIÓN DEL ESTRÉS EN LOS TELEFONISTAS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARÍA ADORACIÓN MORENO CARRETERO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

Los hospitales se consideran uno de los lugares más concurridos para la atención sanitaria. El operador telefónico es un actor clave para brindar un excelente servicio a los pacientes y sus familias. El telefonista debe poder manejar una amplia gama de llamadas, desde preguntas simples hasta emergencias complejas.

Los operadores deben tener la habilidad de escuchar activamente, lo que implica prestar atención a la persona que llama, tomarse el tiempo para comprender sus necesidades y responder en consecuencia, esto es especialmente importante en un entorno hospitalario, donde las personas que llaman pueden estar preocupadas o angustiadas (1).

Al tomarse el tiempo para realmente escuchar y responder adecuadamente, los operadores pueden ayudar a reducir los niveles de estrés y garantizar que los pacientes y sus familias reciban el mejor servicio posible. El telefonista debe realizar su trabajo adecuadamente, es decir, mediante el cual el oyente trata de comprender, interpretar y dar sentido a lo que está escuchando de los usuarios, implica estar atento al paciente, tomarse el tiempo para procesar lo que se dice y brindar retroalimentación para asegurar el entendimiento mutuo. En el ámbito hospitalario, los operadores telefónicos juegan un papel importante las habilidades sociales y en la actualidad, muy especialmente la correcta gestión de estrés.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar las consecuencias del estrés en los telefonistas en el ámbito sanitario.

Objetivos secundarios:

- Establecer formas y protocolos para minimizar las consecuencias del estrés de la actividad diaria dentro de los hospitales.
- Favorecer la formación para gestionar el estrés.

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

Al estudiar el trabajo de los telefonistas en el ámbito sanitario, vemos que es fundamental que desarrollen capaces de comprender e interpretar las necesidades de la persona que llama y brindarles información precisa. Los operadores telefónicos deben ser pacientes y tranquilos para no molestar o frustrar los pacientes, deben ser claros y concisos en sus respuestas.

Múltiples situaciones de la vida cotidiana generan estrés, ninguna de ellas por sí sola representa un peligro, pero la suma de estas pequeñas circunstancias crea el llamado estrés por acumulación, el atasco diario, los ruidos, las pequeñas adversidades de la vida diaria, etc., la acumulación de estos factores estresantes diarios provocan aumento del estrés y producen efectos negativos, más importantes que los que puedan generar acontecimientos extraordinarios.

El estrés si se prolonga en el tiempo puede hacerse crónico dura por un período de tiempo prolongado. Cualquier tipo de estrés que continúa por semanas o meses es estrés crónico. El telefonista debe aprender a entender sus pensamientos y sentimientos, ya que, el estrés de las exigencias y presiones diarias laborales durante largos periodos.

Por último, el estrés postraumático es un trastorno de tipo mental que aparece tiempo después de haber vivido un hecho o una época de tipo traumática, por ejemplo, la pandemia mundial de coronavirus, los síntomas característicos que se pueden producir en una persona con estrés postraumático hacen referencia a situaciones vividas durante ella, gran angustia acompañando a estas sensaciones. Con el tiempo, además de producir depresión, ansiedad, la tensión continua por el estrés puede contribuir a problemas de salud graves, como enfermedades cardíacas, presión arterial alta, diabetes y otras enfermedades. Por tanto, es fundamental el conocimiento y la formación de los telefonistas para que sepan gestionar correctamente el estrés diario.

En conocimiento en la gestión del estrés, es clave para que el telefonista, realice su trabajo diario de forma efectiva. Al estar atento y mostrar que está interesado en lo que dice la otra persona, puede establecer una relación y mejorar la comprensión. Es importante que los operadores telefónicos en entornos hospitalarios tengan formación para gestionar el estrés y como aplicarlo en su trabajo. Esto puede ayudar a que los pacientes y sus familias se sientan cómodos durante su conversación. El tono de voz también se puede usar para transmitir empatía y preocupación, lo que puede ser útil en situaciones difíciles o emocionales. Los operadores deben evitar sonar nerviosos o impacientes, ya que esto puede hacer que la persona que llama sienta que no está siendo escuchada (3).

5 Discusión-Conclusión

En el entorno hospitalario, es importante que los operadores telefónicos usen habilidades sociales cuando hablen con los pacientes y sus familias. Las llamadas recibidas por el telefonista deben atenderse eficazmente, esto implica estar com-

pletamente presente y concentrado en la persona que habla. Al escuchar activamente, los operadores telefónicos pueden brindar un mejor servicio al cliente, establecer una buena relación y recopilar información importante.

Con la formación en la gestión del estrés, lo que se intenta evitar que estas emociones se hagan muy intensas y duraderas, ya que si se mantienen en el tiempo puede provocar a un estrés postraumático, el cual necesitaría de ayuda psicológica o médica para poder superarlo. Hay que aceptar las situaciones excepcionales y pensar que a lo largo de la vida se han producido emergencias y catástrofes, las cuales se han superado. Cuanto con mayor calma y serenidad se realicen la atención telefónica, mayor es la eficacia que se obtendrá para usuarios de asistencia como profesionales del ámbito hospitalario.

En conclusión, la gestión del estrés es una habilidad importante en los operadores telefónicos en el ámbito hospitalario, puesto que, les ayuda a comprender las necesidades de la persona que llama y brindar la mejor asistencia posible. También permite a los operadores crear un ambiente adecuado de con los usuarios que llaman y establecer un cierto nivel de confianza. Esto es esencial en el entorno hospitalario, donde las personas que llaman pueden experimentar ansiedad o angustia.

6 Bibliografía

1. <https://www.formaciongcc.com/gestion-estres/>.
2. <https://www.mediapost.es/conexion-consumidor/importancia-gestion-estres-conectar-cliente/>.
3. <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>.

Capítulo 437

EL PACIENTE TERMINAL Y EL CELADOR

JOSE ANGEL RUANO LOPEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de La Salud define al paciente terminal de la siguiente manera:

”El paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado”. (Paciente que sufre una muerte próxima en un periodo generalmente inferior a 6 meses).

Cuando un paciente es catalogado como paciente terminal, recibe una serie de cuidados y tratamientos que varían del paciente común. Esos cuidados van enfocados no en la curación sino en el alivio tanto físico como psicológico para hacer más llevadero el tiempo que transcurra desde que está en esta situación hasta que fallezca.

A estos cuidados se les denomina cuidados paliativos o medidas de confort y son tales como:

- Mantener la buena imagen del enfermo
- Atención integral de forma individualizada y continua.
- Proporcionar un ambiente agradable alrededor del enfermo, favoreciendo su bienestar físico, emocional y espiritual en todo lo que fuera necesario.
- Prestar si fuese necesario ayuda o atención psicológica a los acompañantes y familiares del paciente en esta situación.

El trabajo de todo el personal del hospital ante un paciente que se encuentra en situación terminal va orientado y enfocado exclusivamente en facilitar en la

medida de lo posible, sea de la forma que sea sus últimos días o meses de vida antes de su muerte.

2 Objetivos

Ser capaces de observar y detectar en todo momento las diferentes situaciones por las que pasa el paciente terminal e intentar aliviarlas en la medida que sea posible.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha buscado en diferentes bases de datos como son PubMed, Scielo y Medline. Además, se ha consultado el temario de la Editorial Mad de los servicios de salud del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud) y del SAS (Servicio Andaluz de Salud).

4 Resultados

La atención del paciente que presenta cuidados paliativos y medidas de confort requiere del trabajo en equipo de todo el personal hospitalario. Y el celador, al igual que el resto de profesionales, va a contribuir a ello de la siguiente manera:

- Ser correcto, respetuoso y colaborador ante cualquier situación requerida por el paciente.

- Mostrar un alto grado de empatía tanto hacia el paciente como al resto de sus familiares y acompañantes.

- Escuchar al paciente en todo momento.

- Respetar sus creencias y necesidades religiosas si las tiene.

- El celador deberá de ser muy cauteloso a la hora de hacer ningún tipo de comentario y deberá de evitar dar respuestas evasivas ante cualquier pregunta o cuestión, bien sea por parte del paciente o venga procedente de los familiares de este.

Desde el punto de vista físico y de cuidados sanitarios, este tipo de pacientes necesitan tener lo siguiente:

- Habitación individual siempre que sea posible.

- Las constantes vitales de este deben permanecer controladas y en pendiente observación.

- Mantener al paciente limpio y cómodo.

- Observar y comprobar con frecuencia el estado de la piel, y la aparición de úlceras por presión, ya que la gran mayoría de estos pacientes vienen de grandes periodos de tiempo encamados.
- Acompañar al paciente en la medida de lo posible hasta el momento de su muerte, haciéndole ver en todo momento que se encuentra acompañado y no está solo en ningún momento.
- Intentarle hacer comprender que todos los profesionales que se encuentran a su alrededor están para ayudarlo en todo momento. Y que todo lo que se está realizando por él va enfocando única y exclusivamente en mejorar la calidad de su vida hasta que llegue el día de su muerte.

5 Discusión-Conclusión

Una enfermedad terminal es una situación muy difícil de entender y asumir no solo para el paciente, sino también para todos sus familiares. Y ante esta situación, tanto paciente como el resto de su familia necesitan una serie de cuidados que pueden ir desde lo más simple como puede ser escuchar o tender una mano o cuidados más complejos como tener controladas todas sus constantes vitales frecuentemente. Y para todo ello, la figura del celador, como la de otros profesionales como pueden ser médicos, auxiliares o enfermeros, hacen que el trámite de los últimos días de vida de una persona antes de su muerte sean lo más digno y llevaderos posibles.

6 Bibliografía

- Artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones de la Seguridad Social.
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad

Capítulo 438

VALORACIÓN SOCIAL DE LA SITUACIÓN JURÍDICA DE LOS MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS EN ESPAÑA

ALBA ESCOBIO SANCHEZ

AIDA ALONSO DE LA TORRE RODRÍGUEZ

LAURA RODRIGUEZ MARTINEZ

VIVIANA EUGENIA MANRIQUE GUTIERREZ

PAOLA DEL SOL PÉREZ

1 Introducción

Si ya es bien sabido que los menores de edad deben de ser protegidos especialmente dada su vulnerabilidad, existe un grupo con un grado más de fragilidad al pertenecer además al colectivo de personas extranjeras, y para poner mayor complicación al asunto se encuentran totalmente solos en un país extraño y con una lengua y una cultura totalmente desconocida para ellos: nos referimos a los Menores Extranjeros No Acompañados (a partir de ahora MENAS).

La llega a nuestro país de MENAS ha ido aumentando progresivamente durante los últimos 20 años, como también ha sucedido en el resto de países aparentemente “ricos” con frontera con el mundo “subdesarrollado”.

Si concretamos en cifras podemos decir que aproximadamente 2003 se situaba alrededor de los 2000 llegando, según algunas fuentes (Save The Children), a ser 8000 en el año 2008.

Según la Secretaría de Estado de Migraciones, en el Registro Central de Extranjeros en junio de 2021 el número de personas de entre 16 a 23 años con autorización de residencia como menor no acompañado o joven extutelado era de 8023. Un año más tarde, en junio de 2022 constan 12.083 personas registradas como parte del colectivo, lo que representa un crecimiento en términos absolutos de 4.060 personas. Es importante remarcar aquí que desde 2011 los menores procedentes de países del continente europeo como Rumanía dejan de ser contabilizados como MENAS, lo que disminuye desde ese año las cifras reales.

En este aspecto, es importante la ubicación de España, lo que es determinante en el tema de la inmigración ya se convierte en zona de entrada directa y más próxima del continente africano y sobre todo del norte de África.

Sin embargo, hay que remarcar que son cifras aproximadas ya que las estadísticas sobre este tipo de proceso migratorio, no suelen ser totalmente fiables porque según distintas entidades que intervienen directamente en la atención integral de este colectivo refieren varios problemas a la hora de cuantificarlos como pueden ser: muchos adultos que dicen ser menores; problemas en la coordinación entre las diferentes delegaciones provinciales; criterios distintos de determinación de la edad en cada Comunidad Autónoma e incluso en cada provincia; datos duplicados por ser unos de ingreso y otros de menores tutelados, y el mismo menor puede ingresar en varias ocasiones...

2 Objetivos

- Conocer el ordenamiento jurídico y la normativa aplicable a los menores extranjeros no acompañados (Internacional y Nacional).
- Actualizar la información y el conocimiento sobre los MENAS en España.
- Analizar qué derechos se contemplan para ellos y si efectivamente se cumplen en la realidad práctica.
- Contribuir a mejorar las propuestas de intervención con ellos para lograr una mayor adaptación de los recursos a sus necesidades reales.

3 Metodología

Para desarrollar esta investigación hemos realizado análisis formalista de la normativa aplicable y así poder delimitar el marco jurídico tanto a nivel interna-

cional como nacional. Además se ha realizado una revisión de fuentes documentales como artículos, estudios e informes previos sobre esta temática de los últimos 10 años que nos ha permitido obtener los datos cualitativos y cuantitativos. Posteriormente hemos tenido que determinar que partes de la legislación vigente son de obligado conocimiento para los profesionales que intervienen con estos menores, qué derechos se recogen en ella y en qué sentido vinculan a las diferentes instituciones para finalmente analizar en qué medida se cumple y se protegen los derechos que la legislación les reconoce.

4 Resultados

+CONCEPTO DE MENA

Debemos empezar definiendo a este colectivo.

En nuestro ordenamiento jurídico, en concreto la normativa de extranjería (ley y reglamento de desarrollo) se define el concepto de MENA y que viene a dar las siguientes características:

- Extranjero
- Menor de dieciocho años.
- Que se detecta en nuestro territorio sin ningún adulto responsable de él, ni nadie que le acompañe que pueda encargarse de su tutela.
- Que se aprecie un riesgo de desprotección del menor.
- Se incluyen también los casos de menores extranjeros que aunque no acaben de llegar y ya estén en España desde hace tiempo, por razones varias se les aparezca esta situación descrita anteriormente.

+NORMATIVA INTERNACIONAL

No podemos abordar ninguna temática relativa a menores de edad, sin mencionar la norma suprema que promueve y protege los Derechos Fundamentales de éstos a nivel internacional: la Convención de la Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España en noviembre de 1990. Es el tratado internacional más ampliamente ratificado por los países en el mundo.

En ella se recoge el principio general que ha de ser garantizado por todos los Estados de que “en toda actuación y decisión que afecte a los menores de edad debe prevalecer el supremo interés del menor”.

Esto exige a la normativa que regula la situación de los MENAS que el objetivo último sea la defensa de su interés superior y su protección, sin que pueda permitirse de ningún modo cualquier discriminación relativa a su nacionalidad

o procedencia o si su situación administrativa es regular o no lo es y exige a las Administraciones Públicas a velar por su protección como derecho universal aplicable a todos los menores que se encuentren en los territorios de los países que hayan ratificado este tratado internacional, tal y como es el caso del Estado español.

+NORMATIVA ESTATAL.

Partiendo del punto anterior vemos que el instrumento jurídico básico a nivel internacional es la CDN y se puede ver la trasposición en nuestra Constitución Española que recoge en su artículo 39.4 “los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

Es necesario abordar el tema desde una doble perspectiva legal: la referente a menores y la referente a extranjeros.

LEGISLACIÓN REFERIDA A MENORES

- Para comenzar es obligatorio hablar de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (LOPJM)

Esta ley traspone las exigencias de los Convenios Internacionales y las diferentes directivas europeas en relación a los menores.

Por supuesto el punto de partida es el interés superior del menor, recoge todos los derechos que exige la normativa internacional y establece además las pautas de actuación que las deben tenerse en cuenta por las Administraciones Públicas a la hora de establecer y desarrollar las leyes en ésta materia. Además, se establecen una serie de actuaciones obligatorias para los Poderes Públicos para que los derechos de estos menores se vean efectivamente garantizados.

- Hay que hacer mención también a la Ley Orgánica, reguladora de la Responsabilidad Penal del Menor (LORPM).

Donde se regula la responsabilidad de los menores de entre 14 y 18 años que cometen hechos tipificados como delitos, así como el reparto de competencias de los juzgados de menores.

LEGISLACIÓN REFERIDA A EXTRANJEROS

-Una vez analizada la situación y cuando resulte verificado que se trata un menor extranjero no comunitario o bien no posee ningún documento que le identifique debe aplicársele la ley de extranjería (junto con su Reglamento de desarrollo). Esta normativa desarrolla todo el procedimiento a seguir para regular la situación jurídica de los MENAS y obliga a las diferentes autoridades a documentarles adecuadamente así como a protegerles.

+DERECHOS DE LOS MENAS

Puesto que los MENAS deben tener garantizados los mismos derechos que

cualquier menor de edad del territorio hay que recordar que derechos tienen los menores de edad en España.

Como es obvio, tal y como se recoge en la norma suprema de nuestro ordenamiento jurídico (nuestra Constitución Española) los menores (y todas las personas) tienen reconocidos los derechos fundamentales: Derecho a la vida y a la integridad física y psíquica; derecho al libre y pleno desarrollo de la personalidad, derecho a la igualdad, no discriminación, la libertad etc

Además, por ser MENORES tienen reconocidos una serie de derechos recogidos en las diferentes normativas que les protege:

- interés superior del niño; derecho a la supervivencia y el desarrollo; derecho a preservar su identidad y a la nacionalidad; libertad ideológica, derecho a reunirse con su familia; derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen; derecho a la información; derecho a la libertad de expresión; derecho a ser oído y a participar en las decisiones que les afecten...

Al tratarse de personas extranjeras surgen ciertas dudas y es necesario recordar otros derechos básicos que deben ser garantizados.

- Derecho a la educación: Se obliga a los Poderes Públicos en las diferentes normativas aplicables a que éstos promuevan todas las actuaciones necesarias para que se haga efectivo este derecho básico.

- Derecho a la salud: Aunque se recoge como un derecho intrínseco a la vida y las normativas internacionales obligan a los Estados a asegurar que se haga efectivo, en nuestra realidad diaria surgen conflictos referentes a que normativa aplicar: la referente a menores o la referente a extranjeros. Como no podía ser de otra manera se opta por cumplir con el precepto supremo del “interés superior del menor” y se obvia el concepto de extranjero.

- Derecho a prestaciones y servicios sociales: Se recoge en el Artículo 14 de la LOEX: Los extranjeros tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios sociales, tanto a los generales y básicos como a los específicos, en las mismas condiciones que los españoles sea cual sea su situación administrativa.

- Derecho a regularizar su situación: Se hace mención en la LOPJM en su artículo 10.4 que viene a decir que en cuanto una Entidad Pública asuma la tutela de un MENA por quedar acreditado la imposibilidad de retorno a su país de origen o la reunificación con su familia, la Administración General del Estado deberá facilitarle, junto con el certificado de tutela, la documentación que acredita esta situación y la autorización de residencia..

- Derecho de acceso al trabajo: EL contenido de la LOEX hace posible el acceso de los menores protegidos mayores de 16, independientemente de su situación administrativa, al mercado laboral, puesto que los menores que se encuentran

tutelados se benefician de una de las excepciones a la exigencia general de tener que obtener una autorización de trabajo.

+GRADO DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS MENAS

A raíz de todos los estudios e informes analizados y comparándolo con lo que dice la legislación se obtiene que derechos son efectivamente cumplidos y en cuales surgen dudas sobre ese efectivo cumplimiento.

-DERECHO A SER OÍDO E INFORMADO.

Es el que menos se cumple puesto que en todos los procedimientos referentes a la repatriación o a la determinación de su edad no se les tiene en cuenta, ni se les informa de todas las decisiones.

-DERECHO A LIBERTAD IDEOLÓGICA

Al tratarse de un colectivo mayoritariamente de religión musulmana con fuertes creencias religiosas este es un aspecto determinante en muchos casos respecto al grado de frustración que el hecho de no ver este derecho garantizado pueda producirles.

Algunos ejemplos recogidos en los estudios analizados sobre las peticiones de los propios MENAS respecto a este tema son: alimentación específica para cada uno en función de su religión, facilitación de transporte a las mezquitas, flexibilización de horarios en tiempo de Ramadán, celebración de Fiestas propias de las distintas religiones... Este tema al principio traía fuertes conflictos pero actualmente se evidencia que existe una gran integración de las distintas culturas en los centros que tutelan a estos menores y existe un gran respeto de unos y otros.

-DERECHO A LA EDUCACIÓN

En la anteriores versiones de la LOEX se exigía que para tener derecho al acceso a la educación no obligatoria era necesario poseer un permiso de residencia. La actual redacción de la LOEX permite el acceso por parte de alumnos sin residencia legal a poder cursar el bachillerato o la formación profesional.

El problema en este caso, según los profesionales, es que en muchas ocasiones cuando inician el curso escolar son menores pero durante el desarrollo de éste acceden a la mayoría de edad y es aquí donde pueden surgir las dificultades, muchos dejan de ser tutelados o ya no son “especialmente protegidos” al dejar de ser menores de edad.

+RESPONSABILIDAD DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Como se ha repetido a lo largo de este estudio y recogen todas las normativas nacionales e internacionales el Estado español tiene la obligación de garantizar la protección de todos los menores que se encuentren en su territorio, incluidos los MENA, en igualdad de condiciones que los menores nacionales.

Además, todas las administraciones tienen el deber de velar porque la tutela de los menores garantice de manera adecuada la función de crianza, desarrollo de la persona y formación ya sean quienes ejercen la tutela personas físicas o jurídicas. Esto se recoge en nuestro Código Civil, en el art.269: Donde se dice que el tutor está obligado a: procurar alimentos, educar al menor y procurarle una formación integral, promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad, informar al Juez anualmente sobre la situación del menor y rendirle cuenta anual de su administración...

Las autoridades judiciales y administrativas del Estado donde el menor tenga su residencia habitual serán competentes para adoptar medidas encaminadas a proteger su persona o bienes, tal y como se contempla en el Convenio de la Haya de 1961.

El código Civil español también menciona que para aplicar las medidas de carácter protector y educativo respecto de los menores o incapaces abandonados y de los que carecen de nacionalidad o la tuvieran indeterminada se tendrá en cuenta la ley de residencia habitual.

Recordar que las competencias en materia de emigración, inmigración, nacionalidad, extranjería y derecho de asilo corresponden de manera exclusiva al Estado y por lo tanto es el competente para autorizar la residencia y tramitar su documentación.

Sin embargo todos los conceptos relativos a los centros encargados de la tutela de estos menores compete a las Comunidades Autónomas y es por este motivo en el que en muchas ocasiones surgen conflictos en la coordinación, en la oferta de recursos y en la diferencia de criterios en la intervención entre unas y otras CC.AA.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizado el análisis de los diferentes datos y estudios precedentes en este tema y finalizada esta investigación podemos destacar las siguientes conclusiones:

1. El 90% de los menores que llegan a España tienen procedencia magrebí, más concretamente de Marruecos. Este dato se pone de manifiesto en todos los estudios previos analizados y en las estadísticas actualizadas.
2. Aunque existe la creencia de que no saben a lo que vienen, en general suelen ser conocedores de la situación económica del país y por lo tanto sus expectativas suelen adaptarse a la realidad. En la mayoría de casos alguien perteneciente a su

grupo de iguales ha realizado previamente este tipo de migración y saben los resultados.

3. La mayoría de los casos no se queda en la Comunidad Autónoma o Provincia a la que llega de primeras, llegan por donde más fácil sea el acceso al país y después van moviéndose en función de sus deseos vitales y dependiendo de lo que conozcan previamente sobre cada territorio, incluso en algunos casos se trasladan a otro país de Europa aunque es difícil de comprobar ya que no se realiza ningún seguimiento posterior a que dejen de ser tutelados.

4. Uno de los problemas más grandes en la intervención con estos menores suele la diferencia de criterios entre las diferentes instituciones que intervienen, no se da una intervención multidisciplinar si no que cada uno trabaja en “su terreno” lo que dificulta la coordinación de la que los profesionales dicen que es prácticamente inexistente.

Muestra de esa ausencia de criterios comunes es que no exista ningún protocolo de actuación común a nivel estatal en la intervención con este colectivo cosa que si se da en otro tipo de intervenciones.

Como ya hemos visto analizando la normativa, intervienen diferentes instituciones en el tratamiento de estos menores, y todos atienden a criterios e intereses distintos e incluso en algunos casos contrapuestos.

El reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas y los intereses que cada una puedan tener (Estado: inmigración irregular, CC.AA: tutela de los menores con los costes que ellos conllevan) Además de esto, hay que recordar que también se produce la intervención del Ministerio Fiscal, de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y de diferentes instituciones sanitarias, educativas etc.

5. En muchas ocasiones prevalece el ser extranjero sobre ser de menor de edad. Como hemos repetido a lo largo de este estudio, al tratarse de un colectivo con doble condición: menores y extranjeros, muchas veces surgen intereses contrapuestos: protección vs rechazo o control.

La condición de extranjero solo se debería tener en cuenta en términos de adaptar las intervenciones sociales a su situación personal para respetar su ideología religiosa, su cultura, sus limitaciones en el lenguaje etc pero no puede marcar la toma de decisiones que impliquen ir en contra del respeto a su interés superior y a su necesidad de protección.

6. Se menciona en varias ocasiones que hay muchos de éstos menores que no son detectados por la Administración y que por lo tanto se encuentran en total desprotección.

Esto se hace visible al observar en las estadísticas que no existan a penas menores

mujeres extranjeras tuteladas o que hayan estado dentro de los sistemas de protección de menores.

Existe la sospecha y casi certeza de que estas menores son las víctimas de trata que se introducen por las mafias en España para ejercer la prostitución, de manera que nunca llegan a los servicios de protección ni tampoco solicitan la residencia ni el asilo y por lo tanto se quedan fuera del sistema absolutamente.

7. En la realidad los preceptos que las leyes exigen en cuanto a las tramitaciones de los permisos de residencia y trabajo son raramente aplicados.

Aunque el artículo 35 de la LOEX contempla la excepción a la obligación de estar autorizado para poder trabajar en la realidad los MENAS no suelen llegar a acceder al mercado laboral normalizado.

Cuando éstos menores cumplen la mayoría de edad en muchos casos aún no han llegado a conseguir la autorización de residencia. Esto se traduce en que al cumplir los 18 años no tienen arreglada su situación administrativa, se convierten en irregulares con todo lo que esto conlleva a los efectos de la exclusión social lo que les lleva a vivir en la calle, cometiendo pequeños delitos para sobrevivir, siendo víctimas de hacinamiento y de explotación laboral etc...

Como es evidente, esto se traduce en una enorme desconfianza hacia el sistema de protección puesto que al existir una continua incertidumbre en su futuro y en si verán o no garantizados sus derechos, si obtendrán o no las autorizaciones de residencia o de trabajo, prefieren buscarse la vida desde el minuto 1 que llegan y conocen la realidad lo que produce que prefieran vivir en la calle y llevando a cabo un gran número de fugas.

En resumen y como hemos podido comprobar a lo largo de toda la investigación realizada no se ofrece una protección integral y efectiva de los derechos de estos menores en todos los casos. Sobre todo en cuanto al proceso de tramitación de la documentación, la obligación legal de que sean oídos y tenidos en cuenta, la regularización de su situación y el acceso al trabajo en plena igualdad de condiciones.

Prima en muchas ocasiones la condición de inmigrante con los prejuicios peyorativos de marginalidad, exclusión, racismo, clasismo, delincuencia etc lo que deja en evidencia a las Administraciones Públicas y a las diferentes instituciones que intervienen ya que no cumplen con las normativas exigidas por los Tratados Internacionales ratificadas ni por las Directivas europeas de las que España es Estado parte y por lo tanto está vinculada a cumplir.

Los profesionales del Trabajo Social tenemos el reto de hacer cumplir a las administraciones de las que formamos parte de que son menores, y ese criterio es el que debe prevalecer. Tienen que ser tratados como cualquier menor nacido en

nuestro territorio.

6 Bibliografía

1. ACCEM (s.f.). Infancia y adolescencia migrante no acompañada. Recuperado el 14 de abril de 2020 de <https://www.accem.es/vulnerables/menores-extranjeros-noacompanados-mena/>
2. Belattar, A. (2014). Menores Migrantes No Acompañados: Víctimas o infractores. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia* 7, 25-39.
3. Bravo, A., Santos-González, I. (2015). Menores extranjeros no acompañados en España: necesidades y modelos de intervención. *Psychosocial Intervention*, 26, 55-62.
4. Ceriani Cernadas, P. (2019). Los derechos de niños y niñas migrantes no acompañados en la frontera sur española. *Unicef*, 1-144.
5. Fernández-Ramos, M., V. (2019). Niños y niñas no acompañados. Entre la desprotección y la garantía de derechos. *Revista Trabajo Social*, 21(2), 118-139.
6. Fuentes Sánchez, R. (2014). Menores Extranjeros No Acompañados (MENA). *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 105-111.
7. Gimeno Monterde, C. (2017). Retos de la acogida residencial a menores que migran solos: hacia un Trabajo Social transnacional. *Cuadernos de Trabajo Social* 31(1), 95-108.
8. Jiménez Álvarez, M. G., (2019). Desapariciones de Menores Extranjeros No Acompañados en España. Una primera aproximación a sus significados. *Anuario CIDOB de la Inmigración* 2019, 168-188.
9. Observatorio de la Infancia de Andalucía. (2016). Buenas prácticas en la atención a Menores Inmigrantes en Andalucía. Granada: Junta de Andalucía Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
10. Quiroga Violeta, Alonso Ariadna, Soria Montserrat. (2010). Sueños de bolsillo. Grupo de investigación IFAM (Infància i Família en Ambients Multiculturals). Editaq. UNICEF, Banesto.
11. Senovilla, D. (2007). Situación y tratamiento de los menores extranjeros no acompañados en Europa. Un estudio comparado de 6 países: Alemania, Bélgica, España, Francia, Italia y Reino Unido. Bélgica: Observatorio Internacional de Justicia Juvenil.
12. Unicef (2009). Ni ilegales, ni invisibles. Realidad jurídica y social de los Menores Extranjeros en España. Informe 2009. Unicef.

Capítulo 439

EL PAPEL DEL CELADOR DENTRO DE LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

JULIO DA SILVA TAMARGO

1 Introducción

El ámbito hospitalario, en el que el celador/a desempeña frecuentemente sus funciones, es un entorno muy especializado y multidisciplinar. Las Unidades de Rehabilitación Neurológica están incluidas dentro de los Servicios de Rehabilitación y Medicina Física de los hospitales y el celador/a adscrito a ellas, desarrolla su trabajo colaborando con otros profesionales de distintas categorías para devolver a estos pacientes la mayor independencia y calidad de vida posible después de haber pasado por procesos o enfermedades muy importantes que han afectado a su sistema nervioso.

El celador/a es parte activa en los procesos de recuperación funcional y cognitiva de estas personas que han sufrido un daño neurológico de aparición brusca y que les ha dejado un conjunto secuelas difíciles de recuperar y de asumir a nivel psicológico. No solo acompañarán al paciente en su proceso de recuperación, sino que guiarán también a sus familias y acompañantes, con los que colaborarán estrechamente para conseguir unos resultados finales de recuperación óptimos. El equipo de profesionales que forman parte de estas Unidades de Rehabilitación Neurológica debe estar bien cohesionado y trabajar conjuntamente, sin fisuras, para que los objetivos de recuperación que se plantean con estos pacientes sean

alcanzables. El celador/a es un eslabón más de esta cadena, sus funciones van desde recibir al usuario a su llegada a la sala de espera de la unidad hasta realizar labores de acompañamiento y colaborar estrechamente durante el tratamiento rehabilitador con otros profesionales (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales...) Su labor diaria en estas Unidades requiere compromiso, responsabilidad, implicación y altas dosis de empatía.

2 Objetivos

- Describir las características de las Unidades de Rehabilitación Neurológicas hospitalarias y los distintos pacientes atendidos en ellas.
- Describir las principales funciones del trabajo del celador/a en las Unidades de Rehabilitación neurológica hospitalarias.
- Conocer las habilidades necesarias para formar parte del un equipo bien cohesionado dentro de estas unidades.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda en la bibliografía existente (libros, revistas, páginas web, artículos; en bases de datos como Medline, ClinicalKey, Scielo) intentando dar respuesta a las preguntas que se plantean en los objetivos. Se ha procurado seleccionar información, priorizando especialmente la relacionada con el ámbito hospitalario.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la rehabilitación se define como “un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno” (1).

En las Unidades de Rehabilitación Neurológica de los hospitales, estos dos conceptos presentes en la definición de la OMS son fundamentales: se busca conseguir la máxima funcionalidad posible y disminuir lo más posible la discapacidad para que las personas que acuden a tratamiento rehabilitador puedan integrarse de nuevo en su ámbito familiar o social, puedan volver si es posible a sus ocupaciones habituales (trabajo, estudios...) y retomar sus actividades de ocio.

El celador/a vinculado a estas unidades colaborará, como ya dijimos, con personal de otras categorías entre los que se encontrarán; médicos, rehabilitadores, foniatras, psiquiatras, psicólogos, graduados/diplomados en enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, trabajo social, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, etc. Este equipo multidisciplinar debe de estar convenientemente formado y disponer de los conocimientos y la experiencia necesaria para que los objetivos de recuperación de estos pacientes puedan ser conseguidos (2).

Los pacientes atendidos en estas Unidades de Rehabilitación son pacientes muy vulnerables, que se enfrentan a mucha incertidumbre, ansiedad, miedo, etc., debido al tipo de enfermedades que padecen. La mayoría son procesos graves, crónicos, que dejan secuelas o limitaciones y entre los que se encuentran los ictus, lesiones medulares, traumatismos craneoencefálicos, afecciones neurodegenerativas (esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, parkinson), por citar algunas de las más frecuentes (3). El celador/a que desarrolla su trabajo en estas unidades deberá estar dotado de una serie de habilidades y/o actitudes en su relación con los pacientes y con el resto de profesionales con los que colabora: capacidad para escuchar, comunicación empática, responsabilidad, respeto y seriedad, asertividad, capacidad para expresar opiniones o sugerencias con educación, capacidad para solucionar o resolver problemas... (4)

Entre las principales funciones del celador/a en las Unidades de Rehabilitación Neurológica hospitalarias destacaremos las siguientes (5):

- El primer contacto del paciente con estas unidades se realizará a través del celador/a. Su primera función consistirá en recibir al paciente. Será el encargado de recogerlo cuando acude en ambulancia o acompañado por sus familiares en otro medio de transporte, identificar qué tipo de tratamientos tiene que realizar, a qué consultas debe acudir y acompañarlo a los mismos.
- Realizará tareas de vigilancia en la entrada del Centro de Rehabilitación, supervisando los accesos, resolviendo dudas y ayudando a que este primer contacto con el centro se desarrolle sin problemas. Si surgiera algún tipo de incidencia o conflicto en las dependencias que supervisa, será el encargado de ponerlo en conocimiento de sus superiores y de solicitar la presencia del Personal de Seguridad si se requiriera.
- Dentro de la Unidad de Rehabilitación Neurológica, será el encargado de posicionar al paciente en las camillas de tratamiento, realizar las transferencias desde las sillas de ruedas, utilizando los dispositivos de ayuda que sean necesarios (grúas, transfer...).
- Colaborarán con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, el fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, etc., durante la realización del

tratamiento. Los pacientes neurológicos son en muchos casos dependientes; por lo tanto, ayudarán si es necesario a ponerlos en pie o a sentarlos correctamente, colaborarán, si se les solicita, con el entrenamiento de la marcha, subida y bajada de escaleras, colocación en plano inclinado o bipedestadores, etc. Supervisarán también la seguridad del paciente cuando se encuentre dentro de la unidad y durante los traslados, evitando que se produzcan caídas. Los traslados dentro del ámbito hospitalario y dentro de Servicio de Rehabilitación forman parte de la labor diaria del celador/a. En muchas ocasiones, el paciente neurológico no tiene un único tratamiento, sino varios asignados y a diferentes horarios. El celador/a adscrito a estas unidades colaborará con el resto del personal para que el paciente llegue puntual a los distintos tratamientos (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, electroterapia...) y permanezca supervisado durante los tiempos de espera entre unos y otros. Muchas veces el paciente neurológico tiene consultas y/o pruebas médicas que realizar dentro del contexto de su patología. El celador/a lo acompañará junto con sus familiares para facilitar y ayudar en su realización.

- Se encargará, junto con el resto del equipo, de que el material de la unidad esté en buenas condiciones. Cualquier fallo o deterioro deberá ser puesto en conocimiento de sus superiores para ser reparado.
- Finalizados los tratamientos correspondientes, retornarán al paciente acompañándolo hasta que sea recogido de nuevo por el servicio de ambulancias o por sus familiares.
- Como no podría ser de otra manera, su labor más importante será la de cuidar y proporcionar bienestar al paciente desde el momento en que entra en el hospital, guiándolo, comunicándose con él, atendiendo a sus necesidades y solucionando sus dudas para proporcionarle una atención humana y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de profesionales que forman parte de las Unidades de Rehabilitación Neurológica debe estar bien cohesionado y trabajar conjuntamente para que los objetivos de recuperación de los pacientes que acuden ellas sean alcanzables a pesar de las dificultades y limitaciones con las que conviven. El celador/a adscrito a ellas deberá disponer de habilidades, conocimientos y experiencia suficientes para cumplir sus funciones de manera óptima. Funciones importantes que consistirán fundamentalmente en recibir, acompañar y guiar al paciente durante su estancia en la unidad, colaborar y ayudar al resto de los profesionales de otras categorías para que los tratamientos se realicen correctamente y por supuesto, cuidar y proporcionar bienestar y seguridad a los pacientes mientras permanez-

can en el hospital.

6 Bibliografía

1. Rehabilitación [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
2. Ruiz M, Bori I, Gangoiti L, Marin J, Quemada J. Modelo de atención a las personas con daño cerebral. 1ra ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007.
3. Rehabilitación neurológica en adultos [Internet]. Sanitas. [citado el 13 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/enfermedades-y-trastornos/tecnicas-especialistas/rehabilitacion-neurologica.html>
4. Habilidades sociales y comunicación. El ciudadano como centro de nuestro Sistema sanitario. La comunicación como herramienta de trabajo. Estilos de comunicación. Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sevilla: 7 Editores. Editorial MAD; 2018. pág. 127-147.
5. Funciones de vigilancia. Funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo. Relación del celador con los familiares de los enfermos. Actuaciones en las habitaciones de los enfermos y en las estancias comunes. Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sevilla: 7 Editores. Editorial MAD; 2018. pág. 13-72.

Capítulo 440

PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AGENDAS: CITA PREVIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA TRUEBA MARTÍNEZ

1 Introducción

Con la implantación del nuevo modelo de atención primaria a principios de los años ochenta, la filosofía cambió por completo en muchos aspectos, pero sobre todo en la organización del trabajo según la fórmula del equipo.

Se introducen actividades de promoción de la salud, se inicia el trabajo con el sistema informático más avanzado y se evalúa el trabajo y el sistema de información, se utilizan indicadores. En 1989 se produjo uno de los cambios más significativos en la historia de las unidades administrativas, implementándose en ese momento un programa de dotación de personal en todos los centros de atención primaria del antiguo INSALUD.

El sistema de cita previa permitía al usuario concertar la cita telefónicamente y con bastantes días de antelación, el resultado era una reserva horaria personalizada para el usuario y facilitaba al profesional disponer de una agenda donde poder ver la solicitud y la hora en que cada persona fue mencionada.

Para gestionar toda la información, en el área administrativa, fue necesario implementar un sistema de información unificado para las operaciones médicas en todos los centros de atención primaria del INSALUD.

Esto permitió medir la demanda de servicios por parte del ciudadano, además, con esta información también fue posible realizar un análisis de la situación autoritaria sobre por dónde empezar a generar acciones de mejora y adecuación de los recursos.

2 Objetivos

- Dar a conocer la evolución del sistema de citas en los últimos años para así entender el estado en el que se encuentra actualmente. Además, nos hace conscientes de los beneficios que esta evolución en la gestión aporta al usuario final y a la búsqueda de la excelencia en la sanidad.
- Definir el funcionamiento actual del sistema de cita previa en atención primaria.

3 Metodología

Se utilizaron las siguientes fuentes de datos: Medline, Scielo, PubMed. Los descriptores utilizados han sido: "cita previa", "gestión agendas sanidad" y "auxiliar administrativo" y en inglés: "prior appointment", "administrative assistant" and "prior appointment". Se buscó artículos de revisión, con acceso a texto completo, tanto en inglés como en español.

4 Resultados

La informatización de las agendas permite asignar franjas horarias específicas para las visitas y definir la tipología de cada programa (a la carta, con cita concertada o a domicilio).

El Auxiliar Administrativo podrá ver qué citas están disponibles, cuya duración vendrá por defecto. También puede reservar huecos bajo demanda cuando sea necesario. Cabe señalar que la agenda del profesional también incluirá espacios para actividades conjuntas y períodos de descanso. Para darle prioridad al llenado, se asignan diferentes colores a los huecos, lo cual permite controlar mejor el proceso de asignación de citas. Podríamos encontrarnos con algo similar a esto:

- Negro: el número de huecos de este color será necesario para que no se pueda citar a más de un paciente a la misma hora en un mismo día. - Verde: Es la segunda opción para fechas inaplazables, y solo se determinarán cuando se acaben los huecos negros.

- Azul: La tercera opción, seleccionada solo cuando las áreas marcadas en verde están agotadas.
- Rojo: corresponde a horarios bloqueados y no será posible reservar citas con pacientes durante estos horarios.
- Cualquier otro color: puede hacer referencia a un hueco en la agenda de otro especialista que se puede entregar en un momento dado. Los pacientes pueden elegir el horario de la cita que más les convenga, tanto bajo demanda como en consultas programadas.

Los auxiliares administrativos pueden concertar citas con los pacientes durante la jornada laboral del especialista siempre que exista distancia y sin límite de tiempo. La gestión de citas está informatizada, lo que le permite ver siempre una lista actualizada de pacientes. Si no hay huecos disponibles, se le avisará al paciente del caso y se le sugerirá una cita al día siguiente con citas libres.

5 Discusión-Conclusión

El programa de cita previa aportó muchos beneficios tanto a usuarios como a profesionales, pero sin duda, una de las mayores aportaciones que hizo el programa, fue facilitar enormemente el uso de la historia clínica, cuya gestión se trasladó al área administrativa así, comenzaron a crearse archivos centralizados que daban servicio a todos los profesionales que pudieran requerirla, la información relativa a cada paciente podía de este modo estar en cada consulta antes de iniciar la misma. La puesta en marcha del programa de cita previa tenía un objetivo claro esencial, la búsqueda de la mejora del trato al usuario. Los usuarios demandan el poder participar más en las decisiones y una mayor autonomía en su relación con los servicios, además de más agilidad en la respuesta a sus necesidades. La flexibilización de las agendas utilizando herramientas informáticas, permite una gran adaptación a las necesidades asistenciales de cada persona y al tiempo disponible para esta actividad.

6 Bibliografía

1. Gestión de la demanda: agendas médicas de calidad en Atención Primaria. Disponible en www.elmedicointeractivo.com.
2. El desarrollo de la Atención Primaria en el INSALUD: un análisis del cambio organizativo. Disponible en www.scielo.isciii.es.
3. Modelo de Innovación Organizacional en Atención Primaria. Organización asistencial www.fundacionsigno.com.

Capítulo 441

PLAN DE EVACUACION DE CENTROS HOSPITALARIOS

CRISTINA GARCIA ALVAREZ

FRANCISCO JAVIER MADERA FERNÁNDEZ

MANUEL TUÑÓN REINAL

CRISTINA FERNANDEZ ZAPATERO

M^a BEGOÑA IGLESIAS GARCÍA

1 Introducción

Este estudio es conocer las normas a seguir para proteger la vida y la salud de los pacientes, familiares, visitantes y la de los propios profesionales de la institución en caso de abandonar el hospital conociendo la ruta de evacuación a seguir y las zonas de seguridad destinadas a la recepción y llegada de todas las personas. Los dos grandes motivos que pueden llegar a tener una evacuación son por la propia naturaleza: Terremotos, Frío extremo, Calor extremo, Incendios, Inundaciones, Huracanes, Deslizamientos de tierra, Tornados, Tsunamis, Volcanes. También pueden estar relacionados con el Hombre: Amenazas biológicas, Amenazas químicas, Explosiones, Incidentes de materiales peligrosos, Incidentes nucleares, Incidentes de dispersión radiológica. Dependiendo de la emergencia para evacuación, debemos distinguir los diferentes tipos que existen: Tipo: Conato con personal de una planta o sector que se limitan a un local/ recinto. Tipo: Parcial con equipos de emergencia del centro más ayudas exteriores, que se limitan a

una planta o sector. Tipo: General con equipos de emergencia del centro más ayudas exteriores, que se limitan a una planta o sector, con efectos para todo el edificio. La evacuación debe ser rápida, ordenada, segura y planificada siguiendo las indicaciones de las personas autorizadas para ello. El profesional de la institución debe de mantener la calma, no fomentar situaciones alarmistas, eliminar obstáculos en puertas y rutas de evacuación siguiendo el protocolo de actuación elaborado en el centro hospitalario. Pautas de trabajo seguro. Seguir las instrucciones y sobre todo en orden. Mantener la calma. Transmitir la alarma al personal de la empresa. Seguir las indicaciones. Respetar la señalización y dirigirse al punto de encuentro estipulado. Una práctica efectiva importante para saber cómo actuar en caso de emergencia es la realización de simulacros de evacuación y emergencia, que no dejaría a nadie sin saber cómo actuar si se produce esa situación de riesgo real. Cuando los riesgos no puedan evitarse o limitarse a través de medios técnicos u organizativos, la señalización es indispensable para que la evacuación se realice de manera adecuada. La evacuación es necesaria en toda situación repentina e inesperada que crea una situación de peligro y que requiere una intervención inmediata y eficaz.

2 Objetivos

Poner en conocimiento y formar a todos los profesionales en el desarrollo de medidas y acciones para prevenir y controlar los riesgos sobre las personas y los bienes. Proporcionar orientaciones básicas para facilitar el proceso de señalización y evacuación en situaciones de emergencia. Evaluar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en caso de incendio y evacuación.

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

Las personas deben estar preparadas para que reaccionen frente a una situación de emergencia real o un acontecimiento que genere peligro. Se trata de evacuar las instalaciones en caso de que fuera necesario. Controlar la emergencia. Acción de extinción. Contención de derrames. Primeros auxilios. Evitar daños mayores. Proteger los bienes materiales y las instalaciones. la movilización de pacientes, familiares, visitantes y el propio personal del hospital, desde áreas que se han definido como de alto riesgo o están severamente comprometidas en situaciones de emergencias o desastres, hacia áreas seguras definidas previamente en el mismo piso, pisos adyacentes o el exterior, a las que se accede a través de rutas cuyas condiciones son adecuadas. Proteger la vida y la salud de los pacientes, familiares, visitantes o trabajadores del hospital y, en lo posible, resguardar la integridad de bienes y documentos indispensables e irremplazables. Tener a mano sólo lo necesario, lo demás retíralo. Mantén las zonas de paso y salidas libres de obstáculos. Evitarás caídas, choques y golpes. Colaborar es una labor de todos. Es muy importante respetar todas las normas de seguridad. Utiliza adecuadamente los equipos de protección individual. Predica con el ejemplo. Si detectas anomalías o riesgos, comunícalo. Disponer de un plan de emergencia previamente elaborado y contar con una señalización adecuada son factores determinantes a la hora de surgir una verdadera situación que entrañe peligro para poder llevar a cabo una evacuación rápida y eficaz. El fin de una evacuación es salvar vidas. Siempre es difícil pero en un hospital especialmente dado el tipo de personas que allí se encuentran como pacientes encamados y dependientes, pacientes ambulatorios, trabajadores y visitas o acompañantes. Ante una evacuación por incendio se debe de abandonar la tarea que se esté realizando , mantener la calma tranquilizar a las personas, y seguir el plan de evacuación lo más fielmente. La evacuación debe ser rápida, ordenada, segura y planificada siguiendo las indicaciones de las personas autorizadas para ello. El profesional de la institución debe de mantener la calma, no fomentar situaciones alarmistas, eliminar obstáculos en puertas y rutas de evacuación siguiendo el protocolo de actuación elaborado en el centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Que todo el personal adquiera el conocimiento de un plan de evacuación del centro para que ésta pueda llevarse a cabo con seguridad y en el menor tiempo posible. La formación y conocimientos precisos de los protocolos a seguir, en un

plan de evacuación, es imprescindible para todos los trabajadores y trabajadoras de un centro sanitario. Los profesionales a la hora de realizar una evacuación deben de actuar de forma cautelar siguiendo el protocolo establecido al efecto para realizar su labor con profesionalidad teniendo una formación adecuada al puesto de trabajo a realizar. La actitud depende en gran medida, el actuar de forma correcta ante una situación de emergencia o de desastre. Conocer mediante los planes, guías de emergencia, simulacros de incendio, el edificio, sus instalaciones a si como los medios de protección disponibles. Contar con personal formado y adiestrado que garantice las acciones a emprender. La: Señalización. Se realiza básicamente:

A. Carteles señalizadores. Se distribuyen por las vías de evacuación.

B. Alumbrado de emergencia. Se instalarán lámparas con encendido automático. Evacuación. Su objetivo es poner en lugares seguros a los trabajadores. Hay dos tipos de vías:

1. Vías de evacuación horizontal. Vías que conducen a la salida directamente. Vías de evacuación vertical que nos conducen a otras vías horizontales o directamente a la salida.

2. Vías de evacuación vertical. Se constituyen por escaleras que conducen directamente a la salida o a otra vía de evacuación horizontal. Todo el personal debe conocer el plan de evacuación y para ello debe recibir la formación necesaria para llevarlo a cabo. El trabajo en equipo es primordial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 442

CALIDAD EN CENTROS SANITARIOS

SERGIO CUERIA GUTIÉRREZ

1 Introducción

La atención médica no ha escapado a este interés social en la calidad. Considerado durante mucho tiempo un tema que debería ser el único dominio de los profesionales de la salud, la calidad de nuestro sistema de atención médica es ahora un tema de debate público. La importancia de la calidad en la industria de la salud es de suma importancia, y esta radica en la satisfacción del cliente, cuyos parámetros se basan en sus evaluaciones de la calidad del servicio brindado a los pacientes por parte de los proveedores de servicios, en este caso sanitarios. Los comentarios positivos de los clientes conducen a la buena voluntad de los proveedores de servicios en el mercado, lo que expande indirectamente su negocio, mientras que los comentarios negativos conducen a una disminución de su negocio. Esta teoría también se aplica a los proveedores de atención médica. En la actualidad, los pacientes conocen sus derechos con respecto a la atención médica y la calidad de la atención médica que reciben, es por ello que se han creado diversas herramientas o indicadores para brindar servicios de calidad a los pacientes.

Frente a múltiples decisiones sobre planes de salud, los empleadores y los empleados necesitan comprender las diferencias de calidad entre las distintas medidas adoptadas, su evolución y comenzar a identificar los parámetros de salud de mayor importancia.

2 Objetivos

- Definir que entendemos por calidad en el sistema sanitario, así como sus atributos.
- Medidas a tomar orientadas a la mejora en la calidad de los servicios sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una labor de investigación en distintos motores de búsqueda enfocándose en la temática a tratar, así como la revisión de distinta documentación publicada por entidades oficiales en el ámbito de la salud a nivel nacional.

4 Resultados

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de atención médica para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y se ajustan con la práctica basada en la evidencia. Esta definición de calidad de la atención incluye la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y significa que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente brindando una atención basada en la evidencia que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios del servicio: los pacientes, familias y comunidades.

Las acciones que tomamos para dichos objetivos son lo que llamamos "gestión".

La calidad de la asistencia sanitaria se definirá por círculos científicos, profesionales, pacientes y definiciones sociales; y sus objetivos serán:

1. Brindar atención médica basada en la actualidad científica.
2. Lograr una atención satisfactoria para el paciente.
3. Garantizar la continuidad de la atención.
4. Brindar atención adaptada a las necesidades del paciente.

Los servicios de salud de calidad son producto del entorno más amplio del sistema de salud y de las actividades de los proveedores de servicios y de quienes trabajan en el sistema. Algunas de las medidas a tomar encaminadas hacia una mayor calidad en los sistemas sanitarios son:

1. Políticas enfocadas a lograr un estándar de calidad en todo el sistema de salud, como Brindar servicios de calidad requiere una buena gestión; personal sanitario cualificado y competente, apoyado y motivado; mecanismos de financiación que

apoyen y promuevan una atención de calidad; sistemas de información que monitorean y aprenden continuamente para impulsar una mejor atención; medicamentos, equipos y tecnologías accesibles, seguros y debidamente regulados e instalaciones sanitarias accesibles y bien equipadas.

2. Atención primaria de alta calidad, esencial para garantizar una cobertura sanitaria universal de alta calidad.

3. Monitoreo y evaluación: la calidad debe medirse y monitorearse continuamente para impulsar la mejora.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de los servicios sanitarios prestados a pacientes es un aspecto fundamental a tener en cuenta por los profesionales de la salud. Para lograr dichos estándares de calidad dichos servicios han de ser eficaces, seguros, oportunos, centrados en la persona, integrados, equitativos y eficientes. Muchas de estas características de calidad están íntimamente relacionadas con principios éticos. No podemos llegar a un nivel de calidad ideal tomando simples acciones de forma individual, sino que dicha calidad es forjada de forma continuada utilizando de forma óptima las capacidades del servicio. La calidad es una entidad alcanzable, medible y rentable. Es necesario que exista deseo de lograrlo, sea entendible, y se esté preparado para desencadenar las medidas a tomar para lograr la calidad deseada para el servicio sanitario.

6 Bibliografía

1. Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario. Ministerio de Sanidad <https://www.sanidad.gob.es/eu/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbitoSanitario.pdf>.
2. Manual de estándares en Instituciones Sanitarias. Agencia de Calidad sanitaria de Andalucía <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/manual-de-instituciones-sanitarias.pdf>.
3. Calidad: Una apuesta necesaria en los sistemas sanitarios públicos. Antonio Torres Olivera https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000100001.

Capítulo 443

EL SECRETO PROFESIONAL EN EL AMBITO SANITARIO

PATRICIA FRESCO CUMBREÑO

JOSÉ GARAY DE LA ROZA

JOSE MARIA LOPEZ GARCIA

LORENA VILLANUEVA ARIAS

CLOTILDE ESCANDON CHANTRES

1 Introducción

Se debe saber que el secreto profesional de la salud debe entenderse como un compromiso obligatorio de confidencialidad que nace de la necesidad de plena confianza entre profesionales y pacientes.

Todo sanitario o no sanitario del ámbito hospitalario suele tener acceso a los datos personales de los pacientes. Esta información se puede obtener conscientemente a través de la historia clínica de un paciente o hablando con él de forma directa o casual durante la investigación o las pruebas médicas. Algunos de los profesionales con más fácil acceso a dicha información son los auxiliares de enfermería, técnicos de enfermería y tecnólogos avanzados de imagen en diagnóstico y medicina nuclear, todos ellos en estrecho contacto con los pacientes, ya que realizan múltiples técnicas y estudios que requieren el conocimiento de la información anterior.

El secreto profesional es una obligación de confidencialidad impuesta por la necesidad de absoluta confianza entre profesionales y pacientes para que se respete su intimidad. El código de ética contempla la posibilidad de sustraerse a este secreto en circunstancias muy específicas. La violación del secreto profesional es un trato punitivo que no sólo supone la ruptura de la relación con el paciente, sino que puede dar lugar a sanciones administrativas, inhabilitación profesional y/o prisión.

2 Objetivos

Identificar y mantener el secreto profesional en todos los ámbitos ya que es muy importante no revelar datos de otras personas sin su consentimiento.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como scielo, pubmed y google académico sobre artículos relacionados con el secreto profesional en el ámbito sanitario y se han utilizado palabras clave como: secreto, privacidad, profesionales, ámbito sanitario, etc..

4 Resultados

En las relaciones sanas, los pacientes suelen revelar su intimidad, necesaria para recibir atención médica. Los profesionales están obligados a respetar la confidencialidad y el secreto, aunque los sanos intereses sociales lo obliguen a revelar. Esta responsabilidad la exigen todos los que, por ocupación o circunstancia, tengan conocimiento de asuntos confidenciales. Muchas leyes, normas y reglamentos. El secreto profesional es un derecho y una obligación fundamental, ya que sin esta garantía de confidencialidad, el paciente no confiará en él para que le proporcione la información necesaria sobre el tratamiento. Los datos comunicados por los pacientes en el ámbito de la salud y que constituyen su historia clínica son datos de carácter personal, considerados como datos de especial protección por la Ley Orgánica de Protección de Datos y sólo pueden ser accedidos, tratados y cedidos por razones de interés general.

En cuanto a los técnicos auxiliares de enfermería, el alcance también es muy amplio, pues desarrollan sus funciones en las áreas de salud, sala de hospitalización,

consulta externa, situaciones de emergencia y otras informaciones que interactúan continuamente con los bienes personales en el ámbito sanitario.

Las buenas prácticas y el manejo de dicha información requieren la no divulgación, lo que debería suceder, aunque no siempre es así y los errores de violar estos derechos de confidencialidad a menudo se cometen, y en ocasiones de manera premeditada, a través de conversaciones informales, ignorando documentos o confiando en terceros.

Existe una serie de leyes y reglamentos a este respecto que rigen cómo actuar de manera profesional al tratar con dicha información y las circunstancias en las que es razonable revelar ciertos datos. También enumera los riesgos legales que enfrenta cualquiera que revele dicha información. Todo esto está contemplado en la Ley General de Salud. No todos los secretos son considerados de la misma manera, por lo que desde un punto de vista ético o moral se establecen tres tipos: Los secretos naturales se descubren a través de la investigación, el azar o la revelación y no pueden ser contados por razones éticas.

Un secreto delegado es un secreto revelado a través de un compromiso previo de confidencialidad.

También existe el secreto comprometido, que es aquel secreto por el cual se celebra con esa persona una promesa o un contrato de confidencialidad después de haber sido descubierto de la misma forma posible que un secreto natural.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el personal sanitario y no sanitario que tienen acceso a cierta información confidencial comprendan sus obligaciones de mantener confidencial la información médica a la que tienen acceso, ya que la divulgación de esta información podría generar serios problemas legales. Desde esta perspectiva, es muy importante que todo el personal sanitario esté formado en protección de datos para que comprenda y se dé cuenta de que todo lo relacionado con la salud y los datos clínicos de los pacientes debe ser tratado con el máximo respeto y en el contexto de la propia actividad asistencial dentro del ámbito del tratamiento sanitario. Por lo tanto, si todo el personal de salud coopera entre sí de acuerdo con las normas y protocolos establecidos, tendremos un ambiente de trabajo altamente seguro.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/eli/>

es/1/1986/04/25/14/con

2. Marroquín, M. T. D. (2012). 06 confidencialidad y Secreto Profesional.
3. Álvarez-Cienfuegos, José María: La libertad informática, un nuevo derecho fundamental en nuestra Constitución. La Ley. número 5230 (22/enero/2001), págs. 1-5.
4. Directiva 97/66/CE, de 15 de diciembre de 1997, relativa al tratamiento de los datos personales y a la protección de la intimidad en el sector de las telecomunicaciones.

Capítulo 444

EL CELADOR EN LA PUERTA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

1 Introducción

El servicio de urgencias hospitalarias es un área del hospital destinada a dar atención inmediata a personas que llegan con un proceso grave en su salud.

Se creó hace décadas y nació de la necesidad de separar a los pacientes según su enfermedad y grado de urgencia, funcionando de forma ininterrumpida las 24 horas del día y sin necesidad de cita previa. De esta forma la gente no se atiende por orden de llegada, sino que se da prioridad a los enfermos con dolencias más graves y que no pueden esperar.

El celador para sus funciones se regirá por el “Estatuto de personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social” (Orden de 5 de Julio de 1971), integrado en el grupo de personal subalterno en la escala general. Es el primer trabajador del hospital con el que contacta el usuario cuando llega a Urgencias. El celador saldrá a recibirlo a la puerta; valorará si puede caminar por sus propios medios o necesita una silla de ruedas o una camilla; y lo acercará al servicio de admisión donde le darán un pulsera con sus datos para estar siempre identificado, empezando así su proceso de atención en urgencias.

2 Objetivos

Resaltar la variedad de funciones y tareas que debe desempeñar el celador en el área de urgencias de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica basada fundamentalmente en artículos y blogs que se especifican en el apartado correspondiente, además del temario específico de la profesión del celador de Instituciones Sanitarias.

Se trata de un trabajo de investigación, de modo que no se ha llevado a cabo ningún estudio práctico que requiera de una metodología definida. Simplemente se ha realizado una búsqueda de información para lograr el objetivo previamente planteado.

4 Resultados

La zona de urgencias de un hospital debe tener una entrada propia y estar situada en un lugar de fácil acceso tanto para ambulancias como para coches particulares en los que llegarán algunos pacientes. Este servicio debe tener unas áreas funcionales diferenciadas para una correcta organización en la distribución de los pacientes por orden de prioridad, y también contar con espacio para que puedan esperar los acompañantes.

Las tareas de los celadores en urgencias son muy diversas:

- Saldrán siempre a recibir a los pacientes a la puerta de urgencias, acompañándolos y, si fuera necesario, llevándolos en silla de ruedas o camilla.
- Dirigirán al paciente a la zona de admisión para que facilite sus datos y si su estado no lo permite lo llevarán directamente a “triaje”.
- Mantendrán la entrada de urgencias abastecida de sillas de ruedas y camillas (siempre cubiertas por una sábana limpia).
- Vigilarán la entrada de urgencias, permitiendo el paso solamente a las personas autorizadas.
- Transmitirán las comunicaciones verbales y entregarán la documentación que sus superiores les encomienden.
- Trasladarán mobiliario y aparatos de unos servicios a otros.
- Prestarán servicio de asistencia a los sanitarios para el lavado de pacientes, punciones, curas, suturas, etc., haciendo labores de movilidad y sujeción.
- Velarán porque se mantenga el orden y silencio en las zonas comunes y pasillos.
- Indicarán a los acompañantes de los enfermos que deben permanecer en la sala de espera hasta que los llamen para darles información.
- Trasladarán a los pacientes a cualquier servicio del hospital para que les hagan las pruebas que se prescriban (rayos, consultas, ginecología, oftalmología).

- Ayudarán a los técnicos sanitarios cuando lo necesiten en la realización de placas radiográficas.
- No comentarán nunca con los pacientes ni sus familiares sobre diagnósticos ni tratamientos, dirigiéndolos hacia el médico encargado.

5 Discusión-Conclusión

La labor del celador en el servicio de urgencias de un hospital es muy amplia: es el primer trabajador de la institución que recibe al paciente y después lo acompaña por todos los departamentos a los que sea derivado por el personal sanitario.

El celador ha de tener una actitud conciliadora y predisposición para enfrentarse a situaciones diversas. No hay que olvidar que su trabajo lo desempeña con personas que están pasando por un mal momento de salud (lo que genera tanto al enfermo como a sus familiares un alto grado de estrés) y necesitan percibir ganas de ayudar en la persona que les atiende.

6 Bibliografía

1. Celadores Online de Instituciones Sanitarias. (3 de mayo de 2018). Actuación del Celador en el Servicio de Urgencias. Obtenido de <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>.
2. CGT Sanidad. (s.f.). El servicio de urgencias. Obtenido de https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_13.pdf.
3. Rodríguez Martínez, C. (24 de febrero de 2020). El celador en urgencias. Obtenido de <https://revistamedica.com/celador-urgencias/>.

Capítulo 445

GESTIÓN Y TRAMITACIÓN DE INCIDENTES SAMU ASTURIAS

SANDRA RODRÍGUEZ VALDES

MARIA JESUS VILLARROEL ALLENDE

ANGELICA RODRIGUEZ ARMESTO

CONCEPCIÓN ELOÍNA FERNÁNDEZ VÁZQUEZ

LEIDY LORENA VARGAS ÁLVAREZ

1 Introducción

SAMU es el servicio de Atención Médica de urgencias dependiente de la sanidad Pública para la medicina de emergencia. Este sistema de atención incluye desde el sistema de atención médica del SAMU hasta los servicios de Urgencias Hospitalarias de todas las especialidades incluyendo urgencias, atención primaria y los de servicios de Ambulancias.

Trataremos de explicar como se gestiona el servicio desde la recepción de la llamada al 112 y su posterior derivación con el SAMU, los pasos a seguir en el Centro Coordinador de Emergencias de Asturias, para entender el funcionamiento del propio centro coordinador, que está formado por médicos, enfermeros, y auxiliares administrativos.

Los auxiliares administrativos son los encargados de recibir las llamadas entrantes procedentes del 112 y su labor consiste en conseguir la máxima información posible para identificar al paciente, donde se encuentra, conseguir un

teléfono directo de contacto si es posible, identificar sus necesidades o síntomas y con estos, hacer una clasificación en base a la cual los médicos o enfermeros del centro coordinador decidirán qué recurso se envía en cada momento, todo con la mayor eficacia y rapidez posible, ya que en caso de emergencia vital, la rapidez es imprescindible para salvar la vida del paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del Centro Coordinador de emergencias.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo se ha realizado una búsqueda en distintas revisiones bibliográficas, artículos, bases de datos en google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Así como a través del trabajo de estudio y encuestas en el desarrollo del puesto de auxiliar administrativo en el propio SAMU, en el que se ha desarrollado esta función durante 4 meses.

4 Resultados

Una vez recogida la información por el personal administrativo, hecha la clasificación y consultado con los servicios de enfermería y del médico coordinador y decidido el recurso asistencia que se enviará o como se gestionará la ayuda asistencial o la emergencia puede ocurrir:

1. Que se resuelva por el propio centro coordinador:
 - Resolviendo dudas a los pacientes o usuarios tales como centro de salud al que deben acudir, horarios, médico de guardia que les corresponde o en que centro de salud se encuentra en ese momento, etc. estas dudas las resuelve el propio administrativo.
 - Resolviendo dudas de los propios enfermos en consultas sobre covid u otras cuestiones que resuelve el servicio de enfermería.
 - Resolviendo dudas sobre medicación, consultas de otros médicos de atención primaria, etc. que resuelve el médico del centro coordinador.
2. Derivando el incidente a atención primaria, en este caso hay que comunicar al centro de salud si es un domicilio o una consulta sanitaria telefónica, o si es en horario de guardia al médico correspondiente o al servicio de enfermería, si el

paciente se va a desplazar al centro de salud o si la asistencia es en el domicilio, facilitando los datos del paciente.

3. Derivado a atención primaria con traslado en ambulancia, gestionaremos al médico correspondiente como en el caso anterior y a la ambulancia correspondiente en esa zona, indicando a ambos recursos si el médico va por sus medios o ha de recogerle la ambulancia.

4. Asistencia solo para traslado en ambulancia, se envía a la ambulancia al domicilio o al lugar del incidente para trasladar al afectado al hospital o centro de salud que corresponda.

5. Urgencia vital, en caso de accidente o clasificación cuyos síntomas lo determinen se envía la UVI al domicilio o al lugar del incidente, para que lleve a cabo la resolución in-situ o con traslado al hospital.

6. Petición de transporte sanitario:

- Los médicos de cada centro de salud pueden pedir la ambulancia para realizar derivaciones al hospital que son gestionadas desde el centro coordinador por los administrativos previa consulta al médico coordinador al igual que en los siguientes casos.

- Policía local o nacional.

- Guardia civil.

- Familiares o instituciones públicas o privadas.

7. Confirmar exitus: se envía al médico de atención primaria correspondiente al domicilio o lugar de fallecimiento para que verifique este.

8. Transferencias telefónicas ya sea entre pacientes y médico de atención primaria (en caso de recetas por ejemplo) con enfermería. Así como entre hospitales y el centro de transfusión de Asturias, etc.

9. Gestión de trasplante de órganos ya sea de los propios órganos, así como del personal a cargo de realizar la operación.

10. Transporte secundario de hospital a hospital en el mismo día, retornos hospitalarios, o traslados en días posteriores que tienen que ser programados.

Estas son parte de las tareas más importantes que se llevan a cabo desde el centro coordinador de emergencias de Asturias hay muchas más no menos importantes.

5 Discusión-Conclusión

- Es de vital importancia que la gestión de las llamadas sea lo más rápida y eficaz posible, ya que una demora en caso de riesgo vital puede suponer daños al paciente o usuario con irreparables secuelas o suponer incluso el fallecimiento.

- Recoger la información exacta a cerca de los datos personales del usuario o paciente, ya que un dato erróneo puede resultar determinante a la hora de identificar al paciente y que el médico revise su historia médica.
- La dirección donde se encuentra la persona afectada también es de mucha importancia, ya que enviar la ambulancia, UVI o médico a una dirección errónea también puede suponer un grave perjuicio, o suponer la muerte del afectado.

6 Bibliografía

1. Los_SEM_en_Espana.pdf https://es.m.wikipedia.org/wiki/SAMU_villaAlvarez.pdf.
2. <http://www.samuasturias.es/desarrolloHistorico/organigrama.aspx>.
3. <http://www.samuasturias.es>.
4. <http://www.samuasturias.es/procedimiento/manuales.aspx>.

Capítulo 446

LA ATENCIÓN AL PÚBLICO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

JOSE ANTONIO REGUEIRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La comunicación es fundamental en la relación con las personas en la vida diaria. Tiene relevancia en el trato entre la Administración y el ciudadano. Cuando un usuario contacta con esta por cualquier medio o motivo, se tiene que conseguir lo más perfecta posible con el Usuario, ya que el hecho de que no conozcan a la persona que les informa, les puede ocasionar cierta inseguridad.

En toda comunicación hay seis elementos básicos:

- Emisor: el que habla.
- Receptor: el que escucha.
- Mensaje: lo que se transmite.
- Canal: es el medio a través por el cual se transmite la información: Lenguaje escrito, a través del papel por ejemplo, lenguaje oral (aire), lenguaje gestual (vista).
- Código: es el lenguaje por el que se da el mensaje (sencillo, técnico).
- Ruido: es un elemento que perturba, ajeno al receptor y al emisor, pero que es capaz de anular o entorpecer el proceso de comunicación.

Si añadimos más elementos, el proceso se complica. La comunicación tiene que ser organizada. El emisor tiene que haber recorrido de forma previa estos pasos:

1. Planificación de la comunicación.
2. Definición de los objetivos del mensaje.
3. Prever el comportamiento del receptor.

4. Anular los perjuicios personales.
5. Dar un mensaje sencillo y claro.

2 Objetivos

- Conocer los elementos de la comunicación.
- Describir lo que es la escucha activa así como el feed back y la reformulación.

3 Metodología

Se ha realizado una sistemática búsqueda de libros así como en el buscador Google Académico, introduciendo búsquedas de términos como: “ la atención al público”, “feed Back”, “escucha activa” y “reformulación”. Se consultó también publicaciones científicas que están en diferentes revistas españolas así como guías prácticas clínicas.

4 Resultados

En toda comunicación nos tenemos que preguntar siempre si nuestro receptor recibió el mensaje, si lo ha interpretado correctamente, lo acepta y si actúa en consecuencia.

Para que lo anterior sea todo respondido de forma afirmativa, el mensaje que se ha dado tiene que tener unas características:

- Que sea llamativo y útil.
- Comprensible para el receptor.
- Con contenido convincente y conveniente para el receptor.
- Que sus efectos sea el máximo posible.

En la comunicación, la escucha tiene que ser activa, entender al emisor y asegurarnos que el mensaje es entendido y se ha comprendido.

Escucha activa:

Son acciones no verbales como verbales cuyo fin es la obtención de una escucha óptima. No es lo mismo escuchar que oír. La escucha quiere decir que el que informa tiene que situarse en la atmósfera que rodea al Usuario.

Las normas para una escucha activa son las siguientes:

- Tener un clima agradable.
- Tener disposición de escuchar a la otra persona.
- Tener el tema preparado sobre el que se habla.

- Tener comprensión con el interlocutor.
- No distraerse.
- Resumir y escuchar las ideas básicas.
- Repetir lo que dijo el interlocutor.
- Comprender del discurso del que habla, la estructura interna.
- Escuchar como si se fuera a realizar un informe.
- Hacer preguntas.
- Recoger notas, si es necesario.

Feed back:

Es facilitar al interlocutor información sobre como hemos entendido o percibido lo que nos comunica. Ante esta información, le dejamos aclarar su mensaje, precisando, confirmando o reorientando. La eficacia del Feed Back está determinada por la confianza entre el receptor y el emisor. En caso que no haya confianza, el feed back se practica, porque ante preguntas o gestos estamos demostrando que deseamos entender mejor el mensaje.

La retroalimentación la empleamos confirmando o preguntando:

Preguntas: “¿Me lo podrías repetir?”, “¿Tu opinión, cuál es?”, “¿Qué te parece?”.

Ratificaciones: “Lo que quiso decir es...”, “Si entendí bien....”.

El feed back expresa verbalmente el impacto emocional del mismo: qué sentimos, cómo afecta.

Los efectos positivos del Feed Back son los siguientes:

- Estimular y apoyar comportamientos positivos, si estos son reconocidos. “Si no entendí mal, Vd. Su interés es...”
- Corregir comportamientos: “nos ayudaría más si nos trajera esta carta en cuanto la recibió”.
- Aclarar las relaciones entre las personas y ayudar a comprender al otro mejor: “Ciertamente, Señor, pensaba que el problema se solucionaría primero, pero gracias a su ayuda, fue más rápido. Vamos a hacer lo siguiente...”.

Reformulación:

Es parafrasear o reformular lo que el cliente dice. Repetición de frases o palabras emitidas por el que habla. Los efectos son iguales a los del Feed back, aunque más específicamente se centre en el mensaje mismo. Los efectos son los siguientes:

- Hacemos que se animen a seguir hablando.
- Conoceremos más y más preciso sobre lo que quiere el interlocutor.
- Demostrar que se ha comprendido todo bien.
- Conocer las motivaciones
- Reflexionar sobre lo que se va a decir.

5 Discusión-Conclusión

La atención al público tiene que ser de calidad y para ello hay que llegar al usuario. El auxiliar administrativo tiene que tener una comunicación lo más perfecta posible para llegar a él. Tiene que haber una escucha activa, tener empatía con la otra persona y hacerles partícipes de que la información que nos están transmitiendo la estamos percibiendo y entendido muy bien, que ponemos interés y voluntad en entenderle, que estamos centrados en el mensaje que nos transmite y le dejamos terminar el mensaje.

La atención al público tiene que dar un buen trato al usuario, satisfacerle en sus necesidades y tratarle como a una persona importante haciéndole sentir ese sentimiento. Es fundamental ser una persona cortés, educada, empática y profesional y resolutiva para dar una buena atención al público.

6 Bibliografía

1. Libro Temario parte específica Volumen 2 de Auxiliar Administrativo del Sespa – MAD.
2. <https://www.eltrampolin.es/atencion-al-publico-habilidades-sociales-que-enamoran/>.
3. <https://atencionalpublico.com.es/>.

Capítulo 447

EL PERSONAL ESTATUTARIO DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA

ANA MARIA ALMAZAN JUAN

PATRICIA FRESCO CUMBREÑO

ANA CRISTINA LÓPEZ GUTIÉRREZ

CLOTILDE ESCANDON CHANTRES

VANESA GUTIÉRREZ PEREIRA

1 Introducción

El personal estatutario son los funcionarios públicos que laboran en los centros e instituciones de salud pública de nuestro país. La normativa marco que rige a estos trabajadores dice que se trata de una relación funcional especial, sujeta a instituciones específicas con determinadas peculiaridades. La normativa marco fue establecida por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre de 2003 (BOE nº 301, de 17 de diciembre de 2003). El personal directivo y de servicios son las personas que ostentan esta condición en virtud de su nombramiento en el desempeño de funciones directivas o el desarrollo de funciones directivas o el desarrollo de una profesión u oficio de carácter no saludable. Hoy, el Estatuto Marco clasifica al personal según su función, nivel de titulación exigido para el ingreso y tipo de nombramiento, por lo tanto, según el tipo de nombramiento:

A. Personal estatutario sanitario.

B. Personal estatutario de gestión y servicio.

C. Personal estatutario fijo.

D. Personal estatutario temporal.

El personal estatutario del servicio de salud se clasifica según diversos criterios, tales como las funciones que desempeña, el título y el tipo de nombramiento requerido para el ingreso, distinguiendo en este último caso entre personal estatutario permanente y temporal. La selección del personal estatutario suele realizarse mediante concursos. Quienes deseen participar en el proceso de selección del Personal Estatutario deberán cumplir los requisitos del artículo 30.5 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, por la que se regula el Reglamento Marco del Personal Estatutario del Servicio de Salud.

2 Objetivos

Identificar y saber cuáles son los principios del estatuto marco y criterios de ordenación del régimen estatutario en los Servicios de Salud pública.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como scielo y pubmed, se han buscado artículos relacionados con la ley del Estatuto marco en sanidad pública y se han utilizado palabras clave como: estatuto marco, leyes, boe, sanidad pública, servicios de salud, etc..

4 Resultados

El estatuto Marco está formado por 14 capítulos y tiene como objetivo regular el desarrollo de las normativas básicas de las comunidades autónomas y aplicar las normas al personal estatutario del servicio de salud. La presente ley tiene por objeto establecer las bases normativas de la relación especial de funcionario público para el personal estatutario de los establecimientos de servicios de salud que integran el sistema nacional de salud, aplicable al personal estatutario que desempeñe funciones en los centros y establecimientos de salud. El servicio de salud de la comunidad autónoma o el centro de servicios de salud de la Administración General de Sanidad. Se trata de una ley básica, por lo que en la formulación de las normas básicas contenidas en esta ley, el Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, aprobarán los estatutos y demás normas aplicables al personal estatutario de los distintos sectores sanitarios.

El personal estatutario temporal de los servicios de salud pública según el artículo 9 de la Ley 55/2003 del 16 de diciembre los nombramientos pueden ser de interinidad, de sustitución y eventuales.

Para el personal temporal, aunque sea interino, eventual o este sustituyendo a alguna persona se tiene que regir por los principios de igualdad, capacidad y méritos. Se nombrar al interino cuando este cubriendo una plaza vacante de los servicios de salud hasta que sea ocupada esa plaza.

Para el personal estatutario interino que ya ha hecho el proceso de selección y se incorpore en su plaza el nombramiento puede ser que se incorpore y este personal fijo o cuando se suprima dicha plaza.

Para el nombramiento eventual se debe de realizar cuando haya que prestar servicios extraordinarios o temporales, o para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los servicios de salud pública, o de una reducción de jornada laboral.

Para el nombramiento de sustitución es cuando hay que cubrir una de las plazas del personal fijo o temporal durante las vacaciones, permisos o ausencias temporales o inferiores a 5 días.

Del personal estatutario se clasifican en el nivel de título requerido según las funciones que desempeñan:

- Titulados con formación universitaria como los Grados y licenciaturas, divididos en:
 - Licenciados en salud como médicos, o Grado de enfermería y otras especialidades.
 - Otras formaciones como las de grado medio
- Personal técnico superior en cuidados auxiliares de enfermería.
- Otros: Se requiere título o título equivalente o categoría de certificado para acreditar los años de escolaridad y la consecución de la educación secundaria obligatoria.

5 Discusión-Conclusión

Las relaciones laborales en el Sistema Sanitario Público se caracterizan por la coexistencia de diferentes regímenes jurídicos para los distintos tipos de personal que presta servicios en los centros e instituciones sanitarias. Así, los recursos humanos del Sistema Sanitario Público se clasifican en personal funcionario, estatutario y laboral.

La clasificación del personal estatutario de los servicios de salud, así como su selección, se regulan en la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud y en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

El personal estatutario, son empleados públicos que trabajan en diferentes áreas de salud ya sea pública o privada, de esta manera se mantiene un vínculo con la administración pública mediante la normativa del estatuto marco, es un empleado público que trabaja para la administración y que solo lo encontraremos en la sanidad.

6 Bibliografía

1. www.adams.es

temario oposiciones celador

2. <https://rafaeljimenezasensio.files.wordpress.com>

3. <https://www.boe.es>.

Anuncio convocatoria plazas de celador

4. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es> Nuevo borrador de anteproyecto de Estatuto Básico del personal del sistema sanitario.

Capítulo 448

IMPORTANCIA DE RAYOS X EN URGENCIAS EL PAPEL DEL CELADOR: FUNCIONES Y PREVENCIÓN

BEGOÑA CASTAÑO GUIO

1 Introducción

La Real Academia Española define rayos x como:

“1. m. pl. Ondas electromagnéticas extraordinariamente penetrantes que atraviesan ciertos cuerpos.”

Urgencias la Organización Mundial de la salud define como:

“Se hace referencia a una urgencia cuando la problemática debe resolverse inmediatamente, lo que implica una acción de resolución sin ningún tipo de demoras ante la dificultad presentada. En otras palabras, las urgencias médicas refieren a una situación en donde se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo, pero este no implica riesgo en la vida de los que la involucra ni genera peligro en la evolución de su afección.”

Para los diagnósticos en urgencias implican en muchas ocasiones el uso de rayos X, son simples, rápidos y no invasivos. Su utilidad y su eficacia, es innegable, pero los rayos X pueden ocasionar daños que es necesario prevenir para ello están los protocolos de protección, para a pacientes, sanitarios y no sanitarios el celador que forma parte del personal.

Los rayos X: se utilizan para verificar diagnósticos como: fracturas de huesos, tumores neumonía, calcificaciones, lesiones o problemas dentales.

El Celador entre sus funciones en rayos en urgencias; son recoger al paciente requerido para la prueba y colaborar en la realización si fuera necesario, colocando al paciente según las indicaciones del técnico. Para una vez finalizada la prueba acompañar al paciente a la zona de triaje de donde recogió al paciente.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la rapidez de confirmar diagnóstico con rayos x, pero exponer la necesidad de medidas de protección para el paciente, personal sanitario y no sanitario el celador.

Exponer las funciones del celador en radiología en urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una investigación que incluye una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, búsqueda sistemática de libros consulta de varias páginas web relacionadas con el tema añadiendo los conocimientos ya adquiridos.

Palabras claves: rayos x, urgencia, protección de rayos x y funciones del celador.

4 Resultados

La zona donde se encuentra rallo x. Lo forman el Técnico, enfermería y un celador, que se localiza cerca de urgencias de un hospital se ubica en radiología que la Real Academia Española define como:

“1. f. Med. Estudio de la aplicación terapéutica de los distintos tipos de radiaciones, como los rayos X, los rayos gamma o los ultrasonidos, y de su utilización en el diagnóstico y

En urgencias la importancia de rayos x es que la mayor parte de los pacientes la requieren inmediatez para diagnosticar.

Su uso es muy común; pero requiere de medidas de prevención, que deben ser usadas desde el paciente al personal técnico que las realiza o celador. Que de las ocasiones participa en la prueba requerida, para colocación del paciente en distintas posiciones.

Los rayos X producen radiación ionizante, que puede dañar el tejido vivo. Este riesgo aumenta con más exposiciones realizadas en la vida de una persona. Pero el peligro de la exposición a desarrollar cáncer es relativamente bajo según la prueba a realizar. Si su uso es el adecuado, los beneficios diagnósticos de las pruebas de rayos x superan los posibles riesgos.

Las medidas de protección radiológica, están en “Reglamento de Protección Sanitaria (RPSRI), aprobado por el Real Decreto, 783/2001. Su objetivo: que el nivel de exposición y el número de personas expuestas sea el mínimo posible.”

Algunas medidas son:

- Mínimo tiempo de exposición.
- Alejarse de la fuente radiactiva.
- Uso de blindajes.
- En el ámbito laboral, seguridad y protección al profesional expuestos.
- Protección y delimitación de zonas y señalización.
- Controles dosimétricos (personales y ambientales).
- Gestión de los residuos y plan de emergencia.
- Vigilancia sanitaria y de gran importancia la formación e información del personal.
- Información y protección al paciente.

El celador tendrá como función principal: a su cargo el traslado del paciente desde el Servicio de Urgencias, a rayos y viceversa, sin olvidar en la documentación clínica precisa y en todo momento acompañar al paciente hasta la realización de la prueba y finalizar vuelta a la zona de triaje de donde vino. Localizados el celador siempre en el servicio de radiodiagnóstico y conocer normas internas. Además de las funciones que el celador tiene asignadas por su cargo en cualquier zona de ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Los rayos x está comprobada su utilidad y agilidad a la hora de diagnosticar en urgencias.

También el papel que realiza el celador en este área que muchas ocasiones no es reflejado.

Pero se hace patente la importancia no solo de protegerse, sino también de formación específica para esta área, de urgencias tan peligrosa. A la que los trabajadores sanitarios y no sanitarios, el celador hacen frente día, tras día.

Sería ideal el que se realizaran formaciones para todos los trabajadores que están en zona tan expuesta, al peligro de la radiación, sus consecuencias y sobre todo las herramientas de las que se disponen en los centros y como utilizarlas.

Debido muchas veces a la precariedad del trabajo, por los bajos presupuestos. Se olvidan cuestiones tan importante como es la formación.

Las administraciones pertinentes en la materia, deberían de solventar estas carencias con más medios económicos y humanos para lograr máximas garantías de seguridad.

6 Bibliografía

- 1.rayo | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE <https://dle.rae.es/rayo>
- 2.¿Qué es urgencia y emergencia según la OMS? - Euroinnova www.euroinnova.edu.es/que-es-urgencia-y-emergencia-segun-la-oms
- 3.radiología | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE <https://dle.rae.es/radiología>
- 4.¿Qué medidas se utilizan para proteger a las personas frente a las ... www.insst.es/-/-que-medidas-se-utilizan-para-protger-a-las-personas-frente-a-las-radiaciones-ionizantes-
5. ¿Que es un equipo de rayos X? - medicalbuy.mx <https://medicalbuy.mx/blog/245-que-es-un-equipo-de-rayos-x>
6. Radiologia en urgencias - SlideShare <https://es.slideshare.net/adelacalatayud/radiologia-en-urgencias>
- 7.Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 449

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA RELACIÓN CON EL PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO HOSPITALARIO

ANA CRISTINA RUBIO SÁNCHEZ

MARIA JESUS CUBELLS OLAYA

M^a PILAR MARTIN MERINO

JOSE VAQUERO BRAVO

GONZALO MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El personal de gestión y servicios, en concreto, el auxiliar administrativo de la sanidad pública de nuestro país es un profesional de una categoría muy específica profesional que tiene unas funciones muy concretas. Los auxiliares administrativos tienen varios tipos de categorías profesionales, pero tienen como figura más representativa en la que deriva su responsabilidad el jefe de personal, de forma espacial en el área en el que se encuentren estén destinados. Esta figura se va a encargar de las funciones que son específicas y que pueden ir relacionadas con distintas necesidades del servicio, y que por lo tanto pueden estar asignadas justo en el momento en que son necesarias. Concretamente se generan funciones específicas del puesto en aquellas áreas como UCI, urgencias, cuidados paliativos,

etc., que son servicios dentro del hospital en el que el auxiliar administrativo tiene otras generales que pueden ir relacionadas con muchos otros de los apartados que tienen su trabajo, pero también con todo con el espacio en el que esté destinado su servicio en ese momento, gestionan el alta, el traslado de servicio y todo lo administrativo que tiene que ver con la atención del paciente en este área y el tratamiento asistencial que reciben.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar la relación de las funciones del auxiliar administrativo con otros profesionales del sistema sanitario

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación en el buscador de google académico seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pudmed para quedarnos finalmente con una recopilación de casos clínicos que han sido de nuestro interés para hacer esta comunicación.

4 Resultados

La relación que tiene el personal auxiliar administrativo con el resto de los profesionales sanitarios de los servicios de salud está relacionada con las características del servicio al que pertenece cada personal y al trabajo que se ejecuta de manera conjunta. De igual forma, el modo de relacionarse con el profesional otras categorías va a ser dirigida por las necesidades que el área marque y al que estén adscritos los distintos profesionales, así como las distintas necesidades que les han sido designadas en ese momento y según su función.

Sobre todo hay que tener en cuenta la organización y relación que se tiene a través de un desarrollo distinto de cada servicio de manera general en cada centro hospitalario. El auxiliar administrativo que trabaja con los sanitarios y profesionales de la salud necesitan realizar un trabajo entre los compañeros porque las categorías que se encuentran trabajando de forma independiente puede ser menos eficaces que si lo realizan de manera coordinada. Se tiene que hacer necesario en el régimen que los distintos profesionales se encuentren perfectamente coordinados para dar un servicio completo y que este esté integrado a los pacientes, con independencia de cuáles sean sus cualidades intrínsecas, en sus condiciones que

pueden ser de tipo económico o de cualquier clase que sean similares. Las funciones del auxiliar administrativo también tienen interacción con los familiares que son funciones concretas que dependen del área o servicio donde se encuentren son específicas, la interacción con otros profesionales son varias y no se pueden especificar, requieren de conocimientos varios y sobre todo del servicio en el que esté trabajando el administrativo y las necesidades que en cada área se requieran y del personal disponible.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones se pueden distribuir por áreas y servicios dependiendo en muchas ocasiones del personal disponible, este factor se considera muy importante, porque en función del personal y de la jerarquía se distribuyen las funciones de cada servicio en cada área.

También esto depende mucho del tamaño del centro hospitalario y de la jerarquía existente, no siempre se pueden definir las funciones por los distintos sectores y las complicaciones que tiene que tener cada área y el tipo de usuario del que depende y también los servicios que se presten, esto también es parte fundamental de lo que va a depender el auxiliar administrativo.

6 Bibliografía

Juan García, C. (2014). Monitorización permanente de la calidad percibida en consultas por auxiliares administrativos en el área de gestión clínica del corazón del Hospital Universitario Central de Asturias.

Capítulo 450

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EXPLICA EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDD DE CIRUGÍA SIN INGRESO MEDIANTE UN CASO CLÍNICO

ANA CRISTINA RUBIO SÁNCHEZ

MARIA JESUS CUBELLS OLAYA

M^a PILAR MARTIN MERINO

JOSE VAQUERO BRAVO

GONZALO MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Cirugía Mayor menor y media sanitaria (UCSI) es un modelo de la atención en salud, se considera específico para aquellos pacientes quirúrgicos, que en las dos últimas décadas ha alcanzado un importante desarrollo importante en el mundo, en nuestro país, el porcentaje se acerca al 80% de la cirugía de elección que se realiza de esta manera. En algunas comunidades se ha producido este progreso de forma más lenta. Considerando términos generales, puede consistir en que determinados enfermos se les da de el alta el mismo día de la cirugía y porque no necesitan una cama hospitalaria para poder completar su proceso de recuperación. Los nuevos avances en la cirugía, que ahora es mínimamente invasiva

y las técnicas de anestesia, nos permiten una recuperación más rápida, y permiten que la cirugía y el alta se produzca en el día, y que esta sea considerada la alternativa para elegir en muchos tipos de los procedimientos. La unidad de cirugía sin ingreso constituye la estrategia más novedosa y también en cuestión de costes y efectividad, si se compara con la cirugía de modo tradicional, se puede resolver este procedimiento quirúrgico sin poder comprometer la calidad de una atención ni comprometer la seguridad del paciente. Para poder desarrollar con éxito este tipo de iniciativas, para esto se requiere contar con un Programa de Atención específico que requiere del control por parte del auxiliar administrativo que debe coordinar la operación entre el paciente y el personal sanitario.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar el funcionamiento de la UCSI a través de la exposición de un caso clínico

3 Caso clínico

Mercedes tiene 78 años, el miércoles por la mañana la llaman por teléfono para recordarla que al día siguiente debe de ingresar en ayunas por la puerta principal a las ocho de la mañana en la unidad de cirugía sin ingreso para realizarla una operación de cataratas procedente de la lista quirúrgica de oftalmología de la que se encontraba pendiente. Mercedes ingresa, se cambia de ropa y se sienta en un sillón donde se la coloca una vía y se administra un suero glucosado, necesita una hora de preparación antes de entrar en quirófano, donde se la administran distintas gotas con propiedades para poder dilatar la pupila y que pueda estar preparada, vienen a buscarla un celador que la acompañan a quirófano donde se la realiza la operación de catarata del ojo derecho, a la vuelta de la operación y como se la ha aplicado anestesia local, debe de cumplir el protocolo de dos horas en la que se le ofrece algo de tomar y si lo tolera bien un auxiliar le acompaña a cambiarse de ropa y a la puerta de la entrada del hospital donde un familiar debe de recogerla para acompañarla al domicilio. Al día siguiente tiene consulta con el oftalmólogo para realizar una revisión de la operación y proceder a la primera cura, cuando se la ha dado de alta se la ha proporcionado la medicación necesaria y las pautas de como y cuando debe aplicársela. Al día siguiente y al revisar que la operación está en condiciones, se pone a Mercedes en la lista de espera del otro ojo para ser operada también de cataratas, mejorando así su calidad de vida de modo sustancial para la edad que tiene.

4 Discusión-Conclusión

El servicio de cirugía sin ingreso es uno de los servicios del hospital donde el auxiliar administrativo necesita la coordinación de muchos servicios del hospital, por esta área pasan distintas especialidades con distintas operaciones y es el auxiliar de este servicio el que debe de coordinar los otros auxiliares de los distintos servicios y con los propios sanitarios la asistencia sanitaria y la comunicación con el usuario. También tramitan los permisos por familiares de primer grado por la operación realizada o al propio paciente que debe de tramitar la baja por el tiempo necesario y cita para la próxima consulta con el especialista.

5 Bibliografía

Recart, A. (2017). Cirugía menor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 682-690.

Capítulo 451

ACTUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS EN CASO DE EMERGENCIA O CATÁSTROFE

CARMEN GLORIA VALLINA GUTIÉRREZ

ABRAHAM FRANCO MARTINEZ

ANA MATA CASADO

MONTSE GARCÍA GONZÁLEZ

MARÍA ROSARIO TORAÑO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una catástrofe, desde el punto de vista de un centro sanitario, es una situación que no se puede prever, que afecta estructuralmente de un modo grave al lugar y a todos sus efectivos y que ocurre súbitamente.

Dado el carácter de impredecible de una catástrofe o estado de emergencia, resulta necesario que toda centro sanitario posea un Plan de emergencia válido, testeado y adaptado específicamente para el lugar.

Sin adoptar medidas preventivas ante catástrofes, sería imposible dar una respuesta adecuada a una emergencia y las medidas improvisadas podrían generar más daño que soluciones a la crisis.

Asimismo, el Plan de Emergencia ha de tener una respuesta para cada tipo de eventualidad y ha de ser público a fin de que los trabajadores lo conozcan y puedan aplicarlo.

Los objetivos principales del plan de emergencia serían:

- Coordinar todos los recursos del hospital de un modo eficaz ante las emergencias.
- Elaborar mecanismos destinados a alertar.
- Coordinar a todos los implicados en la emergencia : servicios sanitarios, bomberos, protección civil, policía.

Los hospitales y todo centro asistencial están obligados a disponer de un Plan de Emergencia. Los niveles de control por los que pasa este plan son exhaustivos, exigentes y tienen en cuenta las aportaciones de todos los departamentos del centro.

2 Objetivos

- Establecer cómo se aplica un plan de emergencia en un centro sanitario, analizando sus fases de elaboración, ejecución y la importancia de la publicación del mismo para su conocimiento previo por parte de los trabajadores y usuarios del centro.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica sistemática. Para la realización de este trabajo, la búsqueda de información ha sido mediante vía web a través del buscador Google, en el cual he obtenido diversos artículos, documentos, guías y planes relacionados con el tema tratado. Se usaron expresiones de búsqueda como “plan de emergencia” o “plan de catástrofes

4 Resultados

La implantación de un plan de emergencia sigue una serie de pasos inevitables si se quiere crear un protocolo efectivo:

En primer lugar, tras su investigación y redacción, se pasa a la dirección del hospital o centro para su evaluación.

Después se crearía el comité de catástrofes, para luego realizar la formación y entrenamiento exigibles a los equipos de emergencias y al personal designado.

Por último, se informará a los trabajadores del hospital.

El plan se activa cuando el hospital es designado, dentro de una crisis, para recibir a los enfermos, accidentados o, en general, afectados por una catástrofe

o situación anómala que se presenta, obligando a reorganizar la asistencia en el centro dadas las circunstancias para acoger a las víctimas.

Existen tres fases en la aplicación del plan :

- Una fase de alerta, en la que, al recibir señales de una catástrofe inminente, se activan los protocolos de escucha y el centro se prepara lo que pueda ocurrir.
- Una fase de alarma : el centro ya se ha asegurado de que existe esta eventualidad catastrófica y pone todos los protocolos de ejecución en alerta en espera de que lleguen los heridos.
- Una fase de ejecución : el centro recalcula su capacidad, pone todos los efectivos exigidos por la catástrofe a funcionar y comunica e informa a cada departamento cómo realizar su labor.

El hospital, a través de una serie de fases, determina si puede resolver por sí mismo la emergencia o ha de contar con otros hospitales o medios.

Los planes de emergencia incluyen, entre otros puntos :

La revisión y reconocimiento del centro.

El testeo y búsqueda de viabilidad e idoneidad de la respuesta ante catástrofes.

Adiestrar a todos los trabajadores y agentes implicados.

Informar de modo debido y adecuado de cualquier cambio o introducción de nuevos elementos en el plan.

Seguir de un modo riguroso las normativas de seguridad y velar por su aplicación y cumplimiento.

5 Discusión-Conclusión

Los planes de actuación ante emergencias y catástrofes en los centros sanitarios son de sumo interés para el correcto funcionamiento de estos, ya que dichos estados de emergencia son imprevisibles e inevitables. La formación de todo el personal ha de resultar obligatoria, para evitar la improvisación por parte de los trabajadores. Es realmente importante que todos sepan qué hacer y hacerlo de una manera coordinada y responsable. Se trata de un esfuerzo conjunto de la organización y de todos los trabajadores que resulta indispensable.

Según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se mantiene que toda empresa debe examinar las probables circunstancias de emergencia e instaurar las medidas adecuadas para poder solventarlas.

6 Bibliografía

1. Guía para la elaboración de planes de catástrofes en hospitales. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Secretaria General. (Madrid, 1993). Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_plan_catástrofes_hospital.pdf
2. Martín Cortés F., Martín Briz A., Noceda Bermejo J.J., Alonso Benavent M. Plan de Actuación Hospitalaria frente a Catástrofes Externas. Servicio de Urgencias-Hospital de Sagunto. 2014. Disponible en: <https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8051560/4.+Cat%C3%A1strofes.pdf>
3. Francisco Javier Zamora, Artículo técnico: “Los planes de emergencia en los centros sanitarios son imprescindibles para su correcto funcionamiento”. 25/11/2014. Disponible en: <https://www.seguridadlaboral.es>
4. Sistema español de triaje (SET). Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2016. Disponible en: https://www.semes.org/wp-content/uploads/2020/03/Recomendaciones_sobre_el_triaje.pdf

Capítulo 452

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CONSULTA TELEFÓNICA

ANA CRISTINA RUBIO SÁNCHEZ

GONZALO MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

M^a PILAR MARTIN MERINO

MARIA JESUS CUBELLS OLAYA

JOSE VAQUERO BRAVO

1 Introducción

En los últimos años, se puede decir que la accesibilidad a la asistencia sanitaria ha mejorado notablemente. Esto ha tenido que provocar un elevado ascenso de las visitas a los distintos hospitales y centros de salud. Cada vez es más numeroso el número de los pacientes que reclaman un tipo de atención de que tenga un carácter inmediato en el que se puedan aclarar dudas sobre la enfermedad que padecen, la medicación que están recibiendo o simplemente para poder averiguar si lo que les está ocurriendo entra dentro de la normalidad.

Estas visitas de forma general tienen características banales. La llamada telefónica supone para el paciente y para el servicio sanitario un medio inmediato, de fácil acceso, que en la mayoría de las ocasiones puede evitar visitas al centro de salud o al hospital. Por lo que se considera a este tipo de consulta de gran calado y está cobrando mayor importancia en los últimos años, sobre todo después del covid. Tiene como función en primer lugar valorar el grado de urgencia que

tiene la atención sanitaria que precisa y dar las primeras instrucciones de manejo a los consultores, contando con la precaución en los consejos que se da , ya que puede ponerse en peligro la salud de los usuarios del sistema.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es determinar si la llamada soluciona el problema y evita acudir a consulta presencial, así como la valoración por parte del paciente de la atención recibida.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación en el buscador de Google académico, seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pudmed para quedarnos finalmente con una recopilación de casos clínicos que han sido de nuestro interés para hacer esta comunicación.

4 Resultados

Se ha cogido como referencia un centro de salud de la provincia de Toledo que atiende a una cifra de 2200 niños entre los 0 a 14 años que pasan ya al médico de familia. El presente trabajo se descubre como un estudio descriptivo ambispectivo, que tiene una fase prospectiva de recogida de datos y un análisis de carácter retrospectivo de la información que se ha generado. Se analizan todas las llamadas que se han realizado al servicio de pediatría exclusivamente, este está compuesto por dos pediatras, una enfermera y un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, durante los meses de abril y noviembre del año 2022, en el horario de 08:00 a 15:00 horas. En cada llamada realizada se han registrado distintas variables como el nombre, fecha, hora, motivo, duración, si se soluciona el problema, si se evita o no acudir al centro, como estaba la agenda del profesional en ese momento...

De forma posterior, un auxiliar administrativo que es externo al Servicio de Pediatría de este centro de salud realiza una llamada al domicilio del paciente en el que se pide que valore del 1 al 10 la atención recibida en la consulta telefónica realizada los días previos obteniendo en la mayoría de los casos una valoración positiva resolviendo casi el 100% de los procesos bien asistenciales, derivando en

cita urgente, en cita hospitalaria o en la mayoría de los casos resolviendo consultas sobre la toma de medicación o la evolución del proceso. Muchas de las consultas son por problemas de comunicación que no especifica por escrito en el informe, de cuando tiene que volver, en cuántos días tiene que pedir cita, puede el niño ir al colegio, cuanta cantidad, durante cuanto tiempo, etc.

5 Discusión-Conclusión

Las consultas por teléfono en nuestro país se iniciaron antes de la pandemia, pero han sido durante la pandemia y sobre todo después de esta, cuando se han generalizado y se han implantado en los centros de salud de nuestro país con bastante éxito. Estas llamadas son muy bien recibidas por los usuarios en la mayoría de las ocasiones, en las que no es necesario acudir a las consultas de forma presencial, de esta forma el usuario no se desplaza, el médico puede utilizar el tiempo en otra persona y se pueden ahorrar costes para ambas partes siendo más eficaz el servicio.

6 Bibliografía

Monsalve Saiz, M., Peñalba Citores, A. C., & Lastra Gutiérrez, S. (2022). La consulta telefónica en Atención Primaria: ¿está justificada?. *Pediatría Atención Primaria*, 15(60), 329-331.

Capítulo 453

EL PINCHE Y LA LIMPIEZA DEL MATERIAL DE COCINA

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

FRANCISCO LARIÑO CAMACHO

ROCIO CALA REAL

LUNA CAJA REAL

TERESA DE JESÚS MENA RUIZ

1 Introducción

En este apartado de introducción vamos a mencionar la relevancia de las distintas funciones que realiza la categoría profesional de pinche en el sistema sanitario público. Dicha importancia viene marcada especialmente porque el pinche desempeña en el área hospitalaria de destino en la cocina, tareas de apoyo al personal de cocina y este personal de cocina es a su vez es el responsable de suministrar los alimentos a las camas de los distintos espacios hospitalarios y, por tanto, de alimentar a los pacientes. Estas tareas de apoyo están relacionadas con varias vertientes de trabajo, desde encargarse de preparar determinados alimentos básicos, cómo de cortar o trocear los alimentos e incluso lavarlos. Otra vertiente de tareas es a la que se refiere este trabajo de investigación y que está relacionada con limpiar el material de cocina cuando el mismo haya sido usado. Es igualmente una función importante en la que el pinche va a ser el responsable de que en el siguiente momento que sea necesario usar los utensilios de cocina

para completar la tarea de hacer llegar al alimento a los pacientes, dichos utensilios deben de estar perfectamente limpios, secos y colocados en su espacio de origen para poder ser usados cuando se necesiten.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo van relacionados con dos vertientes concretas de trabajo:

Analizar de manera general importancia de la limpieza en la cocina del hospital.
Relacionar las tareas de limpieza en la cocina del hospital con la categoría profesional del pinche.

3 Metodología

Hemos usado una serie de bases de datos para este trabajo que han sido muy variadas, de entre ellas: Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de muchos de los documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades. Las bases de datos usadas han sido fundamentales en nuestro trabajo de investigación, ya que las mismas nos dan la información necesaria para estructurar dicho trabajo.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a mostrar el análisis y la exposición de lo que hemos valorado en los objetivos y que a su vez nos hemos marcado en este trabajo de investigación. La importancia de la limpieza en la cocina del hospital es fundamental, ya que de la misma depende que el paciente coma con las medidas de seguridad necesarias para cuidar su salud. Para ello se deberá de tener en cuenta una buena organización y distribución de las tareas acorde con las funciones de cada categoría o especialidad que se encuentren trabajando en el área de la cocina. Es importante igualmente determinar qué jerarquías de trabajo están trabajando en la cocina y asimismo respetar dichas jerarquías. Esto es importante porque categorías como por ejemplo el pinche dependen de otras categorías profesionales que le darán instrucciones concretas de lo que han de hacer. En la cocina del hospital es fundamental no solamente que haya una buena limpieza e higiene del material con el que se cocina, sino que el mismo debe de estar perfectamente organizado y colocado en su lugar de origen para así realizar

un servicio rápido y efectivo. Las tareas de limpieza que realiza el pinche en la cocina son fundamentales por las características que acabamos de mencionar. En este caso, el pinche debe estar suficientemente bien formado en dichas tareas de limpieza como para una vez que se le hayan indicado las soluciones de lo que ha de hacer, el mismo puede desarrollar sus tareas sin ningún tipo de problemática. Siendo así esta categoría no sanitaria un apoyo muy importante en las labores de la alimentación de los pacientes que se encuentran en las áreas hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

La primera conclusión que vamos a terminar es una vez analizada manera general qué importancia tiene la limpieza en la cocina del hospital, determinamos que es fundamental que la misma se lleve a cabo de manera correcta, realizando a través de una buena organización y utilizando la jerarquía a la hora de asignar funciones al personal que lo precise. Por otro lado, concluimos que las tareas de limpieza en la cocina las realiza la categoría profesional de pinche, siendo esta función tan específica importante a la hora de cumplir el objetivo de suministrar los alimentos cuatro veces al día a los pacientes que se encuentran hospitalizados.

6 Bibliografía

Equipo Vértice. (2008). Dietética y manipulación de alimentos. Publicaciones Vértice S.L.

Capítulo 454

EL PINCHE Y LAS PRÁCTICAS PELIGROSAS EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

TERESA DE JESÚS MENA RUIZ

FRANCISCO LARIÑO CAMACHO

LUNA CAJA REAL

ROCIO CALA REAL

1 Introducción

Este apartado de introducción viene a dejar patente que el profesional que trabaja en la cocina de un centro hospitalario, cumple unas funciones determinadas, las cuales son importantes no solamente porque los mismos son los encargados de suministrar a los pacientes el alimento, sino, qué además de ellos depende la salud de los pacientes en cuanto a la manipulación de los alimentos. Es por ello que en la cocina de un hospital es fundamental que la manipulación de los alimentos se haga de manera correcta. Esta situación se da especialmente para no agravar el estado de salud del paciente en un momento determinado por una mala praxis en la actuación con los alimentos que se manipulan en la cocina. Existen una serie de prácticas que se consideran peligrosas a la hora de manipular los distintos alimentos que tenemos en la cocina. Es por esto que nos ha parecido fundamental

elaborar un trabajo de investigación en el que nos ponga de manifiesto qué tipo de prácticas son peligrosas en cuanto a la manipulación de los alimentos, ya que ellas nos van a marcar una línea de trabajo en la que se debe de respetar y aplicar en la cocina de un hospital.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo van relacionados con dos vertientes concretas de trabajo:

Analizar de manera general la importancia de conocer distintas prácticas que se consideran peligrosas en la manipulación de alimentos.

Relacionar la importancia de las prácticas peligrosas en la manipulación de alimentos con la categoría profesional del pinche.

3 Metodología

Hemos usado una serie de bases de datos para este trabajo que han sido muy variadas, de entre ellas: Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de muchos de los documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades. Las bases de datos usadas han sido fundamentales en nuestro trabajo de investigación, ya que las mismas nos dan la información necesaria para estructurar dicho trabajo.

4 Resultados

Este apartado de resultados nos va a servir para exponer cómo de manera general existen distintas prácticas que se consideran peligrosas en la manipulación de alimentos y las distintas categorías profesionales que trabajan en la cocina deben de conocerlas. Exponemos a continuación en este trabajo de investigación varias cuestiones que vamos a relacionar con dichas prácticas peligrosas de la manipulación de alimentos y a su vez con la categoría profesional de pinche. Mencionar igualmente que hay una serie de prácticas que se pueden realizar en una cocina y que son perjudiciales para la salud del paciente, como pueden ser él, comer, fumar e incluso toser o estornudar en los sitios donde se está manipulando los distintos alimentos. Debemos de ser conscientes de este tipo de prácticas, ya que es algo que hacemos de manera cotidiana, pero que es perjudicial y concretamente en la cocina puede resultar peligroso por la cantidad los agentes patógenos que

pueden transmitir al paciente y su entorno. Otra práctica peligrosa y que debe de conocer el pinche, ya que él es el encargado de esta función, es tener en cuenta que cuando se tienen que preparar alimentos, no pueden prepararse con mucha antelación para ser consumidos. Tener como referencia que tampoco puedes presentar dichos alimentos de manera que el consumidor pueda tocar directamente los mismos con las manos, así que para ello el alimento debe estar perfectamente tapado hasta llegar al paciente de destino. Otra práctica que no se debe hacer y que el pinche debe de conocer es descongelar los alimentos que se vayan a tomar a temperatura ambiente porque en este caso desarrolla los microorganismos que son perjudiciales para la salud. El pinche debe de tener en cuenta que la descongelación se debe de hacer en espacios fríos y no a temperatura ambiente.

5 Discusión-Conclusión

La primera conclusión que vamos a tratar en este trabajo de investigación es que, una vez que hemos analizado de manera general aquellas prácticas que son peligrosas en la manipulación de alimentos, que el personal que trabaja en la cocina debe de conocerlas porque de ello va a depender la salud del paciente. La segunda conclusión que extraemos es que relacionando la importancia de dichas prácticas peligrosas con la manipulación de alimentos, determinamos que el pinche es una parte fundamental en esta manipulación, ya que el mismo se va a encargar de gran parte del trabajo que se realiza con el alimento en la cocina. Siendo, por tanto, un personal que debe de estar bien formado en la manipulación de alimentos.

6 Bibliografía

Equipo Vértice. (2008). Dietética y manipulación de alimentos. Publicaciones Vértice S.L.

Capítulo 455

PINCHE: GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

LUNA CAJA REAL

ROCIO CALA REAL

FRANCISCO LARIÑO CAMACHO

TERESA DE JESÚS MENA RUIZ

1 Introducción

Normalmente, no se tiene buen concepto de la comida hospitalaria, ya que durante mucho tiempo se ha creído que es una comida insípida y solamente basada en que los pacientes se encuentren bien alimentados, nutricionalmente hablando. Desde hace un tiempo hay una conciencia de la importancia que existe sobre cuidar a los pacientes que se encuentran hospitalizados y, por tanto, su alimentación. No solamente para este factor de que estén bien alimentados, sino que la comida sea igualmente apetecible. Es por esto que la comida que se ofrece en el hospital a través de menú, debe de pasar un riguroso control de calidad, una planificación correcta que garantice que los pacientes reciban la alimentación correcta en función de la patología que tengan y también añadido a esto disfrutar en la medida de lo posible de unos alimentos apetecibles para el enfermo hospitalizado. Dicho esto, es fundamental que la gestión de la calidad en el sistema sanitario público sea una cuestión de primer orden hablando de alimentación.

Todo esto que hemos mencionado con anterioridad debe de ir precedido de proporcionar una calidad y seguridad alimentaria correcta, ello ofrece al paciente el mejor servicio respecto a la distribución del alimento en los hospitales.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo van relacionados con dos vertientes concretas de trabajo:

Analizar de manera general la importancia de la gestión de la calidad en el hospital y su relación con los alimentos que se ofrecen al paciente en el hospital.

Valorar la importancia de dicha gestión de la calidad con la categoría profesional del pinche.

3 Metodología

Hemos usado una serie de bases de datos para este trabajo que han sido muy variadas, de entre ellas: Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de muchos de los documentos clasificados y ordenados por distintas especialidades. Las bases de datos usadas han sido fundamentales en nuestro trabajo de investigación, ya que las mismas nos dan la información necesaria para estructurar dicho trabajo.

4 Resultados

Como marcábamos en el apartado de introducción, normalmente la comida del hospital no ha tenido buena acogida. No obstante, hace unos años empezó a haber cierta conciencia de la importancia de que dicha comida, además de alimentar nutricionalmente, fuese apetecible para sus pacientes. Esta cuestión es especialmente relevante, ya que estamos tratando con pacientes con enfermedades en los que muchas veces se encuentran en estado inapetente y un menú más agradable de sabor puede ayudar a que el mismo se alimente mejor. La comida hospitalaria tiene una gran importancia por las cuestiones que acabamos de mencionar, así es importante valorar la calidad y la seguridad alimentaria. Son muchas variables las que hay que tener en cuenta en la cocina y en la preparación de los menús de los enfermos, es por esto por lo que el personal de cocina debe de estar suficientemente bien informado y tener una buena formación de sus tareas. Igualmente, el pinche debe de conocer la gestión de la calidad que se produce en un hospital,

ya que él mismo está en contacto con la finalidad de garantizar el nivel de protección a los usuarios a través de un sistema de control que el personal de cocina debe de conocer en parte. Si concretamos esta cuestión en la figura del personal de cocina y concretamente la que estamos trabajando de la categoría profesional de pinche, debe de conocer que hay un protocolo para unas prácticas correctas de higiene a la hora de trabajar con los distintos alimentos. En dichas prácticas de higiene, se debe de contemplar que van en función del tipo de alimento que se está trabajando. Relacionado con la gestión de la calidad, hay también un plan de formación del personal que debe de conocer el pinche para acceder a ellos si se ajusta a sus necesidades en torno a las funciones que tienen asignadas. Otro de los planes que queremos mencionar y que debe de saber este tipo de personal es el plan de trazabilidad alimentaria que se utiliza como herramienta para saber qué ruta han seguido los distintos alimentos que vamos a servir. Esta trazabilidad debe de seguir una cadena desde que se reciben las materias primas hasta que se entrega el producto, Es por ello que el pinche está en parte de estos momentos y debe de conocerlo.

5 Discusión-Conclusión

De las conclusiones que hemos extraído del texto, por un lado, después de analizar de forma general la importancia que tiene la gestión de la calidad en el hospital, hemos considerado que dicha calidad es fundamental que se lleve a cabo de manera correcta. Es fundamental porque se basa en la atención a los pacientes en cuestiones alimenticias, siendo necesario que el paciente esté bien alimentado nutricionalmente. Por otro lado, y después de valorar la importancia de dicha gestión de la calidad, vemos que se relaciona dicha calidad con la categoría de pinche porque el mismo se encuentra trabajando dentro de las tareas que están relacionadas con la cadena alimenticia. Siendo, por tanto, fundamental que el pinche conozca los sistemas de gestión de calidad y esté suficientemente formado en ello.

6 Bibliografía

Equipo Vértice. (2008). Dietética y manipulación de alimentos. Publicaciones Vértice S.L.

Capítulo 456

INTERVENCIÓN EN QUEMADOS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

MARIA JOSE ORTIZ GARCÍA

SILVIA CUPIDO ESCALONILLA

MIRIAM GALLEGO MARTÍNEZ

1 Introducción

Debido a que las quemaduras pueden producirse de muchas maneras, todos los grupos de edad y grupos sociales están en riesgo. Los accidentes que dan lugar a las quemaduras ocurren en casa como en el lugar de trabajo, en las actividades de ocio y en los viajes. Las consecuencias que tienen sobre el paciente son tan variadas como las causas. A veces estas consecuencias sobre la persona afectada y su familia son devastadoras, por lo que el terapeuta ocupacional y el equipo de atención a quemados tienen que resolver problemas difíciles si quieren culminar con éxito el tratamiento de estos pacientes.

Si bien las quemaduras, que son de naturaleza aguda e imprevisible, pueden afectar a cualquiera, se pueden observar ciertos patrones relacionados con la edad y el sexo.

La naturaleza de la quemadura en la parte del cuerpo afectada son dos datos importantes para el terapeuta ocupacional, no solo porque proporciona información general sobre el paciente y su historia clínica, sino también porque pueden influir en la naturaleza y programación de la intervención que se va a realizar durante la rehabilitación.

Los efectos traumáticos para la persona quemada pueden ser físicos, psicológicos y sociales. Estos efectos negativos pueden persistir muchos meses o años. Noyes y cols. (1971) afirma que el sufrir quemaduras graves es una experiencia devastadora, tanto física como emocionalmente, y que el individuo puede tener reacciones psicológicas imprevisibles que afectarán negativamente su recuperación.

2 Objetivos

- Aumentar al máximo la función y disminuir la discapacidad.
- Acelerar la vuelta al trabajo y a la vida social.
- Mejorar el aspecto estético del paciente.
- Disminuir al máximo las disfunciones psicológicas.
- Educar e informar.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Tipos de quemaduras según la profundidad:

- Quemaduras de primer grado o eritemas: afecta solo a la epidermis. Sería por ejemplo una quemadura solar y es capaz de regeneración.
- Quemaduras de segundo grado o de espesor parcial: aparece en ampollas y enrojecimiento. Afectan a la epidermis y parte de la dermis.
- Quemaduras de tercer grado, dérmica profunda o de espesor total: la cicatrización es lenta, ya que la capacidad de regeneración espontánea se ha perdido. Aparece una cicatriz gruesa y dura (hipertrófica), además de verse afectadas las terminaciones nerviosas sensitivas. En este caso, a diferencia de las anteriores, que son lesiones dolorosas, se produce anestesia, debido a esta última puntualización.
- Quemaduras de cuarto grado o eléctricas.

Tanto en las quemaduras de tercer y cuarto grado se recurre a la desbridación y el injerto quirúrgico, si fuese necesario.

Tipos de quemadura según su extensión:

Existen diferentes métodos para determinar la extensión de una quemadura. Entre ellos destaca la llamada regla del 9, que se aplica en quemaduras de segundo y tercer grado.

Dividimos la extensión de la piel en porcentajes de nueve o múltiplos de nueve:

- La cabeza (7%) y el cuello (2%) suponen un 9% de la superficie total.
- Cada brazo supone un 9%.
- Cada pierna representa un 18%.
- El tronco anterior es un 18%, al igual que el posterior, con lo que en total supone un 36%.
- 1% los genitales.

Se considera una quemadura mayor a la que implicaba del 25 al 30% de la superficie corporal. Esta regla también es bastante imprecisa.

Otro de los sistemas empleados es el esquema de evaluación de Lund y Browder (1944), que asigna un porcentaje teniendo en cuenta la superficie corporal dañada, aunque dividiendo esta superficie en segmentos corporales más específicos.

En 1997 la American Burn Association (ABA) definió en tres fases en el proceso de recuperación:

- Fase aguda o de shock. Hasta las primeras 72 horas. El paciente permanece aislado en el caso de quemaduras severas, ante el riesgo de infecciones, además de estabilizar sus constantes vitales. La labor aquí corresponde al equipo médico y de enfermería. En ocasiones, la intervención del terapeuta puede producirse en este primer momento, en la confección de dispositivos que sirvan para minimizar el edema, inmovilizar y facilitar las posturas antiálgicas. En el caso específico de quemaduras en la cara dorsal de la mano, el período recomendable de confección de férulas es a partir de las primeras 48-72 horas.
- Fase subaguda o de cirugía de las heridas y postoperatorio. El terapeuta inicia aquí su intervención, a menudo en la unidad de quemados del complejo hospitalario. Las alteraciones que pueden producirse son:
 - Cutáneas: retracciones, hipertrofia, bridas, queloides, retracciones.
 - Osteoarticular: calcificaciones, anquilosis.
 - Musculares.

Durante esta fase, al igual que en la tercera fase, pueden tener lugar intervenciones quirúrgicas correctoras. La inmovilización es imperativa cuando se han producido injertos cutáneos, y suelen durar entre 3 y 10 días. Se inmovilizan una articulación proximal y la distal a la zona en que se ha producido el injerto.

Además de iniciar/continuar la Ferulización, también se contemplan en esta fase las medidas de preso terapia (a las dos/tres semanas), y se implementará la intervención en las AVD tan pronto como sea posible, a menudo mediante el diseño de dispositivos que faciliten la ejecución gestual y funcional. La percepción del paciente de su capacidad y potencialidades, así como el logro paulatino de mayor independencia en las actividades más íntimas y cotidianas, son factores muy importantes.

- Fase de secuelas o de rehabilitación. Se inicia con el cierre de las heridas y continúa hasta su curación. El paciente comienza acudir a TO y fisioterapia.

Hay que mencionar uno de los factores más importantes en la intervención con el paciente quemado como es el dolor. Las técnicas de relajación, el mantenimiento de posturas antiálgicas y rigurosidad en el cuidado de la piel, la toma de medicación analgésica y otros medicamentos son sensaciones que pueden mermar de forma significativa la eficacia y capacidad del individuo. Ocuparse de la toma de medicación y la observación y cuidado de las heridas y/o posibles signos de alarma que alerten de algún trastorno trófico o cutáneo, deben ser premisas que debemos tener presentes todos los miembros del equipo, cualquiera que sea la fase en que nos encontremos.

Bases teóricas de la intervención:

El enfoque que el terapeuta ocupacional da a la intervención es fundamentalmente humanista y centrado la persona. La intervención debe desarrollarse en estrecha colaboración con el paciente y con la familia. En las primeras fases del tratamiento, lo normal es que esté indicado el método compensatorio, con el uso de ayudas técnicas para fomentar la independencia del paciente. Este método debe utilizarse a largo plazo en los casos en los que ha quedado un déficit residual importante o se ha prescrito disimulación de las desfiguraciones por motivos estéticos. El uso de estrategias graduales para aumentar la fuerza y la tolerancia al ejercicio, las técnicas de tratamiento de las cicatrices y la fabricación de aparatos ortopédicos se basan en principios biomecánicos. Si se trata de un niño, el terapeuta deberá conocer las fases de desarrollo infantil para ayudar al paciente a recuperar la fase normal del desarrollo, una vez que el paciente se ha recuperado de las lesiones. Este conocimiento es importante para que el terapeuta pueda recomendar actividades que sean apropiadas a la edad del niño. Por tanto, en pacientes pediátricos es importante utilizar un enfoque evolutivo. Por último, el enfoque cognitivo/conductual está indicado en casos en los que es importante tener en cuenta el conocimiento y la actitud que el sujeto tiene hacia las lesiones para ayudarle a desarrollar habilidades de afrontamiento y estrategias de resolución de problemas. En estos casos, el objetivo puede ser ayudar al paciente para

que desarrolle un comportamiento asertivo en el marco de objetivos concretos preestablecidos.

El problema fundamental al que tiene que hacer frente el paciente y el terapeuta ocupacional puede ser de naturaleza física, psicológica o social, a una mezcla de los tres. Todos estos factores obligan al terapeuta a utilizar diferentes marcos teóricos de referencia y enfoques durante tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Después de examinar toda la información recopilada se llega a la conclusión que el principal problema al que tiene que hacer frente el Terapeuta Ocupacional y el paciente será de naturaleza social, psicológica o física, o también puede ser una mezcla de los tres anteriores.

Como se menciona anteriormente, uno de los factores más importantes en la intervención en pacientes quemados es tratamiento del dolor, ya que el dolor es un factor muy incapacitante.

La intervención debe desarrollarse en estrecha colaboración con el paciente y con la familia.

El terapeuta debe recomendar actividades que sean apropiadas a la edad del paciente a tratar.

6 Bibliografía

- 1.Trombly CA. Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. México: la prensa médica mexicana 1990.
- 2.Polonio B. Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: editorial médica panamericana 2004
- 3.Krueger, DW. Psicología de la rehabilitación. Barcelona: Herder 1988
4. Crepeau E, Chon ES, Schell BA. Willard y Spackman: terapia ocupacional. Decimal edición. Buenos Aires: editorial médica panamericana 2005.
- 5.Kielhofner G. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. Tercera edición. Buenos aires: Médica panamericana.
- 6.Leman C.J. Rehabilitación del quemado. En: Hopkins HL, Smith HD. Terapia ocupacional. Octava edición. Madrid: médica panamericana, 1998.
- 7.Gollop R. Quemaduras. En: Turner A, Foster M, Johnson S. Terapia ocupacional y disfunción física. Madrid: editorial Elsevier Churchill Livingston, 2003.

Capítulo 457

EL PINCHE Y LA ELABORACIÓN DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS

JAVIER MARIN GÓMEZ

GLORIA FERNÁNDEZ CRUZ

HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO

1 Introducción

La elaboración de dietas dentro de un hospital consiste en la preparación de los diferentes tipos de menús que van a recibir los pacientes ingresados en las diferentes áreas de hospitalización que hay dentro de un hospital. Las dietas las establece el facultativo responsable de cada paciente, siendo estas modificables conforme vallas mejorando el estado de salud del paciente. Para la preparación de las diferentes dietas el personal que se encarga de ello es la dietista, el cocinero y el pinche. Este último se encarga de emplatar y de llevar a su destino los carros de la comida para llegar a cada paciente de las diferentes áreas de hospitalización. Habitualmente para la petición de las dietas se hace a través de un aplicativo informático de gestión de dietas, en algunos centros de hospitalización puede existir la opción de elegir los diferentes platos dentro del menú que se va a elaborar esto se conoce como “menú con mini carta o menú opcional”.

Hay una serie de dietas que el pinche debe de conocer ya que es el encargado del emplatado de los diferentes menús, este lo hace con ayuda del código de dietas, en este se refleja los alimentos que lleva la dieta y para el paciente que es, antes de subir a la planta de hospitalización es revisado por el personal de dietética. Vamos a nombrar las diferentes dietas que tiene un hospital:

- Astringente.
- Fácil masticación.
- Basal y basal sin sal.
- 1500 Kcal.
- Líquida.
- Pediátrica.
- Pobre en residuos.
- Túrmix.
- Baja en grasas.
- Vegetariana.

2 Objetivos

Se va a desarrollar de manera detalla cuales son los requisitos básicos que deben de reunir las dietas de un hospital en sus distintas fases de desarrollo y como se debe de planificar el menú diario, dependiendo de cuál sea la comida del día.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos de carácter sanitario, siguiendo una serie de pasos consistentes para la búsqueda de información tanto de libros como en artículos de publicaciones revisadas anteriormente.

4 Resultados

Para la elaboración de las dietas debe de cumplir una serie de requisitos para que haya un equilibrio alimenticio que son los siguientes requisitos:

- Cantidad suficiente: debe haber cantidad de alimentos que aporten la energía y los nutrientes necesarios para el organismo. La alimentación se debe de adaptar a la edad de cada persona, la actividad física y situación fisiológica (embarazo, lactancia, etc).
- Variedad en los diferentes grupos de alimentos estos deben de asegurar el aporte adecuado de vitami8nas, minerales, fibras que necesita el cuerpo del paciente.
- Equilibrio en los diferentes grupos de alimentos, teniendo presente las recomendaciones de los profesionales, que son los siguientes: 50/60% glúcidos, 30-35% grasas y 10-15% proteínas.

-Adaptación de la dieta dependiendo de los factores culturales, religiosos, geográficos e individuales.

Para la elaboración de una dieta sana, equilibrada y variada hay que seguir los siguientes pasos:

- Establecer el valor diario de energía según la edad de cada persona, sexo, etc.
- Proporcionar un aporte proteico adecuando, siendo recomendable que la mitad proceda de alimentos de origen vegetal y la otra mitad que se de origen animal.
- Asegurar un aporte adecuado de minerales, agua, vitaminas y antioxidantes.
- Aportar una cantidad suficiente de fibra dietética. El 75% debe ser de tipo insoluble y el resto de tipo soluble.

Es aconsejable fraccionar la ingesta diaria en 4 o 5 comidas con el objetivo de poder cubrir todas las raciones necesarias de los diferentes grupos de alimentos en las siguientes comidas:

- Desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena.

Entre el desayuno y la media mañana debe de aportar entre un 25 y un 30% del aporte calórico de la alimentación diaria, el almuerzo debe de contener entre un 30-35%, la merienda entre un 10-15% y la cena debe de contener un 25-30%.

El evitar comer entre horas ayuda a mantener unos mejores controles de glucemia en sangre.

5 Discusión-Conclusión

El poder contar con profesionales para la elaboración de las diferentes dietas, esto hace que el paciente cuando su estado de salud mejore pueda cambiar su dieta, ayudando a que este se recupere y pueda ser dado de alta de manera más rápida. El buen conocimiento del pinche ayuda a sentirse cómodo y con satisfacción en el trabajo que realiza. Esto le ayuda a crecer tanto de manera profesional como de manera personal. Esto le genera al paciente y a sus familiares un estado de seguridad ya que la alimentación que está ingiriendo se adapta a su estado de salud y a su condición física.

6 Bibliografía

https://dioposiciones.com/wp-content/uploads/2018/07/EXPLICACION-tema-1.2.-LA-ALIMENTACI%C3%93N-DE-LOS-PACIENTES.-Temario-espec%C3%ADfico-PINC-HE_.pdf

<https://mastershosteleria.com/dietas-hospitalarias-principales-tipos/>

Capítulo 458

ACTUACION DE PRIMEROS AUXILIOS ANTE UNA QUEMADURA EN EL SERVICIO DE COCINA POR EL PINCHE.

GLORIA FERNÁNDEZ CRUZ

JAVIER MARIN GÓMEZ

HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO

1 Introducción

Podemos definir que una quemadura es el resultado del contacto de los tejidos del organismo con el calor. Normalmente cuando una persona se hace una quemadura en el ámbito de la cocina, suele ser de origen accidental.

Revisando diferentes estadísticas y artículos publicados, hemos visto que, en el ámbito de la cocina dentro del servicio hospitalario, la mayoría de las quemaduras se producen por líquidos hirviendo. También es muy habitual que se produzcan por el fuego y por sólidos incandescentes.

El cuerpo humano puede soportar temperaturas de hasta unos 40°C; por encima de este valor, cuando nuestros tejidos o nuestra piel entran en contacto con una fuente de riesgos de quemadura, se produce un proceso metabólico por el cual se ve alterada la capacidad de reparación celular. En este caso la piel es lesionada por la acción directa del agente causal y por otro lado porque se produce una isquemia cutánea secundaria.

El tener la capacidad y el conocimiento necesario de cómo actuar ante un accidente de este tipo, y hacerlo de una manera rápida y acertada, puede disminuir el tiempo de curación, así como la magnitud de la lesión.

De este modo también podremos prevenir las posteriores complicaciones o secuelas que se puedan derivar.

Por eso es muy importante que el pinche como el resto de los trabajadores que forman el equipo de cocina, tengan ciertas nociones de actuación de primeros auxilios ante accidentes de este tipo.

2 Objetivos

Mediante el presente trabajo se pretende dar a conocer las nociones básicas de actuación ante una quemadura en el servicio de cocina. Pero son cuidados aplicables a quemaduras producidas en cualquier ámbito.

Intentamos hacer entender que una actuación rápida ante este tipo de accidentes previene de secuela o complicaciones mayores como puede ser una infección.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica de diferentes estudios y revistas, así como artículo de carácter sanitario relacionados con el tema a tratar.

Además, se han consultado diferentes buscadores como Scielo o Google Scholar, empleando términos como: quemaduras, primeros auxilios.

De todos los artículo y revistas revisadas hemos seleccionado solo aquellas que tienen que ver con el ámbito de la cocina en el servicio hospitalario.

4 Resultados

Las quemaduras cutáneas, que suelen ser las que más se producen en la cocinas de los centros hospitalarios, se pueden clasificar según su profundidad y extensión de las mismas:

- 1er grado: son de grosor parcial. Se produce destrucción de la capa superficial de la piel, sin que haya mayor afectación de los tejidos. Aparece una lesión de enrojecimiento de la piel, llamado ERITEMA.
- 2º grado: al igual que las de primer grado son de grosor parcial. Aparte de afectar la primera capa de la piel, se produce una inflamación del tejido dando lugar a la

aparición de ampollas. La lesión que se produce es dolorosa.

- 3er grado: es una quemadura de grosor total. Afecta a todas las capas de la piel, incluso la más profunda. El aspecto de este tipo de lesiones es mucho más desagradable, presentando un color blanquecino o negro. No presenta dolor, puesto que la lesión acaba afectando o destruyendo las diferentes terminaciones nerviosas, formando así lo que se conoce como una ESCARA.

Según la extensión de las quemaduras se tiene en cuenta la superficie corporal del afectado. Normalmente en el ámbito de la cocina del centro hospitalario, no se suelen producir accidentes que dejen grandes quemados.

Suelen ser quemaduras que no superan el 1% de la extensión ya que no suelen ser lesiones que abarquen mayor superficie que la palma de la mano.

El pinche de cocina, junto con el resto de trabajadores que forman el equipo de trabajo deben tener como normal general ciertas nociones de que cuidados se deben tener como primeros auxilios ante una quemadura sufrida en la cocina.

La asistencia inmediata de la quemadura es muy importante para reducir el daño. Como primero medida lo esencial es eliminar la causa que lo afecta.

1. Retirar el foco térmico de la zona que se ha lesionado, como apagar las llamas para disminuir la agresión térmica.
2. Realizar una valoración inicial de la quemadura para poder de forma inmediata realizar las acciones pertinentes.
3. Si por lo que sea se produjesen varias lesiones, se tratara primero la de mayor gravedad.
4. Refrescar la zona quemada, aplicando agua en abundancia durante unos veinte minutos.
5. Retirar ropas, joyas y cualquier objeto que mantenga el calor.
6. Envolver la lesión con gasas o paños limpios y humedecidos con agua, pero teniendo en cuenta que el vendaje no tiene que estar apretado.
7. Vigilar que el afectado por la quemadura no se maree o presente algún otro síntoma que hubiese que prestar especial atención.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que todo el personal que trabaja en el ámbito hospitalario, sea cual sea el servicio, contase con unas nociones básicas de cómo actuar ante según qué tipo de accidentes.

Revisando diferentes artículo y estadísticas, hemos observado que, en el ámbito dentro del hospital, concretamente en el servicio de cocina, el accidente más

común es la quemadura.

Hay que estar preparados y saber qué hacer ante esta situación, pero tan importantes o incluso más, es saber que NO se debe hacer.

Nunca debemos aplicar cremas ni pomadas ni pasta de dientes sobre la lesión que se produce al quemarse, solamente agua, como hemos indicado anteriormente.

Tampoco se deben pinchar ni reventar las ampollas, puesto que son un mecanismo de protección ante posibles infecciones.

Por ultimo y lo más importante es actuar con decisión y rapidez para intentar minimizar el daño.

6 Bibliografía

- https://www.insst.es/documents/94886/327064/ntp_524.pdf/c50bdaef-6114-4d31-a5c0-9734a8cce551
- <https://medlineplus.gov/spanish/burns.html>

Capítulo 459

EL PINCHE Y LAS PRINCIPALES TOXINFECCIONES ALIMENTARIAS

HORTENSIA BALLESTEROS ESCRIBANO

GLORIA FERNÁNDEZ CRUZ

JAVIER MARIN GÓMEZ

1 Introducción

El pinche de cocina es la persona que se encarga en la cocina de la preparación, manipulación y en el emplatado de la comida, que va a ser consumida en cada área de hospitalización de un centro hospitalario. El pinche debe de conocer cuáles son las principales tox infecciones alimentarias, que pueden suceder en una cocina de un hospital o en cualquier sitio en el que haya alimentos.

Cuando hablamos de tox infecciones alimentarias no referimos a enfermedades causadas por la ingesta de alimentos que tienen presencia de gérmenes o sus toxinas.

En verano es la época especialmente crítica, ya que las temperaturas

Vamos a explicar cómo debemos de evitar la ingesta de dichos gérmenes o sus toxinas:

- Máxima higiene en la manipulación de alimentos, para que estos no sean contaminados por bacterias, virus, etc.
- Cocinar los alimentos completamente, hasta que estos alcancen una temperatura mínima en el interior del producto debe de tener una temperatura de 70°.
- Evitar que los alimentos permanezcan fuera del frigorífico.

- Una limpieza adecuada de los utensilios de cocina, para evitar las contaminaciones cruzadas.
- Evitar el consumo de huevos crudos o preparaciones que lo contengan, como es el caso mayonesas caseras.
- Refrigeración de los alimentos que vayan a ser consumidos de manera inmediatamente.

2 Objetivos

Vamos a explicar cuáles son las toxiinfecciones alimentarias que se pueden desarrollar en los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias, muchas de ellas pueden provocar enfermedades graves e incluso llegando al ingreso de los pacientes, por no manipular de manera adecuada los alimentos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos de carácter sanitario, siguiendo una serie de pasos consistentes para la búsqueda de información tanto en libros como en artículos de publicaciones revisadas anteriormente.

4 Resultados

Vamos a desarrollar cuales son las principales tox infecciones alimentarias, por un mal acondicionamiento de la materia prima:

Salmonelosis:

Es producida por una bacteria Salmonella, esta se encuentra en el intestino del hombre y de muchos animales. Esta bacteria es desarrollada a gran velocidad a temperatura ambiente. Este tipo de bacterias se encuentran en alimentos como la carne, aves, leche sin pasteurizar, y huevos. Hay que tener especial cuidado con las carnes picadas, y los preparados que contengan huevos.

Estafilococo:

Es una bacteria, en la que se encuentra en la nariz, garganta y piel del hombre. Esta se transmite por la mala manipulación, a través de las secreciones tanto de la nariz como de la boca. Una vez que la comida es contaminada, se multiplica a temperatura ambiente y produce una toxina. Cuando se cocina el alimento que es contaminado la bacteria desaparece, pero la toxina que produce es resistente.

Los alimentos que son más susceptibles que sean contaminados son los alientos crudos, las cremas, nata, huevos, leche y salsas.

Tiene un periodo de incubación entre 2 a 12h, hasta que salen los síntomas a la persona que esta contaminada.

Escherichia coli:

Es una bacteria que se encuentra presente en el intestino tanto de los humanos como en los animales, esta bacteria se trasmite por una mala manipulación por parte del pinche, llegando a provocar intoxicaciones graves, este tipo de bacterias se destruyen cuando el alimento se cocina a una temperatura de 70°C.

La persona que es contaminada por esta bacteria empieza con la presencia de los síntomas entre las 12 y 24 horas después de la ingesta de los alimentos en mal estado.

Botulismo:

Se trata de una toxiinfección provocada por la bacteria *Clostridium botulinum*, se encuentra en la tierra en forma de esporas muy resistentes, por las que están en contacto las hortalizas. En condiciones de falta de oxígeno, se desarrollan provocando la toxina botulínica. Se desarrolla principalmente en las conservas, que es donde se dan las condiciones de falta de oxígeno.

La persona que es contaminada tiene un periodo de incubación entre 12 y 32 horas, llegando a producir la muerte.

Campylobacter:

Dicha bacteria se encuentra en el intestino del hombre y de algunos animales, pueden transmitirse a través de alimentos contaminados sin cocinar, principalmente en carne de aves, o en leche sin pasteurizar, de manera puntual se han dado el caso de contaminación en mariscos crudos.

La aparición de síntomas de los alimentos contaminados aparece entre el primer y décimo día.

Yersinia Enterocolítica:

Este tipo de bacterias se encuentra principalmente en el suelo y en el agua. Los alimentos que más frecuentemente se pueden encontrar son en las carnes de cerdo, vaca, de cordero, en ostras, en el pescado, y en la leche cruda. También se puede transmitir por el consumo de agua que se encuentre contaminada y no sea un agua potable.

5 Discusión-Conclusión

Que el pinche de cocina sepa los diferentes tipos de toxiinfecciones alimentarias que se puedan desarrollar en la cocina, dependiendo de los alimentos en los que se

encuentren es super importante, ya que dependiendo de las toxiinfecciones que sean, dependiendo de la gravedad se puede llegar incluso ha hasta producir la muerte de la persona que ha consumido dicho alimento que estaba contaminado. Una buena manipulación de los alimentos y una buena refrigeración de los alimentos tanto crudos como de los alimentos que ya están aptos para su consumo, esto evitan que los consumidores sean contagiados, evitando el consumo de los alimentos que se encuentran en mal estado.

6 Bibliografía

https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/temas_de_interes/campania_verano.htm#:text=Las%20toxiinfecciones%20alimentarias%20son%20aquellas,por%20virus%20o%20por%20par%C3%A1sitos.

<https://www.ainia.es/ainia-news/10-toxiinfecciones-alimentarias-comunes/>

Capítulo 460

EL CELADOR Y LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTE COVID-19

ANA MARIA RUIZ BLANCO

JUAN CARLOS RUBIO GONZALEZ

MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO

MARÍA LUISA RODRÍGUEZ ALCAIDE

VICTOR RIVAS LÓPEZ

1 Introducción

La estructura hospitalaria desde el inicio de la pandemia en el año 2019 por la COVID-19 ha soportado un ingreso masivo de muchos de los pacientes que han acabado, debido a la gravedad de la enfermedad, en la UCI. Esta situación se da además de en España en muchos otros países con características muy parecidas en cuanto a la enfermedad y a su desarrollo. Es por ello que el sistema sanitario público ha tenido que buscar una infraestructura mayor en relación con los pacientes de COVID-19 así como la formación de sus profesionales de la salud. Es por ello determinante que el personal celador destinado en la UCI esté bien formado ya que las condiciones especiales de este tipo de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos suelen ser graves. Dichos cuadros de los pacientes que están ingresados en la UCI presentan diferencias en cuanto al nivel de gravedad del paciente. Los más graves son relacionados con la insuficiencia

respiratoria que precisan el ingreso urgente en la UCI y posteriormente la ventilación mecánica en el caso de llegar a los casos más extremos. En este documento vamos a trasladar las distintas funciones que cumple el celador, así como las medidas de protección que deben de tener en cuenta cuando trabajen en la UCI respecto a los pacientes ingresados por COVID-19.

2 Objetivos

Describir las precauciones que ha de tomar el celador en la prevención de la transmisión del Covid-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Google Scholar o plataformas como DIALNET que están concebidos para que los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

En este apartado vamos a mencionar las distintas precauciones o medidas que se han de tomar antes de la posible transmisión del virus. Las precauciones que se han de tomar van a ser una serie de medidas que debe de adoptar el celador si se sospecha que hay una infección por COVID-19. Ante dicha confirmación bacteriológica y en presencia del paciente hay que saber que el virus es transmisible por vía aérea, por gotículas o por contacto directo. Hay una serie de recomendaciones que se han de dar para controlar la difusión del virus. El personal celador ha tenido que formarse en el conocimiento de estas medidas. Tiene como objetivo principal evitar la difusión de la infección desde que el paciente ya se encuentra infectado. La finalidad de esto es interrumpir la cadena epidemiológica. Acto seguido se debe aislar la propia infección, esto se consiguen aislando al paciente según las medidas que se estipule. Las recomendaciones que se han de dar están relacionadas por un lado con el traslado del paciente, tomando las recomendaciones necesarias para minimizar el riesgo de cruzarse con otros pacientes. Con ello se consigue minimizar el riesgo de trasladar el virus a otros

enfermos o a las categorías profesionales que están trabajando atendiendo al paciente infectado por COVID-19. Para el traslado del paciente debe establecerse un circuito de traslado siguiendo medidas de protección y de control de la infección necesarias para evitar dicha diseminación en el virus durante el propio traslado. Por otro lado, el personal también deberá tener un equipo preparado para recibir el menor contacto directo posible con el paciente. El personal debe de estar suficientemente preparado en el procedimiento que haya marcado el protocolo. Es por ello que el celador ha debido de recibir una formación extraordinaria a lo que sus tareas de base le han asignado.

5 Discusión-Conclusión

En este apartado de discusión en primer lugar vamos a concluir que una vez analizadas las distintas características generales en cuanto a las precauciones que se han de tomar sobre las medidas que se adoptan para evitar la transmisión del virus, concluimos que son una variedad de ellas en las que el celador se ha debido que formar ya que las funciones de su Estatuto no las ha marcado. Es por ello importante en los cuidados al paciente por COVID-19 la formación del celador. La otra conclusión que extraemos es que las recomendaciones que se proporcionan para los cuidados al paciente con COVID-19 es fundamental que las conozcan el resto de profesionales de la salud que trabajan en contacto con dicho paciente. Del conocimiento de dichas medidas se va a producir el evitar la transmisión del virus.

6 Bibliografía

De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1.

Capítulo 461

EL CELADOR EN LOS DISPOSITIVOS INTERMEDIOS O REHABILITADORES

MARÍA LUISA RODRÍGUEZ ALCAIDE

VICTOR RIVAS LÓPEZ

MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO

JUAN CARLOS RUBIO GONZALEZ

ANA MARIA RUIZ BLANCO

1 Introducción

A la sanidad pública le compete una serie de recursos asistenciales que vienen a representar un número de dispositivos integrados en el área de salud. Dichos dispositivos están concebidos para atender al paciente, procurando la prevención de determinadas patologías o enfermedades, asistencia al enfermo en caso de necesitarlo, e igualmente dichos dispositivos para la rehabilitación de las personas que se encuentren impedidas por alguna situación de salud. Esta serie de recursos se distribuyen en determinados centros donde se procura un reparto proporcional de los pacientes en función de las necesidades de los mismos. Debemos de tener la consideración de que el celador es un personal sanitario que está presente en los recursos asistenciales que ofrece el sistema sanitario público. Es por tanto, labor fundamental de esta categoría profesional que conozca las funciones que le pertenece realizar en dichos espacios, así como los distintos centros a los que

puede ir destinado. No obstante, en este trabajo vamos a tratar funciones generales del celador que pueden ser aplicadas al resto de los espacios sanitarios en los que pueda ir destinado. En este trabajo vamos a hacer una mención a los distintos dispositivos intermedios o rehabilitadores en los cuales se apoya la sanidad pública y le ofrece al usuario como recurso a sus necesidades.

2 Objetivos

- Analizarlos distintos dispositivos intermedios o rehabilitadores.
- Valorar la importancia de la labor que realiza el celador en alguno de dichos dispositivos intermedios.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada con la finalidad de conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, como se trabaja en la sanidad pública. Para ello hemos usado varias bases de datos que las hemos presentado de manera variada para poder recoger la mayor información posible. Hemos usado Google Scholar o plataformas como Dialnet que están concebidos para que los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

Como hemos mencionado en el espacio de introducción, la sanidad pública tiene una serie de dispositivos puestos a servicio del usuario que los necesite. También hemos visto en la introducción la importancia que tiene el celador a la hora de conocer las distintas áreas o dispositivos a los que pueden ir destinados. Respecto a los dispositivos intermedios o rehabilitadores tenemos por un lado el centro de día que también se llama centro de rehabilitación psicosocial. En estos centros se trabajan con pacientes crónicos en situación de dependencia y el celador en estos espacios debe de tener una habilidad o destreza especial para fomentar la parte social del paciente. Los centros de día cubren una amplitud de necesidades de cara al paciente. Están también los centros de media estancia que son unidades de rehabilitación de media estancia y su objetivo es rehabilitar al paciente después de haber tenido un ingreso de 6 a 12 meses por cualquier problema de salud. Es muy habitual en este centro de media estancia realizar terapias de grupo y actividades

con lo cual el celador podrá formar parte de dicha logística a la hora de organizar de manera ordenada a los pacientes. Nos encontramos también con los centros de larga estancia, que son unidades residenciales rehabilitadoras de larga estancia para pacientes que no tienen autonomía y carecen de recursos sociofamiliares y no se pueden hacer cargo del paciente. Las funciones en este espacio vienen a ser las generales que contempla el Estatuto del personal no sanitario. Están también los talleres ocupacionales donde se proporciona al paciente una formación y posteriormente se pretende que se acerquen al mundo laboral. Por último tenemos los pisos protegidos que vamos a mencionar aquí, pero el celador no suele estar en estos espacios. Es importante que el celador sepa reconocer los distintos dispositivos intermedios que ofrece la sanidad.

5 Discusión-Conclusión

La primera conclusión que vamos a extraer de este estudio es que la sanidad pública ofrece una serie de recursos asistenciales encaminados tanto a la prevención, como a la asistencia y a la rehabilitación de las personas. Dichos recursos asistenciales están organizados por dispositivos intermedios o rehabilitadores. Dado que estos recursos forman parte de la sanidad pública y del lugar donde puede ir destinado el celador, el mismo debe de conocer qué dispositivos se encargan de atender a los pacientes. Determinamos también que dichos dispositivos están diseñados para mejorar la calidad del paciente fuera de los espacios hospitalarios o del entorno familiar cuando estos no se pueden encargar del paciente y el mismo requiera otro tipo de atención.

6 Bibliografía

1. De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1.

Capítulo 462

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE PACIENTES CON RIESGO SUICIDA

VICTOR RIVAS LÓPEZ

MARÍA LUISA RODRÍGUEZ ALCAIDE

MARIA JOSE BARRAGAN PRUAÑO

JUAN CARLOS RUBIO GONZALEZ

ANA MARIA RUIZ BLANCO

1 Introducción

Existen muchas situaciones en el hospital donde el paciente presenta determinado cuadro específico y la situación en la que se encuentra en el centro hospitalario es de alto riesgo. Es uno de los casos que se puede dar en los pacientes, así que en este estudio vamos a realizar una mención a la actuación en pacientes con riesgo suicida. Valoramos en este trabajo especialmente la labor que desempeña el celador, ya que en muchos de los casos el mismo se encuentra en contacto directo con el paciente y hasta el momento de llegar el personal sanitario debe de conocer el protocolo de actuación que debe de ejecutar, especialmente en momentos de extrema gravedad cómo puede ser esta situación. Es frecuente que este tipo de actuaciones de pacientes con riesgo suicida se produzcan en el área de atención al enfermo mental. Es una unidad de agudos de salud mental del hospital donde se encarga de funciones como vigilar a los pacientes y controlar que

los mismos tengan un estado de tranquilidad y estabilidad acorde con las necesidades del lugar. Es por tanto, una actuación que el celador debe de conocer para saber cómo actuar en caso de que se encuentre ante una situación en pacientes con riesgo suicida.

2 Objetivos

- Analizar las características generales que se pueden dar cuando el paciente ingresa en un hospital y tiene una actuación con riesgo suicida.
- Valorar la actividad que desempeña el celador en su relación con dicha actuación.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada con la finalidad de conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, como se trabaja en la sanidad pública. Para ello hemos usado varias bases de datos que las hemos presentado de manera variada para poder recoger la mayor información posible. Hemos usado Google Scholar o plataformas como Dialnet que están concebidos para que los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer por un lado la importancia de que el celador conozca qué actuación debe de tener en pacientes con riesgo suicida. Por otro lado, vamos a mencionar también cómo se suelen presentar dichos pacientes antes de llegar a la situación de riesgo suicida. Hemos mencionado en la introducción que este tipo de pacientes suelen ser aquellos que están ingresados o que están en contacto con algún tipo de enfermedad mental y residen temporalmente en esta área hospitalaria. Hay que tener en cuenta que los momentos previos a desencadenarse un episodio en el que el paciente pueda dañarse se le suele encontrar nervioso, inquieto, o con una mirada perdida y desconfiando de su alrededor. La actuación en este tipo de pacientes debe de partir de la calma y la empatía, ya que está demostrado que ello ayuda en gran medida a que el paciente vuelva de manera progresiva a un estado de control de sus emociones y por lo tanto de los impulsos. Lo primero que se ha de hacer si la situación se

agrava y pensamos que puede ser el paciente un riesgo para él mismo, o incluso para su círculo, es avisar rápidamente al médico y a la enfermera responsable. En último caso se puede proceder a la contención del paciente, pero antes se intentará verbalmente tranquilizarlo. Se debe de informar al paciente de todo el procedimiento que se está realizando. El celador debe de tener especial atención y respeto al paciente. En caso de necesitar el protocolo de sujeción mecánica, se procurará no causar daño al enfermo. Es importante para el celador que conozca qué tipo de actuación básica debe de tener, ya que de él va a depender en gran medida la eficacia de las medidas que se han de tomar. No obstante, es frecuente que los pacientes a los que verbalmente se le ha intentado tranquilizar, se calmen después de transcurrido algo de tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Este apartado de conclusión nos sirve por un lado para determinar que es fundamental que el celador sepa qué hacer si se da el caso de una actuación en pacientes con riesgo suicida o violento. Por otro lado, concluimos que tiene unas pautas en el protocolo muy concretas acerca del tipo de actuación que se ha de tener, dando prioridad a no dañar al paciente y a avisar al personal responsable de él. Es por tanto, la labor del celador destacada en estos momentos conflictivos, ya que estas personas no sanitario se suele encontrar con frecuencia trabajando con el paciente.

6 Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). Disruptive, impulse-control, and conduct disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Capítulo 463

EL ALMACEN SANITARIO

JOSE MARTÍNEZ ALVAREZ

1 Introducción

El almacén sanitario es el lugar donde se depositan todos aquellos artículos que se necesitarán en el hospital o centro sanitario.

Es indispensable un buen funcionamiento en el almacenaje pues de él dependen directamente los suministros que en cada momento pueda necesitar el personal sanitario para dar un adecuado y rápido servicio a los pacientes.

Si las provisiones fallan en determinado momento el funcionamiento del centro sanitario se podría ver seriamente afectado ocasionando incluso perjuicios personales que atañan directamente a la salud de las personas que esperan la asistencia sanitaria.

Para que esto no ocurra es fundamental que exista una planificación suficiente para garantizar un correcto uso de los espacios, un suministro coordinado y fiel a las necesidades reales de cada centro sanitario u hospital y un control de las condiciones de los materiales almacenados así como de su caducidad.

Un almacén sanitario no es un sitio donde se depositan mercancías sin más y se distribuyen según se precisen en un momento dado. Debe cumplir también la condición necesaria de previsión para evitar el desabastecimiento y anticiparse a condiciones geográficas, temporales, epidemiológicas, climatológicas, etc.

Sin un correcto plan de almacenamiento y un adecuado almacenamiento de los productos sanitarios los centros estarían avocados a continuas y perniciosas conyunturas que harían muy poco fiable la correcta atención sanitaria.

2 Objetivos

- Determinar el tipo y clases de almacenes sanitarios existentes.
- Precisar las condiciones que los adecuen para un correcto servicio sanitario y su ubicación

3 Metodología

Revisión bibliográfica de las condiciones y sistemas en torno al almacenaje de mercancías sanitarias.

Redacción y resumen de aquellas circunstancias y procedimientos que hacen posible y adecuado un sistema eficiente de almacenaje atendiendo a los espacios y forma de rotación de los productos.

4 Resultados

El almacén es un espacio físico donde se encuentran depositadas las mercancías necesarias para la prestación del servicio sanitario que se hará en hospitales y centros sanitarios. Su función es la de comprar, almacenar y posteriormente distribuir los materiales allí depositados. El personal auxiliar, celadores, etc. que realicen allí su función deben conocer de que existencia se dispone, su fecha de caducidad y el estado en que se encuentran; garantizar la autenticidad de los productos e identificar cada lote para poder actuar con rapidez y eficiencia en caso de que algún producto no estuviese en perfectas condiciones.

Un almacén sanitario debe cumplir determinadas características que lo adecuen tanto física como químicamente para albergar con seguridad el material depositado.

Entre sus funciones está el hacer pedidos a los proveedores y recibir las mercancías solicitadas devolviendo aquellas que no se adecuen con las expectativas. También debe poder asegurar que los productos están almacenados en las condiciones necesarias y distribuirlos a sus destinos finales haciendo un registro de las entradas y salidas de cada partida.

Podemos diferenciar entre tres tipos de almacén atendiendo a su tamaño y localización.

Los almacenes centrales son los de mayor tamaño y disponen diversos tipos de mercancías. Distribuyen a un territorio no a un centro específico.

Los almacenes generales, ubicados en cada centro, facilitan los materiales a cada unidad.

Los almacenes pequeños son estancias reducidas con el material necesario para dar cabida a las necesidades de cada planta y están en constante reposición.

Si atendemos al tipo de material que albergan podemos distinguir:

Los almacenes de comida situados cerca de la cocina.

Los almacenes de farmacia

Los almacenes de lencería que almacenan la ropa del personal sanitario y de cama y aseo. Es frecuente que haya uno en cada planta de hospital.

La gestión del almacén sanitario nos hace posible determinar la cantidad, rotación y coste de los productos que deben almacenarse, atendiendo a posibles demandas. Para ello se ha de tener en cuenta el stock máximo de almacenamiento, el plazo de entrega, el depósito de seguridad o mercancía disponible para atender imprevistos, punto de pedido o momento en que es necesario hacer un nuevo pedido a los proveedores, ruptura de stock que permite evitar pérdidas por la disponibilidad de provisiones demasiado elevadas.

Para el control de existencias, los almacenes disponen de dos herramientas fundamentales: las fichas de almacén o programas informáticos donde se registran las entradas y salidas de artículos y el inventario que consiste en contabilizar manualmente todos los productos almacenados para poder desechar aquellos que estén caducados o en malas condiciones. El inventario puede ser anual, permanente si se hace diariamente o rotativo que es aquel en que se hacen inventario parciales. Se debe atender a las condiciones de almacenamiento que cada producto necesita y aunque existen unas condiciones mínimas (sin riesgos eléctricos ni vibraciones, temperatura, humedad y ventilación aceptables, limpieza, etc) existen materiales que precisan unas condiciones específicas como son:

El material estéril: Debe guardarse en un almacén del tipo cerrado (acceso restringido), la limpieza del almacén debe ser diaria y los estantes deben ser de rejilla para disminuir la acumulación de polvo. Además ha de comprobarse que los testigos de esterilización son del color correcto, que el envoltorio lleva impresa de forma legible la fecha de caducidad, que el envoltorio este en perfectas condiciones. Si no se cumple alguna de estas normas el material se considerará contaminado.

El material lábil: Es aquel que se daña con excesiva facilidad incluso convirtiéndose en pernicioso. Son las sustancias fotosensibles, las termolábiles, las higroscópicas y las perecederas.

El material peligroso: es aquel que pueden provocar con probabilidad daños personales o materiales. Son los medicamentos de control especial (estupefacientes, psicotrópicos, etc)

El material inflamable o explosivo: este tipo de material deberá almacenarse lejos

de elementos que por fallo pueden provocar un incendio como pueden ser los cuadros eléctricos.

El material caducado: debe almacenarse en un sitio bien diferenciado y separado de el que está en buenas condiciones.

5 Discusión-Conclusión

El almacenaje sanitario es una actividad que exige un control permanente y exhaustivo no solo de las mercancías que entran y salen si no del estado de las que permanecen a la espera de ser demandadas por el centro hospitalario o sanitario porque las propias características de muchos de los productos que se encuentran allí depositados pueden verse alteradas por unas condiciones ambientales inadecuadas. Por este motivo un solo almacén no puede ser depositario de todos y cada una de los materiales o medicamentos a no ser que se establezcan áreas precisas que no comprometan a los demás artículos o así mismas.

En cuanto a la distribución y entrega de las mercancías, la adecuación de programas gestionados informaticamente facilitan y garantizan el máximo rendimiento económico del almacén.

6 Bibliografía

- Revista Médica.com
- Dieteticaynutricionweb

Capítulo 464

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ICTUS

PATRICIA MARTÍNEZ PORTERO

BEATRIZ SERRANO MARTÍNEZ

MARIA PARDO BURGOS

DIANA HERNAIZ MOLINA

MARÍA ADORACIÓN SERRANO MARTÍNEZ

1 Introducción

El ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro. Son trastornos que tienen en común su presentación brusca, que suelen afectar a personas mayores (aunque también puede ocurrir en jóvenes) y que frecuentemente son la consecuencia final de la concurrencia de una serie de condiciones personales, ambientales, sociales, etc., a las que denominamos factores de riesgo.

El término ictus se refiere a la enfermedad cerebrovascular aguda, y engloba de forma genérica a un grupo de trastornos que incluyen la isquemia cerebral y la hemorragia intracerebral (HIC) y subaracnoidea (HS).

La isquemia se produce como consecuencia de la falta de aporte sanguíneo al encéfalo. La isquemia puede afectar solamente a una zona del encéfalo (isquemia focal), se ocluye una arteria cerebral o comprometer a todo el encéfalo de forma simultánea (isquemia global). La isquemia focal es la forma más frecuente de afectación vascular del cerebro.

La hemorragia se debe a la extravasación de sangre por la rotura de un vaso sanguíneo intracraneal. Representan el 15-20% de todos los ictus. La clasificación más sencilla y extendida de las enfermedades cerebrovasculares (ECV) es la que hace referencia a su naturaleza, que la divide en dos grandes grupos: isquémica y hemorrágica. Asimismo, y al considerar en ellas variables como la etiología, la localización o el mecanismo de producción, se aplican distintos términos con el objetivo de mejorar su descripción.

2 Objetivos

- Dotar al personal de enfermería de los conocimientos y habilidades necesarios para la activación del Código Ictus.
- Evaluación constante de los parámetros para minimizar los riesgos y posibles complicaciones derivadas del Ictus.

3 Caso clínico

Nos encontramos en un pueblo en el servicio de Urgencias donde el hospital más cercano dista de una hora en coche.

Recibimos un aviso a domicilio y nos encontramos con una mujer de 72 años con cuadro de inicio brusco de disartria, asimetría facial y debilidad en hemicuerpo izquierdo.

Al ser estos síntomas sugestivos de Ictus se activa el código ICTUS trasladándose a la paciente en una UVI móvil.

Criterios de Inclusión:

- Déficit focal sensio-motor.
- Alteración del lenguaje.
- Déficit visual unilateral.
- <6 horas del inicio de los síntomas.
- Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Es de vital importancia la activación de los recursos correspondientes, que mejorarán los resultados derivados de las secuelas del ICTUS, así como la realización del plan de cuidados de Enfermería durante el episodio y tras él al tratarse de una patología muy prevalente en nuestro medio.

- ANTECEDENTES PERSONALES.

No fumadora ni bebedora.

Hipertensión esencial. Dislipemia.

Madre muerte carcinoma de ovario.

Padre muerte de demencia tipo Alzheimer.

Independiente para las actividades básicas instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

Vive con su marido, tiene dos hijas.

- DIAGNÓSTICO.

Ictus isquémico extenso en territorio de la arteria cerebral media.

- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

- Estudios diagnósticos.
- Pruebas de laboratorio
- Hemograma completo. Evaluar posible anemia con déficit de oxígeno, policitemia y trombocitosis como posibles factores de riesgo para el accidente cerebrovascular.
- Perfil bioquímico de Medicina Interna:
- La presencia de una urea y ácido úrico elevados son factor de riesgo cardiovascular.
- Glucosa elevada. Es un factor favorecedor en el Ictus agudo.
- Diabetes. Es un factor de riesgo cardiovascular.
- Perfil hepático. Búsqueda de posible afectación hepática, para determinar tratamientos.
- Estudio lipídico. LDL alto, HDL bajo, triglicéridos altos: factor de riesgo vascular.
- B12. Un nivel bajo se relaciona con factor de riesgo vascular, riesgo de deterioro cognitivo.
- Ácido fólico. Niveles bajos se relaciona con riesgo de Ictus aterotrombótico.
- Hormonas tiroideas (T4 libre, TSH). El hipertiroidismo puede ser causa de FA.
- Proteinograma. Valora el perfil de nutrición, procesos inflamatorios, enfermedades hematológicas y procesos que aumentan la viscosidad hemática.

- Proteína C Reactiva (PCR). Niveles elevados indican un proceso inflamatorio (arteritis).
- PCR ultrasensible. Un valor elevado es un marcador de aterosclerosis, factor de riesgo cardiovascular (aumento de eventos cardiovasculares).
- Homocisteína. Un valor elevado es un factor de riesgo vascular.
- Enzimas cardíacas en pacientes con historia de enfermedad coronaria, electrocardiograma (ECG) de isquemia miocárdica o por protocolo en Código Ictus. Las enzimas cardíacas están indicadas en los casos en que el ECG sugiera un infarto agudo de miocardio (IAM) concomitante.
- Gasometría en pacientes con sospecha de hipoxemia indica la severidad de la misma y los trastornos ácido-base.
- Sedimento y creatinina en orina.
- Microalbuminuria en orina. Cuando está elevada es un marcador de riesgo aterosclerótico, detecta nefropatía hipertensiva, diabética...
- Estudio de coagulación. Nos indica si es posible la fibrinólisis, valora el inicio de anticoagulación o riesgo de Ictus por aumento de factores de coagulación.
- Estudio de hipercoagulabilidad. Se realiza para descartar alteraciones en la cascada de coagulación que puedan favorecer la aparición de trombos. Incluido en el protocolo de Ictus juvenil (< 55 años).
- Estudio inmunológico. Para descartar enfermedades de origen inmune (Lupus, vasculitis, conectinopatías, síndrome antifosfolípido), que puedan aumentar el riesgo vascular. Incluido en el protocolo de Ictus juvenil (< 55 años).
- Hemoglobina glicosilada sérica. Niveles elevados indican un mal control de Diabetes o diagnóstico de Diabetes.
- Glucemia capilar (cada 6 horas, las primeras 24 horas de ingreso o hasta normalización). El control de la glucemia es fundamental, no sólo porque la hiperglucemia produce síntomas similares, sino, también, por demostrarse, mediante distintos estudios, que la hiperglucemia aumenta la morbimortalidad en estos pacientes, debiéndose establecer como objetivo mantener glucemias
- Pruebas radiológicas:
 - Tomografía axial computarizada (TAC) craneal. Indicado en el diagnóstico inicial.
 - TAC craneal perfusión (indicado en pacientes con Ictus isquémicos que sean posibles candidatos a tratamiento de reperusión, es decir, en los Códigos Ictus). Indicado en el diagnóstico inicial.
 - AngioTAC (en todos los casos de Código Ictus). Indicado en el diagnóstico inicial.
- Resonancia Magnética: Indicada en los siguientes casos para la búsqueda de

etiología del Ictus:

- En pacientes con alergia a contrastes yodados.
- Siempre que exista discordia entre la clínica y un TAC craneal.
- Para estudio específico en una lesión observada en un TAC.
- Para estudio de posibles lesiones en fosa posterior.
- En casos de sospecha de disección carotídea o de trombosis venosa cerebral.
- Para estudio de hematomas en fase de resolución, con el fin de descartar malformación vascular subyacente.
- Eco-Doppler y Doppler de Troncos Supraaórticos (TSA) y Transcraneal (TCA).
- Ecocardiograma transtorácico o transesofágico. Indicado para la búsqueda de la etiología del Ictus y descartar origen cardioembólico.
- Radiografía (Rx) de Tórax. Indicado en pacientes con sospecha de patología cardíaca, edema pulmonar o aspiración.
- Monitorización cardíaca continua, después de realizar ECG de doce derivaciones, dado que la liberación de catecolaminas puede disparar el desencadenamiento de arritmias.
- ECG-Holter. Indicado al alta, si ICTUS embólico y posible FA paroxística.
- Pulsioximetría.
- Terapias:
- Administración de fármacos según prescripción facultativa, para el tratamiento de:
 - La hipertermia.
 - Las alteraciones de la tensión arterial.
 - El dolor.
 - Los trastornos metabólicos: hiperglucemia.
 - Antitrombótico (tratamiento antiagregante, tratamiento anticoagulante).
 - Neuroprotector.
 - Las crisis epilépticas.
 - El síndrome confusional agudo y la agitación.
 - Las complicaciones cardíacas (alteraciones ECG y de repolarización, arritmias, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, endocarditis infecciosa).
 - Las complicaciones respiratorias: hipoventilación / broncoespasmo, tromboembolismo pulmonar agudo, infección respiratoria.
 - La infección del tracto urinario.
 - El manejo de las complicaciones hemorrágicas.
 - Recanalizadores en el Ictus isquémico: trombolisis intravenosa o sistémica, fibrinólisis intraarterial (con o sin embolectomía).
 - Fibrinólisis combinada (endovenosa e intraarterial).

- Endovasculares sin fibrinólisis.
- La hemorragia cerebral y subaracnoidea.
- Valoración de la deglución.
- Sondaje urinario si existiera retención, insuficiencia renal o insuficiencia cardíaca.
- Profilaxis de la úlcera gastroduodenal de estrés.
- Manejo de los pacientes alcohólicos o desnutridos.
- Tratamiento quirúrgico. Las opciones quirúrgicas de uso en la prevención de más accidentes cerebrovasculares y/o para mejorar el flujo sanguíneo cerebral, incluyen:
 - Endarterectomía carotídea.
 - Stent carotídeo o intracraneal.
 - Angioplastia transluminal percutánea.
 - Revascularización cerebral: bypass de la carótida externa a la interna.
- Los avances conseguidos en la última década en la asistencia al paciente con ictus han hecho abandonar el concepto negativo y conformista hasta ahora existente ante una enfermedad tan generalizada y discapacitante. Este cambio, en el que las instituciones y los profesionales sanitarios estamos inmersos, se basa en la demostración de que una asistencia integral, multidisciplinaria y especializada, reduce la mortalidad y la intensidad de las secuelas.

4 Discusión-Conclusión

- El ictus es una emergencia médica, que requiere la consolidación de sistemas que favorezcan la interconexión entre los servicios sanitarios extra e intrahospitalarios. De este modo, la atención sanitaria al ictus se presta por medio de una red integrada que agrupa diferentes niveles asistenciales repartidos por toda la Comunidad.
- Dado que el factor tiempo es determinante, los criterios de planificación territorial deben ser eficaces y equitativos, permitiendo al paciente desplazarse al centro adecuado y en el tiempo indicado. Resulta igualmente imprescindible que los pacientes y sus familiares o cuidadores sepan reconocer los síntomas, los perciban como graves y urgentes, y tomen conciencia de la necesidad de contactar rápidamente con el sistema sanitario:
 1. A través del teléfono de urgencias y emergencias-112.
 2. A través de los centros de atención primaria y los puntos de atención continuada.
 3. En los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.

En este ámbito, la activación del Código Ictus ha demostrado reducir a la mitad los tiempos de la fase aguda del ictus, permitiendo el tratamiento hospitalario específico y precoz a un mayor número de pacientes, y mejorando la evolución clínica posterior.

•Código Ictus

Se considera el Código Ictus como el procedimiento basado en el reconocimiento precoz de los síntomas y signos del ictus de posible naturaleza isquémica, con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato a un centro capacitado de aquellos pacientes candidatos a beneficiarse de una terapia de reperusión y de cuidados especiales en una Unidad de Ictus. Se llevará a cabo una implantación progresiva de un sistema de Teleictus que permita una mayor equidad terapéutica entre áreas sanitarias.

- Se reconocen dos niveles del mismo, extrahospitalario e intrahospitalario, siendo fundamental garantizar la perfecta integración y continuidad de ambos.

El Código Ictus extrahospitalario tiene como objetivos:

1. Identificación de los síntomas por parte del personal sanitario.
2. Activación precoz de los sistemas de emergencia.
3. Adecuada asistencia, aplicando en cada caso los protocolos de diagnóstico y tratamiento actualmente recomendados.
4. Aportar opción terapéutica trombolítica a través de sistema de Telemedicina – Teleictus.
5. Traslado urgente al centro hospitalario que cuente con los medios necesarios para una atención y tratamiento especializados.

En el Código Ictus extrahospitalario se encuentran implicados:

1. Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias - 112 (CCU-112).
2. Centros de Atención Primaria y Puntos de Atención Continuada.
3. Ambulancias Convencionales Medicalizadas (Equipo de Atención Primaria).
4. Vehículos de Intervención Rápida (VIR)
5. Unidades Medicalizadas de Emergencias (UMES) terrestres y aéreas 112.

•Atención hospitalaria del ictus en fase aguda

El ictus, en sus dos variedades de presentación, isquémica y hemorrágica, es una tragedia y una carga social, sanitaria y económica. En la década pasada se abandonaron definitivamente las aproximaciones indiferentes o nihilistas en el tratamiento de la fase aguda del ictus. Es evidente, dada la magnitud del problema, la necesidad no sólo de establecer una adecuada política de prevención, sino de buscar modelos organizativos de asistencia al ictus con los objetivos de

disminuir la mortalidad y reducir sus secuelas.

En este sentido, se ha configurado como un claro ejemplo de que la atención urgente, coordinada y multidisciplinar, tanto en la fase aguda como en el proceso de recuperación posterior, puede modificar el pronóstico de los pacientes.

A lo largo de estos años ha sido preciso insistir en que, para mejorar la evolución global después del ictus, tan importante o más que el desarrollo de tratamientos específicos es el disponer de un plan de atención organizada al ictus, lo que se conoce como cadena asistencial, entendida como un proceso de atención urgente al ictus ya desde la aparición de los primeros síntomas por parte de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias y médicos de Atención Primaria, pasando por los Servicios de Urgencias Hospitalarios, hasta llegar a las Unidades de Ictus donde los pacientes son atendidos por neurólogos especializados en esta enfermedad. Ante la emergencia neurológica es prioritario disponer de una protocolización diagnóstica urgente para iniciar la debida corrección de los factores pronósticos, limitar la lesión cerebral y restaurar, en el caso del ictus isquémico, la perfusión cerebral.

5 Bibliografía

1. Neurología GEdECdlSEd. ictussen. [Online]. [cited 2014 Mayo 15. Available from: <http://www.ictussen.org/?q=node/90>
2. Martínez-Vila E, Murie Fernández M, Pagola I, Irimia P. Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine*. 2011; 10(72): p. 4871-81.
3. De los Ríos la Rosa F, Khoury J, Kissela BM, Flaherty ML, Alwell K, Moomaw CJ, et al. Eligibility for Intravenous Recombinant Tissue-Type Plasminogen Activator Within a Population: The Effect of the European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS) III Trial. *Stroke*. 2012;43:1591-5.40. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.645986>
4. López Fernández JC, Arenillas Lara J, Calleja Puerta S, Botia Paniagua E, Casado Naranjo I, Deyá Arbona E, et al. Recursos asistenciales en Ictus en España 2.010: Análisis de una encuesta nacional del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. *Neurología*. 2011; 26:449-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2010.10.014>
5. SERRANO SASTRE, R. y otros. (1997): Estandarizar los cuidados. *ROL de Enfermería* nº 227-228 (23-30) julio-agosto. SERRANO SASTRE, R. y otros. (1995): Desde una sistemática de enfermería a la estandarización de cuidados. *ROL de Enfermería* nº 198 (29-36). Febrero.

6. Gallego Torres, R., & Díaz Guerrero, R. (2006). Definición de las catorce necesidades básicas de los individuos. *Desarrollo Científico De Enfermería*, 14(7), 268-273.
7. García González, M.J. (2004). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. (2ª ed.). México: Editorial Progreso.
8. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2015-2017*. 2015. Elsevier
9. Bulechek, G.M, Butcher H.K, Dochterman, J.M, Wagner C.M. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (6ª ed.). Elsevier.
10. Moorhead, S.,Johnson M., Maas M.L, Swanson,E. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. (5ªed.) Elsevier.
11. <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/49>
- 12.<https://www.astursalud.es/documents/31867/223212/>
13. <http://www.madrid.org>

Capítulo 465

LA IMPORTANCIA DE LAS MASCARILLAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CRISTINA LAMUÑO FERNANDEZ

ALEJANDRO RODRIGUEZ DE PAZ

MARIA JOSEFA DÍAZ GARCÍA

ALBA BURÓN VÁZQUEZ

TAMARA BURÓN VAZQUEZ

1 Introducción

En 1720 tuvo lugar en Marsella un brote de peste sin precedentes, que produjo la muerte de 40.000 personas de un total de 90.000 habitantes. Este brote infeccioso dio lugar a que muchos artistas se inspirasen para hacer nuevas obras artísticas y pinturas en las que se representaban personas que aparecían con un trozo de tela en la cara, que cubría la boca y la nariz. Desde el punto de vista sanitario, estas obras representan un aspecto muy importante, ya que es en ellas donde se deja constancia de la existencia de las primeras mascarillas y, aunque puede que desde el punto de vista científico no hayan tenido mucho fundamento en esa época, queda demostrado que las mascarillas, ya que se utilizaban para evitar malos olores, resultando de gran importancia desde la perspectiva sanitaria.

El origen de las mascarillas quirúrgicas, desde un enfoque científico, datan de 1897 cuando

Mikulicz, un prestigioso cirujano, en su estancia en la Universidad en Polonia creó un centro hospitalario mundialmente conocido. Esta escuela quirúrgica ya incorporaba medidas de prevención para evitar que las bacterias y los microorganismos produjeran infecciones, es decir, ya se lavaban las manos, utilizaban guantes y batas, así como gorros para las intervenciones quirúrgicas, pero no se veía la necesidad de utilizar mascarillas. Pero Mikulicz decidió llevar a cabo una prueba, al notar que cuando hablaban esparcían gotas de saliva en las operaciones. Obligó entonces a sus ayudantes a introducir un trozo de carbón en sus bocas, viendo que los restos negros de saliva tintada se esparcían por el cuerpo del paciente que se estaba sometiendo a la intervención y por el resto de la sala, por lo que finalmente para protegerlos decidió incorporar la mascarilla en todo su personal.

Desde el origen de las mascarillas hasta hoy en días, estas han sufrido una gran evolución, suponiendo un elemento básico más de trabajo y de protección en los centros hospitalarios, pero tales son sus beneficios que en la actualidad que no solo se utilizan para evitar la propagación de determinadas enfermedades infecciosas, sino que también se han utilizado como instrumento contra los factores atmosféricos y por todos es conocido su utilización en

Asia en momentos de alta contaminación con el fin de protegerse frente a esos agentes que pueden ser cancerígenos para el organismo.

2 Objetivos

Describir el origen de las mascarillas analizando porque su uso ha resultado tan importante a lo largo de la historia para evitar la propagación de enfermedades, concretamente en los centros hospitalarios.

Clasificar los tipos de mascarillas que existen analizando la forma en que protegen cada una de ellas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática utilizando diferentes fuentes de información a través de buscadores como Google, por contener este gran cantidad de información y artículos que resultan muy útiles para obtener documentos de gran interés para el tema que se está tratando. Se ha utilizado también la biblioteca virtual Scielo, ya que

resulta muy útil para obtener multitud de revistas científicas y artículos relacionados con las ciencias de la salud. De todos los artículos encontrados se han dado prioridad a aquellos oficiales y siempre desde el punto de vista de un enfoque del entorno sanitario. En la estrategia de búsqueda se han utilizado palabras clave concisas y sencillas como "origen de las mascarillas" o "importancia de las mascarillas", para limitar la búsqueda lo máximo posible.

4 Resultados

Una mascarilla es un trozo de tela o de papel que, colocado tapando boca y nariz, proporciona una barrera que evita la propagación de agentes que pueden ser infecciosos, procedentes de quien la lleva puesta y a su vez, estas mascarillas, también pueden proteger a la persona que la lleva puesta de salpicaduras de fluidos contaminados.

Existen fundamentalmente dos tipos de mascarillas:

Las mascarillas quirúrgicas, que son utilizadas fundamentalmente en las intervenciones quirúrgicas. Aunque estas mascarillas pueden proteger de las salpicaduras de los fluidos durante una cirugía, lo cierto es que protegen más al paciente que a las personas que la llevan puesta, ya que suponen una barrera que evita que se propaguen las gotas de saliva al estornudar o al respirar evitando que, a su vez, se propaguen microorganismos que pueden ser infecciosos, pero no resultan efectivas para protegerse del contagio a la persona que las está utilizando.

Por otro lado, se encuentran las mascarillas filtrantes que, como su nombre indica, tienen un filtro que permite protegerse de las partículas de fuera hacia dentro, por lo que la persona que las lleva puestas es en este caso la que se encuentra más protegida, y no como las quirúrgicas.

Dentro de las mascarillas filtrantes existen tres tipos FFP 1, 2 Y 3, y se clasifican de menor a mayor porcentaje de filtración y de mayor a menor porcentaje de flujo al exterior.

Las mascarillas quirúrgicas son las más comunes en los centros hospitalarios, ya que son utilizadas por los trabajadores para evitar propagar agentes infecciosos. No obstante, si al contacto con el paciente hay un riesgo evidente y real de contagio de enfermedades, se utilizará las mascarillas filtrantes, para protegerse uno mismo.

La saliva constituye uno de los elementos más contagiosos que existen en el organismo, ya que con un estornudo o simplemente hablando se puede liberar microorganismos que pueden producir un gran contagio. Los centros hospitalarios resultan un caldo de cultivo para la transmisión de enfermedades infecciosas, por

eso, la utilización de las mascarillas va a suponer un importante elemento de prevención de las mismas. Entre las enfermedades que se transmiten a través de la saliva se encuentran las respiratorias, como la gripe, la fiebre glandular, la hepatitis b (aunque la forma más común de transmisión es a través de la sangre) el herpes, o incluso la varicela.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de la historia, la sociedad ha sufrido importantes pandemias que han dado lugar a enfermedades y muerte y han supuesto grandes retos económicos y sanitarios para todos los países. La pandemia del Covid-19 ha significado también un punto de inflexión en todos los sentidos, pues existía un cierto pensamiento de que la situación en las sociedades más desarrolladas, con la vacunación, las pandemias y enfermedades estaban más controladas, pero lejos de la realidad, los hechos ocurridos han permitido demostrar que todo el mundo sigue expuesto a estas emergencias sanitarias. La globalización junto con el desarrollo de la medicina y la tecnología ha hecho que estas pandemias hayan alterado su forma, pero queda demostrado que las consecuencias pueden ser igual de destructivas.

La distancia social, en un primer momento, se convirtió en un arma esencial para la propagación de las enfermedades infecciosas, pero en los centros hospitalarios, ante la necesidad de atender al paciente, esto se convirtió en algo muy poco factible, por eso la mascarilla se convirtió en el principal elemento de lucha contra la Covid- 19, quedando demostrado que ha servido para evitar el contagio y disminuir los niveles también de gripe o resfriado común entre otras.

La utilización y la concienciación acerca del uso de las mascarillas en los centros sanitarios debe ser algo esencial y de vital importancia, evitando la relajación en su uso, no solo para proteger a los pacientes, sino para proteger a todo el personal de posibles enfermedades.

6 Bibliografía

1. Una aportación al origen de las mascarillas disponible en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-52102021000200008#:text=En%201897%2C%20el%20cirujano%20Jan,XVIII\).](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-52102021000200008#:text=En%201897%2C%20el%20cirujano%20Jan,XVIII).)
2. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto de Covid19 disponible en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documen>

tos/Recomendaciones_mascarillas_ambito_comunitario.pdf

3. Tipos de mascarillas disponible en https://www.cofib.es/fitxers_pagines/Mascarillas%20Preguntas%20frecuentes%2004032020.pdf

4. El uso de las mascarillas en la protección de las infecciones respiratorias: una revisión de revisiones disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7575638/>

Capítulo 466

ATENCIÓN SANITARIA AL PROCESO QUIRÚRGICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

MARÍA ADORACIÓN SERRANO MARTÍNEZ

DIANA HERNAIZ MOLINA

MARIA PARDO BURGOS

BEATRIZ SERRANO MARTÍNEZ

CRISTINA PINEDA GONZALEZ

1 Introducción

Entendemos proceso quirúrgico como el conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado. Y entendemos como paciente pediátrico aquellos que se encuentran entre los 0 y 14-16 años de edad.

En el proceso quirúrgico, ya sea urgente o programado, se distinguen 3 fases:

- Preoperatoria: Fase que abarca desde el momento de la información al paciente que requiere la realización de una intervención quirúrgica hasta su llegada al Bloque Quirúrgico. Incluye la anamnesis en las diferentes valoraciones, pruebas complementarias y preparación pre quirúrgica.
- Intraoperatoria: Fase desde que el paciente llega al Bloque Quirúrgico hasta que sale de quirófano.

- Postoperatoria: Esta fase se divide en dos: INMEDIATO, que son las primeras 24 horas tras la realización de la cirugía. Y MEDIANO, que abarca desde las 24 horas de la intervención hasta los 7 días, es decir, la primera semana.

La ansiedad preoperatoria es un evento frecuente que puede observarse durante todo el proceso quirúrgico. La información previa que recibe el paciente, debe ser sencilla y comprensible a cada edad.

No es necesario entrar en detalles, pero sí es importante que el niño sepa que es necesario pasar por ello pero que no va a estar solo, sino que van a cuidar de el personas perfectamente preparadas y cualificadas para ello.

2 Objetivos

Conocer los cuidados más importantes de enfermería en el proceso pre, intra y posoperatorio del paciente pediátrico.

Conocer los cuidados indispensables para proporcionar una atención de calidad al paciente quirúrgico en la etapa de la niñez y adolescencia. Ofrecer con ello la máxima seguridad a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado llevando a cabo una revisión bibliográfica. Con una búsqueda sistemática sobre: proceso quirúrgico, paciente pediátrico, y cuidados de enfermería durante el pre, intra y postoperatorio.

Se ha realizado la consulta de artículos y protocolos hospitalarios y bases de datos como Google académico, Medline Plus, Elsevier y Scielo

4 Resultados

Desarrollo de los cuidados de enfermería en las distintas fases del proceso quirúrgico en el paciente pediátrico

☒ PREOPERATORIO

Los cuidados preoperatorios incluyen la preparación integral de tipo físico, psicológico y emocional del paciente antes de la cirugía. La enfermera deberá valorar los cuidados a seguir, tratamiento y su preparación para la cirugía.

- Debemos identificar cualquier alteración que pueda afectar algunas de las fases del proceso. Para ello se realiza una completa entrevista clínica y examen físico del niño.

- Revisaremos que lleve la historia clínica al completo (consentimiento quirúrgico y anestésico, análisis de sangre, electrocardiograma, protocolo de anestesia, radiografías de tórax, etc.).
- Informar al paciente y a su familia sobre sus dudas, para así proporcionar la máxima tranquilidad posible.
- Asegurar que los pacientes estén disponibles y preparados para la cirugía programada.
- Comprobar el correcto ayuno del paciente: El ayuno preoperatorio se define como el intervalo de tiempo previo a la intervención, en el que el paciente debe permanecer sin poder ingerir alimentos (sólidos y/o líquidos). Con ello queremos evitar el riesgo de broncoaspiración durante la intervención.
- Higiene y preparación de la zona que va a intervenir: Se realizará una ducha completa, con especial atención en la zona que se va a intervenir.
- Los pacientes menores de edad irán acompañados hasta la entrada de quirófano
- Administración correcta de la profilaxis antibiótica indicada por el facultativo que corresponda.

☒ INTRAOPERATORIO

Fase en la que tiene lugar el procedimiento quirúrgico. En esta fase la asistencia de enfermería deja de ser la preparación del paciente para la experiencia operatoria y pasa a la protección, la defensa y una mayor atención, debido a la mayor dependencia del enfermo durante este período. El objetivo general de la asistencia de enfermería es identificar, planear y proporcionar una asistencia que cubra las necesidades específicas de cada paciente, facilitar que la intervención quirúrgica transcurra sin incidencias y proteger al paciente de las posibles lesiones.

El área quirúrgica es un ambiente único y diferente a cualquier otro del hospital o de la clínica. Cuando el paciente llega al quirófano, en éste ya se encuentra el equipo de profesionales que van a participar en la intervención. El cirujano y sus ayudantes, el anestesta y el personal de enfermería deben funcionar armoniosamente para proporcionar al paciente un ambiente seguro, cómodo y terapéutico, ya que éste depende por completo del equipo para su bienestar y seguridad.

Actividades que realizará el personal de enfermería durante esta fase:

- ☒ Identificar al paciente y comprobar sus datos.
- ☒ Verificar la localización de la intervención.
- ☒ Verificar el consentimiento informado y la técnica, así como las pruebas diagnósticas necesarias.
- ☒ Colocar al paciente según los procedimientos fisiológicos y técnica quirúrgica a realizar.
- ☒ Seguir las normas de asepsia.

☒ Comprobar el equipo y material adecuados, así como su correcto funcionamiento.

☒ Proveer las medidas de comodidad y la asistencia general al paciente.

☒ Monitorización y seguridad ambientales.

☒ Monitorización psicológica y fisiológica del paciente.

Tras todo ello se procederá a la administración de la ANESTESIA.

La anestesia o ausencia de dolor puede realizarse de forma general, regional o como asistencia monitorizada.

Durante este proceso el papel que desempeña el personal de enfermería es colaborar con el anestesiólogo y asistirlo durante las fases de preparación, inducción, mantenimiento y recuperación de la anestesia. Anticipar y proveer equipo y suministros para los procedimientos anestésicos de rutina y de urgencia. Ayudar al paciente a mantener una vía aérea permeable. Evaluar y vigilar al paciente. Ayudar durante la transferencia del paciente y su colocación, antes y después de la cirugía. Ser apoyo del paciente, en especial mientras se encuentra bajo anestesia. Monitorización mínima a la llegada del paciente (pulsímetro, electrocardiograma y tensión arterial).

Comprobada la correcta anestesia del paciente se procederá al comienzo de la INTERVENCIÓN QUIRURGICA.

En la que tanto la enfermera circulante como la enfermera instrumentista (aquella que lleva a cabo la labor directa con el cirujano dentro del campo estéril al entregarle los instrumentos, paquetes y otros componentes necesarios durante el procedimiento quirúrgico) desempeñan el papel de verificar y asegurar que toda la instrumentación estéril y suministros quirúrgicos apropiados se encuentren disponibles y funcionales antes de que empiece la cirugía.

☒ POSTOPERARIO

El objetivo de la atención postoperatoria es favorecer la recuperación y evitar posibles complicaciones derivadas de la intervención, anticipándose a ellas para establecer un tratamiento adecuado. Mantener un buen cuidado de las heridas, drenajes, catéteres y demás dispositivos externos, así como un buen control del dolor, de la dieta y del reposo, son fundamentales para una evolución postoperatoria favorable. El objetivo final es proporcionar al niño y sus familiares los cuidados y conocimientos necesarios para ayudarlo a la recuperación física y psicológica tras la intervención quirúrgica.

☒ POSTOPERATORIO INMEDIATO

En esta fase los cuidados enfermeros se centraran en: o Control de las constantes vitales o Asegurar la vía aérea permeable y una oxigenación adecuada: Vigilar posibles obstrucciones de la vía aérea y espasmos laríngeos que se pueden pre-

sentar tras cirugías pediátricas. o Fluidoterapia hasta tolerancia o Control del dolor: el dolor postoperatorio es uno de los problemas más frecuentes o Control de náuseas y vómitos

☒ POSTOPERATORIO MEDIATO

En esta fase la asistencia enfermera irá enfocada al: o Cura de la herida quirúrgica o Control de catéteres, sondas y drenajes o Asegurar la correcta colocación de vendajes, escayolas y férulas o Control del dolor

5 Discusión-Conclusión

Conocer las fases a las que se someterá a un paciente durante una intervención quirúrgica servirá para conocer la complejidad de dicho proceso, y más cuando hablamos de un paciente pediátrico.

Saber los procedimientos y cuidados que realiza el personal de enfermería en cada una de sus partes, es fundamental e imprescindible para evitar las posibles complicaciones durante todas las fases de este proceso.

Una buena realización de todos los cuidados evitara muchas eventualidades innecesarias.

Conocer los aspectos más importantes que pueden afectar negativamente en la seguridad del paciente y evitarlos, es fundamental para que todo salga según lo esperado.

6 Bibliografía

1. Butcher H, Bulechek G, Dochtermaan J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed.: Elsevier; 2018.
2. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed.: Elsevier; 2018.
3. Blasco MR. Capítulo 8. Atención de Enfermería al paciente durante el proceso quirúrgico. En: Bellés LB, editor. Enfermería médico-quirúrgica: generalidades. Barcelona (España): Masson; 2003. p. 103-153. <https://ajibarra.org/D/post/capitulocuidadosdepacientespediatri-1/>
4. Olsen, B., González, G. (2009). Urgencias en traumatología: fracturas frecuentes en niños. Anales de Pediatría Continuada, 7(3), 177-181. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-urgenciastraumatologia-fracturas-frecuentes-ninos-S1696281809711242>

5. Roman Taquiri, S. D. (2017). Cuidados de enfermería a pacientes quirúrgicos, área de cirugía pediátrica. Recuperado de <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4684/roman%20taquiri%20enfermeria%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Pozuelo S. Capítulo 2: Enfermería en el quirófano. En: Enfermería de quirófano: Conceptos fundamentales. Toray S.A: ed. Barcelona (España): Litofisán; 1988. p. 9-33.

Capítulo 467

CUIDADOS SANITARIOS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS.

MARÍA ADORACIÓN SERRANO MARTÍNEZ

DIANA HERNAIZ MOLINA

MARIA PARDO BURGOS

BEATRIZ SERRANO MARTÍNEZ

NURIA GUTIÉRREZ AYAD

1 Introducción

Una traqueostomía es la apertura quirúrgica de la tráquea con el objetivo de mantener la vía aérea permeable y segura. Forma una vía respiratoria para las personas que no pueden respirar por sí mismas, que no pueden respirar bien, o que tienen una obstrucción que afecta su respiración.

Es una técnica quirúrgica que permite la comunicación directa de la tráquea y de las vías respiratorias bajas con el exterior, a través de un orificio que se denomina ESTOMA. Este orificio va a permitir la colocación de una cánula, la cual, al mantenerla fijada alrededor del cuello del paciente, permitirá el paso del aire y/o conexión a equipos de ventilación mecánica, si fuese necesario.

El cambio de la cánula requiere de un conocimiento experto y especializado, así como de los cuidados necesarios para un buen funcionamiento.

Existen varios tipos de cánulas, y la elección de una u otra dependerá de las funciones que vayan a desempeñar.

Los tipos de cánulas pueden ser:

Metálicas. Suelen ser las de manejo habitual. No permiten conectar ventilación mecánica.

Las cánulas de PVC. Se utilizan sobre todo en quirófano y UCI. Permiten conectar al paciente a ventilación mecánica. Existen con y sin balón.

Y pueden ser fenestradas o no fenestradas.

2 Objetivos

Conocer los cuidados enfermeros más importantes en pacientes portadores de una traqueostomía. El personal de enfermería debe conocer el procedimiento, sus ventajas, inconvenientes, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones, para poder actuar de forma adecuada y coordinada con el resto del equipo y dar respuesta a las necesidades del paciente en cada momento.

Los cuidados de Enfermería en este tipo de pacientes, son fundamentales y además desarrollan una labor educativa tanto en el propio paciente como en el cuidador, proporcionando conocimientos necesarios para desarrollar la autonomía de este.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en Google Académico, Dialnet, Cuiden, medintensiva.org, msdmanuales.com, Scielo y Biblioteca Nacional de Salud. Consultando en artículos y protocolos hospitalarios. Con una búsqueda sistemática sobre traqueotomía, cuidados de enfermería y tipo de cánulas.

4 Resultados

En las unidades de cuidados intensivos debido principalmente a la prolongación de la ventilación mecánica, la traqueotomía es uno de los procesos quirúrgicos más comunes. Es importante para el personal de Enfermería tener conocimiento sobre los cuidados y las complicaciones en este tipo de paciente, tanto cuando están ingresados en esas unidades especiales, como cuando son trasladados a planta o incluso a su domicilio si consiste en una traqueostomía permanente.

Tipos de procedimientos:

- Una traqueostomía temporal se podría usar cuando hay una obstrucción o una lesión en la tráquea. También se puede usar cuando una persona necesita un respirador (ventilador), como en el caso de pulmonía grave, un ataque cardíaco mayor o un accidente cerebrovascular.
- Una traqueostomía permanente se podría necesitar cuando es necesario extirpar parte de la tráquea debido a una enfermedad como el cáncer.
- La laringectomía es una intervención quirúrgica para extirpar una parte o la totalidad de la laringe. o Una laringectomía total implica la eliminación completa de la laringe.

Tras ella el paciente deberá adaptar una nueva forma de hablar y respirar. La ostomía será permanente. o Laringectomía parcial es la técnica quirúrgica por la cual se reseca parte de la laringe, pero no su totalidad.

Está indicada en el cáncer de laringe en estadios tempranos. El objetivo del cirujano es resecar el tumor y a la vez poder conservar las funciones vitales de la laringe, es decir respirar, tragar y hablar La mayoría de las veces requiere de la confección de una traqueostomía de forma temporal o permanente.

Durante un procedimiento de traqueostomía se hace una abertura en la tráquea. Entonces se inserta un tubo (cánula) en la tráquea a través de la abertura. La persona respira a través de la cánula.

Partes de una cánula:

- Cánula externa o cánula madre: es la parte que comunica la tráquea con el exterior, su parte más extrema está provista de unas aletas con orificios de sujeción al cuello (aquí se puede leer: la marca, el número del tamaño de la cánula, el diámetro y la longitud). El extremo distal acaba en un extremo romo para evitar dañar la tráquea.
- Cánula interna o camisa interna: tubo hueco que se coloca en el interior de la cánula externa para asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Es muy útil para evitar oclusiones y permitir cambios de cánula en situaciones de exceso de secreciones o tapones de moco.
- Balón: es un globo suave de baja presión y gran volumen que rodea el extremo de la cánula externa (se comunica con otro globo exterior de control); al ser llenado de aire, sella la cavidad interna de la tráquea. Se usa en pacientes que necesitan soporte ventilatorio o para ayudar a evitar la broncoaspiración.
- Fiador o guía: a la hora de colocar la cánula, sobre todo en las primeras ocasiones y si se presentan problemas de recanalización, es conveniente que la cánula externa lleve en su interior el fiador o guía. Al ser su extremo distal redondeado y romo, permite la mejor introducción y recanalización del estoma por la cánula. Una vez insertados, se retira el fiador y se coloca la cánula interna.

Tipos de cánulas: Según material y forma

☒ Metálicas. Suelen ser las de manejo habitual. No permiten conectar ventilación mecánica.

☒ PVC. Se utilizan sobre todo en quirófano y UCI. Existen con y sin balón.

☒ Fenestradas. Presentan orificios que permiten el paso del aire hacia la laringe permitiendo el habla.

☒ No fenestradas. Se usarán en laringectomizados totales.

CUIDADOS DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

El primer cambio de la cánula se realiza siempre en el hospital por las precauciones a tener en cuenta en un estoma recién realizada. El primer cambio de cánula va a depender del tipo de intervención realizada.

La realización de estos cuidados es llevada a cabo por la enfermera y la auxiliar de enfermería ya que la técnica se realiza con mayor seguridad entre dos personas.

- Cambio de cánula interna:

Se recomienda el cambio de cánula interna al menos tres veces al día o cuantas veces sea necesario.

Una vez realizada la higiene de manos colocarse los guantes estériles, retirar la fuente de oxígeno y la cánula interna en sentido contrario a las agujas del reloj, sujetando las aletas de la cánula madre para evitar su movilización. Después, colocar otra cánula limpia realizando un giro inverso hacia la derecha y conectar de nuevo el sistema de oxígeno.

La cánula interna sucia se puede lavar con agua caliente y jabón neutro utilizando un cepillo que viene dentro del kit de la cánula. Hay que dejarla secar al aire y después guardarla en un lugar limpio y seco para su próximo uso.

- Cambio de cánula externa:

El cambio de cánula externa vendrá determinado por el protocolo de la unidad de cada hospital, por indicación médica o por el tipo de material de la cánula (plata, silicona o PVC).

En el caso de traqueotomías quirúrgicas no se recomienda cambiar la cánula durante las primeras 72 horas. Sin embargo, en las traqueotomías percutáneas es recomendable realizar el primer cambio de traqueostomía en los primeros 7 a 14 días desde su realización para que el estoma esté cicatrizado. Está contraindicado realizar el cambio entre el tercer y quinto día.

Este procedimiento se debe realizar entre dos personas expertas en el manejo de traqueostomías para, si hubiese alguna complicación, poder actuar de manera precoz.

Previo a la intervención, tendremos todo el material necesario preparado, así como una traqueostomía del mismo número del paciente y otra de un número

inferior. Además, se comprobará que el globo de la cánula está íntegro y que el fiador se coloca y extrae fácilmente.

- Aspiración de secreciones:

La aspiración de secreciones es una técnica de vital importancia para el paciente ya que permite mantener la vía aérea permeable. Sin embargo, no es una técnica que se deba realizar sistemáticamente ya que aspirar de manera frecuente puede producir irritación en la mucosa traqueal, pudiendo ocasionar traqueítis e incluso pequeñas hemorragias. La técnica consiste en no aspirar más allá de la longitud de la cánula para evitar dañar la mucosa traqueal.

Para ello se tienen que seguir los siguientes pasos:

- ☒ Realizar el lavado o la higiene de manos.
- ☒ Colocar al paciente en posición fowler o semifowler.
- ☒ Colocar guantes estériles.
- ☒ Conectar la sonda al aspirador.
- ☒ Introducir la sonda de un solo uso sin sobrepasar la longitud de la cánula y sin aspirar.
- ☒ Retirar la sonda aspirando de manera intermitente y con un movimiento rotatorio para que abarque toda la pared de la cánula.
- ☒ La técnica debe ser breve (no más de 10 segundos ni más de 3 veces). Entre una aspiración y otra se debe esperar al menos 30 segundos o si fuera necesario subir el caudal de oxígeno.
- ☒ Deberemos registrar las características de las secreciones.

- Control y cuidados del estoma:

El estoma requiere un cuidado aséptico ya que puede ser foco de infecciones. Para prevenirlo realizaremos curas diarias del estoma con suero fisiológico y solución antiséptica como la clorhexidina acuosa. Se secará minuciosamente para evitar la maceración de la zona y se protegerá con un apósito para proteger la piel y que la cánula no se apoye sobre ella.

Se puede colocar un apósito de celulosa el cual tiene dos caras: una de celulosa que está en contacto con la piel y otra impermeable para que las secreciones no lo traspasen. Es importante evitar el uso de gasas cortada ya que los hilos se pueden soltar e introducir accidentalmente dentro de la vía aérea.

La cinta de sujeción se cambiará cada vez que se moje o esté sucia. No es necesario que esté demasiado apretada pues puede ser incómoda para el paciente. Tomaremos como medida de referencia que se pueda introducir un dedo entre el cuello y la cinta.

- Humidificación:

La realización de la traqueotomía disminuye algunas de las funciones propias del aparato respiratorio, como pueden ser la humidificación y acondicionamiento del aire inspirado. Por ello, muchos pacientes presentan secreciones espesas, por lo que se tiene que humidificar el ambiente.

Es fundamental aumentar la humedad en las vías respiratorias asegurando un buen aporte de líquidos y el uso de humidificador ambiental

- Decanulación

Consiste en la retirada progresiva de la cánula. Debe realizarse lo antes posible, una vez aseguremos que el paciente es capaz de ventilar por sí mismo.

COMPLICACIONES

☒ Tapón mucoso: Es la complicación más frecuente. Debemos de animar al paciente para que expulse por sí mismo las secreciones, cuando esto no es posible, se debe aspirar una vez por turno y conforme las necesidades de este.

☒ PCR (Parada Cardiorrespiratoria): En caso de parada cardiorrespiratoria (PCR) si el paciente porta una cánula metálica, habrá que cambiarla a una de plástico o bien introducir un tubo endotraqueal a través del traqueostoma, para facilitar la ventilación.

☒ Obstrucción del estoma: Ocurre cuando se demora el cambio de cánula. Es importante tener la cánula montada y preparada en cada cambio. Si es imposible meter la cánula, se intentará con una de menor tamaño.

☒ Traqueítis: Se puede paliar con correcta hidratación y humidificación de la zona.

☒ Hemorragia: Colocar una cánula de plástico con balón e inflarlo, aspirar de manera continua si es necesario y no dejar al paciente solo.

☒ Falsas vías: Se aprecia por el desplazamiento de la cánula respecto a la línea media, además de aparición de disnea o persistencia de voz aun con la cánula no ocluida.

☒ Disfagia o contenido digestivo: Aspirar el mismo y colocar una cánula con el balón inflado. Será preciso descartar fistula esofagotraqueal.

☒ Enfisema subcutáneo: Complicación postoperatoria temprana. Más frecuente con cánulas sin balón o cuando el inflado de este es insuficiente.

5 Discusión-Conclusión

Debido a una elevada incidencia de pacientes traqueostomizados, en el ámbito hospitalarios como domiciliario, se requiere un adecuado conocimiento del manejo de este tipo de pacientes (precisen o no soporte ventilatorio), por parte del equipo de enfermería.

Es importante conocer todos los cuidados, prácticas y procedimientos para garantizar unos cuidados de calidad y seguros para el paciente. Los cuidados de la traqueotomía impactan considerablemente en el desenlace de estos pacientes. El papel que realiza Enfermería en estos cuidados es fundamental, tanto para la calidad de vida del paciente como para el alcance de su autonomía. Así como ser conscientes del rol que desempeñan en la identificación y el manejo de las complicaciones para proteger la salud del mismo.

6 Bibliografía

1. Peláez-Palacios MS y Feroso-Palmero MJ. Investigación bibliográfica sobre cuidados de enfermería y seguridad en el paciente con traqueotomía. *Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja*. 2014 Abr. 5 (7): 55-65
2. Che-Morales JL; Díaz-Landero P; Cortés-Tellés A. Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumol Cir Torax*. Oct – Dic 2014. 73 (4): 254-262.
3. García-Casillas Sánchez MA. Protocolo de cuidados de traqueotomía. Hospital Infantil Gregorio Marañón, Madrid.
4. Ramos Girona MR, Torner Hernandez I, Onrubia Fuertes X. Protocolo de cuidados de Enfermería al paciente crítico con traqueotomía. *Enfermería Integral*. 2010; 90.
5. Caravaca García A. Manual de manejo de la traqueotomía para sanitarios y pacientes. 1ª ed. Albacete: LiberLIBRO. com; 2014.
6. Bobillo-De Lamo, F; Benito-Orejas JI; Martínez-Díez C; De Juana-Morondo MS. Cuidados del paciente traqueotomizado. *Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja*. 2013. 4 (Supl.4): S1-18
7. Guía de cuidados al alta para pacientes con traqueotomía. Consulta de Enfermería de Laringectomizados y Traqueotomizados (CELT). Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (Murcia)

Capítulo 468

LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS EN EL PACIENTE CRÍTICO

MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS

MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO

SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU

1 Introducción

El Traslado intrahospitalario se define como del traslado del paciente a otro servicio de manera puntual y momentánea para realizar una prueba diagnóstica o de intervención, en el interior de las instalaciones del hospital donde se encuentre ingresado el paciente.

Pese al desarrollo tecnológico actual, hay un gran número de procedimientos diagnósticos imposibles de realizar dentro de la unidad porque no llegan hasta la propia cama del paciente, lo que implica la salida de los pacientes críticos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el servicio de Urgencias, en el Quirófano hasta la Unidad de Cuidados Intensivos; y este proceder involucra a los encargados de ejecutar esta práctica, haciéndolo de manera fiable y segura, reduciendo la incidencia de elementos adversos.

Sin embargo, la incorporación de nuevas tecnologías, materiales y aparataje, hacen que el traslado intrahospitalario se convierta progresivamente en un pro-

cedimiento más seguro y con menor repercusión para el paciente debido a los beneficios que se obtienen.

Cada vez es más frecuente encontrar estos traslados integrados como una práctica habitual en la actuación de las Unidad de Cuidados Intensivos.

Previamente a cada movilización se realiza una valoración riesgo/beneficio para prevenir posibles alteraciones en la situación del paciente.

El celador, junto con el personal sanitario, se encargará de trasladar al paciente extremando al máximo su seguridad

2 Objetivos

Conocer el esquema de actuación del transporte intrahospitalario del paciente crítico con la máxima seguridad desde la unidad de cuidados intensivos a cualquier otro área dentro del hospital.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la información publicada tanto impresa como online sobre el transporte intrahospitalario del paciente crítico. Se consultaron las bases de datos Dialnet, Pubmed, y Medline utilizando palabras clave como descriptores.

Palabras Clave: Paciente crítico, Traslado, Traslado intrahospitalario, Celador.

4 Resultados

El transporte de un paciente en estado crítico dentro del propio hospital donde recibe asistencia debe ajustarse a los criterios de actuación que protejan la seguridad del paciente y pongan de manifiesto las medidas que permiten anticipar los posibles riesgos. Lo que siempre se debe tener en cuenta es que el beneficio a obtener con el traslado siempre es superior al riesgo.

La movilización intrahospitalaria del enfermo grave, tiene varios trayectos posibles:

- Traslado desde Urgencias, Quirófano o habitación de planta a la Unidad de Cuidados Intensivos. Es un traslado de un solo trayecto.
- Traslado desde la Unidad de Cuidados Intensivos a Quirófano, con retorno. Responde a la necesidad del paciente grave de recibir tratamiento quirúrgico.

- Traslado desde la Unidad de Cuidados Intensivos a un área del hospital para la realización de pruebas diagnósticas. Es un traslado de ida y vuelta
- Traslado de la Unidad de Cuidados Intensivos a planta. Es una movilización asociada a la mejoría del paciente, y es en un solo sentido.

Las Fases del transporte son:

- 1.- Preparación. Se valora el estado del paciente y se sopesa el riesgo que se corre frente al beneficio que se obtiene. En esta fase se tratará de minimizar los posibles riesgos y garantizar la continuidad de los cuidados. Aquí se determinará el personal y el material que se necesitan. Además se coordinará con el lugar de destino para que esté preparado para recibir al paciente cuando llegue.
- 2.- Transporte. Se mantendrán los niveles de motorización semejantes a los recibidos dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos para evitar posibles complicaciones. En esta fase se deben controlar las situaciones de emergencia que se pueden producir.
- 3.- Regreso y estabilización. En esta fase se restablecen las medidas terapéuticas y los equipos de los que se prescindió durante el traslado, y se registrarán las incidencias que hubiesen ocurrido durante el transporte.

El celador tiene a su cargo el traslado de pacientes dentro del centro hospitalario. Seguirá las recomendaciones del personal sanitario y verificará que todos los componentes (sondas, bala de oxígeno, sueros, etc.) estén en lugar adecuado para asegurar que no entorpecen el traslado. Comprobará que el paciente está bien acomodado y que las barandillas de seguridad están subidas.

5 Discusión-Conclusión

El transporte intrahospitalario es una práctica habitual en las Unidades de Críticos, sobre todo para la realización de pruebas diagnósticas que no llegan a la cama del paciente, por lo que sería recomendable elaborar un protocolo que unifique criterios mejorando la seguridad y eficacia de estos traslados.

El riesgo en el traslado del paciente grave está avalado por los riesgos/beneficios que representa dicho traslado. Es una movilización encaminada a conseguir la mejoría del paciente.

La realización del transporte por un equipo cualificado y entrenado reducirá el nivel de incidencia y eventos adversos.

El criterio unificado, la comunicación fluida y la movilización correcta implica que el traslado sea seguro.

6 Bibliografía

Bases de Datos Dialnet, Pubmed y Medline

Transporte intrahospitalario del paciente crítico. Complejo hospitalario universitario Albacete. (Torralba Melero)

R. Valero Reig, A. Muncharaz Berenguer, E. Bisbal Andrés, R. Abizanda Campos, R. Carregui Tuson, E.E. Pesqueira Alonso. Transporte intrahospitalario del paciente crítico.

Capítulo 469

MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA PARDO BURGOS

NURIA GUTIÉRREZ AYAD

PATRICIA MARTÍNEZ PORTERO

CRISTINA PINEDA GONZALEZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología con gran prevalencia en los países desarrollados la cual requiere grandes cuidados especializados, que con el paso del tiempo van aumentando tanto en cantidad como complejidad. Los periodos de exacerbación junto con el aumento de comorbilidades asociadas hacen que esta enfermedad sea de difícil control y con una necesidad elevada cantidad de cuidados.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las enfermedades más frecuentes que causa dificultad para respirar.

En España se calcula que 2,5 millones de personas la padecen, aunque más de la mitad no están diagnosticadas y puede ser mortal. A nivel mundial, y de acuerdo

con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos. En España, el número de afectados ha aumentado de los 2,1 millones de 2007 a los 2,9 de 2015, según el estudio EPI-SCAN (del inglés The Epidemiologic Study of COPD in Spain).

Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco (esputo) y sibilancias.

La causa principal de la EPOC es el tabaquismo. Cuanto más fume una persona, mayor probabilidad tendrá de desarrollar EPOC. Pero algunas personas fuman por años y nunca padecen esta enfermedad.

El caso clínico que describimos a continuación pone de manifiesto la dificultad de manejo de esta enfermedad asociada a un postoperatorio de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos tras detección de una neoplasia en colon transversal y derecho y su posterior salida de Quirófano.

2 Objetivos

- Exponer el control del paciente EPOC tras cirugía de extirpación de adenocarcinoma de colon.
- Dar a conocer el manejo del paciente en UCI del paciente EPOC tras cirugía de extirpación de adenocarcinoma de colon.

3 Caso clínico

Mujer de 55 años con antecedentes personales de:

- Alergia al Monurol.
- Hábitos tóxicos: tabaquismo activo de 1-1.5 paquetes/día.
- Obesidad.
- AOS en tratamiento con BIPAP en 2017, con mala adaptación a la misma por lo que se retiró. Reintroducida durante último ingreso en septiembre de 2022.
- EPOC grave tipo enfisema con insuficiencia respiratoria global crónica en tratamiento con OCD. Último ingreso en septiembre de 2022 por reagudización.
- TEP en 2021 anticoagulada con Sintrom. En tratamiento con Enoxaparina.
- Neoplasia de colon de tipo adenocarcinoma endocríneo que afecta a un segmento de 11cm en colon transversal en ángulo con adenopatías en meso correspondiente, pendiente de cirugía.

- En colon derecho, cercano a válvula ileocecal, se identifica aumento de partes blandas nodular de 3 cm, a descartar pólipo o tumor sincrónico.
- Anemia microcítica hipocrómica por pérdidas digestivas en contexto de neoplasia que precisó TRF hematíes y suspensión de anticoagulación crónica con Sintrom.
- Incidentaloma suprarrenal en estudio.
- Sordera congénita.
- Colectectomizada 2010
- Hemitiroidectomía dcha 2010.
- Situación basal: trabajadora en una tienda de alimentación. Mal control neurológico (no acude a las citas).

Acude a urgencias por fiebre $>38^{\circ}$ y malestar general de un día de evolución asociado a dolor abdominal, sin otra clínica significativa de interés. A la exploración en urgencias se objetiva dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo con masa dolorosa en esa zona y en analítica destaca PCR DE 280 y PCT de 0.77. Ante la sospecha de proceso infeccioso abdominal inician antibioterapia empírica y se solicita valoración por parte de Cirugía General y se solicita TAC abdominal donde se objetiva neoplasia de colon en ángulo esplénico ya conocida con necrosis transmural complicada con perforación con gas ectópico peritoneal y ramas portales, múltiples adenopatías patológicas peritumor y en retroperitoneo, probable infiltración de intestino delgado adyacente y metástasis hepática, por lo que se decide cirugía urgente.

Pasa a quirófano con regular estado general, fiebre mantenida de 39°C , saturaciones en torno a 90% con gafas nasales a 4 litros. Se objetiva tumoración de 4 cm aproximadamente en ciego y otra de aproximadamente 15 cm de longitud de colon transverso con necrosis grasa adyacente y perforación contenida hacia mesenterio. Se realiza colectomía subtotal con sección a nivel de sigma proximal y se realiza anastomosis ileosigmoidea lateral-lateral y se deja Penrose izquierdo retroanastomótico. Durante la cirugía se lesiona el hígado, por lo que se realiza hemostasia sobre el borde hepático con electrocoagulación y se deja un drenaje derecho hacia subhepático derecho. Desde el punto de vista anestésico se realiza intubación orotraqueal con MacCoy y BURP (Cormack II). Se administran 2000 cc de cristaloides y 1U de plasma fresco congelado.

Exploración a su ingreso en UCI: bajo los efectos de sedoanalgesia IOT conectada a VM. Sondaje vesical y nasogástrico. Tendencia a la hipotensión 92/55 mm Hg, FC 103 lpm, Saturación de Oxígeno con FIO2 50% de 95%. RASS -5, pupilas medias isocóricas y normorreactivas.

Auscultación cardiopulmonar: tonos cardíacos sin soplos ni rones.

Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible. Apósito de laparotomía limpio. Drenaje Penrose izquierdo con escaso débito hemático. Derecho con escaso débito hemático.

Miembros inferiores: no edema ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales ausentes. Femorales presentes.

PROBLEMAS/DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PATRÓN I- PERCEPCIÓN DE SALUD

00078. GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD

00004. RIESGO DE INFECCIÓN

PATRÓN II- NUTRICIONAL-METABÓLICO

00247. RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

PATRÓN IV-ACTIVIDAD-EJERCICIO

00113. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

00031. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

00030. DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES

00032. PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

DIAGNÓSTICO:

00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD

FACTORES RELACIÓN/RIESGO

Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico:

Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para en tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

NOC:

1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO

INDICADORES:

160103 Realiza el régimen terapéutico, según lo prescrito.

160104 Acepta el diagnóstico

NIC:

5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO

ACTIVIDADES:

- Explicar el procedimiento/tratamiento
- Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda.
- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.

DIAGNÓSTICO:

00247 RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

FACTORES RELACIÓN/RIESGO

Higiene oral inadecuada.

Infección.

Vulnerable a una lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer la salud.

NOC:

1100 SALUD ORAL

INDICADORES:

110022 Lesiones en la mucosa oral

NIC:

1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

ACTIVIDADES:

- Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos.
- Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.
- Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.

DIAGNÓSTICO:

00103 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

FACTORES RELACIÓN/RIESGO

Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.

Reposo en cama

Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

NOC:

0005 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

INDICADORES:

501 Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad

508 Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad

0313 NIVEL DE AUTOCUIDADO

INDICADORES:

31307 Se asea de manera independiente

NIC:

5612 Enseñanza: ejercicio prescrito

ACTIVIDADES:

- Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia al ejercicio.
- Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correctas, según corresponda.

1800 Ayuda al autocuidado

ACTIVIDADES:

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.

DIAGNÓSTICO:

00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

FACTORES RELACIÓN/RIESGO

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Mucosidad excesiva.

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

NOC:

410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

INDICADORES:

41004 Frecuencia respiratoria

41007 Ruidos respiratorios patológicos

41012 Capacidad de eliminar secreciones

NIC:

2311 Administración de medicación: inhalatoria

ACTIVIDADES:

- Ayudar al paciente a utilizar el inhalador, según este prescrito.
- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

3230 Fisioterapia torácica

ACTIVIDADES:

- Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento (p.ej., pulsioximetría, signos vitales y nivel de comodidad referido)
- Animar al paciente a que tosa durante y después del procedimiento.

DIAGNÓSTICO:

00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

FACTORES RELACIÓN/RIESGO

Fatiga de los músculos respiratorios.

Ansiedad.

Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

NOC:

415 Estado respiratorio

INDICADORES:

41508 Saturación de oxígeno

41510 Uso de músculos accesorios

41514 Disnea de reposo

41515 Disnea de pequeños esfuerzos

NIC:

3350 Monitorización respiratoria

ACTIVIDADES:

- Vigilar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.
- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, la utilización de los músculos accesorios y las retracciones de los músculos intercostales y supraclaviculares.

5820 Disminución de la ansiedad

ACTIVIDADES:

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

DIAGNÓSTICO:

00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES

FACTORES RELACIÓN/RIESGO

Desequilibrio en la ventilación-perfusión

Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar.

NOC:

402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso

INDICADORES:

40206 Cianosis

40207 Somnolencia

40216 Deterioro cognitivo

NIC:

3320 Oxigenoterapia

ACTIVIDADES:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro y gasometría arterial), según corresponda.
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por la absorción.

3140 Manejo de la vía aérea

ACTIVIDADES:

- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.

- Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

COMPLICACIÓN:

Infección respiratoria:

NIC:

6650 Vigilancia:

ACTIVIDADES:

- Recuperar e interpretar los datos de laboratorio.
- Ponerse en contacto con el médico, según corresponda.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.

6680 Monitorización de los signos vitales

ACTIVIDADES:

- Monitorizar la presión arterial, el pulso, la temperatura y el estado respiratorio, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría)
- Monitorizar la pulsioximetría.

ACTIVIDADES:

- Observar si hay crisis asmáticas.
- Controlar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de la respiración.
- Administrar medicación según proceda y/o según las normas y las pautas de procedimiento.

3140 Manejo de la vía aérea

ACTIVIDADES:

- Administrar broncodilatadores, según corresponda.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

4 Discusión-Conclusión

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un estrechamiento persistente (bloqueo u obstrucción) de las vías respiratorias causada por enfisema, bronquitis obstructiva crónica o ambas.

Los pacientes con EPOC grave tipo enfisema son un tipo de paciente muy prevalente en las Unidades de Cuidados Intensivos, y además sumados a un tipo de cirugía complicada suponen un gran reto para los profesionales que trabajan en estos servicios especializados, ya que corren el riesgo de ser candidatos a un destete prolongado de la ventilación mecánica, así como la posterior realización de traqueotomía.

Por ello es necesario tener un conocimiento esencial y fundamental de la enfermedad de base para poder afrontar el cuidado de dichos enfermos.

5 Bibliografía

- 1-“Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)”. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC//GPC_512_EPOC_Lain_Entr_compl.pdf
- 2-Manual Separ de Procedimientos 16: “Ventilación mecánica no Invasiva”. Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica, 2008. Disponible en: <https://www.separ.es/?q=node/191>
- 3- Luis Rodrigo MT, “Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica”. Octava edición. Elsevier Masson.
- 4- “NANDA International, Inc.” “DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificación 2015-2017”. Elsevier.
- 5- “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”. “Medición de Resultados en Salud”. Quinta edición. Elsevier. 6.- “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”. Sexta edición. . Elsevier.

Capítulo 470

EL PINCHE Y EL ACONDICIONAMIENTO DE LA CARNE DE AVE

LILIANA LOZANO HERRERO

ALMUDENA LOZANO HERRERO

JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN

1 Introducción

Cuando hablamos de carne de ave, venimos a referirnos a todos los animales volátiles, que se encuentran sanos, en sus distintas especies y clases, ya sean domésticas o silvestres, estos deben de estar autorizadas para la alimentación humana.

La carne de pollo es una de las carnes más saludables del mercado, es un alimento con gran densidad de nutrientes.

Las aves que son recepcionadas en la cocina de un hospital, no poseerán ningún hueso roto, ni herida, la piel de estas será de color rosa claro, músculos de consistencia firme y olor y sabor característicos.

Dentro de la carne de ave se distinguen una serie de clases de aves que son las siguientes:

- Gallo: es el macho de la gallina, su carne es utilizada en confit o en guisos.
- Gallina: es la hembra del pollo, su carne es utilizada para caldos o cocidos.
- Capón: es un macho joven, su carne tiene una grasa entreverada que le aporta un aroma y una ternura específica, este tipo de pollo es el utilizado para navidad.

-Pollo: es el más consumido y es el más económico.

-Pavo, pato, ganso, gallina de Guinea y paloma.

-Faisán, perdiz, codorniz, tórtola, zorzal.

Dentro de estas clases señalan distintos tipos comerciales, en los que van en atención al peso, edad, estado de la carne, etc.

2 Objetivos

Vamos a desarrollar de manera detallada como realiza el pinche de cocina el acondicionamiento de la carne de ave y los diferentes tipos de cortes y piezas 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.

4 Resultados

Todas las manipulaciones que le efectúe el pinche de cocina a la carne de ave serán llevadas con la mayor higiene y destreza sin que se ven afectados las características organolépticas ni que tampoco se produzcan contaminaciones bacterianas o de hogos, esto hace que se reduzca al mínimo las pérdidas del valor nutritivo.

Las aves se dividen en dos grandes bloques:

-De corral.

-Salvaje.

Las formas que se pueden adquirir la carne de ave son de las siguientes maneras:

-Enteras, sin el despojo de sus extremidades.

-Despojadas.

-En medios traseros y delanteros.

-En cuartos traseros y delanteros.

Se le realiza de la siguiente manera el acondicionamiento, para que posteriormente sea elaborada por los cocineros, para que pueda ser consumida por el paciente que se encuentra ingresado en las diferentes áreas de hospitalización:

- Lavado del ave entera con agua potable, esto hace que se eliminen los residuos, sustancias extrañas, y posibles manchas de sangre.

- Oreo natural o refrigerado durante un tiempo preciso hasta que las carnes adquieran la maduración necesaria.

- Troceado para separar cuellos, tarsos, alas y dividir el cuerpo del ave en mitades, cuartos o piezas.

Cortes y piezas de la carne de ave:

- Pechuga de pollo o cuarto delantero.

- Cuarto trasero o pierna.

- Suprema, es la carne que le corresponde al cuarto delantero, pero que no contiene hueso.

- Chuleta.

- Jamoncito.

- En cuartos.

- Muslos.

La carne de ave tiene una gran variedad de preparaciones que van desde el asado a la parrilla, conocido como barbacoa, asado al horno, frito, frito rebozado, guisado o para la elaboración de caldos o sopas.

También se pueden ver en carne picada, a partir de esta carne se utiliza para la elaboración de fiambres o hamburguesas.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia que el pinche de cocina sepa como se debe de acondicionar la carne de ave, ya que este tipo de aves, es muy consumida en las cocinas hospitalarias por su poca cantidad de grasas. El saber de manera adecuada los protocolos que han de seguir esto hace que los cocineros y el resto de personal de la cocina deposite su confianza en ellos, y no estén siempre explicando como se deben de acondicionar, no solo acondicionan la carne de pollo, sino que ellos mismo son los que se encargan de añadir al caldo los pollos para que le aporten el sabor al caldo.

6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Carne_de_pollo

Capítulo 471

GRUPOS ELECTROGENOS EN LOS HOSPITALES. EL PAPEL DEL ELECTRICISTA Y CALEFACTOR PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS MISMOS

ADRIAN GONZALEZ LASSO

1 Introducción

Un grupo electrógeno es una máquina que mediante un motor de combustión interna, es capaz de generar energía eléctrica. Estos equipos son utilizados para un posible déficit de electricidad o cuando se producen cortes eléctricos por motivos externos al centro y, por este motivo, es necesario instalar mediante los grupos electrógenos, un suministro complementario de reserva de energía (25% de carga) de acuerdo con el Artículo 10 del R.E.B.T y ITC-BT-28.

Un equipo electrógeno se mueve mediante un generador eléctrico a través de un motor de combustión interna. Los más usados, son los que el generador es accionado por un motor gasolina, gas o diésel. Es frecuente encontrar los motores de gas en los grupos electrógenos de pequeñas potencias y los motores diésel en los motores de potencia intermedia.

Los grupos electrógenos pueden llegar a funcionar entre 8 y 12 horas continuas, cuando se trata de equipos principales. Para su utilización en momentos puntuales (cuando hay un fallo eléctrico, como hemos dicho anteriormente) estos equipos tienen una vida útil de 2000 a 9000 horas.

Por la importancia de estos equipos, todos los centros públicos, deben disponer de alumbrado de emergencia y la capacidad de poder suministrar la potencia que se requiera en los servicios urgentes e indispensables.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer el manejo y funcionamiento de los grupos electrógenos en los centros hospitalarios, para garantizar el funcionamiento de la maquina sanitaria y no sanitaria del hospital y garantizas la seguridad y calidad del paciente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una consistente investigación, basada en la revisión bibliográfica sobre dicho tema.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos y libros, consultando principales bases de datos como Google académico, Pubmed o Scielo.

4 Resultados

Los grupos electrógenos han sido diseñados para compensar las interrupciones energéticas que puedan producirse, las cuales pueden producirse importantes daños o incluso donde la red eléctrica es insuficiente o no está disponible.

Los grupos electrógenos están formados por un motor de combustión, un generador, un comando motorizado y un control del generador. Son empleados para generar energía cuando falla la tensión de red. Estos pueden alimentar toda la instalación eléctrica del hospital, o solo una parte si fuese necesario.

Los grupos electrógenos pueden trabajar en los diferentes servicios hospitalarios generando:

- ☒ Como generador base, puede generar de forma continua durante 24h o incluso ininterrumpidamente.

- ☒ Intermitentemente en los servicios donde se necesita cubrir picos eléctricos o simplemente, contrapesar los consumos.

- ☒ Servicio de emergencia, que sería el caso de los hospitales, centros de salud, etc. En todos los espacios públicos donde exista la más mínima posibilidad de riesgos personales (hospitales) es recomendable la colocación de estos grupos electrógenos, a pesar de que la energía eléctrica se mantenga sin problemas general-

mente; también se aconseja la instalación de estos grupos en edificios de más de tres pisos, estadios deportivos, teatros... cualquier lugar donde haya una importancia social y económica y, que implique un consumo continuo eléctrico.

Además, los grupos electrógenos tienen diferentes modos de actuación:

- ☒ Operación continua a carga constante.
- ☒ Operación continua a carga variable.
- ☒ Operación limitada a carga constante
- ☒ Operación limitada en tiempo a carga variable.

Los Grupos Electrógenos deberán arrancar por las siguientes causas:

- ☒ Cuando hay un fallo total en la red eléctrica.
- ☒ Cuando hay un fallo de alguna de las fases o bajada/subida de tensión de Red por debajo/encima del valor ajustado en los detectores de tensión.

5 Discusión-Conclusión

Los grupos electrógenos han sido creados como un elemento de máxima necesidad y seguridad en grandes espacios, pero sobretodo hospitales, donde puede haber una insuficiencia eléctrica mientras se está produciendo una operación y donde la vida de paciente estaría en riesgo de no existir esta maquinaria.

Y, a pesar del punto de vista económico, podemos concluir que son equipos con un alto coste para el centro, pero son indispensables por lo comentado anteriormente, son vidas humanas las que están en juego, y priman muy por encima de cualquier costo económico.

Es importante reconocer el papel del personal de mantenimiento, el cual es el encargado de revisar periódicamente el buen funcionamiento de estas máquinas.

6 Bibliografía

1. Ruiz Ayala DL. (2012). Instalación Eléctrica De Un Complejo Hospitalario. <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/16835/PFC%20Daniel%20Ruiz%20Ayala.pdf>
2. Francisco, Marielys, Castro, Miguel, Costa, Ángel, Díaz, Raúl, Grupos electrógenos y calidad de la energía. Ingeniería Energética [Internet]. 2007;XXVIII(2):35-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=329127754006>
3. LUCAS VERA, LUIS A. (2018). ANÁLISIS DE TRANSFERENCIA DE ENERGÍA ELÉCTRICA PARA GRUPO ELECTRÓGENO DEL HOSPITAL BÁSICO TOSAGUA. (2018). <https://repositorio.uileam.edu.ec/handle/123456789/1683>

Capítulo 472

EL PINCHE Y LA COCINA CENTRALIZADA

ALMUDENA LOZANO HERRERO

JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN

LILIANA LOZANO HERRERO

1 Introducción

Cuando hablamos de cocina centralizada es la unidad donde se lleva a cabo el acondicionamiento, preparación y elaboración de las materias primas que posteriormente va a ser consumida por los pacientes que se encuentran ingresados en las diferentes áreas de hospitalización.

En la cocina se encuentran los pinches de cocina, son los encargados del acondicionamiento, limpieza, emplatado y distribución de las comidas por las diferentes áreas de hospitalización.

En dicha cocina se llevan a cabo una serie de etapas que vamos a mencionar a continuación:

- Recepción de las materias primas.
- Almacenamiento de las materias primas y su consumo.
- Preparación de las materias primas, que posteriormente van a ser consumidas.
- Elaboración.
- Emplatado.
- Distribución.

La cocina centralizada presenta unos tipos de ventajas:

- Máxima higiene: esto se consigue porque la manipulación de los alimentos solo se realiza en la cocina y solo lo realizan los pinches de cocina y los cocineros. Los alimentos salen emplatados ya de la cocina, y las bandejas salen cerradas.
- Mejor presentación: esto hace presentar los platos adecuadamente y que resulten más apetecibles para el paciente. Los sistemas de transporte que son utilizados por los pinches de cocina para llevarlos a las plantas de hospitalización deben de ser seguros para que estos no vuelcan llegando a mezclar los alimentos.
- Temperatura idónea del plato: la comida se pondrá en las bandejas que son térmicos y el carro que se utiliza para el transporte de la comida también es térmico para que tenga una temperatura idónea la comida.

2 Objetivos

Vamos a desarrollar cuáles las características que tiene una cocina centralizada, en la que trabajan los pinches de cocina, los cuales tiene que realizar limpieza en ciertas partes de ellas, este tipo de cocinas son los que se encuentran en la mayoría de los hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Vamos a desarrollar cuáles son las características que poseen dicha cocina:

- La cocina debe de estar alejada y aislada de cualquier foco de contaminación, ya que en ella se realiza el acondicionamiento, y la elaboración de las comidas.
- La ventilación puede ser artificial o natural, pero lo que siempre debe de tener es un sistema de renovación de aire, que debe de servir para la evacuación de humos y de vapores que son originados por la propia actividad de la cocina. El flujo del aire debe de ir de las zonas limpias a las zonas sucias.
- Distribución de equipos, esto debe de facilitar su limpieza y su desinfección.

- Las superficies deben estar recubiertas de materiales que sean inocuos, resistentes, lisos, que no poseen ningún tipo de poros, que no sean corrosivos, y que se puedan limpiar.
- Los suelos deben de ser antideslizantes, estos deben de tener inclinación hacia los sumideros para que el agua no se mantenga formando la aparición de balsas.
- La iluminación debe ser o bien natural o bien artificial, esta debe de contar con una protección de los dispositivos luminosos, esto es, para que en caso de rotura sean los alimentos contaminados.
- Los vestuarios del personal que trabaja en la cocina, se debe de situar en dependencias ajenas de donde se manipulen los alimentos.
- Se cuenta con una gran cantidad de lavamanos, estos llevarán un adiciónamiento de pie para facilitar el lavado de mano, y una vez que estén lavadas no se vuelvan a contaminar.
- La cocina hospitalaria posee los circuitos cortos, es decir, siempre se marcará un orden a seguir en cada una de las operaciones, eligiendo de cómo hacerlo por el camino más corto, mientras más corto menor es el riesgo de contaminación de los alimentos.
- Marcha hacia adelante: esto es un sistema de organización en el que todas las tareas que se realizan se deberán de hacer por orden y en el sentido en el que vayan avanzando a través de las distintas zonas de trabajo. Con esto se pretende evitar que los alimentos regresen hacia atrás según el punto de proceso o que se produzca contaminación de los alimentos, utensilios, evitando el daño al consumidor.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran avance que las cocinas de un hospital sean centralizadas, ya que antiguamente los pinches de cocina llevaban las comidas a las plantas, las cuales tenían un espacio destinado para tal fin en el que la comida tenía que ser servido por el personal sanitario de planta, esto causaba la contaminación de los alimentos. La figura del pinche de cocina cada vez es más importante, porque se le van asignando más funciones y de más complejidad, los cuales deben de conocer a la perfección cuáles son los protocolos que han de seguir dentro de la cocina de un hospital.

6 Bibliografía

<https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>

<https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-principio-de-la-marcha-adelante-la-secuencia-logica-del-trabajo-en-cocina>

Capítulo 473

LOS PINCHES DE COCINA Y LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN

LILIANA LOZANO HERRERO

ALMUDENA LOZANO HERRERO

1 Introducción

Dentro de la cocina hospitalaria, los pinches deben de conocer una amplia gama de EPI (Equipos de Protección Individual), un EPI es un equipo destinado a ser llevado o sujetado por parte de un trabajador, para que este lo proteja de uno de varios riesgos que puedan amenazar la salud o la seguridad.

Los EPI deben de utilizarse siempre y cuando existan riesgos para la seguridad o la salud del trabajador, que no hayan podido evitarse o limitarse suficiente por medios de protección colectiva o mediante medidas o procedimientos de organización del trabajo.

Los EPI proporcionan al trabajador una protección eficaz frente a los riesgos que motivan su uso, sin ocasionar riesgos adicionales ni molestias innecesarias. Con esto deberán:

- Responder a las condiciones que serán necesarias con respecto al lugar del trabajo.
- Se deben de tener en cuenta las condiciones anatómicas y fisiológicas y al estado de salud del pinche de cocina.

En caso de que un trabajador exija varios riesgos, se necesitara la utilización de varios equipos de protección individual, estos deben de ser compatibles entre sí y deben de mantener la eficacia en relación con el riesgo que lo produce.

No todos los equipos de protección individual valen para el trabajador, un EPI debe de reunir los requisitos establecidos por cualquier disposición legal o reglamentaria que les sea de aplicación, tanto en lo relativo a su diseño como en su fabricación.

2 Objetivos

Vamos a proceder al desarrollo de cuáles son los tipos de EPI que se encuentran, y cuáles son los que debe de disponer un pinche de cocina dentro de la cocina hospitalaria, para evitar que su vida corra peligro.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Vamos a desarrollar cuáles son los tipos de EPI que se encuentran:

*Protectores de cabeza: como bien indica su nombre son equipos que su propósito es la protección de la cabeza, dentro de ellos destacamos los siguientes:

- Cascos de seguridad.
- Cascos de protección frente a choques e impactos.
- Prendas de protección para la cabeza.
- Cascos de uso especiales.

*Protectores de oído: como bien indica su nombre son equipos que tiene como finalidad la protección del oído, dentro de ellos destacamos los siguientes:

- Tapones.
- Protectores auditivos desechables o reutilizables.
- Cascos antirruído.
- Protectores auditivos dependientes del nivel de ruido que se realice.

-Protectores auditivos con aparatos de intercomunicación.

*Protectores de los ojos y de la cara: como indica su nombre, son equipos que tienen como finalidad la protección de la cara y de los ojos, siendo estos utilizados por los pinches de cocina, dentro de la cocina hospitalaria:

-Gafas protectoras.

-Pantallas faciales.

*Protección de las vías respiratorias: estos equipos de protección, tiene como función la de proteger la vía aérea, siendo estos utilizados por los pinches de cocina, dentro de ellos encontramos los siguientes:

-Equipos filtrantes de partículas.

-Equipos filtrantes frente a gases y a vapores.

*Protectores de manos y brazos: estos equipos de protección, tienen como función la de proteger tanto las manos como los brazos, este tipo de protectores son utilizados por los pinches de cocina, dentro de estos encontramos los siguientes:

-Guantes contra las agresiones mecánicas.

-Guantes contra las agresiones químicas.

-Guantes contra las agresiones de origen térmico.

-Manoplas para el uso del horno.

*Protectores de pies y piernas: estos equipos de protección, tiene como función la de proteger tanto las piernas como los pies, estos tipos de protectores son utilizados por los pinches de cocina:

-Calzado de seguridad.

-Calzado de trabajo.

*Protectores de la piel: estos equipos de protección, tiene como función la de proteger en caso de que un pinche de cocina, durante su jornada laboral, se realice algún tipo de quemadura, mientras ejecuta la limpieza de los hornos, planchas, etc.:

-Cremas de protección y pomadas.

*Protectores de tronco y de abdomen: estos equipos de protección, tienen como función la de proteger tanto el tronco como el abdomen:

-Chalecos termógenos.

-Cinturones de sujeción del tronco.

5 Discusión-Conclusión

Que el pinche de cocina dentro de la cocina hospitalaria, pueda contar con la utilización de equipos de protección individual, es superimportante, ya que dependiendo de la tarea que vaya a realizar puede utilizar un equipo de protección

u otro. Estos equipos han de ponerse siempre, ya que estos evitan que se produzcan accidentes, o si se producen son de baja gravedad, puesto que en caso de que no se utilicen este tipo de equipos, el trabajador puede tener consecuencias muy graves para su salud como hasta ocasionarle la muerte. El pinche de cocina, en la parte que más riesgo corre: brazos, cara, pies y vías respiratorias.

6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Equipo_de_protecci%C3%B3n_individual
<https://uprl.unizar.es/epis/tipos-epis>

Capítulo 474

MODALIDADES CONTRACTUALES Y SEGURIDAD SOCIAL.

YESICA FERNANDEZ RUBIO

JOANA FERNÁNDEZ RUBIO

1 Introducción

La seguridad social es el conjunto o grupo de medidas adquiridas por el Estado para proteger a los ciudadanos de aquellas situaciones complejas que siempre estarán presentes en todos los aspectos de la vida y de forma repetitiva y persistente.

La regulación de la Seguridad Social la podemos ver en el artículo 41 de la Constitución Española y en el decreto legislativo 8/2015.

Esta engloba o agrupa una modalidad que contribuye al campo de los profesionales y de la financiación teniendo en cuenta todas las cotizaciones de cada uno de los afiliados y otro tipo de modalidad no contributiva con un campo que engloba lo universal y la financiación de aportaciones de los presupuestos generales del Estado.

Un contrato es un acuerdo legal, bien sea de manera oral u escrita que se establece entre dos personas, más de dos personas o menos de dos personas con una capacidad jurídica y su cumplimiento debe de ser de manera recíproca, es decir, por ambas partes para que se llegue a un acuerdo.

El contrato puede ser bilateral o unilateral.

En este se firma, una serie de derechos y obligaciones que deben de ser cumplidas por ambos lados llegando a un tipo de acuerdo.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo o proyecto de investigación, es saber y conocer algunos conocimientos sobre los contratos de trabajo.

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

Algunos métodos de interpretación de los contratos pueden variar teniendo en cuenta el código civil que haya impuesto.

Se pueden ver dos corrientes diferentes y dos métodos de interpretación.

Sin embargo, existen básicamente dos tendencias, dos métodos de interpretación: uno que ofrece analizar el texto (literalmente) y otro que ofrece encontrar la intención común de las partes, es decir, lo que el autor quiere decir. Varios autores entienden que la comprensión de la voluntad común de las partes es difícil y aumenta la discrecionalidad del juez. La teoría del subjetivismo.

Según esta teoría, el juez debe encontrar una solución en función de la intención de las partes en el momento del contrato. Por lo tanto, es trabajo del juez investigar estas intenciones.

El juez debe evaluar los datos objetivos obtenidos del acuerdo para conocer la intención común de las partes. Por ejemplo, el Código Civil de Francia y el Código Civil del Distrito Federal de México han adoptado esta opción.

Aquí se analizan las acciones, causas, hechos, requisitos y formas que deben recogerse de manera inmediata o continua para perfeccionar y ejecutar el contrato.

El contrato debe expresar claramente la voluntad de las partes que constituyen el acto jurídico. Si los contratantes expresan su voluntad en el momento de celebrar el contrato, se llama desde ese momento. Si la manifestación de voluntad se produce en tiempos diferentes, se dice entre ausentes. La distinción es importante para determinar el momento en que el contrato entra en vigor en la vida

jurídica del contratante. Un contrato entre los presentes entra en vigor con la promulgación del testamento al mismo tiempo, mientras que un contrato entre los presentes sólo entra en vigor cuando la última parte del acuerdo lo expresa.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, los cambios esbozados hasta ahora en el proceso regulatorio celebración de contratos (especialmente el cumplimiento de acuerdos mínimos, aunque sean incompletos.

Disposiciones sobre posibles efectos constitutivos de adopción de modificación) reflejan excepto

La ya mencionada devaluación de la autonomía del concesionario.

Legislación que promueve la existencia de contratos: dejarlo fuera como en Código XIX aislado, pero como eslabón de una cadena o serie de acciones posible extinción de la comunicación o de las relaciones entre las partes,

Pensándolo bien, es justo decir que estas nuevas reglas se incluyeron

El derecho consuetudinario de los contratos parece basarse en un principio hipotético: “in dubio pro contrato”.

6 Bibliografía

1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.

3.<https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 475

TRATAMIENTO Y ELIMINACIÓN DE DESECHOS DEL MEDIO HOSPITALARIO Y EL PINCHE DE COCINA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DÉBORA MOYA ROGER

MÓNICA PALENCIANO BRIHUEGA

RODRIGO LOPEZ MARTINEZ

ESTER MARTIN FERNANDEZ

1 Introducción

Las buenas prácticas ambientales se pueden definir como un conjunto de hábitos individuales y colectivos que conducen al comportamiento de todas las personas de la organización que asegura una correcta gestión ambiental para reducir el impacto de las actividades en el medio ambiente.

Los asistentes de servicio (Pinche) realizan una amplia variedad de actividades en su trabajo que requieren conocimientos para reducir el impacto ambiental, reducir los desechos, reciclar todos los materiales reciclables, reciclar correctamente, consumir energía significativa, etc. Se trata de utilizar los recursos disponibles en cada momento para implementar prácticas que minimicen el daño al medio ambiente.

Las principales áreas de impacto ambiental en las cocinas hospitalarias son: agua, residuos y energía. Se deben realizar esfuerzos para lograr un desarrollo

sostenible, es decir, un desarrollo que busque satisfacer las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de las generaciones futuras.

Además, hay leyes en Europa, países, sociedades, etc. velar por la protección del medio ambiente natural. En España, la Ley N° 9 de diciembre 21/2013 sobre evaluación ambiental tiene como objetivo garantizar y promover el desarrollo sostenible mediante la implementación de medidas que puedan anticipar, evitar y, en su caso, compensar los efectos negativos sobre el medio ambiente.

2 Objetivos

- Identificar buenas prácticas ambientales en el trabajo de pinche de cocina.
- Saber implementar estas buenas prácticas en su trabajo diario.

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

Algunas actuaciones encaminadas a disminuir el impacto medioambiental en la actividad diaria de los ayudantes de servicio son:

- Abrir las cámaras frigoríficas solo el tiempo indispensable. Cada vez que se abren las puertas de las cámaras frigoríficas se escapa mucha energía, por ellos conviene abrirlas el mínimo tiempo necesario y solo durante el tiempo imprescindible. Es conveniente sacar todos los productos que se necesitan de una sola vez y tenerlos bien ordenados, de manera que se encuentren rápidamente. Los alimentos a congelar, conviene meterlos fríos. Hay que descongelar el frigorífico regularmente. Si se modera un grado la temperatura, se necesitará un 8% menos de energía.
- Tapar los recipientes mientras se está cocinando. La energía calorífica se disipa cada vez que se destapan los recipientes o cuando se abre la puerta del horno. Cuando se llegue a la temperatura correcta de cocción conviene bajar el fuego.
- No dejar los fogones encendidos cuando no se están usando.

- No derramar aceite ya usado por el desagüe del fregadero. Verterlo en un envase destinado para ese fin. Los aceites que se vierten a la red de agua forman una capa sobre la superficie que evita la oxigenación y complica el tratamiento del agua en las depuradoras.
- Es conveniente usar envases que se puedan volver a utilizar. El uso de envases no reutilizables, además de ser muy costosa de fabricar, genera un gasto energético y residuos de difícil tratamiento.
- No descongelar los productos utilizando agua ni calor. Se pueden descongelar a temperatura ambiente, lo que evitará un gasto innecesario de agua o de energía.
- Hacer un uso adecuado del agua, sin dejar grifos abiertos cuando no sea necesario. Con ello se conseguirá beneficiar el entorno y ahorrar dinero a la vez.
- No dejar las luces encendidas si no es imprescindible. Es mejor para el medio ambiente utilizar siempre que se pueda la luz del día. Las luces fluorescentes, sin embargo, no es conveniente apagarlas en las zonas en que deban encenderse a menudo. Solo si no se van a necesitar en 15 o 20 minutos, es mejor apagarlas.
- Establecer una buena clasificación de residuos. Es el paso previo para proceder a su posterior reciclaje o eliminación
- Ajustar el volumen de voz y los aparatos para evitar la contaminación acústica. Los niveles correctos están entre los 40 decibelios de día y los 30 decibelios durante la noche.
- Mantener en orden el almacén. Se evita así que caduquen productos que acaban convirtiéndose en residuos innecesarios o que puedan producirse fugas accidentales, que acabarán produciendo residuos de carácter nocivo para el medio ambiente.
- En los trabajos de limpieza, tener el máximo cuidado de no usar más agua de la necesaria. El agua es mejor usarla fría siempre que sea posible. Evitar aquellos productos más agresivos en las limpiezas, optando por jabones con un pH neutro, biodegradables o de bajo contenido en fosfatos. Evitar los aerosoles. Poner las cantidades adecuadas de los productos de limpieza. Seguir los programas de los túneles de lavado, y ponerlos en funcionamiento solo a plena carga.

5 Discusión-Conclusión

El concepto de desarrollo sostenible ha surgido después de muchos estudios, medidas políticas e iniciativas sociales que se han adoptado y puesto en práctica a lo largo del tiempo. La educación ambiental de la ciudadanía en diversos foros también ha sido de gran importancia, pero las medidas implementadas hasta el momento no han sido suficientes para solucionar los graves problemas ambien-

tales existentes en todos los países. Tener en cuenta todo lo anterior es fundamental para lograr una forma de trabajar sostenible y respetuosa con el medio ambiente. Por lo tanto, cada empleado puede hacer muchas cosas en su puesto. Curiosamente, la empresa capacite e informe a sus empleados sobre el tema actual.

6 Bibliografía

1. González, P. (2019). Buenas prácticas ambientales en la solución de la problemática socio-ambiental. [libro].
2. Guía de buenas prácticas ambientales. Fundación promoción social (2017). <https://promocionsocial.org/>.
3. Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental. «BOE» núm. 296, de 11 de diciembre de 2013.

Capítulo 476

PINCHE DE COCINA: EL AGUA EN EL ORGANISMO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MÓNICA PALENCIANO BRIHUEGA

DÉBORA MOYA ROGER

RODRIGO LOPEZ MARTINEZ

ESTER MARTIN FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de aguas, se hace referencia a las que son aptas para el consumo humano, es decir, las que no presentan microorganismos, parásitos o sustancias en cantidades que puedan suponer un riesgo para la salud.

En función de su procedencia y distribución, se clasifican en dos grandes grupos:

- Aguas de consumo humano público (de grifo): pueden ser consumidas y utilizadas en el cocinado. Se distribuyen por la red de abastecimiento público y proceden de captaciones superficiales o subterráneas naturales que han pasado por un proceso de potabilización.
- Aguas de consumo humano envasadas: entre estas, encontramos:
 - Agua potable preparada.
 - Aguas de manantial.
 - Aguas minerales naturales.

En nuestro organismo es necesario o un equilibrio líquido, electrolítico y ácido-base para conservar la salud y mantener las funciones corporales, esto hace referencia al balance hídrico. Para ello, es fundamental el aporte de líquidos y electrolitos y una armónica eliminación de estos.

Con frecuencia, los desequilibrios vienen asociados a determinadas patologías.

Un ser humano adulto sano suele ser capaz de mantener un balance hídrico adecuado, que no es otra cosa que la cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos de un paciente en un tiempo determinado (suele expresarse en horas).

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer la definición de agua, y la importancia de un balance hídrico en nuestro organismo y la relación con el pinche de cocina.

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

A lo largo de un día, un ser adulto ingiere unos 2.500 ml de líquido, a través de la bebida (1.500 ml), los alimentos (700 ml) y el agua endógena (300 ml). Aproximadamente, la misma cantidad se expulsa mediante la sudoración (450- 675 ml), la respiración (150- 225 ml), la orina (1.500 ml) y las heces (250ml).

Para realizar un balance hídrico se deben tener en cuenta el peso del paciente y el número de horas durante las que se efectuará el cálculo. Existen también otros factores, tanto en el ingreso de líquido como en el egreso, que son constantes en todos los pacientes, independientemente de su estado de salud, su sexo, etc.

El agua es el compuesto más abundante del cuerpo humano y representa aproximadamente el 50-60% del peso total de un adulto joven y sano; un cuerpo normal mantiene un equilibrio hídrico. Existe el líquido intracelular (LIC), que representa el 33-40% del peso corporal, y el líquido extracelular (LEC), que se sitúa fuera de la célula y está formado por líquido intersticial (10% del peso corporal) y líquido

intravascular (plasma), que representa un 4% del peso. Para efectuar el balance hídrico se efectúa una resta entre los ingresos y los egresos. El resultado puede ser positivo (si la cantidad de líquido ingresado es superior al egresado), neutro (cantidades equiparadas) o negativo (si los egresos superan a los ingresos). Hay que tener en cuenta un factor constante a la hora de calcular los ingresos: el agua endógena (producida por la oxidación de los alimentos) se cifra en 300 ml en 24 horas.

Por tanto, 12.5 ml por hora. Un factor constante en los egresos es la pérdida insensible de líquido que se produce por perspiración (sudoración), que se obtiene multiplicando 0.5 por el peso del paciente y por 24 horas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina la definición de agua, y la importancia de un balance hídrico en nuestro organismo.

Sabemos que el concepto de aguas, se hace referencia a las que son aptas para el consumo humano, es decir, las que no presentan microorganismos, parásitos o sustancias en cantidades que puedan suponer un riesgo para la salud y también conocemos su clasificación.

Y además sabemos que es fundamental el aporte de líquidos y electrolitos y una armónica eliminación de estos, cuando se produce un desequilibrio de esto se debe a alguna patología

6 Bibliografía

1. BALANCE HÍDRICO: HIDRATACIÓN Y SALUD - Lluís Serra Majem (2015) <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/suplemento-1/art-145/>
2. MANUAL DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA · AGUA · -Ángeles Carbajal Azcona (24 de Julio 2013) <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-cap9-agua.pdf>

Capítulo 477

AYUDANTE DE SERVICIOS, PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: DIETAS EXENTAS DE GLUTEN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

RODRIGO LOPEZ MARTINEZ

DÉBORA MOYA ROGER

MÓNICA PALENCIANO BRIHUEGA

ESTER MARTIN FERNANDEZ

1 Introducción

La alergia alimentaria se caracteriza por que se producen reacciones de hipersensibilidad causadas por una exagerada respuesta por parte del sistema inmunitario ante la presencia de un tipo de antígeno concreto, denominado alérgeno.

Esta reacción provoca una producción de gran cantidad de inmunoglobulinas E, que son liberadas y se unen a los mastocitos que se localizan a lo largo de los diferentes tejidos del organismo, y esta unión causa la secreción de su contenido. Entre esas sustancias liberadas se encuentran grandes concentraciones de histamina, que es la responsable de producir los síntomas característicos que tienen lugar en la respuesta alérgica.

La intolerancia alimentaria es también una reacción adversa a alimentos no tóxica, pero se diferencia de la alergia en que se produce por un mecanismo no

inmunológico, desencadenada por sustancias químicas de baja masa molecular y componentes de los alimentos con actividad biológica.

La dieta exenta de gluten es una dieta completa caracterizada por la eliminación de cereales, productos derivados y productos procesados que contienen gluten.

El gluten es la fracción proteica presente en diferentes cereales, específicamente en el núcleo del grano, junto con el almidón.

Está formado principalmente por gliadina y glutenina. La gliadina es el componente que produce la sensibilidad de los linfocitos, provocando un deterioro en las microvellosidades del intestino y originando así una disminución de la absorción de nutrientes.

- Cereales con gluten: Trigo, cebada, centeno, espelta, kamut y triticale. Avena (contaminación cruzada).

- Cereales sin gluten: Arroz, maíz, trigo sarraceno, amaranto, sorgo, mijo y quinoa

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es el de conocer cuestiones básicas relacionadas con las dietas exentas de gluten.

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

Este tipo de dieta se prescribe en pacientes con:

- Enfermedad celiaca (EC) o celiaquía: es una patología con base autoinmune en pacientes genéticamente susceptibles a la gliadina. Las manifestaciones clínicas principales son la diarrea crónica con malabsorción de nutrientes, lo que puede provocar anemia, y electrolitos, la presencia de vómitos, el meteorismo y la pérdida de peso.

- Sensibilidad al gluten no celiaca (SNC): esta enfermedad cursa con una sintomatología similar a la EC, pero los pacientes no son celíacos, ya que se les ha realizado las pruebas diagnósticas de descarte. Los pacientes mejoran con la dieta libre de gluten y empeoran si lo incluyen en sus ingestas. Además, en ocasiones cursa de forma transitoria y otras se relaciona con otras patologías, como el síndrome de intestino irritable.
- Alergia al trigo: son pacientes que presentan una reacción alérgica al trigo. El principal tratamiento de este tipo de patologías es una dieta libre de gluten. La pauta dietética se basa en:
 - Calcular los requerimientos según necesidades y reparto de macronutrientes según estrategia.
 - Eliminar alimentos y productos con gluten. En este aspecto, no es necesario buscar otras alternativas, ya que ni el gluten ni los productos con gluten son esenciales para mantener una alimentación saludable
 - La avena no contiene gliadina, pero se recomienda su eliminación o asegurarse de que es una avena sin gluten, ya que muchas industrias de cereales contaminan la avena mediante contaminación cruzada (molienda de avena y cereales con gluten).
 - Evitar la contaminación cruzada a la hora de cocinar.
 - Algunos pacientes cursan con intolerancia transitoria a la lactosa: cuando pasen el brote agudo, reintroducir lácteos fermentados (yogur y queso fresco) para probar tolerancia.
 - Educar nutricionalmente sobre lectura de etiquetado, adquisición de estilos de vida saludables e información de la Federación de Asociaciones de Celíacos (FACE).
 - Valorar suplementos de vitaminas y minerales en caso de que exista malabsorción intestinal, sobre todo, hierro, ácido fólico y vitamina B12.

5 Discusión-Conclusión

Las reacciones adversas a alimentos (alergias e intolerancias) han experimentado un crecimiento continuado desde hace varias décadas en todo el mundo, especialmente, en los países desarrollados, como consecuencia del estilo de vida y las costumbres dietéticas actuales. Esto supone todo un desafío para la restauración colectiva, sobre todo para la cocina hospitalaria, donde la especial sensibilidad de los destinatarios de los alimentos hace que cualquier error en la preparación de los menús adaptados tenga consecuencias aún más negativas.

La dieta exenta de gluten se prescribe a pacientes que tienen enfermedad celíaca, sensibilidad al gluten no celíaca o alergia al trigo. Por lo tanto, la pauta dietética se basa en diferentes parámetros entre los que destacan evitar el uso de avena, eliminar alimentos y productos con gluten y sobre todo evitar la contaminación cruzada.

Es importante además que el conocimiento y adecuada formación del personal de cocina para desarrollar su labor de forma eficaz, buscando siempre el beneficio y la mejora del paciente.

6 Bibliografía

- 1- <https://celiacos.org>
- 2- <https://www.aegastro.es>
- 3- <https://cuidateplus.marca.com>

Capítulo 478

LA FISIOTERAPIA ANTE LA ESCOLIOSIS EN LA ADOLESCENCIA

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO

ALBA ROJO DEL CAMPO

MARÍA TERESA MARTI GABALDÓN

CRISTINA GÓMEZ BERRACO

1 Introducción

La etiología concreta de la enfermedad de la escoliosis idiopática que ocurre en el adolescente todavía se desconoce. Se hace creer que la razón es por múltiples factores como la genética, por un desequilibrio del crecimiento entre lo que es la parte anterior y la parte posterior de la columna, se encuentran en el tejido conectivo, esquelético y contractilidad muscular, anormalidades de distinto tipo, como causas neurológicas. La literatura que existe sobre este tema de carácter reciente muestra los distintos defectos que tiene el sistema nervioso central, con anormalidad del colágeno, proteoglicanos y de la fisiología del músculo.

El diagnóstico de la escoliosis se puede confirmar con el ángulo de Cobb, este es un ángulo que se forma por las líneas perpendiculares que se recogen en las líneas paralelas de la superficie de los distintos cuerpos de las vértebras a los extremos de las curvas en una desviación de la columna. Si es más de 10° lo que se valora en un examen radiológico anteroposterior de dicha columna, se puede

considerar que se padece escoliosis. Aproximadamente los adolescentes en un 50 % padecen un inicio de esta enfermedad que se mantiene en la edad adulta o se estanca con el crecimiento final.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar la enfermedad de la escoliosis a través de un equipo de fisioterapeutas del sistema público de salud.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una exhaustiva investigación en el buscador de Google académico, seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pubmed para quedarnos finalmente con una recopilación de casos clínicos que han sido de nuestro interés para hacer esta comunicación.

4 Resultados

El desarrollo de la escoliosis es una enfermedad que no se puede prevenir. En la actualidad la atención de esta enfermedad se centra en poder detectarlo de forma temprana. La valoración que se hace de la postura se puede realizar desde distintas posiciones: poniéndose de frente, de lado y también de espaldas, mientras el niño o adolescente se encuentra en una posición natural, encontrándose pie, y en una posición de flexión anterior para poder identificar la presencia de giba en las costillas.

Se pueden usar distintos cuestionarios que son específicos para enfermos con esta patología, como es la SRS-22 que pertenece a la asociación nacional de la escoliosis y la QLD en la que se mide la calidad que tienen las deformidades de la columna, para poder valorar la calidad de vida, puede ser el primer cuestionario el más utilizado.

La escoliosis no se tiene que ver como una patología que contiene el aparato locomotor.

Los estudios que se han realizado y son más recientes han podido demostrar que se tiene mucha influencia en aquellos aspectos psiquiátricos como son la neurosis y la esquizofrenia, así como en aquellas áreas psicológicas, como la distorsión de la imagen corporal y de los sentimientos que se tienen de inferioridad y de inseguridad de los pacientes con esta enfermedad. La escoliosis idiopática refiere

en muy raras ocasiones dolor en estas edades tempranas y a menudo solo pueden acudir a las consultas por asimetrías que son visibles. Si la progresión de la curva hace una línea hacia arriba, pueden surgir distintos problemas que son importantes, como el dolor de espalda, la disfunción respiratoria y las contracturas y deformidades de forma progresiva, que pueden llegar a considerar como grave esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La edad de inicio de esta enfermedad determina en la escoliosis muchas veces la epidemiología de esta, la historia natural y su respuesta al tratamiento. La forma que se detecta en la niñez, tiene peor pronóstico que aquella forma de la escoliosis en el ya adolescente. Algunos de los autores recomiendan que en la escoliosis de carácter idiopático del adolescente, la curva que se tiene de progresión se puede relacionar con distintos factores como el patrón y la magnitud de la curva, también la edad del paciente en aquella presentación clínica, se hace un signo de Risser, y el estado de menarquia en las niñas.

6 Bibliografía

1. Rami-Colás, C., & Martín-Nogueras, A. M. (2016). Tratamiento de fisioterapia de la escoliosis idiopática: Schroth versus gimnasia abdominal hipopresiva. *Fisioterapia*, 38(1), 28-37.

Capítulo 479

EL CÓDIGO DE DIETAS EN EL HOSPITAL Y EL PINCHE DE COCINA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MARIA ANGELES BODOQUE VILLALBA

MARIA CRUZ MARIANA GARCIA

MARIA DOLORES MORALES LOZANO

ARANZAZU SOBRINO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La dieta hospitalaria debe aportar suficiente energía a partir de la distribución de los macronutrientes. En el proceso de curación de los pacientes hospitalizados, la alimentación es una herramienta fundamental, reduciendo así la estancia hospitalaria y ahorrando los recursos de las instituciones de salud.

Los trabajadores de la cocina del hospital serán conscientes y ofrecerán un servicio de calidad. El código de dieta es el conjunto de dietas, ya sean basales o terapéuticas, que están disponibles en un hospital.

El código dietético será realizado por la unidad de nutrición y dietética del centro, y deberá estar abierto a todo el personal que realice dietas a los pacientes. Es importante que el hospital disponga de un código de alimentación que detalle la alimentación, sus indicaciones y posibles carencias.

Es necesario conocer el gasto energético de cada paciente con una dieta que aporte suficiente energía a partir del reparto de macronutrientes.

Una dieta variada es importante porque el paciente necesita elegir los alimentos que cree que tolerará mejor. Una dieta variada también suele suponer una mayor ingesta, lo cual es importante porque la dieta hospitalaria suele ser aburrida. El manual de alimentación, que es el conjunto de dietas que se establecen en el hospital, se presenta de forma estructurada y según un plan planificado. Cada centro dispone de su propio manual de alimentación, que es el hilo conductor de las buenas prácticas en la restauración hospitalaria. Los grupos de dieta que se programan en cada centro se clasifican y nombran en el manual. Debe adaptarse a los recursos humanos, técnicos y económicos del centro para dar respuesta a sus necesidades

2 Objetivos

- Determinar la calidad de la dieta hospitalaria
- Dotar a los profesionales implicados en la alimentación del paciente del conocimiento de las diferentes dietas, para poder aplicarlas correctamente a cada paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En la mayoría de los hospitales donde trabajan los ayudantes de cocina, las dietas se dividen en las siguientes:

La dieta fue codificada.

El conjunto de dietas más utilizadas en cada centro se planifica teniendo en cuenta las patologías tratadas y la carga cuantitativa que cada una de ellas conlleva. La mayoría de las dietas codificadas están diseñadas y sus menús programados para cada día de la semana. De esta forma, el servicio de restauración sabe con antelación qué alimentos hay en las dietas y cómo prepararlos cada día.

Una dieta no codificada es una dieta que requiere varias modificaciones dependiendo de las enfermedades o complicaciones asociadas que presente el paciente. La Unidad de Nutrición Clínica y Dietética controlará la suficiencia diaria y la adaptará a la tolerancia del paciente.

Se incluyen en el grupo planes de alimentación individualizados para pacientes de larga estancia o en aquellas circunstancias en las que el paciente presente aversión a los alimentos. La personalización de la dieta mejora la aceptabilidad. Al menos cada dos años es cuando se debe hacer la revisión del código de dieta. Se agregará o quitará una dieta en base a criterios científicos mediante la revisión de la literatura y la experiencia clínica. Esto se hará teniendo en cuenta la eficacia terapéutica de la dieta. Se valoran factores específicos del centro, como el tiempo dedicado a la dieta, desde la última revisión, encuestas, etc.

La dieta hospitalaria deberá aportar la suficiente cantidad de energía a partir de una adecuada distribución de macronutrientes. Se deberán conocer las necesidades energéticas generales del paciente hospitalizado para realizar la calibración de la dieta. La estimación del gasto energético podrá ser realizada con calorimetría indirecta o, más habitualmente, a través de ecuaciones.

5 Discusión-Conclusión

El código dietético es el manual básico de nutrición en el hospital. Para los profesionales clínicos debe incluir, por un lado, los criterios de alimentación saludable y los criterios médicos para establecer la patología del paciente, la dietoterapia y los ritmos culinarios, así como, por otro lado, las normas para una alimentación variada. Así se consigue que el médico prescriba la dieta adecuada y el personal de cocina hospitalaria, que desconoce la relación patología / alimento pero sabe de restauración, elabore un plato con pautas terapéuticas y organolépticas adecuadas.

El código de alimentación en el hospital debe diseñarse para satisfacer las necesidades del paciente y del chef. La nutrición hospitalaria es importante para el cuidado del paciente en su conjunto y en su evolución. Puede afectar la salud general del paciente mientras está en el hospital.

Se debe alcanzar el 20% del aporte energético total para cubrir las necesidades del paciente hospitalizado. Las dietas más comunes para los pacientes con disfasia son también las menos nutritivas.

La unidad de nutrición clínica y dietética trabaja para adaptar el menú a las necesidades del paciente.

Para intentar solucionar los errores es necesario que se realice un control de calidad del código de dietas hospitalario de forma periódica y así conocer cuáles son las recomendaciones y necesidades de los pacientes.

Se puede lograr una mejor calidad en el proceso asistencial teniendo un conocimiento actualizado de los profesionales ibéricos del hospital.

6 Bibliografía

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

Capítulo 480

EL PINCHE Y EL SERVICIO DE COCINA. EL ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARIA CRUZ MARIANA GARCIA

MARIA ANGELES BODOQUE VILLALBA

MARIA DOLORES MORALES LOZANO

ARANZAZU SOBRINO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Una de las funciones de un ayudante de cocina es ayudar a los chefs a preparar los platos. Esto incluye, entre otras cosas, limpiar y picar verduras y otros alimentos, etc. está incluido. En algún momento, es posible que necesite ayuda para descargar o mover los suministros de la despensa a la cocina. Todo esto supone un contacto directo con los alimentos, por lo que es importante crear esta pequeña clasificación de reglas, hábitos y costumbres en función de cómo se almacenan y manipulan los alimentos. El asistente de servicio juega un papel importante en el cuidado del producto, quien debe ayudar a mantener todos los alimentos en las mejores condiciones, lo que afecta no solo la limpieza del producto, sino también su sabor.

En 1967, la Ley Alimentaria española se aprobó por decreto (Decreto 2484/1967, 21 de septiembre). Contiene pautas importantes para el almacenamiento y conservación de alimentos.

En sexto lugar, esta norma determina el correcto almacenamiento de los productos, especificando las siguientes condiciones generales:

- Distribuya los alimentos en montones o porciones, manteniendo una distancia adecuada de paredes, pisos y techos. Utilice el espacio, la altura y el almacenamiento adecuado para devoluciones, recibos, transportes y transferencias.
- Mueva y retire periódicamente el inventario de acuerdo con el tiempo de almacenamiento y las condiciones de almacenamiento de cada producto. Identifique y verifique regularmente la condición de la planta y el estado de los nutrientes.
- Retire los alimentos en mal estado, contaminados o contaminados y los alimentos que parezcan estar en envases dañados.

2 Objetivos

Determinar las propiedades de seguridad, almacenamiento y transporte de los alimentos.

Conocer la importancia de los protocolos adecuados de almacenamiento de alimentos.

- Describir el riesgo de efectos contaminantes en el producto

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los alimentos en mal estado se refieren a los alimentos que han perdido sus propiedades durante la cocción debido a los procesos realizados en ellos o que contienen materias extrañas si están contaminados y se pueden dividir en dos categorías: alimentos vivos. Agentes y agentes, químicos o metales. Los factores que

pueden cambiar la condición de los alimentos incluyen: pérdida de agua y cambios de humedad, actividad metabólica, agrietamiento y deformación. Algunos de los contaminantes más comunes durante el almacenamiento incluyen:

Micotoxinas: Son metabolitos que originan sustancias tóxicas y cancerígenas.

Son causados por moho causado por un método de almacenamiento inadecuado.

Pueden causar una enfermedad llamada micocitosis.

Defectos de Empaque: Para proteger el desempeño del producto, su importancia es incuestionable. **Luz y calor:** los ingredientes de los alimentos se activan con la luz y el calor durante la cocción o el almacenamiento, lo que puede dar lugar a productos tóxicos.

Los productos deben almacenarse por orden de entrada.

(First In First Out) y FEFO (First In First Out). Asimismo, siempre es necesario mantener la correcta disposición de los productos y su distribución en los diferentes congeladores, respetando estrictamente la rotación, las fechas de caducidad y el uso adecuado de las mercancías.

Al almacenar, se debe hacer una distinción entre almacenamiento a temperatura controlada y no controlada. El diseño arquitectónico de la cocina debe asegurar el flujo de productos según el criterio de "horario", desde la materia prima hasta la elaboración y distribución final, desde la despensa, frío o congelador, cámara frigorífica de elaboración y almacenamiento para la cocción y una sala de pintura. Para almacenar adecuadamente las materias primas, el diseño de la cocina debe tener los siguientes elementos:

1) Conservar los productos no perecederos a temperatura ambiente. Una buena ventilación evita que las materias primas y otros materiales entren en contacto con el suelo, asegurando su rotación regular y correcta.

2) Departamento de congelados. La temperatura interior no debe ser inferior a -18°C y debe mantenerse a -20°C para evitar pérdidas. La humedad relativa debe estar entre 85 y 90%. Es importante no romper la cadena de frío.

3) Almacenamiento en frío. Se guarda en el frigorífico. Estantes con baldas perforadas para facilitar la circulación del aire de refrigeración. Las materias primas se dispondrán de forma ordenada, y en su gestión se garantizará la correcta rotación. Las cámaras deben estar siempre en buen estado para su limpieza y desinfección. Es importante no romper la cadena de frío. Cada grupo de alimentos tendrá un compartimento frigorífico:

4) Sala de carnes: temperatura de -1 a 3°C ($+7^{\circ}\text{C}$ es el límite principal). La carne cocida no debe almacenarse para evitar la contaminación cruzada.

5) Cámara de descongelación de pescado y pescado: temperatura de 0 a 8 grados centígrados (límite crítico $+ 10^{\circ}\text{C}$). 6) Un lugar para verduras y frutas: la tem-

peratura está entre 4 y 7 grados centígrados (+12 grados centígrados es el límite crítico).

Lugar para productos lácteos y diversos productos alimenticios (p. ej., huevos líquidos o salchichas): temperatura entre 1 y 4 °C (límite crítico + 8 °C). 7) Prep Room Cold o Log Room: Un lugar donde se preparan los alimentos antes de cocinarlos. El rango de temperatura es de 1 a 4 grados centígrados.

5 Discusión-Conclusión

Todos los días se sirve un menú interminable en una cocina de hospitalidad y esta tarea desalentadora requiere una gestión de almacenamiento y contención de alimentos extensa y altamente planificada para satisfacer esta enorme necesidad comercial y prevenir o minimizar la pérdida de productos. Y entregar alimentos de alta calidad a los pacientes que ingresan al hospital.

El funcionamiento de las cocinas hospitalarias puede verse perturbado por diversos factores, cuya prevención asegura un riesgo reducido, un buen ambiente de trabajo y un trabajo optimizado. Es importante que los asistentes participen en el desarrollo de diversas tareas. Un sentido de utilidad y reconocimiento, así como un sentido de propósito y conexión con varias funciones, son esenciales. En los centros hospitalarios es necesario desarrollar un plan de almacenamiento para asegurar el mejor estado de los alimentos, así como la higiene alimentaria para mejorar la salud de los pacientes para que este alimento no provoque más enfermedades. Peor que las condiciones que los trajeron allí. Todo esto debe ser monitoreado internamente por miembros del personal, verificando regularmente que los pacientes estén comiendo bien para reducir su estadía en el hospital o promover una mejora positiva de la salud. Un enfoque personalizado de una dieta eficaz para una recuperación rápida. Para almacenar y conservar bien las materias primas en un hospital, el personal que trabaja en cocinas y almacenes de cocina debe tener protocolos claros y conocidos y estar capacitado y conocer estos protocolos. Además de sus compromisos personales y profesionales, esto repercutirá en una adecuada labor profesional, pero además de los cursos de formación que ofrece el centro de salud para educar a los nuevos empleados en este tema, también debería haber cursos de información para los empleados con más experiencia. ...

6 Bibliografía

1. Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el texto del

Código Alimentario Español. (1967).

2. Plataforma Logoss .

3. Temario pinche parte específica. Editorial MAD.

4. Cocina y oficios (gesdocisciii.es)

Capítulo 481

LAS FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN EL ACONDICIONAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFIC

MARIA DOLORES MORALES LOZANO

MARIA CRUZ MARIANA GARCIA

MARIA ANGELES BODOQUE VILLALBA

ARANZAZU SOBRINO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las acciones que se realizan sobre las materias primas antes de su elaboración posterior son fundamentales en las buenas prácticas de manipulación y evitan la contaminación de los productos. En una cocina hospitalaria existen múltiples materias primas y diversas formas de manipulación, ya que se dan diversos menús adaptados a los pacientes.

En una cocina hospitalaria se trabaja con un protocolo de actuación bien definido y con unas infraestructuras que permiten la separación de los productos con cuartos específicos de trabajo, cuartos de pescado, carnes, verduras, cocina central o postres, evitando al máximo posible la contaminación cruzada. Importante también dotar de estas estancias separadas de la suficiente maquinaria y

equipamiento para proceder a los trabajos que se requieran, que van desde lanchear filetes de pescado a cortar o laminar rodajas de jamón asado, evidentemente la maquinaria es independiente de cada cuarto de trabajo, y todo ese protocolo y buenas prácticas tienen que ser dominadas a la perfección por el personal de una cocina hospitalaria.

Existen muchos peligros en la limpieza y adecuación de las materias primas y es muy importante controlar y dominar estas acciones para evitar al máximo posible la contaminación de los productos, cabe destacar que los menús hospitalarios forman parte de la curación de un paciente en muchos casos

2 Objetivos

Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el pinche de cocina hospitalaria en cuanto al acondicionamiento de las materias primas.

Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al acontecimiento de las materias primas en una cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en las bases de datos científicas: Pubmed y Medline. La búsqueda sistemática se ha realizado en los idiomas: castellano e inglés.

4 Resultados

La contaminación cruzada es uno de los más grandes peligros dentro de una cocina hospitalaria y puede empeorar la salud de un paciente agravando su enfermedad, durante la manipulación de las materias primas se puede presentar y, por lo tanto, se deben de seguir unas pautas bien definidas de trabajo.

Una de las principales herramientas para evitar la contaminación cruzada es separar en áreas de trabajo la manipulación de ciertos alimentos, como carnes, pescados, verduras, etc., y utilizar herramientas para cada tipo de producto.

Por otra parte, es de obligación dotar a una cocina hospitalaria de una zona de recepción y almacenamiento de productos totalmente separado de las dependencias de la cocina.

Otra de las recomendaciones para evitar la contaminación cruzada es tener una previsión de las dietas que se van a dar y en relación a esta previsión realizar el pertinente pedido.

Siempre que se acabe de utilizar un producto y el operario de cocina vaya a realizar otra tarea, deberá de cambiarse los guantes.

En cuanto a los peligros que se pueden presentar en la limpieza de las materias primas, destacamos los siguientes:

- Contaminación cruzada por superficies, utensilios, etc.
- Presencia de insectos o arena de vegetales.
- Presencia de gérmenes y toxinas.
- Presencia de residuos de desinfectante empleado en el lavado de los vegetales.
- Presencia de parásitos en el pescado.

Para prevenir este tipo de riesgos se tiene que separar las estancias en las que se manipulan los alimentos crudos y los cocinados, las tablas de corte de los productos serán independientes y diferenciadas por colores para evitar este tipo de contaminación, para el corte de pescados las tablas serán de color azul, las carnes rojas la tabla será roja, etc. Se tienen que instalar armarios, esterilización de cuchillos y los alimentos se tienen que preparar con la menor antelación posible.

5 Discusión-Conclusión

La formación y compromiso del personal de una cocina hospitalaria en materia de contaminación cruzada es fundamental, ser profesional y responsable con el tipo de trabajo que se está desempeñando marcará la diferencia y facilitará evitar la contaminación cruzada y así proteger al máximo la salud de los pacientes.

No obstante, los responsables y gestores de la cocina deberán de tener una capacidad productiva en la difusión de formación y reciclaje, teniendo en cuenta que durante un año de trabajo es posible que se incorporen muchos trabajadores nuevos sin experiencia previa y si conocer la importancia que tiene para la salud de los pacientes hospitalizados recibir la comida en óptimas condiciones de consumo.

6 Bibliografía

- 1.<https://revistamedica.com/contaminacion-cruzada-cocina-hospitalaria/>
<https://papelmatic.com/10-causas-de-la-contaminacion-cruzada-en-hospitales/>.
- 2.<https://www.diariodesevilla.es/salud/higiene-cocina-hospitalaria-disminuye>

enfermedades_0_311668858.html